

Bộ Y tế Việt Nam

Nhóm Đối tác y tế

BÁO CÁO CHUNG
TỔNG QUAN NGÀNH Y TẾ NĂM 2015

Tăng cường y tế cơ sở
hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân

Nhà xuất bản Y học
Hà Nội, tháng 6 năm 2016

Ban biên tập

PGS.TS. Nguyễn Thị Kim Tiến - Trưởng Ban

PGS.TS. Phạm Lê Tuấn

TS. Đặng Việt Hùng

TS. Nguyễn Hoàng Long

TS. Trần Văn Tiến

ThS. Sarah Bales

Nhóm điều phối

TS. Đặng Việt Hùng - Trưởng Nhóm

TS. Nguyễn Hoàng Long

TS. Trần Thị Mai Oanh

TS. Hà Anh Đức

TS. Trần Văn Tiến

ThS. Sarah Bales

TS. Trần Khánh Toàn

ThS. Hoàng Kim Hà

ThS. Dương Đức Thiện

ThS. Phan Thanh Thủy

ThS. Vũ Thị Hậu

ThS. Ngô Mạnh Vũ

Các chuyên gia tham gia biên soạn

TS. Trần Văn Tiến

ThS. Sarah Bales

PGS.TS. Phạm Trọng Thanh

TS. Trần Thị Mai Oanh

TS. Trần Khánh Toàn

TS. Hà Anh Đức

PGS.TS. Nguyễn Thanh Hương

TS. Nguyễn Khánh Phương

DS. Đỗ Văn Đông

TS. Khương Anh Tuấn

ThS. Trần Quốc Bảo

ThS. Nguyễn Trọng Khoa

ThS. Đinh Anh Tuấn

ThS. Đinh Thái Hà

TS. Phạm Xuân Viêt

ThS. Hoàng Thanh Hương

ThS. Dương Đức Thiện

Lời cảm ơn

Báo cáo chung tổng quan ngành y tế (JAHR) năm 2015 là báo cáo thường niên lần thứ 9 được xây dựng với sự hợp tác giữa Bộ Y tế và Nhóm Đối tác y tế (HPG). Báo cáo này nhằm đánh giá việc thực hiện các nhiệm vụ được đề ra trong Kế hoạch 5 năm ngành y tế giai đoạn 2011-2015 và kết quả thực hiện các Mục tiêu Thiên niên kỷ và các mục tiêu của Kế hoạch 5 năm. Bên cạnh đó, báo cáo cũng phân tích sâu chuyên đề ***“Tăng cường y tế cơ sở hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân”***.

Việc thực hiện báo cáo JAHR 2015 nhận được sự hỗ trợ tích cực từ nhiều tổ chức và cá nhân. Chúng tôi xin bày tỏ sự biết ơn đối với những đóng góp quý báu từ các Cục, Vụ, Viện và các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế và các bộ, ngành liên quan trong quá trình xây dựng báo cáo này.

Chúng tôi đặc biệt ghi nhận và đánh giá cao sự hỗ trợ kỹ thuật và các ý kiến đóng góp hiệu quả của Nhóm Đối tác y tế và các tổ chức, cá nhân quốc tế, cũng như sự hỗ trợ tài chính từ Tổ chức Y tế thế giới (WHO), Liên minh Toàn cầu về Vắc xin và Tiêm chủng (GAVI) và Liên minh châu Âu (EU).

Chúng tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc đến các chuyên gia trong nước và quốc tế đã tham gia trực tiếp và đóng góp tích cực vào quá trình phân tích các thông tin sẵn có, tổng hợp và phản hồi thông tin cho các đối tác để xây dựng dự thảo các chương của báo cáo. Chúng tôi xin cảm ơn nhóm điều phối xây dựng báo cáo JAHR, dưới sự chỉ đạo của TS. Đặng Việt Hùng, Phó Vụ trưởng Vụ Kế hoạch-Tài chính, TS. Nguyễn Hoàng Long, Cục trưởng Cục Phòng chống HIV/AIDS, cùng các thành viên nhóm điều phối, bao gồm TS. Trần Thị Mai Oanh, TS. Hà Anh Đức, TS. Trần Văn Tiến, ThS. Sarah Bales, TS. Trần Khánh Toàn, ThS. Hoàng Kim Hà, ThS. Dương Đức Thiện, ThS. Phan Thanh Thủy, ThS. Vũ Thị Hậu và ThS. Ngô Mạnh Vũ đã tham gia và đóng góp tích cực trong quá trình tổ chức, xây dựng và hoàn thiện báo cáo này.

Ban biên tập

Hỗ trợ tài chính

WHO
Tổ chức Y tế
Thế giới



MỤC LỤC

Lời cảm ơn.....	ii
Chữ viết tắt.....	vii
Giới thiệu.....	1
Mục đích của Báo cáo JAHR	1
Cấu trúc và nội dung của Báo cáo JAHR 2015.....	1
Phương pháp thực hiện	2
Tổ chức thực hiện	3
PHẦN MỘT. TÌNH HÌNH THỰC HIỆN KẾ HOẠCH BẢO VỆ, CHĂM SÓC VÀ NÂNG CAO SỨC KHOẺ NHÂN DÂN GIAI ĐOẠN 2011 – 2015.....	5
Chương I. Bối cảnh kinh tế, xã hội, tình hình sức khỏe và các yếu tố ảnh hưởng	6
1. Bối cảnh kinh tế, xã hội	6
2. Tình hình sức khỏe và các yếu tố ảnh hưởng	13
Chương II. Tình hình thực hiện Kế hoạch bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011 – 2015	36
1. Nhân lực y tế	36
2. Tài chính y tế	46
3. Dược, vắc xin, sinh phẩm, trang thiết bị y tế và cơ sở hạ tầng.....	64
3A. Dược, vắc xin, sinh phẩm.....	64
3B. Cơ sở hạ tầng và trang thiết bị y tế	76
4. Cung ứng dịch vụ y tế	88
4A. Y tế dự phòng và y tế công cộng	88
4B. Cung ứng dịch vụ KCB, YHCT và phục hồi chức năng	103
4C. Cung ứng dịch vụ DS-KHHGD và CSSKSS	113
5. Thông tin y tế	132
6. Quản trị hệ thống y tế.....	138
PHẦN HAI. TĂNG CƯỜNG MẠNG LƯỚI Y TẾ CƠ SỞ HƯỚNG TỚI BAO PHỦ CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TOÀN DÂN.....	149
Giới thiệu.....	150
Chương III. Thực trạng mạng lưới y tế cơ sở và CSSKBĐ ở Việt Nam	151
1. Khung chính sách phát triển mạng lưới YTCS và CSSKBĐ ở Việt Nam	151
2. Thực trạng tổ chức mạng lưới và cung ứng dịch vụ y tế cơ sở	153
3. Các vấn đề ưu tiên	160

Chương IV. Xác định mô hình cung ứng dịch vụ của mạng lưới YTCS	162
1. Sự cần thiết của việc đổi mới cung ứng dịch vụ y tế dựa trên các giá trị của chăm sóc sức khỏe ban đầu, hướng tới bao phủ CSSK toàn dân	162
2. Xác định mô hình cung ứng dịch vụ của mạng lưới YTCS.....	163
3. Các thuộc tính cơ bản của mô hình cung ứng dịch vụ y tế lấy CSSKBĐ làm nền tảng	164
4. Mô hình tổ chức mạng lưới YTCS	165
5. Các điều kiện cần có để thực hiện mô hình cung ứng dịch vụ y tế lấy CSSKBĐ làm nền tảng	167
PHẦN BA. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ.....	169
Chương V. Các vấn đề ưu tiên trong kế hoạch 5 năm ngành y tế giai đoạn 2016 – 2020 và khuyến nghị giải pháp.....	170
1. Sức khỏe và các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe.....	170
2. Nhân lực y tế	171
3. Tài chính y tế	173
4. Dược, vắc xin, sinh phẩm và các chế phẩm máu.....	176
5. Cơ sở hạ tầng và trang thiết bị y tế	178
6. Dịch vụ y tế dự phòng và y tế công cộng	180
7. Dịch vụ khám, chữa bệnh, y học cổ truyền và phục hồi chức năng	183
8. Dịch vụ dân số, KHHGĐ, CSSKSS, bà mẹ trẻ em	185
9. Hệ thống thông tin y tế.....	189
10. Quản trị hệ thống y tế	190
Chương VI. Khuyến nghị về tăng cường mạng lưới YTCS.....	193
1. Mục tiêu	193
2. Các giải pháp	193
Phụ lục. Các chỉ số theo dõi, giám sát.....	198
Tài liệu tham khảo	208

Danh mục bảng

Bảng 1: Chênh lệch giữa các vùng miền về một số chỉ số sức khỏe chung năm 2014	16
Bảng 2: Kết quả thực hiện một số chỉ tiêu cơ bản về nhân lực y tế, 2010 – 2015.....	36
Bảng 3: Tổng hợp số học viên sau đại học tốt nghiệp, 2010 – 2013	42
Bảng 4: Kết quả cấp chứng chỉ hành nghề và giấy phép hoạt động, 2014.....	43
Bảng 5: Tổng hợp kết quả thực hiện một số chỉ tiêu cơ bản và chỉ số tài chính y tế khác, 2010 – 2014.....	48
Bảng 6: Vốn được duyệt và vốn được giải ngân cho các đề án phát triển cơ sở hạ tầng, 2008 – 2014 (tỷ đồng)	52
Bảng 7: Chi phí bình quân lượt khám bệnh ngoại trú và lượt điều trị nội trú BHYT giai đoạn 2010 – 2014.....	61
Bảng 8: Sự phát triển của các hình thức kinh doanh thuốc, 2010 – 2014	66
Bảng 9: Tỷ lệ mẫu thuốc không đạt chất lượng qua các năm 2010 – 2013.....	71
Bảng 10: Kết quả kiểm tra chất lượng thuốc đông y, thuốc từ dược liệu, 2010 – 2014.....	72
Bảng 11: Số lượng báo cáo ADR nhận được giai đoạn 2010 – 2014	73
Bảng 12: Kết quả xét nghiệm sàng lọc máu, 2013.....	75
Bảng 13: Kết quả thực hiện các chỉ tiêu Kế hoạch 5 năm và Mục tiêu Thiên niên kỷ trong lĩnh vực YTDP và YTCC giai đoạn 2011 – 2015	89
Bảng 14: Tình hình mắc, chết do một số bệnh dịch truyền nhiễm, 2010 – 2014	90
Bảng 15: Phân bố số người mắc, chết, nhập viện trong các vụ ngộ độc thực phẩm, 2011 – 2014	98
Bảng 16: Số cơ sở và giường bệnh bệnh viện công lập tuyến tỉnh, huyện toàn quốc, 2012 – 2014.....	104
Bảng 17: Tổng số bệnh viện, số giường bệnh và hoạt động chuyên môn của bệnh viện, 2010 – 2014.....	104
Bảng 18: Số lượng các hướng dẫn chuyên môn được ban hành giai đoạn 2011 – 2014 ...	109
Bảng 19: So sánh tình hình cung cấp dịch vụ CSSKSS 2010 – 2013 tại tuyến huyện, xã ..	116
Bảng 20: Tỷ số giới tính khi sinh phân theo vùng 2007 – 2014 (Đơn vị tính: số bé trai/ 100 bé gái)	124
Bảng 21: Kết quả thực hiện mục tiêu, chỉ tiêu kế hoạch 5 năm 2011 – 2015	126
Bảng 22: Tình hình thực hiện các chỉ tiêu về sức khỏe bà mẹ, trẻ em, 1990 – 2015	127
Bảng 23: Tình hình thực hiện các chỉ tiêu về dinh dưỡng trẻ em, 1990 – 2015	128
Bảng 24: Tỷ suất tử vong trẻ em năm 2014 theo các địa bàn.....	130

Danh mục hình

Hình 1: Tuổi thọ trung bình của người dân Việt Nam, 2010 – 2015.....	14
Hình 2: Xu hướng giảm tử vong mẹ ở Việt Nam, 1990 – 2015.....	14
Hình 3: Xu hướng tử vong trẻ em ở Việt Nam, 1990 – 2015	15
Hình 4: Diễn biến tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi, 2010 – 2015.....	16
Hình 5: Mức chênh lệch về một số chỉ số sức khỏe giữa các vùng miền, 2010 – 2014	17
Hình 6: Xu hướng thay đổi cơ cấu gánh nặng bệnh tật tính theo DALY, 1990 – 2012	18
Hình 7: Cơ cấu gánh nặng bệnh tật theo các nhóm tuổi, 2012.....	19
Hình 8: Cơ cấu nguyên nhân gây tử vong theo các nhóm tuổi, 2012.....	19
Hình 9: Thay đổi gánh nặng do các BKLN ở các nhóm tuổi năm 2012 so với năm 2000.....	20
Hình 10: Xu hướng tỷ lệ mới mắc lao theo ước tính và phát hiện được, 1990 – 2014.....	23
Hình 11: Xu hướng dịch HIV/AIDS, 2000 – 2014	24
Hình 12: Tình hình mắc và tử vong do sốt rét giai đoạn 2010 – 2014	25
Hình 13: Cơ cấu các nguồn tài chính y tế, 2010 và 2012	47
Hình 14: Tỷ lệ tăng dự toán NSNN cho y tế so với tỷ lệ tăng dự toán NSNN, 2011 – 2015 ..	49
Hình 15: Cơ cấu sử dụng NSNN cho y tế, 2011 – 2015	50
Hình 16: Các nguồn tài chính công cho y tế, 2010 – 2015	50
Hình 17: Tỷ lệ dân số được bao phủ BHYT, 2010 – 2015.....	54
Hình 18: Cơ cấu tham gia BHYT theo 5 nhóm đối tượng được Luật BHYT quy định, 2009 – 2014.....	54
Hình 19: Xu hướng tỷ lệ tham gia BHYT theo nhóm đối tượng đích, 2011 – 2014.....	55
Hình 20: Số lượt KCB bình quân thẻ/năm theo 6 nhóm, 2014.....	56
Hình 21: Tỷ lệ hộ gia đình mắc chi phí y tế thảm họa và bị nghèo hóa do chi phí y tế 2008 – 2012.....	57
Hình 22: Nguồn tài chính cho các CTMTQG về y tế, 2011 – 2015	59
Hình 23: Tổng tỷ suất sinh Việt Nam, 2001 – 2015.....	122
Hình 24: Tổng tỷ suất sinh theo vùng, 2010 – 2014.....	122
Hình 25: Xu hướng tỷ số giới tính khi sinh theo vùng, 2010 – 2014	125
Hình 26: Nguyên nhân tử vong trẻ em, 2012	129

Chữ viết tắt

ADR	Phản ứng có hại của thuốc
ARV	Thuốc kháng vi rút
ATVSTP	An toàn vệ sinh thực phẩm
BHXH	Bảo hiểm xã hội
BHYT	Bảo hiểm y tế
BKLN	Bệnh không lây nhiễm
BMI	Chỉ số khối cơ thể
BPTT	Biện pháp tránh thai
BV	Bệnh viện
BVĐK	Bệnh viện đa khoa
CBYT	Cán bộ y tế
CNTT	Công nghệ thông tin
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
CSSKBĐ	Chăm sóc sức khỏe ban đầu
CSSKSS	Chăm sóc sức khỏe sinh sản
CTMTQG	Chương trình mục tiêu quốc gia
DALY	Năm sống hiệu chỉnh theo mức độ tàn tật
DVYT	Dịch vụ y tế
EC	Phái đoàn Liên minh châu Âu tại Việt Nam
FTA	Hiệp định thương mại tự do
GAVI	Liên minh Toàn cầu về Vắc xin và Tiêm chủng
GDP	Tổng sản phẩm trong nước (Gross Domestic Production)
GDP	Thực hành tốt phân phối thuốc (Good Distribution Practice)
GLP	Thực hành tốt kiểm nghiệm thuốc
GMP	Thực hành tốt sản xuất thuốc
GPP	Thực hành tốt nhà thuốc
GSP	Thực hành tốt bảo quản thuốc
HIV/AIDS	Vi rút suy giảm miễn dịch ở người/hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải
HPG	Nhóm Đối tác y tế
IMR	Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi
JAHR	Báo cáo chung tổng quan ngành y tế
KCB	Khám chữa bệnh
KHHGĐ	Kế hoạch hóa gia đình
MRI	Chụp cộng hưởng từ
NĐTP	Ngộ độc thực phẩm
NSNN	Ngân sách nhà nước
ODA	Hỗ trợ phát triển chính thức
PCTHTL	Phòng chống tác hại của thuốc lá
PHCN	Phục hồi chức năng
PPP	Hợp tác công tư

PTTT	Phương tiện tránh thai
TCMR	Tiêm chủng mở rộng
TTBYT	Trang thiết bị y tế
TTGDSK	Truyền thông giáo dục sức khỏe
TTY	Thuốc thiết yếu
TTYT	Trung tâm y tế
TYT	Trạm y tế
U5MR	Tử vong trẻ em dưới 5 tuổi
USD	Đô la Mỹ
WHO	Tổ chức Y tế thế giới
YTCC	Y tế công cộng
YTCS	Y tế cơ sở
YHCT	Y học cổ truyền
YTDP	Y tế dự phòng

Giới thiệu

Mục đích của Báo cáo JAHR

Theo thống nhất với Nhóm Đối tác y tế (HPG), từ năm 2007, Báo cáo tổng quan chung ngành y tế (JAHR) được xây dựng nhằm đánh giá thực trạng và xác định các vấn đề ưu tiên trong lĩnh vực y tế nhằm hỗ trợ việc xây dựng kế hoạch hằng năm của Bộ Y tế và làm cơ sở cho việc lựa chọn các trọng tâm đối thoại và hợp tác giữa ngành y tế với các đối tác quốc tế.

Báo cáo JAHR hằng năm có các mục tiêu sau: (i) cập nhật thực trạng của hệ thống y tế, bao gồm tổng hợp các chính sách mới và đánh giá tiến độ thực hiện các nhiệm vụ và các kết quả thực hiện các mục tiêu được đề ra trong các kế hoạch y tế, tiến độ thực hiện các Mục tiêu Thiên niên kỷ ở Việt Nam và (ii) phân tích và đánh giá chuyên sâu hơn về một khía cạnh của hệ thống y tế hoặc một số chủ đề quan trọng đang được các nhà hoạch định chính sách y tế quan tâm.

Cấu trúc và nội dung của Báo cáo JAHR 2015

Tuỳ thuộc vào tình hình thực tế mỗi năm, cấu trúc và nội dung của báo cáo JAHR có sự thay đổi để đáp ứng mục tiêu và các yêu cầu cụ thể của hoạt động lập kế hoạch y tế và lựa chọn các lĩnh vực trọng tâm đối thoại và hợp tác giữa ngành y tế Việt Nam và các đối tác phát triển quốc tế.

Năm 2007, Báo cáo JAHR đầu tiên được xây dựng, đã cập nhật toàn diện các lĩnh vực chủ yếu của hệ thống y tế Việt Nam, gồm: (i) tình trạng sức khỏe và các yếu tố tác động; (ii) tổ chức và quản lý hệ thống y tế; (iii) nhân lực y tế; (iv) tài chính y tế và (v) cung ứng dịch vụ y tế.

Báo cáo JAHR 2008 và 2009, ngoài phần cập nhật hệ thống y tế, đã lần lượt phân tích sâu chủ đề Tài chính y tế và Nhân lực y tế ở Việt Nam.

Báo cáo JAHR 2010, được xây dựng vào thời điểm sắp kết thúc Kế hoạch phát triển y tế 5 năm 2006 – 2010, đã đặt trọng tâm vào việc cập nhật toàn diện các cấu phần của hệ thống y tế, nhằm hỗ trợ cho việc xây dựng kế hoạch 5 năm ngành y tế 2011 – 2015.

Báo cáo JAHR 2011, được xây dựng vào năm đầu tiên của Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015, có nhiệm vụ cập nhật những định hướng mới được xác định tại Đại hội Đảng toàn quốc lần thứ XI, và Kế hoạch 5 năm phát triển kinh tế-xã hội, nhằm thúc đẩy việc triển khai thực hiện kế hoạch 5 năm và hỗ trợ cho việc xây dựng kế hoạch y tế năm 2012.

Các báo cáo JAHR 2012, 2013 và 2014 đã được xây dựng từ năm thứ hai tới năm thứ 4 trong chu kỳ kế hoạch 5 năm, với nhiệm vụ hỗ trợ xây dựng kế hoạch hoạt động hằng năm của ngành y tế, thông qua việc cập nhật các chính sách mới, đánh giá tiến độ thực hiện các nhiệm vụ trong 6 cấu phần của hệ thống y tế. Bên cạnh đó, các báo cáo này cũng đã phân tích sâu về các chủ đề khác nhau như *Chất lượng dịch vụ y tế*, *Bao phủ chăm sóc sức khỏe (CSSK) toàn dân và Kiểm soát các bệnh không lây nhiễm*.

Báo cáo JAHR 2015 được thực hiện trong năm cuối của chu kỳ kế hoạch 5 năm, cũng là năm cuối để thực hiện các Mục tiêu Thiên niên kỷ, bao gồm 5 nhóm mục tiêu liên quan đến sức khỏe đã được các quốc gia thành viên của Liên hợp quốc cam kết đạt được vào năm 2015. Đồng thời, năm 2015 cũng là năm thực hiện xây dựng Kế hoạch 5 năm 2016 – 2020, bởi vậy, báo cáo JAHR năm nay cũng cung cấp thông tin cho quá trình lập kế hoạch. Báo cáo JAHR 2015 có các nhiệm vụ: (i) hỗ trợ xây dựng Kế hoạch 5 năm 2016 – 2020 của ngành y tế; và (ii) hỗ trợ xây dựng các chính sách phục vụ *Tăng cường y tế cơ sở hướng tới bao phủ CSSK toàn dân* trong tương lai.

PHẦN MỘT: Thực hiện Kế hoạch bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011 – 2015:

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

Chương II: Thực hiện Kế hoạch bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011 – 2015.

Kết quả thực hiện Kế hoạch bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011 – 2015 đề cập đến các nội dung: (i) nhân lực y tế; (ii) tài chính y tế; (iii) dược và trang thiết bị y tế; (iv) cung ứng dịch vụ y tế, (v) hệ thống thông tin y tế; và (vi) quản trị hệ thống y tế.

PHẦN HAI: Phân tích sâu về chủ đề “Tăng cường y tế cơ sở hướng tới bao phủ CSSK toàn dân” với các nội dung sau:

Chương III: Phân tích thực trạng, các thách thức và những vấn đề ưu tiên của mạng lưới y tế cơ sở và chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBD) ở Việt Nam.

Chương IV: Xác định mô hình cung ứng dịch vụ của mạng lưới y tế cơ sở bao gồm: nhu cầu cung ứng dịch vụ tập trung vào CSSKBD, xác định khung lý thuyết phù hợp và các đặc điểm cơ bản của mô hình cung ứng dựa trên CSSKBD, mô hình tổ chức mạng lưới y tế cơ sở và các điều kiện cần thiết cho sự thành công của mô hình cung ứng dịch vụ dựa vào CSSKBD.

PHẦN BA: Tóm tắt các vấn đề ưu tiên và khuyến nghị các giải pháp cho những vấn đề này trong 5 năm tiếp theo.

Chương V: Tóm tắt các vấn đề ưu tiên cần giải quyết và khuyến nghị các giải pháp cho các vấn đề ưu tiên trong Kế hoạch 5 năm 2016 – 2020.

Chương VI: Đưa ra các khuyến nghị về mục tiêu và giải pháp tăng cường CSSKBD ở tuyến y tế cơ sở phục vụ việc hoạch định chính sách trong lĩnh vực quan trọng này trong tương lai.

Phần Phụ lục bao gồm một bảng tóm tắt các chỉ số giám sát và đánh giá về các mặt của hệ thống y tế trong giai đoạn 2010 – 2014.

Phương pháp thực hiện

Quá trình xây dựng báo cáo JAHR 2015 được thực hiện dựa vào một số phương pháp tiếp cận và yêu cầu chung, bao gồm:

- Căn cứ vào bối cảnh kinh tế-xã hội và đặc điểm của hệ thống y tế Việt Nam đang trong quá trình đổi mới và phát triển, dựa vào các tiêu chí công bằng, hiệu quả của hệ thống y tế, để đánh giá đúng những kết quả, tiến bộ, những khó khăn, trở ngại trong việc thực hiện các mục tiêu cần hướng tới, đặc biệt là các nhiệm vụ đã đề ra, từ đó đề xuất các giải pháp tương ứng.
- Tìm hiểu và vận dụng các khung lý thuyết phù hợp đối với từng cấu phần của hệ thống y tế, cũng như đối với các chủ đề trọng tâm được đề cập trong báo cáo hằng năm, để bảo đảm tính nhất quán, khoa học về quan niệm và cách tiếp cận, phù hợp với xu thế hiện đại.
- Chú trọng thảo luận với cán bộ, chuyên gia các Vụ, Cục liên quan của Bộ Y tế để làm rõ những vấn đề cần quan tâm để bảo đảm tiến độ thực hiện các nhiệm vụ đã đề ra trong kế hoạch 5 năm liên quan đến từng Vụ, Cục; kịp thời trao đổi thông tin và cung cấp các dự thảo báo cáo cho nhóm công tác của Vụ Kế hoạch-Tài chính, Bộ Y tế chịu trách nhiệm xây dựng Kế hoạch 5 năm ngành y tế giai đoạn 2016 – 2020.

Các phương pháp cụ thể được sử dụng để xây dựng báo cáo, bao gồm: (i) Tổng hợp các tài liệu có sẵn, gồm các văn bản chính sách, pháp luật và các tài liệu nghiên cứu, khảo sát, và (ii) Thu thập, xử lý ý kiến của các bên liên quan, nhất là của cán bộ quản lý, chuyên gia ngành y tế và các bộ, ngành liên quan, các chuyên gia quốc tế.

Tổng hợp và xử lý các tài liệu sẵn có, gồm các văn bản của Đảng, Quốc hội, Chính phủ, Bộ Y tế và các bộ; các công trình nghiên cứu, khảo sát; các báo cáo của các bộ, ngành; báo cáo tổng kết chuyên ngành; tài liệu của các tổ chức quốc tế và của nước ngoài. Nhóm điều phối tìm kiếm và cung cấp một số tài liệu và số liệu thống kê chính; các chuyên gia chủ động tìm kiếm và chia sẻ các tài liệu liên quan.

Việc thu thập và xử lý các ý kiến của các bên liên quan được thực hiện như sau:

- Tổ chức các buổi thảo luận bàn tròn với các chuyên gia (chủ yếu là chuyên gia trong nước) và 3 hội thảo với Nhóm Đối tác y tế.
- Đăng các dự thảo chương trên website của JAHR (www.JAHR.org.vn) để lấy ý kiến của các chuyên gia trong nước và quốc tế.
- Gửi các dự thảo chương qua nhiều vòng khác nhau để lấy ý kiến của các Cục, Vụ và đơn vị của Bộ Y tế và một số bộ, ngành liên quan.

Tổ chức thực hiện

Cũng như các năm trước, JAHR 2015 được xây dựng với sự phối hợp chỉ đạo của Bộ Y tế và Nhóm Đối tác y tế. Cơ cấu tổ chức để điều hành quá trình xây dựng báo cáo gồm có:

Nhóm điều phối, gồm đại diện Bộ Y tế, một điều phối viên quốc tế, một điều phối viên trong nước và một số cán bộ hỗ trợ, có nhiệm vụ giải quyết những vấn đề hằng ngày về quản lý và hành chính, tổ chức hội thảo, tổng hợp các ý kiến đóng góp, bảo đảm cho quá trình viết báo cáo có sự tham gia của nhiều bên; biên tập, hoàn thiện báo cáo.

Chuyên gia tư vấn, gồm các chuyên gia trong nước có kiến thức, kinh nghiệm liên quan đến các cấu phần của hệ thống y tế, có nhiệm vụ dự thảo các chương của báo cáo, thu thập ý kiến của các bên liên quan và hoàn thiện các chương phù hợp với các góp ý và nhận xét chung.

**PHẦN MỘT. TÌNH HÌNH THỰC HIỆN
KẾ HOẠCH BẢO VỆ, CHĂM SÓC
VÀ NÂNG CAO SỨC KHOẺ NHÂN DÂN
GIAI ĐOẠN 2011 – 2015**

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

Chương I tóm tắt và cập nhật thông tin từ báo cáo JAHR 2014 và dựa trên các tài liệu sẵn có nhằm nêu bật được thực trạng, bối cảnh kinh tế, xã hội và tình hình sức khỏe hiện nay, xác định các vấn đề ưu tiên mà ngành y tế cần phải đối phó trong thời gian sắp tới. Trên cơ sở đó, xây dựng các mục tiêu nhiệm vụ, đề xuất định hướng các giải pháp cho các vấn đề ưu tiên trong Kế hoạch y tế 5 năm 2016 – 2020.

1. Bối cảnh kinh tế, xã hội

Phần này phân tích bối cảnh kinh tế, xã hội của Việt Nam trong mối tương quan và những tác động đối với lĩnh vực y tế.

1.1. Thuận lợi

1.1.1. Kinh tế vĩ mô cơ bản ổn định, lạm phát được kiểm soát, tăng trưởng ở mức hợp lý tạo điều kiện để bảo đảm an sinh xã hội, tiếp tục tăng đầu tư cho y tế

Trong 5 năm trở lại đây, các biện pháp đồng bộ điều hành kinh tế xã hội đã phát huy tác dụng, theo đó kinh tế vĩ mô đã dần đi vào ổn định, duy trì tăng trưởng ở mức hợp lý, lạm phát được kiểm soát, cân đối lớn của nền kinh tế được bảo đảm. Cụ thể:

Kết quả tăng trưởng tổng sản phẩm trong nước (GDP) các năm như sau: năm 2011 đạt 6,24%, năm 2012 là 5,25%, năm 2013 là 5,42%, năm 2014 là 5,98% và năm 2015 ước đạt khoảng 6,68%, tăng bình quân 5,9%/năm. GDP bình quân đầu người tăng từ 1271 USD năm 2010 lên ước khoảng 2200 USD năm 2015 [1, 2]. Theo đó, Việt Nam đã chính thức bước vào nhóm các nước có thu nhập trung bình từ năm 2009. Trong giai đoạn tới, kinh tế vĩ mô được kỳ vọng sẽ ổn định hơn; Ngân hàng thế giới dự báo tăng trưởng kinh tế Việt Nam lần lượt là 6,2% năm 2016 và 6,5% năm 2017 [3]. Kinh tế tăng trưởng ổn định cho phép tăng cường đầu tư cho y tế. Mức chi bình quân đầu người cho y tế năm 2012 là 102 USD, tăng 26% so với năm 2010 và dự báo sẽ tiếp tục tăng trong những năm tới.

Chỉ số lạm phát giảm nhanh từ 18,1% năm 2011 xuống còn 2,05% trong năm 2015 [2]; mặt bằng lãi suất giảm, năm 2015 chỉ bằng 40% so với năm 2011 [1]. Lãi suất giảm kèm theo ưu đãi sẽ tạo điều kiện cho các bệnh viện (BV) vay vốn các ngân hàng thương mại để đầu tư nâng cấp cơ sở hạ tầng, trang thiết bị y tế, đặc biệt là các bệnh viện tự chủ về tài chính.

Mặc dù tình hình kinh tế khó khăn nhưng Nhà nước vẫn ưu tiên nguồn lực thực hiện các chính sách an sinh xã hội, ưu tiên cho vùng sâu, vùng xa, đồng bào dân tộc thiểu số. Các chương trình, chính sách về giảm nghèo bền vững và hỗ trợ cận nghèo được tích cực triển khai và đạt kết quả quan trọng. Tỷ lệ hộ nghèo cả nước giảm từ 14,2% năm 2010 xuống dự kiến còn khoảng 7 – 7,2% năm 2015 [2], riêng ở các huyện¹ nghèo, tỷ lệ này giảm bình quân 5%/năm [4].

Ước tính trong 5 năm qua, chúng ta đã tạo việc làm cho thêm 7,8 triệu người. Chính sách tiền lương đã từng bước được đổi mới theo nguyên tắc thị trường và hội nhập quốc tế, theo đó lương và phụ cấp của cán bộ y tế cũng được nâng lên dù vẫn chưa tương xứng với thời gian đào tạo, rủi ro và khó khăn của nghề nghiệp y tế.

1 Trong báo cáo này, khái niệm huyện bao gồm cả huyện, quận, thị xã và thành phố trực thuộc tỉnh.

1.1.2. Toàn cầu hóa và hội nhập quốc tế và những cơ hội mang lại từ các Hiệp định thương mại tự do

Trong những năm qua, Việt Nam đã tăng cường các hoạt động đối ngoại cả chiều rộng lẫn chiều sâu², đã tích cực, chủ động tham gia và nâng cao hiệu quả tại các cơ chế, diễn đàn quốc tế và khu vực, hội nhập kinh tế sâu rộng. Dự báo xu thế liên kết và tự do hóa thương mại sẽ tiếp tục giữ vai trò chủ đạo, cho dù vẫn tiềm ẩn những tranh chấp và xung đột; các rào cản kỹ thuật vẫn có thể được áp dụng trong các mối quan hệ song phương.

Đến nay, đã có 50 quốc gia công nhận Việt Nam có nền kinh tế thị trường. Việt Nam có quan hệ ngoại giao và thương mại với trên 170 nước, tham gia 8 Hiệp định thương mại tự do (FTA) khu vực và song phương, đang tích cực tham gia đàm phán 6 FTA với các nước và khu vực... Đặc biệt, việc hình thành cộng đồng ASEAN vào cuối năm 2015, tham gia Hiệp định đối tác xuyên Thái Bình Dương (TPP), Hiệp định thương mại tự do với Liên minh châu Âu (EVFTA) và các đối tác lớn khác sẽ tạo những thuận lợi và cơ hội phát triển mới trong giai đoạn sắp tới.

Việc tham gia vào các FTA này sẽ tác động tích cực tới tăng trưởng kinh tế, giúp Việt Nam tăng cường sức mạnh kinh tế, nâng cao năng lực cạnh tranh và đổi mới hệ thống quản lý nhà nước, giảm dần quan liêu, bao cấp, mệnh lệnh hành chính, cải cách thể chế theo hướng tự do trong khi vẫn bảo đảm an ninh quốc gia. Tham gia các FTA sẽ giúp cải cách sâu rộng nền kinh tế quốc gia, hoàn thiện thể chế kinh tế thị trường, tạo lập môi trường kinh doanh thuận lợi cho các thành phần kinh tế, cải thiện điều hành kinh tế vĩ mô, thực hiện chính sách phát triển kinh tế thận trọng và bền vững, quản trị tốt hơn các vấn đề xã hội, bao gồm cả lĩnh vực y tế [5]. Hàng hóa và người lao động Việt Nam nói chung và trong lĩnh vực y tế nói riêng có cơ hội thâm nhập vào thị trường thế giới. Việc hội nhập và mở cửa thị trường cung ứng dịch vụ CSSK cũng giúp người dân có thêm nhiều cơ hội lựa chọn các dịch vụ có chất lượng cao ngay trong nước, đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của một bộ phận người dân.

1.1.3. Quá trình công nghiệp hóa, đô thị hóa góp phần đẩy mạnh phát triển kinh tế, nâng cao đời sống của người dân

Việt Nam đang phấn đấu xây dựng nền tảng để sớm đưa nước ta cơ bản trở thành nước công nghiệp theo hướng hiện đại với mục tiêu tỷ lệ đô thị hóa đạt trên 50%. Việc phát triển cơ sở hạ tầng xã hội, đặc biệt là ở khu vực nông thôn cũng góp phần nâng cao đời sống và khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế (DVYT) của người dân ở khu vực này, góp phần giảm tình trạng bất bình đẳng về CSSK giữa các vùng miền.

1.1.4. Một số chính sách phát triển kinh tế xã hội có tác dụng định hướng và hỗ trợ cho phát triển y tế

Đường lối, chính sách của Đảng, Quốc hội, Chính phủ ngày càng khẳng định vai trò quan trọng của lĩnh vực CSSK nhân dân đối với việc thực hiện tiên bộ và công bằng xã hội, nâng cao chất lượng cuộc sống của nhân dân, đáp ứng yêu cầu công nghiệp hóa, hiện đại hóa đất nước. Nhiều văn kiện của Đảng đã xác định đầu tư cho sức khỏe là đầu tư trực tiếp cho phát triển bền vững.

2 Nghị quyết số 01/NQ-CP của Chính phủ (2012) về những giải pháp chủ yếu chỉ đạo điều hành thực hiện Kế hoạch phát triển kinh tế xã hội và dự toán ngân sách Nhà nước năm 2012.

Hệ thống pháp luật liên quan đến CSSK ngày càng được hoàn thiện; nhiều Luật, Nghị định của Chính phủ, Quyết định của Thủ tướng Chính phủ, Thông tư hướng dẫn của các Bộ đã được ban hành, tạo hành lang pháp lý rõ ràng, minh bạch cho quá trình xây dựng và phát triển hệ thống y tế.

Các chính sách xóa đói giảm nghèo, chương trình quốc gia xây dựng nông thôn mới tạo thuận lợi để thực hiện công bằng trong CSSK và phát triển y tế ở nông thôn, vùng sâu, vùng xa.

Việc hoàn thiện thể chế kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa có thể tạo động lực cho việc đổi mới quản lý, nâng cao hiệu suất hoạt động của các cơ sở cung ứng dịch vụ y tế công lập, đồng thời tạo thuận lợi để phát triển khu vực y tế tư nhân.

Huy động các nguồn lực đầu tư xây dựng kết cấu hạ tầng kinh tế xã hội

Công tác quy hoạch và xây dựng các đề án phát triển kết cấu hạ tầng trong các lĩnh vực giao thông, cấp điện, thủy lợi, cấp nước... được triển khai tích cực với tầm nhìn và mục tiêu dài hạn. Hệ thống kết cấu hạ tầng từng bước được đầu tư xây dựng theo hướng đồng bộ, hiện đại, nhiều công trình trọng điểm trong đó có các công trình y tế được triển khai và hoàn thành. Đáng chú ý, Thủ tướng Chính phủ đã quyết định đầu tư xây dựng mới 5 bệnh viện trung ương và tuyển cuối tại Thành phố Hồ Chí Minh, theo hướng hiện đại, kỹ thuật cao, ngang tầm các nước tiên tiến trong khu vực (Quyết định số 125/QĐ-TTg, 2014).

Đổi mới đầu tư công theo hướng đa dạng hóa các hình thức đầu tư (BOT, BT, BO, PPP), tăng cường thu hút các nguồn vốn đầu tư ngoài nhà nước vào kết cấu hạ tầng. Hạ tầng về giáo dục đào tạo, y tế, văn hóa, thể thao du lịch được quan tâm và có bước phát triển [6].

Phát triển nguồn nhân lực chất lượng cao và khoa học công nghệ

Quy mô giáo dục đào tạo ngày càng tăng. Xã hội hóa giáo dục đào tạo được đẩy mạnh ngay cả trong lĩnh vực y tế. Quy mô, chất lượng nguồn nhân lực được nâng lên. Tiềm lực khoa học công nghệ được tăng cường. Các thành tựu khoa học công nghệ hiện đại trong các lĩnh vực y tế như công nghệ tế bào, tế bào gốc, vi sinh, ghép tạng, phẫu thuật nội soi rô bốt... ngày càng được ứng dụng rộng rãi.

Cơ cấu lại nền kinh tế gắn với đổi mới mô hình tăng trưởng

Tái cơ cấu đầu tư, trọng tâm là đầu tư công: Thực hiện những giải pháp mang tính đột phá trong công tác đầu tư công theo tinh thần Chỉ thị số 1792/CT-TTg (2011) của Thủ tướng Chính phủ, ngành y tế đã đổi mới cơ chế phân bổ vốn đầu tư theo hướng minh bạch hóa, thực hiện cân đối vốn đầu tư theo kế hoạch trung hạn (kể cả vốn ngân sách Nhà nước, vốn trái phiếu chính phủ và các chương trình mục tiêu quốc gia). Vốn được tập trung cho các công trình dự án quan trọng, cấp thiết, sớm hoàn thành, đưa nhanh vào sử dụng để phát huy hiệu quả. Nhà nước đã ưu tiên bố trí vốn cho các công trình cần thiết phải hoàn thành trong năm kế hoạch và vốn đối ứng cho các dự án hỗ trợ phát triển chính thức (ODA).

Tình trạng đầu tư dàn trải trong đầu tư công tồn tại trong nhiều năm qua đang được cải thiện. Công tác quản lý nhà nước về đầu tư được tăng cường, tập trung vào quản lý tiến độ, chất lượng công trình, thanh quyết toán vốn đầu tư, xử lý nợ đọng xây dựng cơ bản. Hoàn thiện cơ chế phân cấp quản lý đầu tư, tăng cường trách nhiệm của địa phương và chủ đầu tư. Với việc

tái cơ cấu đầu tư, hy vọng các dự án đầu tư phát triển trong lĩnh vực y tế cũng sẽ được đầu tư có trọng tâm và có hiệu quả hơn.

Về tái cơ cấu doanh nghiệp: hoàn thiện cơ chế, chính sách; ban hành và triển khai thực hiện Nghị định về phân công, phân cấp thực hiện quyền, trách nhiệm, nghĩa vụ của chủ sở hữu nhà nước đối với doanh nghiệp Nhà nước và phần vốn nhà nước đầu tư vào doanh nghiệp. Đối với các doanh nghiệp trực thuộc Bộ Y tế, tốc độ cổ phần hóa đã được đẩy mạnh, đến hết tháng 6 năm 2014, 100% các công ty được trực thuộc Tổng công ty Dược Việt Nam được cổ phần hóa. Thực hiện chỉ đạo của Thủ tướng Chính phủ, Bộ Y tế đã xây dựng Đề án sắp xếp lại ngành sản xuất vắc xin trên cơ sở tổ chức lại 3 Công ty sản xuất vắc xin. Việc cổ phần hóa bệnh viện cũng đã được đưa ra. Tuy nhiên, khác với các doanh nghiệp sản xuất kinh doanh các loại hàng hóa thông thường, các bệnh viện tham gia cung cấp các dịch vụ công (public goods) cho người dân. Hơn nữa, đây là lĩnh vực an sinh đòi hỏi có sự đầu tư và quản lý của Nhà nước. Bởi vậy, hiện tại, Bộ Y tế chưa có chủ trương cổ phần hóa bệnh viện, thay vào đó, đề xuất nghiên cứu, áp dụng một số nguyên tắc phù hợp trong quản lý doanh nghiệp vào trong quản lý các bệnh viện công.

1.2. Khó khăn, thách thức

1.2.1. Kinh tế vĩ mô vẫn gặp nhiều thách thức có thể ảnh hưởng đến an sinh xã hội và đầu tư cho y tế

Tăng trưởng GDP giảm hơn so với giai đoạn trước làm ảnh hưởng đến khả năng đầu tư cả công và tư cho y tế. Mức tăng tổng chi tiêu cho y tế giai đoạn 2010 – 2012 chỉ là 2,9%; thấp hơn so với mức tăng của GDP cùng kỳ (6,7% theo giá so sánh) và giảm nhiều so với mức tăng tổng chi tiêu cho y tế của giai đoạn 1998 – 2008 (9,8%).

Bội chi ngân sách còn cao trong bối cảnh nợ công gia tăng nhanh làm ảnh hưởng đến khả năng đầu tư ngân sách Nhà nước (NSNN) cho y tế. Bội chi NSNN dự kiến năm 2015 là 5% GDP, cao hơn so với chỉ tiêu đặt ra trong Chiến lược tài chính đến năm 2020 (Quyết định số 450/QĐ-TTg, 2012) là dưới 4,5% GDP vào năm 2015 (tính cả trái phiếu chính phủ) với chỉ tiêu giảm bội chi tiếp trong giai đoạn 2016 – 2020. Nợ công tăng nhanh. Dự nợ công cuối năm 2013 bằng 54,2%; dự nợ chính phủ bằng 42,3%; dự nợ nước ngoài của quốc gia bằng 37,3% GDP; dự kiến đến hết năm 2015 dự nợ công sẽ tăng tương ứng lên 61,3%; dự nợ Chính phủ 48,9%; dự nợ nước ngoài của quốc gia 41,5% GDP [1].

Tỷ lệ trả nợ trực tiếp của Chính phủ chiếm khoảng 14,2% so với tổng thu ngân sách năm 2014 (26,2% nếu tính cả vay để đảo nợ và trả nợ, vay về cho vay lại). Hiện tại, NSNN chiếm chưa tới 50% trong tổng chi tiêu cho y tế. Vì vậy, khi vấn đề kiểm soát bội chi ngân sách và trả nợ công chưa được giải quyết thì sẽ ảnh hưởng đến khả năng tăng đầu tư cho y tế công. NSNN đầu tư cho phát triển hạ tầng trong đó có hạ tầng y tế sẽ vẫn tiếp tục bị cắt giảm. Hơn nữa, sẽ khó tăng nguồn ngân sách để hỗ trợ đóng phí bảo hiểm y tế (BHYT) cho một số đối tượng khu vực lao động phi chính thức.

Từ sau 2017, Việt Nam sẽ ra khỏi danh sách các nước trong chương trình sử dụng vốn IDA của Ngân hàng thế giới (“tốt nghiệp IDA”), các nguồn tài trợ không hoàn lại sẽ bị cắt dần và chuyển sang vay ưu đãi hoặc vay thương mại nước ngoài cho các dự án y tế. Như vậy, cấu phần chi cho y tế từ nguồn vốn không hoàn lại và ODA dự báo sẽ giảm mạnh trong thời gian tới.

Về an sinh xã hội, tỷ lệ hộ nghèo giảm nhưng tỷ lệ hộ nghèo và cận nghèo vẫn ở mức cao, nhất là ở vùng đồng bào dân tộc thiểu số, khu vực đặc biệt khó khăn; khoảng cách giàu nghèo vẫn còn lớn.

1.2.2. Toàn cầu hóa và hội nhập quốc tế đặt ra nhiều thách thức về kinh tế xã hội

Hội nhập sâu rộng trong bối cảnh toàn cầu hóa sẽ khiến cho nền kinh tế nước ta chịu ảnh hưởng mạnh mẽ hơn bởi các tác động bất lợi của nền kinh tế thế giới như cuộc khủng hoảng ở khu vực đồng tiền chung châu Âu và vụ vỡ nợ của Hy Lạp, sự sụt giảm của giá dầu và gần đây là quyết định phá giá đồng nhân dân tệ với nguy cơ khơi mào cho một cuộc chiến tiền tệ trên thế giới.

Song song với những lợi ích tiềm năng, các Hiệp định thương mại tự do được ký kết cũng mang lại nhiều bất lợi, thách thức cho Việt Nam trong phát triển kinh tế và bảo đảm an sinh xã hội. Nhiều chuyên gia cho rằng dường như Việt Nam đang quá chú trọng vào việc đàm phán, ký kết các hiệp định hội nhập mà chậm trễ đổi mới từ bên trong dẫn đến tình trạng hội nhập sâu rộng hơn so với sự chuẩn bị và khả năng cạnh tranh của các doanh nghiệp nói riêng và của cả nền kinh tế nói chung [7]. Một khi các Hiệp định này có hiệu lực, nhiều sắc thuế nhập khẩu sẽ bị giảm, thậm chí về 0%, làm giảm nguồn thu ngân sách từ thuế nhập khẩu. Trên thị trường trong nước, hội nhập cũng tạo điều kiện cho hàng hóa và dịch vụ của các nước thâm nhập vào Việt Nam làm tăng mức độ cạnh tranh gay gắt và có thể ảnh hưởng đến thị phần của hàng hóa, dịch vụ sản xuất trong nước, thậm chí khiến cho các doanh nghiệp không đủ sức cạnh tranh phải đi đến phá sản. Hàng hóa, dịch vụ trong nước còn gặp bất lợi về cạnh tranh khi phải tuân thủ các yêu cầu cao về môi trường, lao động, các ràng buộc mang tính thủ tục, các rào cản về kỹ thuật, các yêu cầu liên quan đến bảo hộ quyền sở hữu trí tuệ,... Bảo đảm tuân thủ các quy định và vượt qua được các rào cản này sẽ tạo ra gánh nặng chi phí lớn cho Nhà nước và cộng đồng doanh nghiệp trong nước. Bên cạnh đó, nhiều doanh nghiệp đầu tư trực tiếp từ nước ngoài (FDI) có xu hướng ngừng sản xuất để chuyển sang nhập khẩu và phân phối. Điều này không chỉ làm giảm nguồn thu ngân sách mà còn ảnh hưởng đến cơ cấu thị trường lao động, việc làm. Tất cả những điều này, nếu không có biện pháp khắc phục hữu hiệu, có thể ảnh hưởng đến tăng trưởng kinh tế, an sinh xã hội và ảnh hưởng đến khả năng đầu tư cho y tế.

Trong lĩnh vực xuất khẩu, mặc dù được giảm thuế nhập khẩu vào các nước, hàng hóa và dịch vụ của Việt Nam cũng sẽ gặp nhiều khó khăn, bất lợi trong cạnh tranh khi tham gia vào sân chơi toàn cầu. Các khó khăn, bất lợi đó chủ yếu xuất phát từ việc phải tuân thủ các tiêu chuẩn cao và nghiêm ngặt về môi trường, lao động, tiêu chuẩn vệ sinh và nguồn gốc sản phẩm và các quy định mang tính phòng vệ thương mại [8]. Nếu không quan tâm đúng mức đến việc đầu tư cải thiện môi trường thể chế, nâng cao năng lực cạnh tranh, bảo đảm chất lượng tăng trưởng thì chúng ta sẽ mất đi các lợi thế từ việc hội nhập quốc tế.

Trong lĩnh vực y tế, việc hội nhập, công nhận và cho phép hành nghề trong cộng đồng ASEAN tạo áp lực cạnh tranh với các cơ sở y tế trong nước ngay trên sân nhà. Ngoài ra, nó cũng đòi hỏi Việt Nam phải có những chính sách và chế tài để quản lý việc hành nghề của các cơ sở và nhân viên y tế nước ngoài tại Việt Nam, đồng thời cũng phải đối mặt với nguy cơ chảy máu chất xám trong ngành y tế ra các nước trong khu vực. Bên cạnh đó, việc tăng cường bảo hộ sở hữu trí tuệ trong lĩnh vực dược, các doanh nghiệp dược của Việt Nam sẽ gặp nhiều khó khăn đặc biệt là sản xuất thuốc generic, dẫn tới giá thuốc nói riêng và DVYT nói chung sẽ tăng

lên, ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận thuốc và dịch vụ y tế của người dân [9]. Việc mở cửa thị trường mua sắm công đòi hỏi việc mua sắm thuốc phải được đối xử công bằng, tuân thủ nghiêm ngặt quy trình đấu thầu quốc tế không phân biệt thuốc theo nguồn gốc, xuất xứ; điều này sẽ ảnh hưởng đến việc cung ứng thuốc trong các bệnh viện và khó thúc đẩy phát triển ngành sản xuất được trong nước.

Toàn cầu hóa cũng làm tăng nguy cơ lây nhiễm dịch bệnh, nhất là các dịch bệnh mới nổi, đòi hỏi nước ta phải thường xuyên nâng cao cảnh giác và có các chiến lược đầu tư, ứng phó phù hợp (Xem thêm phần 2, Chương I).

1.2.3. Tác động của công nghiệp hóa, đô thị hóa, di dân thiếu kiểm soát

Tình trạng ô nhiễm môi trường

Thời gian vừa qua, do tập trung ưu tiên phát triển kinh tế trong khi nhận thức còn hạn chế nên việc gắn phát triển kinh tế với bảo vệ môi trường chưa chú trọng đúng mức. Tình trạng tách rời công tác bảo vệ môi trường với sự phát triển kinh tế-xã hội diễn ra phổ biến ở nhiều ngành, nhiều cấp, dẫn đến tình trạng ô nhiễm môi trường rất đáng báo động. Đối tượng gây ô nhiễm môi trường chủ yếu là hoạt động sản xuất của nhà máy trong các khu công nghiệp, hoạt động làng nghề và sinh hoạt tại các đô thị lớn. Ô nhiễm môi trường đã gây áp lực đối với lĩnh vực y tế thông qua việc gia tăng các vụ ngộ độc, bệnh nghề nghiệp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính... Bên cạnh đó, Việt Nam là một trong những nước chịu ảnh hưởng nặng nề nhất của biến đổi khí hậu [10, 11]; đây sẽ là nguy cơ hiện hữu đối với bảo đảm an ninh lương thực, xóa đói, giảm nghèo qua đó ảnh hưởng đến y tế (Xem thêm phần 2, Chương I).

Công nghiệp hóa và các thách thức đối với hệ thống y tế

Ngoài việc gây ô nhiễm môi trường, công nghiệp hóa cũng đặt ra những gánh nặng cho hệ thống y tế trong việc bảo đảm cung cấp dịch vụ CSSK cho hàng triệu lao động tập trung ở các khu công nghiệp và khu chế xuất. Trong khi đó, thu nhập của công nhân và người lao động ở khu vực không chính thức có thể chưa bảo đảm mức sống tối thiểu làm ảnh hưởng đến khả năng tham gia và đóng phí BHYT.

Đô thị hóa và vấn đề di dân

Đô thị hóa thiếu quy hoạch tổng thể, chưa đồng bộ dẫn đến việc xây dựng các khu đô thị nhưng thiếu các hạ tầng y tế đi kèm, làm tăng áp lực và gia tăng gánh nặng về CSSK cho một số khu vực tập trung đông dân. Tình trạng di dân tự do, thiếu sự quản lý làm phát sinh nhiều vấn đề xã hội phức tạp như nhà ở, việc làm, nước sạch, vệ sinh môi trường... Một nghiên cứu cho thấy di cư đến Thành phố Hồ Chí Minh đã được hình từ sự bất bình đẳng thành thị-nông thôn và từ động lực phát triển kinh tế văn hóa đa dạng của khu vực này. Tỷ lệ nghèo ở đô thị vẫn tăng, đặc biệt là trong nhóm người nhập cư. Kinh tế của các hộ gia đình được cải thiện chủ yếu nhờ vào các cơ hội tăng trưởng kinh tế chung trong khi các chương trình giảm nghèo ít có tác động [12] (Xem thêm phần 2, Chương I).

1.2.4. Xu hướng thị trường hóa, tư nhân hóa và xã hội hóa trong CSSK

Bối cảnh nền kinh tế thị trường với nhiều chính sách tác động đa chiều đến y tế, sự phân hoá giàu nghèo ngày càng tăng đặt ra nhiều thách thức trong việc xây dựng một hệ thống y tế

theo hướng công bằng, hiệu quả và chất lượng. Nếu không được kiểm soát tốt, hệ thống y tế sẽ dễ bị chia cắt, phân mảnh; mất cân đối giữa phát triển y tế cơ sở, CSSKBĐ để mọi người dân được hưởng DVYT cơ bản có chất lượng với việc phát triển y tế chuyên sâu, kỹ thuật cao; không thực hiện được chăm sóc sức khỏe toàn diện, liên tục, lồng ghép; thực hiện công bằng trong bối cảnh chi tiêu công cho y tế còn thấp.

Trong những năm gần đây, xu hướng xã hội hóa đang phát triển mạnh mẽ trong lĩnh vực y tế, bên cạnh đó, xu hướng thị trường hóa và tư nhân hóa cũng đang bắt đầu nhen nhóm với việc cổ phần hóa Bệnh viện Giao thông vận tải. Tuy nhiên, DVYT là một loại hàng hoá đặc biệt, bất cân đối thông tin và mang đậm tính nhân đạo nên không thể áp dụng nguyên lý của thị trường cạnh tranh hoàn hảo như với các dịch vụ, hàng hóa khác. Giá DVYT trong khu vực y tế công cần được xác định dựa trên chi phí đầy đủ chứ không nên định giá cao hơn chi phí của dịch vụ. Hơn nữa, việc điều chỉnh giá DVYT phải đi kèm với nâng cao chất lượng dịch vụ và mở rộng bao phủ bảo hiểm y tế để bảo đảm người dân được tiếp cận với các DVYT có chất lượng, tương xứng với mức giá đồng thời được bảo vệ về tài chính nhờ BHYT. Các cơ sở cung ứng DVYT có thể vận hành “tương tự doanh nghiệp” (business-like) theo cơ chế tự chủ, nhằm nâng cao hiệu suất, nhưng không nên “thị trường hóa” các DVYT. Cơ chế thị trường có thể được áp dụng trong một số lĩnh vực của dịch vụ y tế, song giá dịch vụ, chất lượng và số lượng dịch vụ cần được Nhà nước kiểm soát chặt chẽ.

1.2.5. Một số vấn đề khác

Xu hướng già hóa dân số như là một tất yếu phát triển đặt ra nhiều vấn đề thách thức cho hệ thống y tế trong việc bảo đảm công tác CSSK của một bộ phận ngày càng lớn dân số cao tuổi có nhu cầu CSSK cao do có gánh nặng bệnh tật lớn với chi phí điều trị cao (Xem thêm phần 2, Chương I và phần 4C, Chương II).

Việc phát triển cơ sở hạ tầng giao thông không đi kèm với các giải pháp đồng bộ, hiệu quả dẫn đến tai nạn giao thông vẫn là một vấn đề nhức nhối và chiếm tỷ trọng đáng kể trong gánh nặng bệnh tật tử vong của cả nước (Xem thêm phần Cơ cấu bệnh tật).

1.3. Kết luận

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

Tuy nhiên, kinh tế vĩ mô vẫn chưa vững chắc, phục hồi còn chậm, tăng trưởng thấp hơn giai đoạn trước, một số chỉ tiêu đặt ra không hoàn thành. Rủi ro của hệ thống ngân hàng vẫn còn tiềm ẩn. Sức cạnh tranh của nền kinh tế chưa cao, sức hấp dẫn của môi trường kinh doanh trong nước thấp hơn so với một số nước trong khu vực. Thể chế kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa chưa thực sự trở thành động lực cho phát triển kinh tế xã hội. Khoảng cách về trình độ phát triển kinh tế so với nhiều nước trong khu vực chậm được thu hẹp. Riêng y tế, việc khắc phục tình trạng quá tải bệnh viện tại tuyến trung ương và tuyến cuối còn chậm, chất lượng DVYT chưa hoàn toàn đáp ứng được kỳ vọng của người dân; cơ chế tự chủ về tài chính trong

các đơn vị y tế công lập và xã hội hóa y tế còn bộc lộ hạn chế; thực hiện lộ trình tính đủ chi phí trong giá DVYT còn chậm. Bên cạnh đó, Nhà nước cần có các giải pháp để chủ động đối phó với tác động bất lợi của quá trình toàn cầu hóa và hội nhập quốc tế, mặt trái của quá trình công nghiệp hóa, đô thị hóa, kiểm soát chặt chẽ xu hướng xã hội hóa, thị trường hóa và tư nhân hóa trong lĩnh vực y tế. Ngành y tế cũng cần có các giải pháp đổi mới toàn diện hệ thống tổ chức cung ứng DVYT để đáp ứng với tình hình mới.

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

Phần này sẽ tổng hợp, cập nhật thực trạng, diễn biến các vấn đề sức khỏe và các yếu tố ảnh hưởng sức khỏe trong những năm gần đây, từ đó phân tích, dự báo các vấn đề sức khỏe ưu tiên trong giai đoạn sắp tới để làm cơ sở đề xuất các định hướng chính về chính sách để giải quyết các vấn đề ưu tiên này trong Kế hoạch y tế 5 năm 2016 – 2020.

2.1. Tình hình sức khỏe

2.1.1. Kết quả đạt được

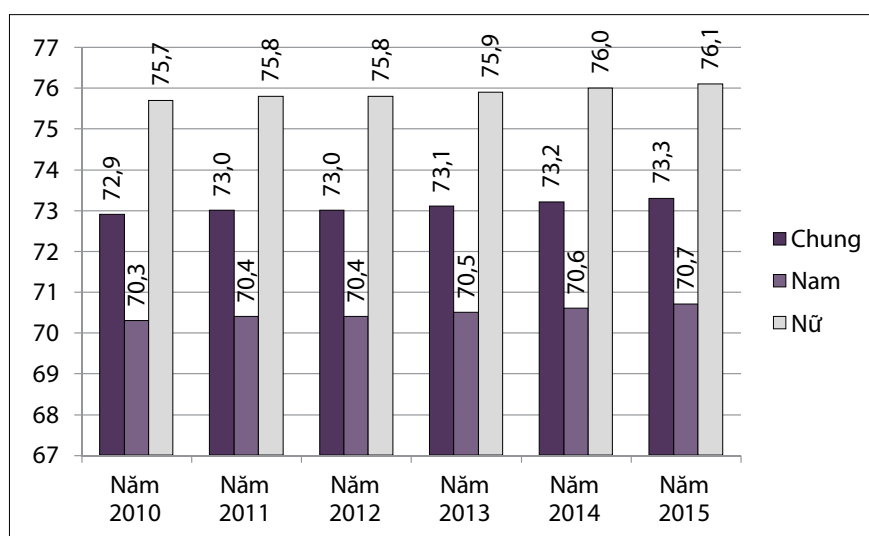
Trong những năm qua, tình hình sức khỏe của người dân Việt Nam đã có những cải thiện đáng kể, thể hiện qua các chỉ số sức khỏe cơ bản như tuổi thọ trung bình, tử vong bà mẹ và trẻ em, tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em.

Tuổi thọ trung bình

Trong 5 năm qua, tuổi thọ trung bình (gọi tắt là tuổi thọ) của người dân Việt Nam vẫn tiếp tục được cải thiện, tăng dần đều đặn khoảng 0,1 tuổi/năm, từ 72,9 tuổi năm 2010 lên 73,2 tuổi vào năm 2015 (70,7 tuổi ở nam và 76,1 tuổi ở nữ) [2] (Hình 1). Theo số liệu của Tổ chức Y tế thế giới, từ năm 1990 đến năm 2015, tuổi thọ của người dân Việt Nam đã tăng thêm 6 năm. Tuổi thọ của người dân Việt Nam năm 2012 là 76 tuổi, cao hơn hầu hết các nước trong khu vực Đông Nam Á, chỉ trừ Sing-ga-po (83 tuổi) và Bru-nây (77 tuổi) và tương đương với một số nước thu nhập cao trên thế giới như Ô-man, Slô-va-ki-a [13].

Tuổi thọ gia tăng thể hiện sự cải thiện về sức khỏe chung của người dân đồng thời cũng tạo ra áp lực cho hệ thống y tế và toàn xã hội trong việc đáp ứng nhu cầu CSSK ngày càng tăng của người cao tuổi trong bối cảnh già hoá dân số.

Hình 1: Tuổi thọ trung bình của người dân Việt Nam, 2010 – 2015

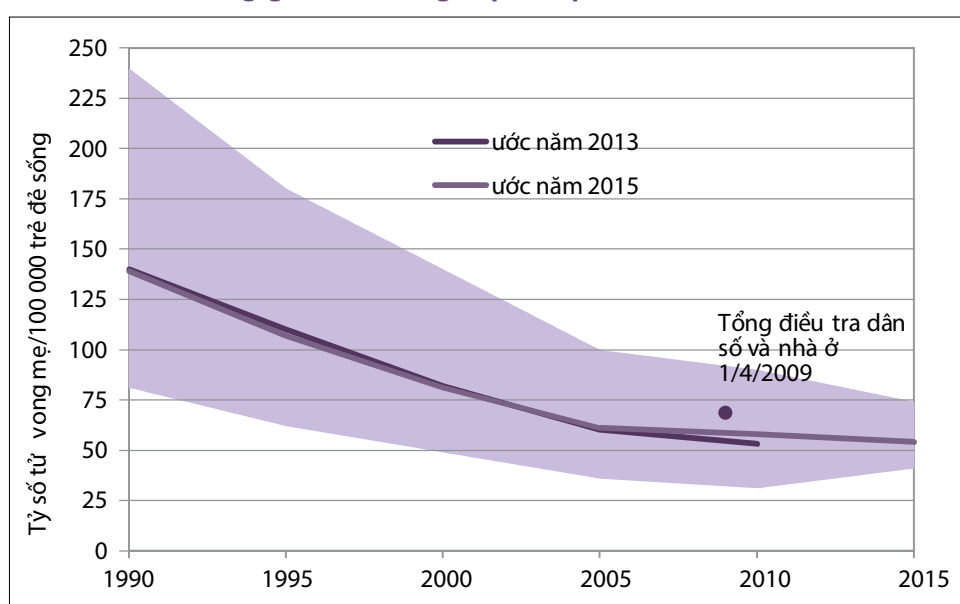


Nguồn: Tổng cục Thống kê: Điều tra biến động dân số và KHHGĐ các năm [14]; Điều tra dân số và nhà ở thời điểm 1/4/2014, Kết quả chủ yếu [15]; Niên giám thống kê các năm [16].

Tử vong mẹ

Kết quả điều tra năm 2009 cho thấy tỷ số tử vong mẹ của Việt Nam là 69/100 000 trẻ đẻ sống, giảm rõ rệt so với năm 1990 (233/100 000 trẻ đẻ sống). Từ đó đến nay, chưa có cuộc điều tra nào khác ở cấp độ quốc gia về tử vong mẹ. Theo báo cáo của Bộ Y tế, tỷ số tử vong mẹ năm 2015 ước tính khoảng 58,3/100 000 trẻ đẻ sống [17], đúng bằng Mục tiêu Thiên niên kỷ cần đạt được vào năm 2015. Trong khi đó, nhóm liên tổ chức quốc tế đưa ra số liệu ước tính tỷ số tử vong mẹ năm 2015 là 54/100 000 trẻ đẻ sống [18] (Hình 2). Tuy nhiên, khoảng tin cậy từ 41 đến 74 chưa cho phép kết luận Việt Nam đã hoàn thành Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ về giảm 3/4 tử vong mẹ so với năm 1990 hay chưa.

Hình 2: Xu hướng giảm tử vong mẹ ở Việt Nam, 1990 – 2015

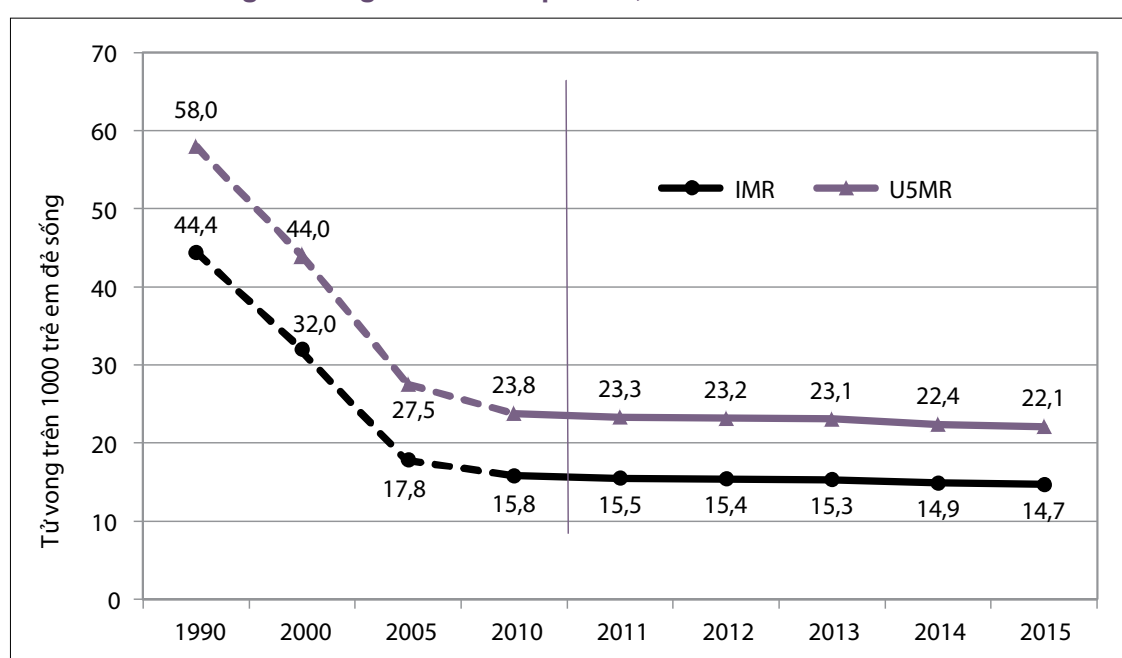


Nguồn: WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and United Nations Population Division Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group (2015). Trends in Maternal Mortality 1990-2015 [18].

Tử vong trẻ em dưới 1 tuổi và dưới 5 tuổi

Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi (IMR) và dưới 5 tuổi (U5MR) phản ánh tình trạng sức khỏe cũng như mức độ phát triển của xã hội do khá nhạy cảm với các yếu tố tác động đến sức khỏe và có mối liên hệ khá chặt với tuổi thọ trung bình của dân số. IMR phản ánh chất lượng và hiệu quả hệ thống chăm sóc sức khỏe thai sản cho bà mẹ và trẻ em trong khi U5MR phản ánh nhiều hơn tình trạng dinh dưỡng và phòng bệnh, chữa bệnh cho trẻ em. Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi đã giảm từ 44,4 trẻ/1000 trẻ đẻ sống năm 1990 xuống còn 15,3 trẻ/1000 trẻ đẻ sống năm 2010 và 14,7 trẻ/1000 trẻ đẻ sống năm 2015. Tỷ suất tử vong trẻ dưới 5 tuổi tính trên 1000 trẻ đẻ sống cũng giảm tương ứng từ 58,0 trẻ năm 1990 xuống 23,8 trẻ năm 2010 và 22,1 trẻ vào năm 2015 [16, 17]. Xu hướng thay đổi tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi và dưới 5 tuổi từ 1990 đến nay được trình bày tóm tắt trong Hình 3.

Hình 3: Xu hướng tử vong trẻ em ở Việt Nam, 1990 – 2015

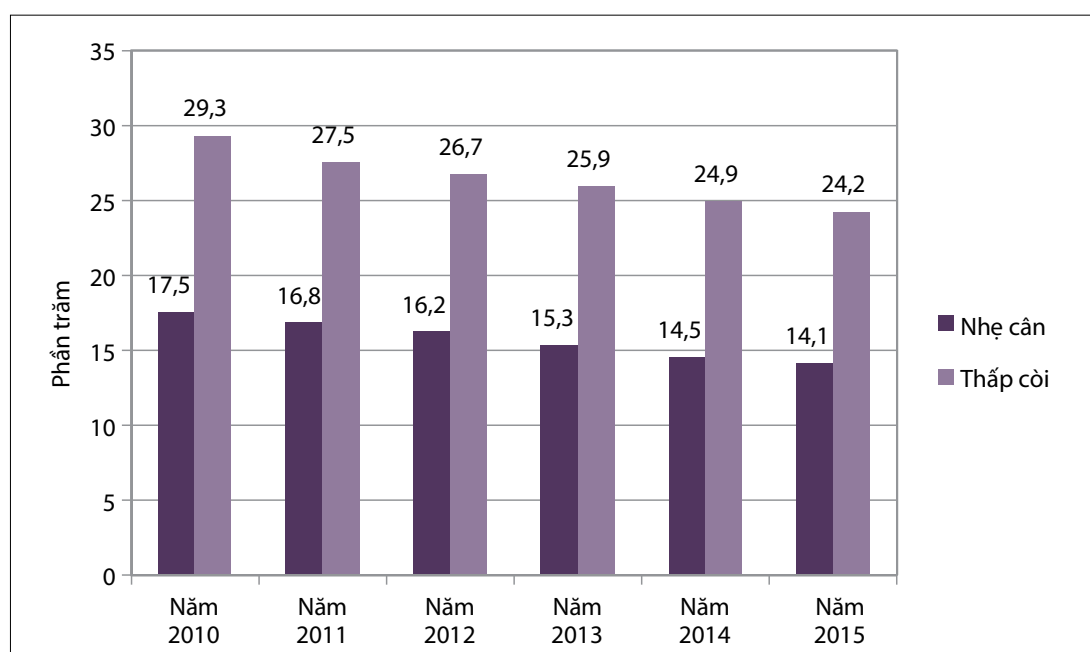


Nguồn: Tổng cục Thống kê. Niên giám thống kê các năm [16].

Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi

Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân ở trẻ em dưới 5 tuổi vẫn tiếp tục giảm nhanh liên tục trong những năm qua, từ 21,2% năm 2007 xuống còn 17,5% năm 2010 và 14,1% năm 2015, đạt được mục tiêu kế hoạch đề ra cho năm 2015 (dưới 15%) và được kỳ vọng tiếp tục giảm đáng kể trong những năm tới. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi cũng giảm tương ứng từ 33,9% (2007) xuống 29,3% (2010) và 24,2% (2015) [17],[19] (Hình 4). Như vậy, đến nay chúng ta đã giảm được hơn 60% số trẻ bị suy dinh dưỡng thể nhẹ cân so với năm 1990, hoàn thành Mục tiêu Thiên niên kỷ về dinh dưỡng trẻ em trước thời hạn.

Hình 4: Diễn biến tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi, 2010 – 2015



Nguồn: Viện Dinh dưỡng Quốc gia (2015) [19]; Bộ Y tế (2016). Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2015 và giai đoạn 2011 – 2015, một số nhiệm vụ chủ yếu năm 2016 và giai đoạn 2016 – 2020 [17].

2.1.2. Một số vấn đề thách thức

Tình trạng chênh lệch về các chỉ số sức khỏe cơ bản giữa thành thị và nông thôn, giữa các khu vực và các nhóm đối tượng trong những năm gần đây vẫn chưa có cải thiện đáng kể, thậm chí còn tăng lên (với tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi).

Bảng 1 và Hình 5 cho thấy sự khác biệt về một số chỉ số sức khỏe cơ bản giữa các vùng sinh thái và giữa khu vực thành thị so với nông thôn năm 2014. Nhìn chung, khu vực Đông Nam Bộ có các chỉ số sức khỏe tốt nhất trong khi khu vực Tây Nguyên và Trung du, miền núi phía Bắc có các chỉ số sức khỏe xấu nhất. Mức chênh lệch giữa khu vực có chỉ số sức khỏe tốt nhất với khu vực có chỉ số sức khỏe xấu nhất là 1,1 lần, tương ứng với 6,4 năm tuổi thọ; 2,9 lần với tỷ suất tử vong trẻ dưới 1 tuổi; 3,0 lần với tỷ suất tử vong trẻ dưới 5 tuổi và 2,7 lần với tỷ lệ SDD thể nhẹ cân ở trẻ dưới 5 tuổi.

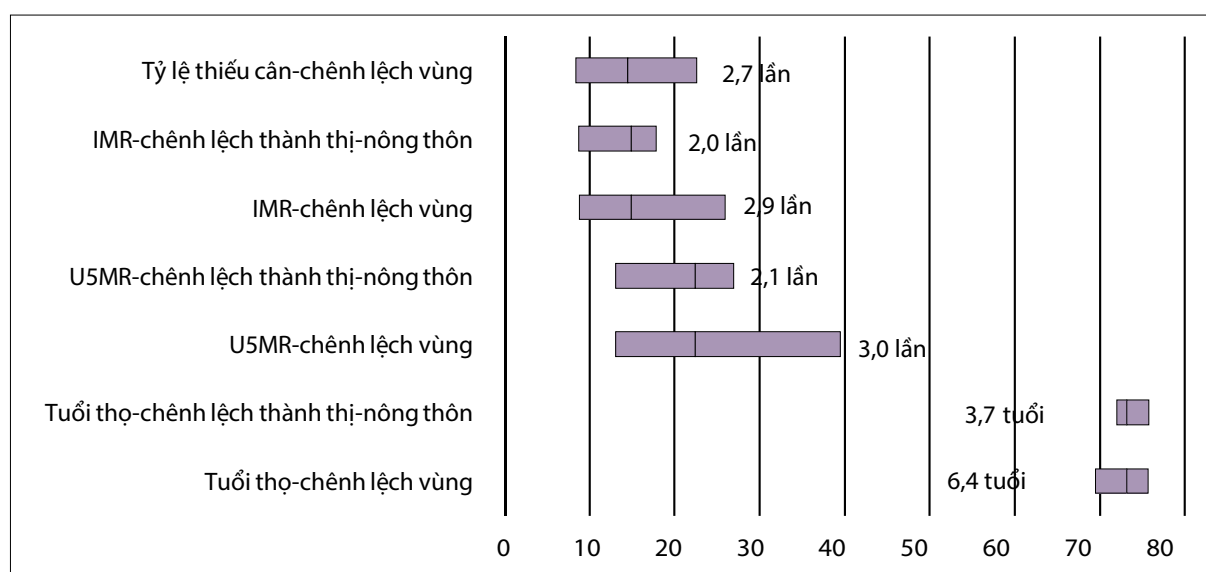
Bảng 1: Chênh lệch giữa các vùng miền về một số chỉ số sức khỏe chung năm 2014

Theo vùng sinh thái	Tuổi thọ*	IMR*	U5MR	SDD nhẹ cân
Đồng bằng Sông Hồng	74,3	13,2		10,2
Trung du và Miền núi phía Bắc	70,4	22,2	33,9	19,8
Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung	72,5	17,0		17,0
Tây Nguyên	69,5	26,1	39,5	22,6
Đông Nam Bộ	75,7	9,1		8,4
Đồng bằng Sông Cửu Long	74,4	12,0		15,0

Ghi chú: *Số liệu phân vùng là của năm 2013.

Nguồn: Tổng cục Thống kê (2015). Báo cáo tóm tắt Kết quả điều tra dân số giữa kỳ 1/4/2014 [15]; Viện Dinh dưỡng Quốc gia (2015) [19].

Hình 5: Mức chênh lệch về một số chỉ số sức khỏe giữa các vùng miền, 2010 – 2014



Nguồn: Dựa trên số liệu của Tổng cục thống kê.

Tương tự, tình trạng chênh lệch về các chỉ số sức khỏe chung như tử vong bà mẹ và trẻ em cũng được ghi nhận giữa các nhóm dân tộc và các đối tượng có điều kiện kinh tế xã hội khác nhau và hầu như không thay đổi trong 5 năm qua. Đồng bào dân tộc thiểu số, vùng sâu vùng xa, đối tượng thuộc nhóm hộ nghèo, có trình độ học vấn thấp có nguy cơ tử vong bà mẹ trẻ em cao hơn nhiều lần so với đồng bào sống ở khu vực đồng bằng, các hộ gia đình có điều kiện kinh tế tốt hơn và có học vấn cao hơn [20].

Mức giảm tử vong ở trẻ em trong những năm gần đây đã chậm lại đáng kể làm ảnh hưởng đến tiến độ và khả năng hoàn thành Mục tiêu Thiên niên kỷ về sức khỏe trẻ em. Hình 3 cho thấy, từ năm 2011 đến năm 2015, chúng ta chỉ giảm được 0,2 trường hợp tử vong ở trẻ dưới 1 tuổi và 0,3 trường hợp tử vong dưới 5 tuổi mỗi năm tính trên 1000 trẻ đẻ sống. Với tốc độ như những năm vừa qua, Việt Nam đã không thể hoàn thành Mục tiêu Thiên niên kỷ về giảm tử vong trẻ em dưới 5 tuổi vào năm 2015. Điều này đòi hỏi phải có những nỗ lực lớn hơn trong những năm tiếp theo, nhất là trong Kế hoạch 5 năm 2016 – 2020 để có thể đạt được mục tiêu và duy trì bền vững kết quả giảm tử vong ở trẻ em. Một trong những thách thức đặt ra là phải giảm được tử vong trẻ em ở giai đoạn sớm (chu sinh, sơ sinh). Bên cạnh đó, cần tập trung ưu tiên cho giảm tử vong trẻ em ở những khu vực, đối tượng có tỷ suất tử vong cao như đồng bào dân tộc thiểu số, người nghèo, có học vấn thấp ở khu vực Tây Nguyên và Trung du, miền núi phía Bắc.

Chất lượng một số chỉ số sức khỏe còn thấp. Năm 2014, mặc dù tuổi thọ trung bình là 73,2 tuổi song tuổi thọ khỏe mạnh (HALE) chỉ đạt 66,0 tuổi. Tuổi thọ trung bình năm 2015 vẫn chưa đạt được mục tiêu của Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015 (74 tuổi). Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân đã giảm nhanh song tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi vẫn còn ở mức cao (24,2% năm 2015) gây ảnh hưởng đến sức khỏe của trẻ về lâu dài. Bên cạnh đó, tỷ lệ béo phì ở trẻ em dưới 5 tuổi đang tăng nhanh, năm 2010 là 4,8%, cao hơn 6 lần so với năm 2000 [21], và vẫn tiếp tục tăng trong những năm gần đây.

2.2. Thực trạng bệnh tật và tử vong

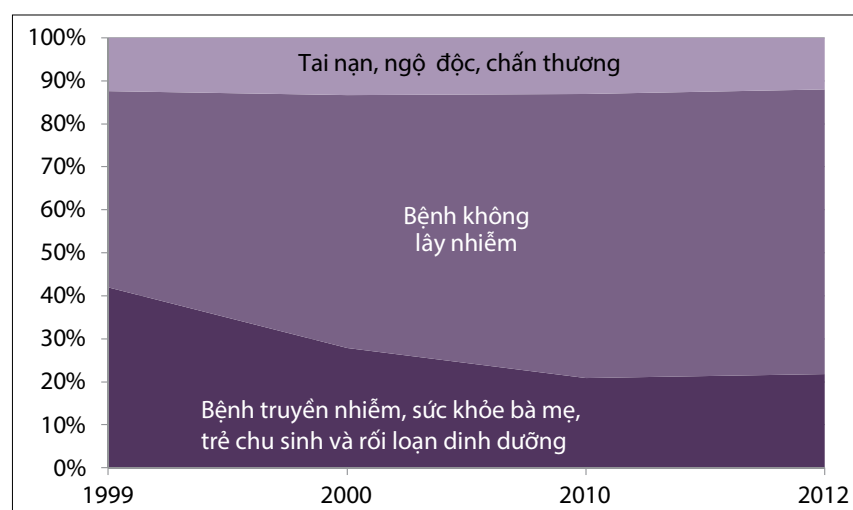
2.2.1. Thay đổi cơ cấu gánh nặng bệnh tật, tử vong với sự gia tăng tỷ trọng các bệnh không lây nhiễm

Các số liệu thống kê, nghiên cứu cho thấy cơ cấu giữa 3 nhóm bệnh lây nhiễm, không lây nhiễm, và tai nạn, thương tích đã có sự thay đổi nhanh chóng trong vòng hơn 30 năm trở lại đây với sự gia tăng nhanh tỷ trọng của các bệnh không lây nhiễm (BKLN). Tình trạng này cùng với tỷ lệ mắc và tử vong do các bệnh truyền nhiễm vẫn đang ở mức cao tạo nên gánh nặng bệnh tật kép. Trong những năm tiếp theo, gánh nặng do các BKLN vẫn tiếp tục gia tăng và chiếm ưu thế trong tổng gánh nặng bệnh tật và tử vong chung. Sự thay đổi về cơ cấu gánh nặng bệnh tật và tử vong đòi hỏi hệ thống y tế cũng phải có những đáp ứng, thay đổi phù hợp cả về tổ chức bộ máy, chức năng nhiệm vụ và khả năng cung ứng dịch vụ.

Sự gia tăng tỷ trọng các BKLN trong số những trường hợp nhập viện và tử vong tại các cơ sở y tế được ghi nhận từ cuối những năm 1970. Theo số liệu thống kê từ các bệnh viện từ 1976 đến 2012, trong số bệnh nhân nhập viện hằng năm, tỷ lệ nhóm các bệnh lây nhiễm giảm từ 55,5% xuống còn 22,9% trong khi tỷ lệ của các BKLN tăng tương ứng từ 42,6% lên 66,3% và nhóm các bệnh do tai nạn, ngộ độc, chấn thương, tai nạn vẫn tiếp tục duy trì ở tỷ lệ trên 10%. Tỷ trọng BKLN bắt đầu tăng nhanh trong giai đoạn từ 1986 – 2006 và giữ nguyên từ năm 2006 trở lại đây. Tỷ trọng bệnh lây nhiễm có xu hướng tăng nhẹ những năm gần đây. Xu hướng tương tự cũng được ghi nhận đối với cơ cấu nguyên nhân tử vong tại bệnh viện trong cùng kỳ [22].

Xu hướng gia tăng và dần chiếm ưu thế của các BKLN trong cơ cấu gánh nặng bệnh tật và tử vong cũng được khẳng định trong các số liệu đánh giá gánh nặng bệnh tật và tử vong. Hình 6 cho thấy từ năm 1990, BKLN đã vượt qua bệnh lây nhiễm để chiếm tỷ trọng lớn nhất trong tổng gánh nặng bệnh tật tính theo số năm sống mất đi sau khi hiệu chỉnh theo mức độ tàn tật (DALY). Gánh nặng do các BKLN đã tăng từ 45,5% năm 1990 lên 58,7% năm 2000, 60,1% năm 2010 và 66,2% năm 2012.

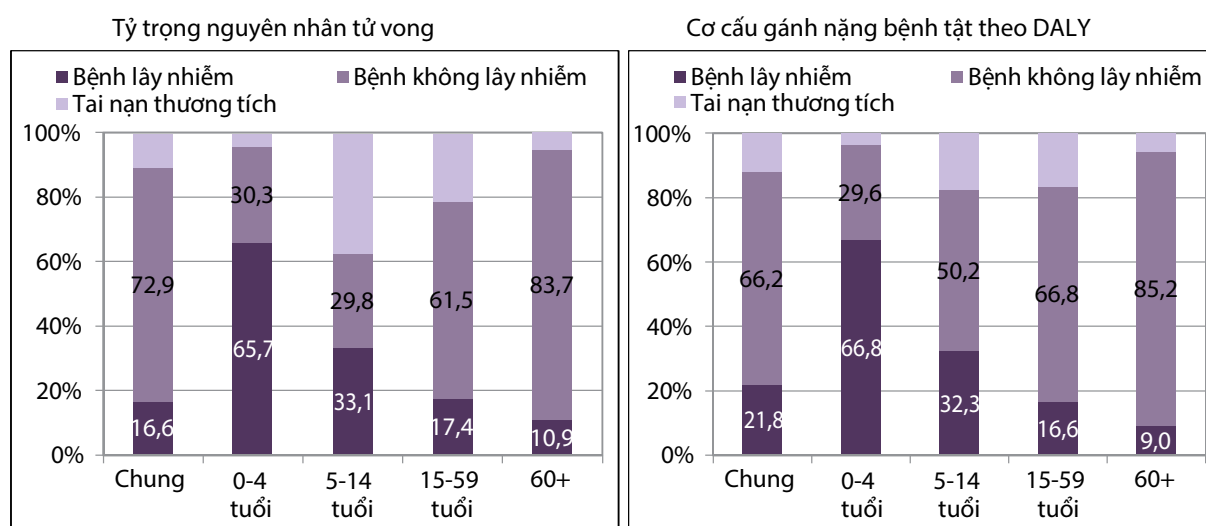
Hình 6: Xu hướng thay đổi cơ cấu gánh nặng bệnh tật tính theo DALY, 1990 – 2012



Nguồn: Global Burden of Disease Study 2010. Global Burden of Disease Study 2010 (GBD 2010) Results by Cause 1990 – 2010 – Vietnam Country Level. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2013 và WHO. Global Health Estimates và số liệu năm 2012 từ WHO Global Health Estimates (GHE). Disease and injury country mortality estimates, 2000 – 2012 [23].

Số liệu ước tính của WHO về gánh nặng bệnh tật toàn cầu năm 2012 cho thấy BKLN chiếm tỷ trọng chính trong gánh nặng bệnh tật chung ở Việt Nam không chỉ về DALY mà còn cả về tỷ trọng tử vong ở phần lớn các nhóm tuổi (Hình 7). Trong năm 2012, BKLN chiếm 72,9% trong tổng số 520 000 trường hợp tử vong. Tỷ suất tử vong chuẩn hoá theo tuổi của BKLN là 435/100 000 dân, lần lượt gấp 4,5 và 7,4 lần so với bệnh lây nhiễm và tai nạn thương tích. BKLN cũng chiếm 59,7% tổng số năm sống mất đi do tử vong sớm [13].

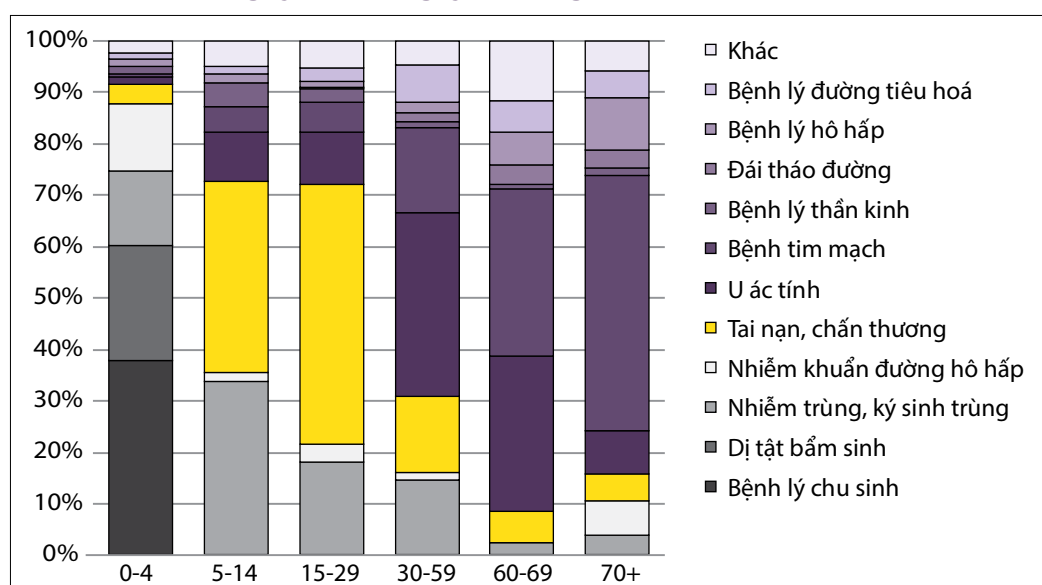
Hình 7: Cơ cấu gánh nặng bệnh tật theo các nhóm tuổi, 2012



Nguồn: WHO Global Health Estimates (GHE). Disease and injury country mortality estimates, 2000 – 2012 [23].

Trong số 20 nguyên nhân gây gánh nặng bệnh tật lớn nhất, năm 1990 chỉ có 9 BKLN, đến năm 2010 đã có đến 15 BKLN, đặc biệt cả 5 bệnh gây gánh nặng lớn nhất đều là BKLN [24]. Các BKLN cũng chiếm phần lớn trong số các nguyên nhân tử vong hay gặp nhất ở hầu hết các nhóm tuổi năm 2012 (Hình 8).

Hình 8: Cơ cấu nguyên nhân gây tử vong theo các nhóm tuổi, 2012

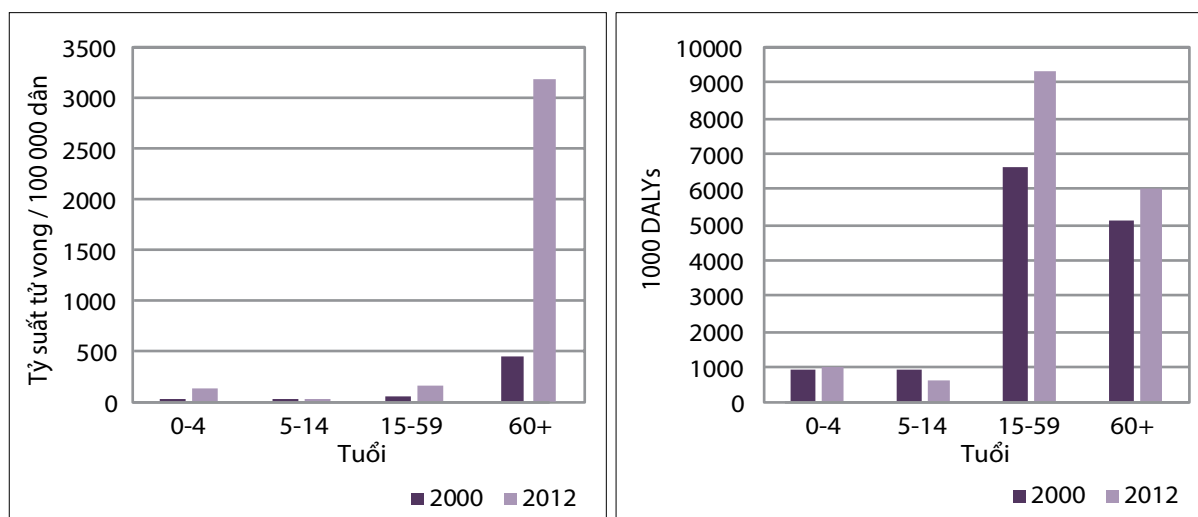


Nguồn: WHO Global Health Estimates (GHE). Disease and injury country mortality estimates, 2000 – 2012 [23].

Sự gia tăng gánh nặng bệnh tật và tử vong do các BKLN

Không chỉ thay đổi trong tỷ trọng cơ cấu gánh nặng bệnh tật và tử vong chung, các BKLN còn gia tăng cả về tỷ suất tử vong lẫn gánh nặng bệnh tật tính theo DALY. Trong giai đoạn từ 2000 – 2012, tỷ suất tử vong do các BKLN tăng gấp gần 6 lần, từ 73,9 trường hợp/100 000 dân lên 417,4/100 000 dân. Tổng gánh nặng bệnh tật gây ra do các BKLN cũng tăng tương ứng từ 13,5 triệu DALY năm 2000 lên 16,9 triệu DALY năm 2012 [13]. Hình 9 cho thấy xu hướng gia tăng gánh nặng của các BKLN theo các nhóm tuổi từ 2000 – 2012.

Hình 9: Thay đổi gánh nặng do các BKLN ở các nhóm tuổi năm 2012 so với năm 2000



Gánh nặng của các BKLN gây ra bởi bốn nhóm bệnh chính là bệnh tim mạch, ung thư, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và đái tháo đường. Bốn nhóm bệnh này chiếm 60,4% các trường hợp tử vong và 33% tổng gánh nặng bệnh tật tính theo DALY năm 2012. Ước tính 17% những người trong độ tuổi 30 – 70 có nguy cơ tử vong do 4 nhóm bệnh này [25].

Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đánh giá đầy đủ trên quy mô quốc gia về gánh nặng bệnh tật gây ra do các BKLN. Phần dưới đây chỉ trình bày kết quả của một số điều tra nghiên cứu quy mô nhỏ, số liệu ước tính của các cơ quan tổ chức cũng như số liệu thống kê, báo cáo thường kỳ của các chương trình mục tiêu y tế quốc gia về tỷ lệ mắc bệnh, tử vong, gánh nặng bệnh tật ước tính.

Bệnh tim mạch: Bệnh tim mạch là nguyên nhân gây gánh nặng bệnh tật lớn nhất trong số các BKLN, chiếm 33% tổng số các trường hợp tử vong năm 2012, 16,5% tổng số năm sống mất đi do tử vong sớm và 7,3% tổng số DALY mất đi năm 2010. Các bệnh tim mạch có gánh nặng lớn là tăng huyết áp, tai biến mạch máu não, thiếu máu cơ tim,...

Ung thư: Ước tính số người mới mắc ung thư ở Việt Nam là hơn 125 000 năm 2012 và gần 190 000 vào năm 2020. Các loại ung thư phổ biến nhất ở nam giới là ung thư gan, phổi, dạ dày và đại trực tràng; ở nữ giới là ung thư vú, phổi, gan, cổ tử cung. Việc phát hiện và điều trị ung thư thường được thực hiện ở giai đoạn muộn làm cho chi phí điều trị gia tăng và khả năng kéo dài sự sống cũng như cải thiện chất lượng cuộc sống bị hạn chế.

Bệnh phổi mạn tính: Tỷ lệ hiện mắc ước tính với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là 4,2% và với hen phế quản là 3,9% và đang có xu hướng tăng lên do ảnh hưởng của vấn đề ô nhiễm môi trường không khí do khói bụi sinh hoạt, sản xuất và lưu thông.

Đái tháo đường: Tỷ lệ mắc đái tháo đường và rối loạn dung nạp glucose ở lứa tuổi 30 – 69 tuổi trên toàn quốc tăng nhanh hơn dự báo, tăng xấp xỉ gấp đôi trong vòng 10 năm từ 2002 – 2012. Kết quả điều tra của Bệnh viện Nội tiết trung ương trên hơn 11 000 người trong độ tuổi 30 – 69 trên toàn quốc cho thấy có 5,42% mắc đái tháo đường [26]. Dự báo mỗi năm sẽ có thêm khoảng 88 000 người mắc mới, đưa số bệnh nhân mắc đái tháo đường lên 3,42 triệu người vào năm 2030.

Tâm thần: Số liệu điều tra từ năm 2000 cho thấy có đến 14,9% dân số chịu ảnh hưởng của 10 bệnh rối loạn tâm thần phổ biến nhất; trong đó, lạm dụng rượu, bia (5,5%), trầm cảm (2,8%) và lo lắng (2,6%). Gần 3 triệu người Việt Nam mắc các rối loạn tâm thần nghiêm trọng điển hình như tâm thần phân liệt, trầm cảm, rối loạn lưỡng cực và các biểu hiện nghiêm trọng khác về lo âu và trầm cảm.

Gánh nặng do các yếu tố nguy cơ trung gian của một số BKLN như tăng huyết áp, béo phì, tăng cholesterol máu cũng đang có xu hướng tăng lên làm tăng gánh nặng của các BKLN. Kết quả điều tra giám sát các yếu tố nguy cơ BKLN trên đối tượng người trưởng thành từ 25 – 64 tuổi năm 2009 – 2010 cho thấy có 30,1% số người bị tăng lipid máu; 19,2% tăng huyết áp và 12,1% thừa cân, béo phì. Các tình trạng này vẫn tiếp tục tăng trong thời gian tới do hậu quả tích lũy của nhiều yếu tố hành vi nguy cơ như hút thuốc lá, sử dụng rượu bia, chế độ dinh dưỡng không hợp lý và lối sống ít vận động thể lực [27].

Tai nạn thương tích cũng là nguyên nhân gây tử vong và tàn tật hàng đầu ở Việt Nam, ước tính gây ra 12,8% trong tổng số ca tử vong năm 2010, gấp đôi số ca tử vong do bệnh truyền nhiễm (5,6%). Theo kết quả Khảo sát quốc gia về tai nạn thương tích của Việt Nam (VNIS) năm 2010, mỗi năm ở Việt Nam có hơn 35 000 trường hợp tử vong do tai nạn thương tích; trong đó, tai nạn giao thông đường bộ, ngã và đuối nước là những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu [28]. Riêng đuối nước được coi là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ em từ 5 – 14 tuổi ở Việt Nam với trung bình mỗi ngày có 20 trẻ bị đuối nước [29].

Tác động của sự gia tăng gánh nặng của các BKLN ở Việt Nam

Sự gia tăng của các BKLN không chỉ gây nên gánh nặng về bệnh tật và kinh tế cho cả bản thân bệnh nhân và gia đình mà còn tạo nên gánh nặng cho hệ thống y tế cũng như toàn xã hội. Tác động của sự gia tăng gánh nặng các BKLN đã được phân tích đầy đủ trong báo cáo JAHR 2014. Tác động của sự gia tăng gánh nặng bệnh tật do các BKLN ở Việt Nam càng cần được đặc biệt quan tâm do một số lý do sau đây.

BKLN không chỉ gia tăng ở các quần thể dân cư thành thị có điều kiện kinh tế phát triển mà cả người nghèo ở vùng nông thôn. Ở vùng nông thôn, việc chuyển đổi dịch tễ đang diễn ra ở giai đoạn 2 (các bệnh lây nhiễm giảm xuống, điều kiện dinh dưỡng được cải thiện trong khi các bệnh lý liên quan đến tăng huyết áp không được điều trị như đột quỵ xuất huyết và bệnh tim do tăng huyết áp vừa mới xuất hiện) trong khi ở vùng thành thị đã chuyển qua giai đoạn 3 khi các biến cố mạch vành do sự gia tăng nhanh chóng của tình trạng xơ vữa trở nên phổ biến hơn [30].

Nhận thức của người dân về BKLN còn hạn chế, tỷ lệ chưa được chẩn đoán và điều trị trong số bệnh nhân mắc các BKLN chủ yếu vẫn còn rất lớn. Tỷ lệ mắc đái tháo đường chưa được chẩn đoán ở độ tuổi 30 – 69 trong cộng đồng là 63,6% [26]. Ước tính có khoảng 25,1% người trưởng thành 25 – 64 tuổi mắc tăng huyết áp nhưng chỉ chưa đầy 48% trong số đó biết mình bị tăng huyết áp, 29,6% được điều trị và chỉ 10,7% đạt được huyết áp mục tiêu [31]. Từ

vong do đột quỵ trong bệnh viện rất cao, chủ yếu do bệnh nhân không biết được tình trạng tăng huyết áp của bản thân hoặc biết nhưng không được điều trị đúng cách [32].

BKLN cũng gây nên gánh nặng tài chính cho cả các hộ gia đình nghèo. Tỷ số chênh về khả năng gặp chi phí thảm họa và nghèo hóa do chi phí y tế ở những hộ gia đình có người mắc BKLN lần lượt cao hơn 3,2 và 2,3 lần so với hộ gia đình không có người mắc bệnh [33]. Sự gia tăng gánh nặng bệnh tật của BKLN không chỉ gây nên gánh nặng kinh tế lớn cho xã hội mà còn đặt ra thách thức cho hệ thống y tế trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc ngoại trú toàn diện, dài ngày. Hệ thống y tế, nhất là mạng lưới y tế cơ sở (YTCS) cần phải có những thay đổi tương ứng để đáp ứng với yêu cầu của gánh nặng bệnh tật.

Đầu tư của Nhà nước cho công tác kiểm soát, phòng chống các BKLN chưa tương xứng với gánh nặng bệnh tật. Công tác kiểm soát, phòng chống các BKLN mới chỉ được đưa vào chương trình mục tiêu y tế quốc gia từ năm 2006 với bệnh ung thư và 2011 với các bệnh khác (tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính). Chiến lược chăm sóc sức khỏe (CSSK) nhân dân 2011 – 2020 và các mục tiêu của Kế hoạch 5 năm ngành y tế 2011 – 2015 chủ yếu vẫn tập trung nhiều cho các bệnh lây nhiễm. Chiến lược phòng chống các BKLN mới chỉ được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt từ tháng 3 năm 2015.

Năng lực của hệ thống y tế, nhất là mạng lưới YTCS trong việc quản lý bệnh và các yếu tố nguy cơ BKLN, khả năng cung ứng các dịch vụ khám và điều trị BKLN còn hạn chế. Điều này đã được phân tích kỹ trong Báo cáo JAHR 2014.

2.2.2. Gánh nặng do các bệnh lây nhiễm vẫn ở mức cao, ngày càng khó kiểm soát và vẫn tiếp tục là một thách thức đối với hệ thống y tế

Mặc dù tỷ trọng gánh nặng bệnh tật và tử vong do các bệnh lây nhiễm đã giảm trong thời gian vừa qua, song số trường hợp tử vong và gánh nặng bệnh tật gây ra do các bệnh này vẫn ở mức cao. Năm 2012, các bệnh lây nhiễm gây ra 86 100 trường hợp tử vong (so với 97,7 ngàn trường hợp năm 2000) và gây ra 5,6 triệu DALY (so với 6,7 triệu năm 2000). Bên cạnh đó, các bệnh lây nhiễm hiện nay thường khó kiểm soát hơn và gây ra gánh nặng kinh tế lớn hơn trước đây vì chi phí điều trị cao hơn do tình trạng biến đổi khí hậu, thay đổi môi trường, tình trạng đề kháng với các loại thuốc, hoá chất, một số bệnh mới chưa có phương pháp điều trị, phòng ngừa đặc hiệu. Các xu hướng sau đây làm tăng gánh nặng bệnh tật do các bệnh lây nhiễm trong thời gian tới:

- Sự gia tăng tình trạng kháng thuốc với các bệnh như lao, sốt rét, HIV.
- Biến đổi khí hậu và tác động của quá trình đô thị hoá, công nghiệp hoá làm thay đổi hệ thống sinh thái (với sốt rét, sốt xuất huyết).
- Gia tăng tỷ lệ mắc bệnh trong cộng đồng (với sốt rét).
- Giảm tuân thủ của cộng đồng với các biện pháp dự phòng như tiêm chủng vắc xin.
- Sự xuất hiện của các bệnh mới nổi chưa có các phương pháp dự phòng và điều trị đặc hiệu với nguy cơ ngày càng cao và diễn biến ngày càng phức tạp.

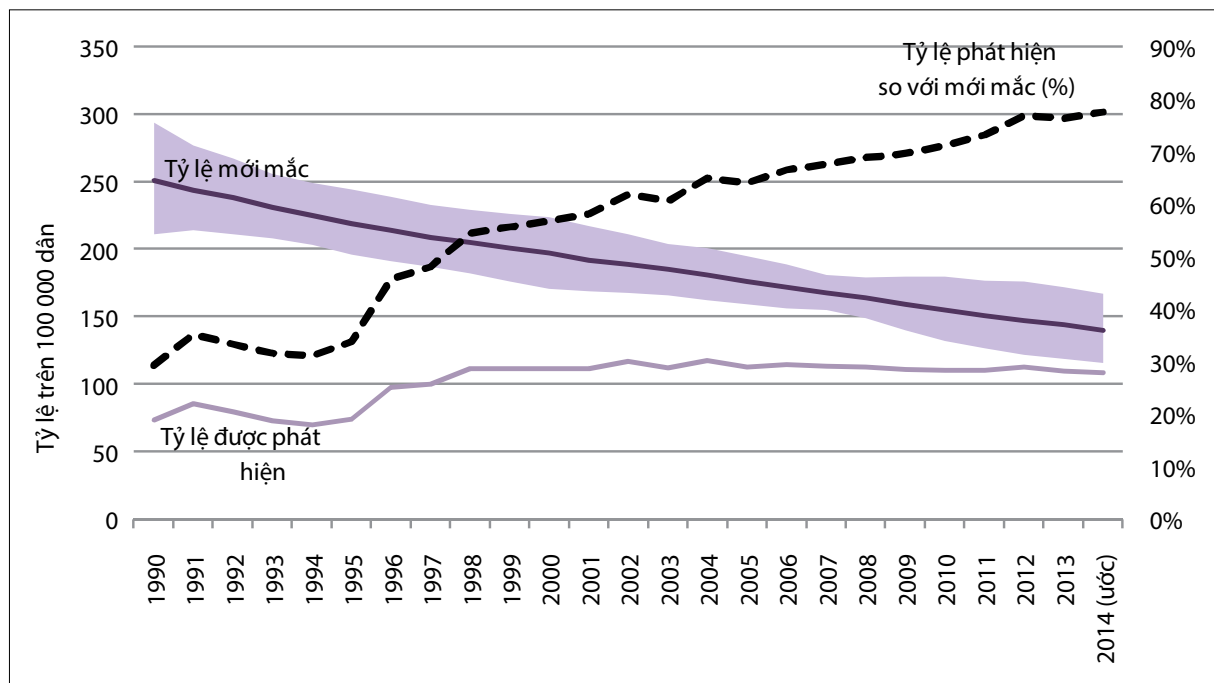
Với những vấn đề đó, bệnh lây nhiễm tiếp tục là một vấn đề cần quan tâm và là một thách thức đối với hệ thống y tế trong những năm tiếp theo. Phần dưới đây tổng hợp gánh nặng mắc bệnh và tử vong của một số bệnh, nhóm bệnh lây nhiễm chủ yếu ở Việt Nam.

Bệnh lao

Tỷ lệ tử vong do lao đã giảm rõ rệt trong thời gian qua, tỷ lệ mới mắc lao ước tính hằng năm cũng giảm dần mặc dù tỷ lệ phát hiện bệnh nhân lao vẫn tăng nhẹ (Hình 10). Từ giữa thập niên đầu của thế kỷ này, tỷ lệ mắc lao đã giảm khoảng 0,8%/năm với lao các thể và giảm 1,7%/năm đối với lao AFB dương tính mới. Theo ước tính của WHO, Việt Nam có khoảng 180 000 ca bệnh lao mỗi năm (198/100 000 dân) [34].

Mặc dù vậy, gánh nặng do bệnh lao ở nước ta vẫn còn rất nặng nề. Việt Nam vẫn đứng thứ 12 trên thế giới về gánh nặng chung của bệnh lao và đứng thứ 14 về gánh nặng lao kháng thuốc, nhất là lao kháng đa thuốc (MDR-TB). Tỷ lệ lao kháng thuốc đang có xu hướng tăng, chủ yếu trong những trường hợp lao tái phát. Tình hình thực tế hiện nay đặt ra những thách thức đối với khả năng hoàn thành và duy trì mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ về khống chế bệnh lao.

Hình 10: Xu hướng tỷ lệ mới mắc lao theo ước tính và phát hiện được, 1990 – 2014

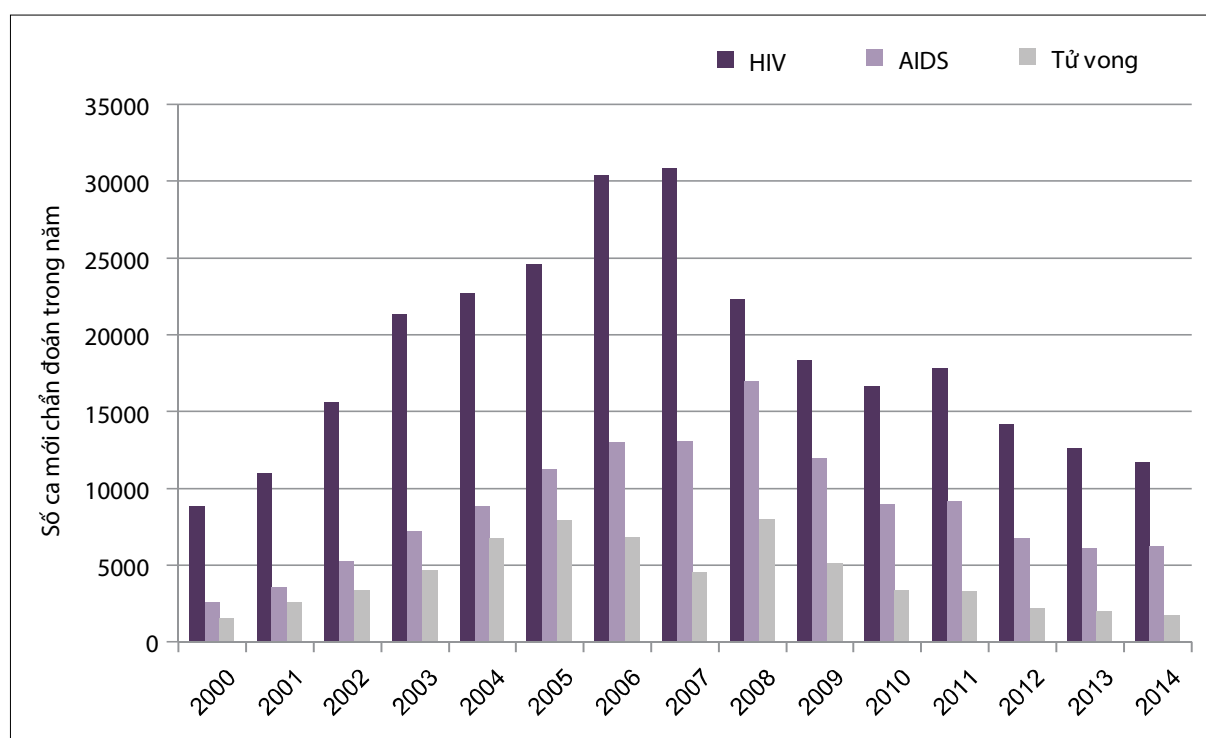


Nguồn: Global TB report 2015 [34].

HIV/AIDS

Sau đỉnh dịch năm 2007, số trường hợp nhiễm HIV mới được phát hiện và số trường hợp tử vong có liên quan đến AIDS đều giảm dần hằng năm. Tính đến cuối năm 2014, số trường hợp mới nhiễm HIV đã giảm được khoảng 60% và số tử vong do AIDS đã giảm được hơn 50% so với đỉnh năm 2007 (Hình 11). Việt Nam vẫn giữ được tỷ lệ nhiễm HIV dưới 0,3% dân số theo kế hoạch đề ra. Mặc dù đã có những thay đổi đáng kể trong thời gian qua, dịch HIV ở Việt Nam vẫn tập trung ở những quần thể có nguy cơ cao nhất như người tiêm chích ma túy, người bán dâm và nam quan hệ tình dục đồng giới. Trong thời gian gần đây, bạn tình của người nhiễm HIV được coi là quần thể có nguy cơ cao mới, được bổ sung vào các can thiệp dự phòng. Tỷ lệ phụ nữ nhiễm HIV mới được báo cáo có xu hướng tăng với nguồn lây chủ yếu là từ bạn tình bị nhiễm HIV.

Hình 11: Xu hướng dịch HIV/AIDS, 2000 – 2014



Nguồn: Global AIDS Response Progress Report Vietnam.

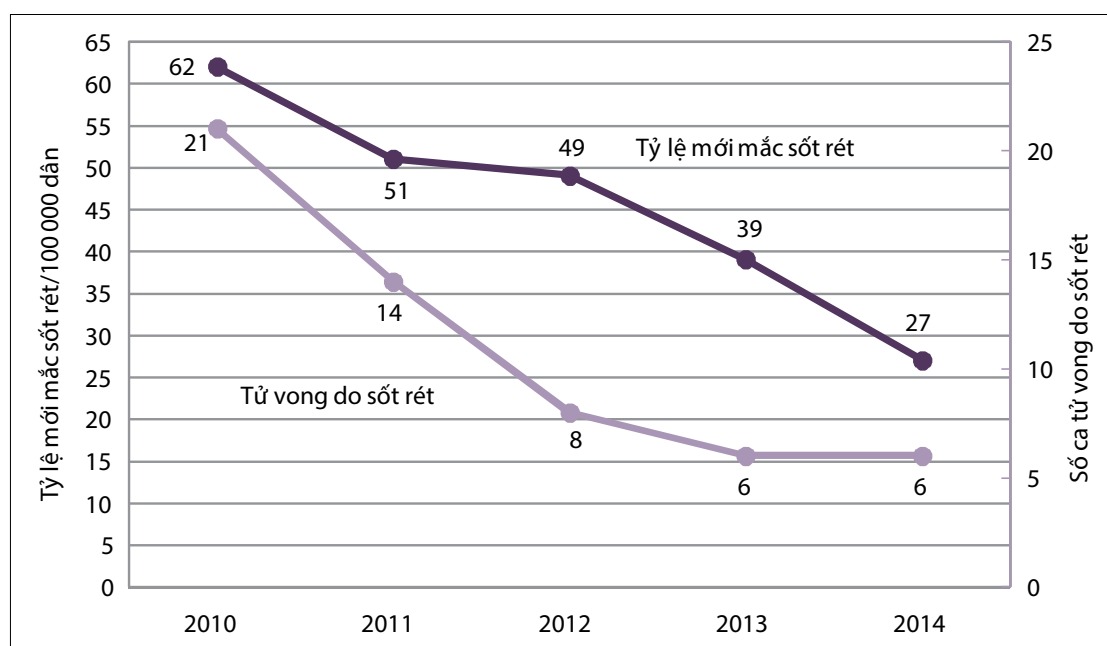
Tuy nhiên, mức độ giảm quy mô dịch chưa sâu, chưa ổn định; số lượng người mới phát hiện nhiễm HIV vẫn tiếp tục gia tăng tại một số địa phương, đặc biệt là khu vực miền núi, vùng sâu, vùng xa. Phần lớn người nhiễm HIV nằm trong độ lao động (90% từ 20 – 60 tuổi), là trụ cột chính của gia đình, do đó khi bị nhiễm HIV, suy giảm sức khỏe, không lao động được, giảm thu nhập cho gia đình và xã hội [35]. Vẫn còn gần một nửa các đối tượng có nhu cầu chưa được tiếp cận với điều trị thuốc kháng vi rút (ARV), trong khi đó, khoảng một phần ba số bệnh nhân đang điều trị đã bắt đầu điều trị ở giai đoạn muộn, dẫn đến tỷ lệ tử vong, tỷ lệ mắc bệnh cao và gánh nặng chi phí, đồng thời góp phần làm tăng tỷ lệ lây truyền HIV trong cộng đồng. Bên cạnh đó, việc điều trị đồng thời cho các trường hợp đồng nhiễm lao và các bệnh viêm gan vi rút C vẫn còn hạn chế do thiếu phương án điều trị hiệu quả và chi phí thuốc cao. Chương trình phòng, chống HIV/AIDS quốc gia cũng đối mặt với việc duy trì hoạt động bền vững do sự giảm mạnh viện trợ quốc tế, đặc biệt sau năm 2017.

Sốt rét

Tỷ lệ mắc và chết do sốt rét ở Việt Nam đã giảm rõ rệt trong thời gian qua. Tỷ lệ mắc sốt rét đã giảm liên tục, từ 2,8 ca xác định/1000 dân năm 1991 xuống 0,2 ca/1000 dân năm 2010 và chỉ còn 0,17 ca/1000 dân năm 2014. Số trường hợp tử vong do sốt rét cũng giảm nhanh chóng từ 4646 ca năm 1991 xuống còn 91 ca năm 2001, 14 ca năm 2011 và 6 ca năm 2014 [36]. Tỷ lệ mắc và số trường hợp tử vong do sốt rét đều giảm rõ trong giai đoạn 2010 – 2014 (Hình 12). Hầu hết các ca bệnh sốt rét và các ca tử vong do sốt rét xảy ra ở khu vực ven biển miền Trung và Tây Nguyên. Hiện nay, 16 tỉnh, thành phố đã không còn bệnh sốt rét lưu hành và 33 tỉnh gần loại trừ được sốt rét. Tuy nhiên, hiện vẫn còn 73,7% dân số sống trong vùng nguy cơ, trong đó có khoảng 6,8% sống trong vùng có nguy cơ cao [37]. Việt Nam vẫn cần nhiều nỗ lực để thực hiện cam kết loại trừ bệnh sốt rét vào năm 2030.

Thách thức đối với công tác phòng chống sốt rét trong giai đoạn tới là phải đối mặt với nguy cơ gia tăng ký sinh trùng kháng thuốc và muỗi nhờn với hoá chất. Tỷ lệ kháng artemisinin đang ngày càng tăng tại Việt Nam và ba quốc gia khác thuộc tiểu vùng sông Mê Kông là Thái Lan, Miến Điện và Campuchia. Sốt rét kháng thuốc artemisinin được xác nhận đầu tiên ở tỉnh Bình Phước năm 2010, sau đó là Gia Lai, Đắk Nông năm 2011 – 2012, Quảng Nam năm 2013 và Khánh Hoà năm 2014. Bên cạnh đó, vấn đề di cư tự do không kiểm soát ở những vùng nguy cơ cũng gây khó khăn cho hoạt động kiểm soát phòng chống sốt rét. Trong khi đó, kinh phí cho Chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống sốt rét bị cắt giảm và khả năng duy trì trong giai đoạn tới vẫn còn chưa chắc chắn.

Hình 12: Tình hình mắc và tử vong do sốt rét giai đoạn 2010 – 2014



Nguồn: Quyết định số 4717/QĐ-BYT và Báo cáo tổng kết năm 2014 của Viện SR-KST-CT trung ương.

Một số bệnh truyền nhiễm có thể phòng bằng vắc xin

Tỷ lệ mắc và tử vong do các bệnh trong chương trình Tiêm chủng mở rộng (TCMR) đã giảm rõ rệt trong những năm qua. Việt Nam vẫn duy trì được các thành quả của thanh toán bại liệt, loại trừ uốn ván sơ sinh và không chế bệnh sởi. Tỷ lệ mắc và chết do các bệnh như bạch hầu, ho gà, uốn ván đã giảm rõ rệt liên tục qua các năm.

Thách thức đối với các bệnh này là nguy cơ xuất hiện trở lại và bùng phát dịch của các bệnh trong chương trình tiêm chủng mở rộng.... Tỷ lệ bao phủ tiêm chủng vẫn chưa đầy đủ đối với trẻ em nghèo hoặc trẻ em vùng sâu vùng xa, hoặc những trẻ em phải đối mặt với những vấn đề liên quan đến di cư tự do. Bên cạnh đó, ảnh hưởng của một số tai biến, sai sót trong tiêm chủng trong vài năm trở lại đây khiến cho tỷ lệ trẻ tiêm chủng một số loại vắc xin trong TCMR giảm đi. Hiện tượng nhiều hộ gia đình chỉ tập trung cho con đi tiêm dịch vụ trong bối cảnh vắc xin thiếu làm cho trẻ được tiêm muộn, giảm hiệu quả phòng bệnh. Việc tích lũy các trường hợp trẻ bị bỏ sót không được tiêm chủng đầy đủ, tiêm chủng muộn, miễn dịch không đầy đủ sẽ là đối tượng nguy cơ cho việc bùng phát dịch. Vấn đề cắt giảm kinh phí phân bổ trực tiếp cho

Chương trình mục tiêu quốc gia TCMR cũng ảnh hưởng đến việc duy trì kiểm soát các bệnh có thể phòng bằng vắc xin trong giai đoạn tới.

Một số bệnh truyền nhiễm lưu hành có nguy cơ phát sinh dịch

Việt Nam đã đạt được những kết quả đáng kể trong việc kiểm soát và phòng chống các dịch bệnh truyền nhiễm lưu hành như sốt xuất huyết, tay chân miệng, tiêu chảy cấp. Tuy nhiên, các bệnh này vẫn có nguy cơ phát sinh dịch bất cứ lúc nào do tác động của việc di cư, giao lưu đi lại, thay đổi môi trường khí hậu, thói quen vệ sinh chưa tốt.

Dịch sốt xuất huyết vẫn xảy ra hằng năm với cao điểm từ tháng 6 đến tháng 10. Chúng ta chưa đạt được nhiều thành công trong kiểm soát số ca mắc sốt xuất huyết. Tỷ lệ mắc sốt xuất huyết/100 000 dân có xu hướng tăng, từ 32,5 ca năm 2000 lên 120 ca năm 2009, và 78 ca/100 000 dân năm 2011. Năm 2015, số mắc sốt xuất huyết tăng 11,5% so với trung bình giai đoạn 2010 – 2014 [17]. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong do sốt xuất huyết từ năm 2005 đến nay đã được kiểm soát dưới 1 ca/1000 ca bệnh. Trên 85% ca mắc và 90% ca tử vong do sốt xuất huyết là ở các tỉnh miền Nam (chiếm 76,9% số ca mắc và 83,3% số ca tử vong từ 2001 – 2011). Khoảng 90% số ca tử vong do sốt xuất huyết xảy ra ở nhóm tuổi dưới 15.

Bệnh tay-chân-miệng vẫn xuất hiện quanh năm ở hầu hết các địa phương, có xu hướng tăng cao vào hai thời điểm từ tháng 3 đến tháng 5 và từ tháng 9 đến tháng 12 hàng năm, tập trung chủ yếu ở các tỉnh phía nam với 60% tổng số ca mắc. Năm 2011, có 112 370 ca mắc và 169 ca tử vong được báo cáo ở 63/63 tỉnh, thành phố [38]. Đỉnh điểm của dịch tay-chân-miệng là năm 2012 với tỷ lệ mắc lên tới 177,4/100 000 dân. Mặc dù tỷ lệ mắc và tử vong do tay-chân-miệng đã giảm dần trong vài năm trở lại đây song nguy cơ bùng phát dịch vẫn còn hiện hữu.

Một số dịch bệnh mới nổi

Trong khoảng 10 năm trở lại đây, có nhiều dịch bệnh mới nổi hoặc xuất hiện trở lại, trong đó chủ yếu là các bệnh lây truyền từ động vật sang người. Việt Nam được xác định là một trong những điểm nóng đối với các bệnh truyền nhiễm mới nổi, trong đó có những bệnh có nguy cơ bùng phát thành đại dịch.

Năm 2003, Việt Nam là một trong số 37 quốc gia bị ảnh hưởng bởi đại dịch SARS với 6 bệnh nhân tử vong. Cũng trong năm này, Việt Nam là quốc gia đầu tiên ghi nhận được vi rút cúm gia cầm độc lực cao ở gia cầm và là một trong những nước chịu ảnh hưởng nặng nề nhất bởi dịch cúm gia cầm H5N1 ở người với tỷ lệ chết/mắc lên đến gần 50%. Cả nước đã có tổng số 36 tỉnh báo cáo có người mắc cúm gia cầm, tập trung ở các tỉnh Đồng bằng sông Hồng và Đồng bằng sông Cửu Long.

Năm 2009, dịch cúm A/H1N1 (cúm lợn) cũng tác động đến Việt Nam với gần 12 000 trường hợp mắc và 58 trường hợp tử vong, tính đến cuối năm 2010. Năm 2012, bệnh lại được ghi nhận trở lại với 4 trường hợp mắc, trong đó có 2 trường hợp tử vong [39].

Các chủng vi rút cúm khác như H5N6, H7N9 cũng đã được phát hiện ở một số nước trên thế giới. Một số dịch bệnh khác như bệnh sốt Tây sông Nin, bệnh do vi rút Mers-CoV, dịch Ebola chưa được ghi nhận ở Việt Nam nhưng vẫn là những nguy cơ không thể loại trừ trong bối cảnh giao lưu toàn cầu hoá như hiện nay. Điều này đòi hỏi hệ thống y tế của Việt Nam luôn phải trong tư thế chuẩn bị sẵn sàng để đối phó với sự xuất hiện dịch bệnh. Khác với các bệnh

dịch lưu hành hoặc bệnh dịch đã từng xuất hiện, hiểu biết về cơ chế lây truyền cũng như các biện pháp phòng chống các bệnh mới nổi chưa rõ ràng nên các biện pháp kiểm soát chủ yếu là dự phòng từ xa, ngay từ khi chưa có ca bệnh nào trong nước. Bên cạnh đó, các bệnh lây truyền từ động vật sang người cũng đòi hỏi sự phối hợp đa ngành và đặc biệt là quan hệ đối tác mạnh mẽ giữa các hệ thống giám sát và ứng phó bệnh ở người và động vật [39].

2.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe

2.3.1. Các yếu tố nhân khẩu

Quy mô và tốc độ gia tăng dân số

Trong những năm qua, tỷ lệ tăng dân số hằng năm là trên 1%, mục tiêu giảm tỷ lệ sinh và giảm tỷ lệ gia tăng dân số chưa đạt được mục tiêu của Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015. Dân số trung bình năm 2015 là 91,7 triệu người [2]. Với tốc độ tăng như hiện nay, dân số nước ta có thể đạt hơn 95 triệu vào năm 2019 [40]. Quy mô dân số lớn, mật độ dân số cao, đặc biệt ở các thành phố lớn và các khu vực đồng bằng, đặt ra nhiều áp lực cho hệ thống y tế trong việc bảo đảm các dịch vụ CSSK cho người dân nói chung và cho bà mẹ và trẻ em nói riêng.

Cấu trúc tuổi của dân số

Từ năm 2007, Việt Nam bước vào giai đoạn cơ cấu dân số vàng, là một lợi thế lớn cho phát triển kinh tế. Tỷ số phụ thuộc chung của nước ta có xu hướng giảm nhanh qua các thời kỳ, từ 78,2% (năm 1989) giảm xuống 63,6% (năm 1999) và xuống 44,0% vào năm 2014. Sự giảm này chủ yếu là do hiệu quả của công tác dân số và kế hoạch hoá gia đình (KHHGĐ) làm giảm tỷ lệ sinh dẫn đến tỷ số phụ thuộc trẻ em giảm mạnh.

Tuy nhiên, với số lượng vị thành niên và thanh niên chiếm đến một phần ba dân số, việc xây dựng lối sống lành mạnh và CSSKSS cũng đặt ra nhiều thách thức đáng kể cho ngành y tế cũng như toàn xã hội. Bên cạnh đó, phụ nữ và trẻ em chiếm tới 33,8% dân số, trong đó 1,7 triệu trẻ em dưới 1 tuổi, 5,9 triệu trẻ em từ 1 đến 4 tuổi, 24,1 triệu phụ nữ tuổi sinh đẻ cũng là những đối tượng có nhu cầu CSSK cao. Mặt khác, tỷ lệ người góa, ly hôn, ly thân cũng tăng lên theo xu hướng của xã hội hiện đại, từ 7,9% năm 2009 lên 8,5% năm 2014 với sự khác biệt rõ rệt giữa hai giới (3,3% ở nam so với 13,4% ở nữ) [15].

Vấn đề già hoá dân số

Vừa mới bước qua giai đoạn dân số vàng, chúng ta đã phải đối mặt với vấn đề già hoá dân số. Việt Nam là một trong 10 quốc gia có tỷ lệ già hoá dân số nhanh nhất thế giới. Tỷ lệ người cao tuổi tăng nhanh liên tục từ 7,1% năm 1989 lên 8,7% năm 2009 và 10,2% năm 2014. Chỉ số già hoá dân số tăng nhanh, từ 18,2% năm 1989 lên 44,6% năm 2014 và sẽ tiếp tục tăng trong giai đoạn sắp tới [16]. Việt Nam đã chính thức bước vào giai đoạn già hóa dân số từ năm 2011, nhanh hơn so với các dự báo trước đó (năm 2017). Với tốc độ già hóa dân số nhanh hơn so với các nước khu vực, Việt Nam chỉ mất khoảng 20 năm để chuyển từ giai đoạn già hóa dân số sang giai đoạn cấu trúc dân số già, nhanh nhất trên thế giới.

Tỷ lệ dân số cao tuổi càng lớn, gánh nặng bệnh tật và tử vong, nhất là với các BKLN càng lớn. Điều này đặt ra những gánh nặng đối với gia đình, xã hội và hệ thống y tế trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc kéo dài, tốn kém cho người cao tuổi [41].

Mất cân bằng giới tính khi sinh

Tỷ số giới tính khi sinh ở Việt Nam đã ở trong mức báo động và vẫn đang trong giai đoạn tiếp tục tăng. Năm 2013, tỷ số giới tính khi sinh đã là 113,8 trẻ trai/100 trẻ gái, cao hơn so với mục tiêu vào năm 2015 của Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015. Kết quả điều tra dân số giữa kỳ thời điểm 1/4/2014 cho thấy tỷ số giới tính khi sinh là 112,2 trẻ trai/100 trẻ gái và số liệu ước tính cho năm 2015 là 112,8 trẻ trai/100 trẻ gái, tăng đáng kể so với năm 2009 (110,5 trẻ trai/100 trẻ gái). Đặc biệt, tỷ số giới tính khi sinh ở nông thôn (113,1 trẻ trai/100 trẻ gái) đã cao hơn đáng kể so với ở thành thị (110,1 trẻ trai/100 trẻ gái). Mong muốn cũng như áp lực buộc phải sinh con trai cùng với khả năng tiếp cận các dịch vụ chọn lọc giới tính hiện đại của phụ nữ nông thôn trong những năm gần đây tăng lên là lý do chính dẫn đến tình trạng chênh lệch này [15].

Mất cân bằng giới tính khi sinh có thể chưa gây nên những tác động lớn trước mắt về y tế nhưng có thể gây ra những hệ lụy lâu dài về mặt xã hội. Với những giải pháp kiểm soát tích cực, tỷ số giới tính khi sinh của Việt Nam sẽ đạt mức đỉnh 115 trẻ trai/100 trẻ gái vào năm 2020 và sau đó sẽ trở về mức chuẩn sinh học vào năm 2030 [40].

Vấn đề di cư

Số lượng người di cư hàng năm rất lớn tạo ra áp lực cho quá trình đô thị hoá, công nghiệp hoá và tạo gánh nặng cung cấp dịch vụ cho hệ thống y tế. Đặc biệt, di dân tự do còn là nguy cơ phát sinh và khó kiểm soát các dịch bệnh cũng như các tệ nạn xã hội.

Mặc dù vẫn có hai xu hướng di cư chính là di cư giữa các vùng và di cư từ nông thôn lên thành thị song kết quả điều tra năm 2014 cho thấy, xu hướng di cư đã có thay đổi so với 5 năm trước. Hiện chỉ còn 3 khu vực có số người di cư cao hơn nhập cư là các vùng: Trung du và miền núi phía Bắc, Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung và Đồng bằng sông Cửu Long. Đông Nam Bộ là vùng có tỷ suất người nhập cư cao nhất do tập trung các tỉnh, thành phố với nhiều khu công nghiệp và kinh tế lớn như Thành phố Hồ Chí Minh, Bình Dương, Đồng Nai. Từ năm 2014, Đồng bằng sông Hồng cũng bắt đầu trở thành một điểm thu hút nhập cư của người dân từ các khu vực khác. Đối với di cư ngoại tỉnh, luồng di cư từ nông thôn ra thành thị chiếm tỷ trọng cao nhất (44,2%) và tăng đáng kể so với giai đoạn 2004 – 2009 (30,5%); trong khi đó di cư từ thành thị đến thành thị giảm tương ứng từ 34,6% xuống còn 14,9%. Dân cư khu vực nông thôn từ tỉnh khác chuyển đến đã chiếm 3,38% dân số khu vực thành thị [15].

2.3.2. Các yếu tố kinh tế, xã hội

Lao động, việc làm

Tỷ lệ thất nghiệp là một chỉ báo quan trọng của nền kinh tế và có ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe và chăm sóc y tế. Với mỗi cá nhân, sống trong tình trạng thiếu việc làm, lo sợ mất việc hoặc thất nghiệp gây ra nhiều ảnh hưởng xấu cho sức khỏe của bản thân cũng như các thành viên khác trong hộ gia đình. Thất nghiệp dẫn tới khủng hoảng tài chính, nợ nần, đời sống vật chất suy giảm, thiếu dinh dưỡng, suy nhược dễ mắc bệnh cả về tâm thần cũng như thể chất. Giải quyết tình trạng thất nghiệp, tạo công ăn việc làm ổn định cho mỗi cá nhân là mối quan tâm chung của mọi xã hội hiện đại.

Theo số liệu của Tổng cục Thống kê, tỷ lệ thất nghiệp của lực lượng lao động trong độ tuổi từ 15 trở lên ở nước ta trong những năm gần đây là 2,8% năm 2010; 2,2% năm 2011;

1,96% năm 2012; 2,2% năm 2013 và 2,31% năm 2015. Tỷ lệ thất nghiệp ở đối tượng thanh niên thường cao hơn so với tỷ lệ thất nghiệp chung trong độ tuổi lao động (năm 2015 là 6,85%). Ngoài ra, còn có 1,85% những người trong độ tuổi lao động bị thiếu việc làm. Tỷ lệ thất nghiệp ở thành thị thường cao hơn ở nông thôn (3,29% so với 2,83%) trong khi tỷ lệ thiếu việc làm ở nông thôn lại cao hơn so với thành thị (0,82% và 2,32%) [2].

Thu nhập, đói nghèo

Thu nhập, chi tiêu, tình trạng đói nghèo và bất bình đẳng mức sống dân cư là những yếu tố kinh tế quan trọng nhất ảnh hưởng đến sức khỏe và CSSK. Trong giai đoạn từ 2004 – 2012, thu nhập bình quân đầu người theo giá hiện hành đã tăng gấp 4,1 lần từ 484 000 đồng/tháng lên 2 triệu đồng/tháng. Tuy nhiên, chênh lệch trong thu nhập bình quân đầu người giữa các khu vực, vùng miền và các nhóm đối tượng vẫn chưa được cải thiện. Thu nhập bình quân đầu người ở khu vực thành thị vẫn gần gấp đôi so với khu vực nông thôn, ở vùng giàu nhất là Đông Nam Bộ vẫn gấp khoảng 2,5 lần so với vùng nghèo nhất là Trung du và Đồng bằng Bắc Bộ. Thu nhập bình quân đầu người/tháng của nhóm giàu nhất vẫn gấp 9,4 lần so với nhóm nghèo nhất (4,784 triệu đồng so với 0,512 triệu đồng). Hệ số bất bình đẳng trong phân phối thu nhập ít được cải thiện: 0,420 năm 2004; 0,434 năm 2008 và 0,424 năm 2012. Bức tranh tương tự về chênh lệch vùng miền cũng được ghi nhận trong số liệu về chi tiêu. Chênh lệch chi tiêu bình quân đầu người/tháng giữa nhóm có thu nhập cao nhất và nhóm có thu nhập thấp nhất là 3,8 lần (2,733 triệu so với 711 ngàn) [42].

Tỷ lệ hộ nghèo đã giảm rõ rệt từ 12,6% năm 2011 xuống 11,1% năm 2012 và ước còn khoảng 7 – 7,2% năm 2015 [2]. Tốc độ giảm nghèo ở nông thôn vẫn chậm hơn so với thành thị. Năm 2014, tỷ lệ hộ nghèo ở nông thôn là 10,8% so với 3,0% ở khu vực thành thị. Trong khi tỷ lệ hộ nghèo ở khu vực Đông Nam Bộ chỉ là 1,0% thì ở Trung du và miền núi phía Bắc vẫn là 18,4%. Một số địa phương có tỷ lệ hộ nghèo cao như Lai Châu 35,3%, Điện Biên 33,0% và Cao Bằng 27,0% [43]. Chỉ số khoảng cách giàu nghèo của cả nước năm 2012 là 4,465 trong khi ở Trung du và miền núi phía Bắc lên đến 12,591 [42].

Báo cáo điều tra về chỉ số hiệu quả quản trị và hành chính công cấp tỉnh năm 2014 cho thấy hơn 70% số người được hỏi cho rằng điều kiện kinh tế hộ hiện nay là “bình thường”, hơn 60% cho rằng có gia tăng hơn so với 5 năm trước, và hơn 65% cho rằng điều kiện kinh tế sẽ tốt hơn trong 5 năm tới [44].

Nhà ở

Kết quả thống kê năm 2014 cho thấy, chỉ có 50,5% hộ gia đình có nhà ở kiên cố, cao nhất là Đồng bằng sông Hồng (93,0%) và thấp nhất là Đồng bằng sông Cửu Long (9,4%) và Đông Nam Bộ (17,3%); ở nhóm giàu nhất là 55,0% so với nhóm nghèo nhất là 42,0%. Tỷ lệ hộ gia đình có nhà tạm bợ cả nước là 9,2%, cao nhất ở Đồng bằng sông Cửu Long với 26,4%, ở hộ nghèo nhất là 23,1% so với 1,7% ở những hộ thuộc nhóm giàu nhất [43]. Các hộ còn lại có nhà bán kiên cố.

Giáo dục, đào tạo

Tỷ lệ dân số 15 tuổi trở lên biết đọc, biết viết năm 2014 là 94,7%; tăng 0,7 điểm phần trăm so với năm 2009. Tuy nhiên, tỷ lệ này chênh lệch 4,2% giữa khu vực thành thị và nông thôn (97,5% so với 93,3%) và chênh lệch 9,1% giữa vùng Đồng bằng sông Hồng (98,1%) với

vùng Trung du và miền núi phía Bắc (89,0%). Tỷ lệ dân số từ 5 tuổi trở lên chưa bao giờ đi học chỉ còn 4,4% (nông thôn 5,5% và thành thị 2,2%), giảm 0,7% so với năm 2009. Tỷ lệ này lên tới 9,0% ở vùng Trung du và miền núi phía Bắc so với 1,6% ở vùng Đồng bằng sông Hồng. Tỷ lệ dân số tốt nghiệp trung học phổ thông trở lên đạt 26,5% năm 2014 so với 20,8% năm 2009 [43]. Trình độ học vấn của người dân được cải thiện sẽ giúp nâng cao nhận thức về dự phòng bệnh tật, nâng cao sức khỏe, cải thiện việc tiếp cận với các DVYT.

Năm 2015, tỷ lệ lao động trong độ tuổi đã qua đào tạo, có bằng cấp chứng chỉ của nước ta chỉ đạt 21,9% (38,3% ở thành thị và 13,9% ở nông thôn) [2]. Lao động qua đào tạo chiếm tỷ lệ thấp là một trở ngại cho quá trình công nghiệp hoá, hiện đại hoá, phát triển kinh tế và gián tiếp ảnh hưởng đến đầu tư cho phát triển y tế.

Tác động của quá trình công nghiệp hoá, đô thị hoá

Năm 2001, Việt Nam đặt ra mục tiêu phấn đấu cơ bản trở thành một nước công nghiệp vào năm 2020. Từ đó đến nay, Việt Nam đã quá trình công nghiệp hoá cũng đang diễn ra nhanh chóng, thể hiện trên nhiều tiêu chí như thu nhập bình quân đầu người tăng nhanh, cơ cấu kinh tế thay đổi theo hướng tăng tỷ trọng công nghiệp và dịch vụ, tăng tỷ lệ lao động được đào tạo, giảm tỷ lệ nghèo đói, giảm bất công bằng,... [45]. Bên cạnh đó, tốc độ đô thị hóa của Việt Nam diễn ra mạnh mẽ chưa từng có, từ mức 21,7% năm 1999 và đến nay đã đạt 33,1% (bình quân mỗi năm tăng gần 1 điểm phần trăm trong suốt 15 năm qua) [15]. Bên cạnh đó, quá trình đô thị hoá và công nghiệp hoá để lại nhiều tác động đến môi trường tự nhiên, gây nên ô nhiễm môi trường đất, nước và không khí cũng như kéo theo nhiều tệ nạn xã hội (sẽ được phân tích ở phần sau).

Theo báo cáo điều tra về chỉ số hiệu quả quản trị và hành chính công cấp tỉnh năm 2014, các vấn đề kinh tế xã hội mà người dân lo ngại nhất hầu hết đều có ảnh hưởng hoặc liên quan trực tiếp đến sức khỏe như tệ nạn ma túy (43%), tai nạn giao thông (41%), an toàn thực phẩm (33%), chất lượng y tế (22%), việc làm (16%) và thu nhập (13%) [44].

2.3.3. Các yếu tố môi trường tự nhiên

Biến đổi khí hậu

Biến đổi khí hậu là một chủ đề nóng mang tính toàn cầu do hậu quả của hiệu ứng nhà kính, chủ yếu do việc khai thác tài nguyên thiên nhiên thiếu kiểm soát, sử dụng ngày càng nhiều năng lượng, chủ yếu từ các nguồn nguyên liệu hóa thạch, qua đó lượng khí thải xả vào khí quyển ngày càng tăng, gia tăng nguy cơ gây hiệu ứng nhà kính, làm tăng nhiệt độ của trái đất. Biến đổi khí hậu làm ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận không khí sạch, nước sạch, an ninh lương thực và nơi ở an toàn, qua đó có tác động tới sức khỏe. Biến đổi khí hậu cũng làm thay đổi môi trường và điều kiện phát triển của các tác nhân gây bệnh, trung gian truyền bệnh, tăng tần suất tác động của thiên tai và gia tăng nguy cơ bệnh tật và tử vong do một số bệnh có liên quan.

Việt Nam là một trong 6 quốc gia chịu tác động lớn nhất của biến đổi khí hậu nhất là rủi ro đối với nước biển dâng và xâm nhập mặn [10], [46]. Báo cáo của Ủy ban Thường vụ Quốc hội về kết quả giám sát việc thực hiện chính sách, pháp luật về phòng, chống biến đổi khí hậu ở đồng bằng Sông Cửu Long cho thấy biểu hiện của biến đổi khí hậu ở Việt Nam tương đối rõ nét trong 50 năm qua với nhiệt độ trung bình năm tăng 0,5°C; mực nước biển dâng cao hơn 0,2m; thiên tai, bão, lũ gia tăng cường độ và tính cực đoan, các hệ sinh thái tự nhiên bị ảnh hưởng

ng nghiêm trọng, ngập triều tăng mạnh ở các tỉnh Nam Bộ. Nếu không có các giải pháp ứng phó quyết liệt, diện tích đất bị hoang mạc hóa sẽ mở rộng, tài nguyên rừng, đất, nước, sinh vật hoang dã, khoáng sản sẽ bị xâm lấn và hủy hoại, các hệ sinh thái tự nhiên, cây trồng, vật nuôi, làm tăng khả năng phát triển sâu bệnh, gia tăng sức ép lên con người, giảm khả năng đề kháng và tăng các bệnh về đường ruột, vi rút, ký sinh trùng như sốt xuất huyết và sốt rét [47].

Thiên tai thảm họa

Bên cạnh các tác động của biến đổi khí hậu, hằng năm, Việt Nam phải hứng chịu khoảng 8 – 10 cơn bão, lũ. Nhiều cơn bão có cường độ mạnh, diễn biến phức tạp cùng với lũ lụt và triều cường gây thiệt hại về người, tài sản như nhà cửa, hoa màu, cơ sở hạ tầng, đường sá,.. Bên cạnh thiệt hại trực tiếp về người, thiên tai cũng có thể gây nên các dịch bệnh, ảnh hưởng đến việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế của người dân.

Nghiên cứu mới đây của Quỹ Châu Á cho thấy, trong 20 năm qua, Việt Nam là 1 trong 5 nước có rủi ro thiên tai cao nhất thế giới, với mức thiệt hại ước tính chiếm 1,5% GDP hàng năm. Chỉ riêng cơn bão Xangsane năm 2006 đã thiệt hại tới 1,2 tỉ USD ở 15 tỉnh khu vực miền Trung. Trong 5 năm từ 2008 – 2012, mỗi năm thiên tai làm chết khoảng 500 người, thiệt hại về tài sản ước tính gần 74 000 tỷ đồng, tăng trên 19 300 tỷ đồng so với 5 năm trước. Thiệt hại về tài sản do thiên tai năm thấp nhất (2011) là 0,94% GDP, năm cao nhất (2009) là 2,47% GDP. Năm 2013, thiên tai đã làm 313 người chết và mất tích, 1150 người bị thương và gây thiệt hại ước tính gần 30 000 tỷ đồng, gấp trên 2 lần năm 2012 [48].

Ô nhiễm môi trường tự nhiên (đất, nước, không khí, rác thải)

Cùng với quá trình công nghiệp hoá và đô thị hoá, vấn đề ô nhiễm môi trường ở Việt Nam đang ngày càng nghiêm trọng, ảnh hưởng trực tiếp đến sức khoẻ. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu, đánh giá đầy đủ về vấn đề này.

Hội thảo quốc tế “Kiểm soát ô nhiễm nước tại Việt Nam: Thực tiễn và chính sách” được tổ chức tại Hà Nội tháng 4/2014, đã đưa ra khuyến cáo “Ô nhiễm nguồn nước ở Việt Nam đã vượt tầm kiểm soát”. Tại Hội thảo, các chuyên gia cho hay, mặc dù có tài nguyên nước dồi dào, nhưng mức độ ô nhiễm nguồn nước ở Việt Nam đang ngày càng gia tăng do không kiểm soát được một cách hiệu quả các nguồn gây ô nhiễm. Tình trạng này đang gây ra những ảnh hưởng rõ ràng đến sức khỏe của người dân, làm tăng nguy cơ ung thư, sảy thai và dị tật bẩm sinh, dẫn đến suy giảm nòi giống. Theo đánh giá của Bộ Y tế và Bộ Tài nguyên-Môi trường, trung bình, mỗi năm ở Việt Nam có khoảng 9000 người tử vong vì nguồn nước và điều kiện vệ sinh kém. Hàng năm có khoảng 200 ngàn trường hợp mắc bệnh ung thư mới phát hiện mà một trong những nguyên nhân chính là sử dụng nguồn nước ô nhiễm [49].

Theo báo cáo Environmental Performance Index (EPI) 2012, Việt Nam là một trong 10 nước ô nhiễm không khí nhất trên thế giới (đứng thứ 123 trong số 132 nước được đánh giá). Năm 2014, Việt Nam đứng thứ 136 trong số 178 nước được đánh giá về chỉ số EPI chung. Riêng chỉ số về ô nhiễm không khí, Việt Nam xếp thứ 170/178, đặc biệt chất lượng không khí trong nhà đã giảm từ 97 điểm năm 1990 xuống còn 56 điểm năm 2010. Cũng trong năm 2014, Việt Nam được xếp thứ 77 về chỉ số về tiếp cận nước sạch, thứ 106 về tiếp cận hồ xí hợp vệ sinh và thứ 140 với chỉ số về nguồn nước (xử lý nước thải) [50].

Nước sạch và công trình vệ sinh

Năm 2014, có 92,0% hộ gia đình được sử dụng nước sạch (98,2% ở thành thị và 89,1% ở nông thôn) và 79,2% có nhà vệ sinh riêng (90,9% ở thành thị và 73,8% ở nông thôn) [20]. Như vậy, Việt Nam đã đạt Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ về tiếp cận nước sạch và công trình vệ sinh. Tuy nhiên, do ảnh hưởng của quá trình công nghiệp hóa, đô thị hóa dẫn đến ô nhiễm nguồn nước, cản trở khả năng bảo đảm nguồn nước sạch cho nhân dân. Bên cạnh đó, còn một tỷ lệ lớn hộ gia đình ở nông thôn vẫn sử dụng chung nhà vệ sinh hoặc hố xí chưa bảo đảm vệ sinh, thậm chí chưa có hố xí. Chỉ có 67,0% hộ gia đình ở Trung du và miền núi Bắc Bộ tiếp cận nguồn nước hợp vệ sinh. Tỷ lệ sử dụng hố xí hợp vệ sinh chỉ đạt 53,3% ở Đồng bằng sông Cửu Long và 60,0% ở Trung du miền núi Bắc Bộ. Tỷ lệ sử dụng nước sạch và hố xí hợp vệ sinh ở đồng bào dân tộc thiểu số chỉ đạt tương ứng là 75% và gần 53% [20].

Ô nhiễm thực phẩm

Ô nhiễm thực phẩm do hoá chất vẫn là một vấn đề nhức nhối chưa có biện pháp giám sát và kiểm soát có hiệu quả. Tình trạng sử dụng các hoá chất, phụ gia thực phẩm không đúng quy định trong quá trình nuôi trồng, sơ chế, chế biến thực phẩm vẫn còn khá phổ biến. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu đánh giá đầy đủ về mức độ tác hại của ô nhiễm thực phẩm, nhất là ô nhiễm hoá chất độc hại gây hậu quả lâu dài như ung thư ở Việt Nam.

Trong những năm qua, trung bình hằng năm xảy ra khoảng gần 200 vụ ngộ độc thực phẩm có trên 30 người mắc/vụ. Nguy cơ ngộ độc tại các bếp ăn tập thể vẫn luôn hiện hữu. Vệ sinh an toàn thức ăn đường phố vẫn chưa được kiểm soát. Theo Cục An toàn thực phẩm, có 194 vụ ngộ độc thực phẩm được báo cáo tại Việt Nam trong năm 2014, khiến trên 5000 người bị ngộ độc, 80% trong số đó phải nhập viện và 43 trường hợp bị tử vong. So với năm 2013, số người bị ảnh hưởng hay nhập viện bởi ngộ độc thực phẩm đã giảm đi [51]. Chi phí nhân lực do các bệnh lây truyền qua thực phẩm, thiệt hại về năng suất lao động do bệnh tật và thiệt hại thị trường liên quan vượt quá con số 1 tỷ đô la mỗi năm (2% GDP) [52].

2.3.4. Các yếu tố hành vi, lối sống

Hút thuốc lá

Hút thuốc lá là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở Việt Nam, gây ra khoảng 40 000 ca tử vong mỗi năm, tức hơn 100 người chết do thuốc lá mỗi ngày. Hiện nay, ước tính hút thuốc lá gây ra khoảng 16,9% tổng số ca tử vong và 8,8% gánh nặng bệnh tật tính bằng DALY. Nếu không có các can thiệp khẩn cấp, có hiệu quả, ước tính số tử vong do các bệnh liên quan đến thuốc lá mỗi năm sẽ tăng lên tới 70 000 người vào năm 2030 [53].

Kết quả điều tra ở người trưởng thành 25 – 64 tuổi cho thấy có tới 56,4% nam giới trong độ tuổi này hút thuốc lá hằng ngày [27]. Khoảng 47,4% nam giới và 1,4% nữ giới từ 15 tuổi trở lên có hút thuốc. Tỷ lệ hút thuốc lá trong thanh thiếu niên vẫn ở mức cao, tuổi bắt đầu hút thuốc khá sớm do thuốc lá được bán rộng rãi ở khắp nơi, dễ tiếp cận ngay cả với trẻ em. Tình trạng vi phạm hút thuốc lá ở nơi công cộng vẫn còn diễn ra khá phổ biến, dẫn đến tỷ lệ hút thuốc lá thụ động ở các cơ quan, công sở, địa điểm công cộng vẫn còn cao. Có đến 73,1% người trưởng thành bị phơi nhiễm với khói thuốc lá tại nhà (67,6% trong số người không hút thuốc) và 55,9% người lao động phơi nhiễm với khói thuốc lá tại nơi làm việc (49,0% với người không

hút thuốc). Tỷ lệ hút thuốc thụ động cao nhất là ở các quán rượu/cà phê/trà với 92,6% và ở nhà hàng với 84,9%. Tỷ lệ này ở các trường đại học và các công sở lần lượt là 54,3% và 38,7% [24].

Sử dụng rượu, bia quá mức

Khoảng 70% nam giới Việt Nam có sử dụng rượu, bia và thức uống có cồn. Tỷ lệ sử dụng rượu, bia ở tuổi vị thành niên, thanh niên và phụ nữ đều đang gia tăng nhanh. Mức tiêu thụ rượu, bia bình quân đầu người tăng nhanh, lên đến 6,6 lít cồn nguyên chất/người trên 15 tuổi/năm trong giai đoạn 2008 – 2010, cao gấp đôi so với giai đoạn 2003 – 2005. Trong số người 15 tuổi trở lên có tiêu thụ rượu, bia, trung bình mỗi người tiêu thụ 17,2 lít cồn nguyên chất mỗi năm (nam 17,4 lít và nữ 0,9 lít). Năm 2013, Việt Nam tiêu thụ khoảng 3 tỷ lít bia, bình quân 35,6 lít/người với tổng chi phí gần 3 tỷ USD, chiếm khoảng 1,8 % GDP [24].

Tính trung bình, cứ bốn đàn ông Việt Nam thì có một người sử dụng rượu bia và chất có cồn ở mức có hại [54]. Sử dụng rượu, bia gây ra 5,7% tổng số ca tử vong và 4,7% tổng gánh nặng bệnh tật tính bằng DALY của Việt Nam năm 2010 với khoảng 3/4 gánh nặng bệnh tật liên quan rượu, bia là do các BKLN như xơ gan, tai biến mạch máu não, ung thư gan, rối loạn tâm thần,... Năm 2012, ước tính có khoảng 71,7% xơ gan ở nam và 33,7% xơ gan ở nữ có liên quan đến rượu bia. Con số tương ứng cho tai nạn là 36,2% ở nam và 0,7% ở nữ. Tỷ lệ có các rối loạn do sử dụng rượu, bia là 4,7% (8,7% ở nam và 0,9% ở nữ), trong đó lệ thuộc rượu, bia là 2,9% (5,9% ở nam và 0,1% ở nữ) [55].

Chế độ ăn không hợp lý

Chế độ ăn của người dân Việt Nam đã có những cải thiện, có đủ dinh dưỡng và trở nên cân đối hơn nhưng vẫn chưa bảo đảm lành mạnh. Vẫn còn tình trạng tiêu thụ quá nhiều năng lượng, tiêu thụ nhiều thịt, thực phẩm có nhiều muối, đường, chất béo chuyển hoá, thức ăn nhanh, trong khi tiêu thụ chưa đủ lượng hải sản, hoa quả và rau xanh theo khuyến cáo. Tiêu thụ quá nhiều thực phẩm, đặc biệt đồ uống ngọt, thức ăn có nhiều đường, nhiều chất béo chuyển hoá, thức ăn nhanh dẫn đến hậu quả thừa cân, béo phì và là yếu tố nguy cơ của nhiều BKLN như tăng huyết áp, đái tháo đường, ung thư. Trong khi đó, tiêu thụ quá nhiều muối có thể dẫn đến (hoặc góp phần vào) bệnh tăng huyết áp và làm tăng đáng kể nguy cơ mắc bệnh tim mạch và đột quỵ. Trung bình mỗi người Việt Nam tiêu thụ từ 12 – 15 gam muối mỗi ngày, cao hơn rất nhiều so với khuyến cáo của WHO (ít hơn 5 gam một người, tương đương một thìa cà phê, một ngày). Gần 60% người dân tiêu thụ lượng muối cao gấp hai lần lượng muối được khuyến dùng hàng ngày [56]. Gánh nặng bệnh tật do chế độ ăn không hợp lý ở Việt Nam năm 2010 ước tính là 23% tổng số tử vong và 9,5% tổng số DALY.

Hoạt động thể lực

Kết quả điều tra năm 2009 – 2010 cho thấy có đến 28,7% người trưởng thành trong độ tuổi 25 – 64 thiếu vận động thể lực. Tỷ lệ người luyện tập thể dục thể thao thường xuyên đang tăng lên, tuy nhiên đến năm 2013 mới chỉ đạt 27,2%. Điều tra gần đây cho thấy có đến 34% người dân Hà Nội, Huế, Thành phố Hồ Chí Minh không tham gia bất kỳ hoạt động thể thao nào. Tỷ lệ thanh thiếu niên tham gia hoạt động thể lực còn rất thấp và có chiều hướng giảm trong những năm qua. Có đến 23% thanh thiếu niên hiếm khi hay không bao giờ tập thể dục thể thao, 45% “thỉnh thoảng” mới tập. Năm 2013, trong số các học sinh từ 13 đến 17 tuổi, chỉ có 19,7% báo cáo có hoạt động thể lực với ít nhất 60 phút mỗi ngày trong 5 ngày trở lên trong một tuần

qua. Gánh nặng bệnh tật liên quan ít hoạt động thể lực hoàn toàn do BKLN, trong đó chủ yếu là các bệnh tim mạch, ung thư đại tràng và đái tháo đường.

Nghiện chích ma túy

Số người nghiện hút ma túy có hồ sơ quản lý tăng nhanh lên đến 204 377 người tính đến tháng 9/2014. Người nghiện ma túy đã được báo cáo ở gần 90% số quận, huyện và khoảng 60% số xã, phường [57]. Sử dụng ma túy vẫn là con đường chủ yếu gây lây nhiễm HIV ở Việt Nam với khoảng 45% người mới nhiễm HIV lây truyền qua đường tiêm chích ma túy. Sử dụng chung bơm kim tiêm cũng là con đường lây nhiễm các bệnh viêm gan B, C ở những đối tượng sử dụng ma túy. Việc tổ chức cai nghiện tập trung còn gặp một số vướng mắc, tỷ lệ người nghiện ma túy được điều trị thay thế bằng methadon vẫn còn thấp và gặp khó khăn do cắt giảm tài trợ. Tình trạng buôn lậu ma túy vẫn diễn biến phức tạp, số người sử dụng các loại ma túy tổng hợp vẫn đang có xu hướng gia tăng.

Mại dâm

Tính đến tháng 7/2014, số người bán dâm theo ước tính của Cục Phòng, chống tệ nạn xã hội là gần 33 000 người và theo các tổ chức xã hội và tổ chức quốc tế tại Việt Nam là khoảng 200 000 người. Trong số đó, chỉ có 11 240 người bán dâm có hồ sơ quản lý, tập trung nhiều ở một số khu vực như: Đồng bằng sông Hồng, Bắc Trung Bộ, Đông Nam Bộ; Đồng Bằng sông Cửu Long [57].

Tệ nạn mại dâm và các tội phạm có liên quan vẫn diễn biến phức tạp, nhất là ở các tỉnh, thành phố lớn. Số người bán dâm vẫn có xu hướng gia tăng; tồn tại các tụ điểm mại dâm trá hình trong các cơ sở kinh doanh dịch vụ; mại dâm có yếu tố nước ngoài, tình trạng buôn bán phụ nữ, trẻ em vì mục đích mại dâm, mại dâm trẻ em vẫn chưa giảm; xuất hiện tệ nạn mại dâm nam, mại dâm đồng giới,... Mại dâm và quan hệ tình dục không an toàn làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Tỷ lệ người nhiễm HIV qua đường tình dục ngày càng gia tăng và chiếm đến 45,3% vào năm 2013. Hoạt động mại dâm thường kéo theo việc sử dụng ma túy và các chất kích thích, tạo nên sự đan xen chồng chéo và làm cộng hưởng các nguy cơ sức khỏe từ mại dâm và ma túy [58].

2.3.5. Các yếu tố liên quan đến tiếp cận dịch vụ y tế

Các yếu tố ảnh hưởng đến việc tiếp cận dịch vụ y tế như: tính sẵn có (cơ sở y tế, nhân lực, thuốc thiết yếu, trang thiết bị y tế); khả năng tiếp cận về địa lý (khó khăn trong tiếp cận về địa lý ở miền núi, vùng cao, biên giới, hải đảo); khả năng chi trả (cơ chế tài chính y tế, phương thức thanh toán, tỷ lệ chi trả tiền túi); và Chính sách hỗ trợ các đối tượng dễ tổn thương. Các vấn đề này sẽ được đánh giá chi tiết trong chương II.

2.4. Các vấn đề sức khỏe ưu tiên

Trên cơ sở các tiêu chí: gánh nặng bệnh tật cao, phạm vi tác động lớn, khả năng can thiệp (kinh phí, sự chấp nhận), vấn đề công bằng, chúng tôi đề xuất một số vấn đề sức khỏe cần tập trung ưu tiên trong thời gian sắp tới như sau:

- **Sự gia tăng của gánh nặng bệnh tật do các BKLN** như là hậu quả của nhiều yếu tố như già hoá dân số, tác động của các yếu tố công nghiệp hoá, đô thị hoá, ô nhiễm môi

trường và thay đổi lối sống. Vấn đề này gặp ở nhiều nước đang phát triển khác trong giai đoạn chuyển đổi dịch tễ và đặc biệt quan trọng trong bối cảnh của Việt Nam khi nhận thức của người dân còn hạn chế, sự quan tâm đầu tư của Nhà nước chưa tương xứng với gánh nặng bệnh tật, và đặc biệt là năng lực của hệ thống y tế chưa đáp ứng được yêu cầu cả về dự phòng và điều trị có hiệu quả ở tuyến CSSKBĐ. Các bệnh cần tập trung ưu tiên trong thời gian tới vẫn là tăng huyết áp và bệnh tim mạch, ung thư, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản.

- **Các bệnh lây nhiễm vẫn tiếp tục là một thách thức** với hệ thống y tế trong những năm sắp tới vì nhiều dịch bệnh truyền nhiễm vẫn đang lưu hành, chưa được kiểm soát hoàn toàn hoặc có nguy cơ quay trở lại và nguy cơ bùng phát các dịch bệnh mới nổi. Các bệnh cần quan tâm là lao, HIV/AIDS, sốt rét, sốt xuất huyết, tay-chân-miệng, các bệnh có thể dự phòng bằng vắc xin và các dịch bệnh mới nổi. Trong khi đó, việc kiểm soát các bệnh này ngày càng khó khăn hơn và chi phí dự phòng và điều trị ngày càng đắt đỏ, tốn kém hơn do biến đổi khí hậu, ô nhiễm môi trường, đề kháng thuốc và hoá chất. Riêng các bệnh mới nổi đòi hỏi những biện pháp dự phòng từ xa.
- **Sự gia tăng tác động của các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe** có liên quan đến tình trạng già hoá dân số, biến đổi khí hậu và các vấn đề liên quan đến quá trình đô thị hoá, công nghiệp hoá và toàn cầu hoá, bao gồm cả gia tăng tình trạng ô nhiễm môi trường, thay đổi hành vi lối sống theo hướng bất lợi cho sức khỏe và các tệ nạn xã hội đồng thời tạo ra áp lực trong cung ứng dịch vụ y tế và an sinh xã hội. Các dự án mới được triển khai thường ít khi thực hiện đánh giá tác động đối với sức khỏe, dẫn đến thiếu các kế hoạch để kiểm soát sức khỏe cộng đồng trong quá trình xây dựng và vận hành các cơ sở mới như với các nhà máy điện. Nếu không có các biện pháp hữu hiệu để hạn chế sự gia tăng tác động của các yếu tố này, gánh nặng bệnh tật, đặc biệt là các BKLN sẽ gia tăng nhanh chóng và khó kiểm soát hơn. Để giải quyết những vấn đề này, đòi hỏi phải có những nỗ lực trong phối hợp liên ngành trong việc thực hiện các chiến lược dự phòng và nâng cao sức khỏe cho cả các đối tượng khỏe mạnh.
- **Bất bình đẳng** về tình trạng sức khỏe, gánh nặng bệnh tật và khả năng tiếp cận dịch vụ CSSK giữa các vùng miền và các đối tượng xã hội chậm được cải thiện. Đây là do tác động của các yếu tố địa lý, kinh tế, văn hoá, xã hội đối với sức khỏe. Để từng bước thu hẹp khoảng cách chênh lệch, giảm bớt tình trạng bất bình đẳng về sức khỏe giữa các vùng miền, đối tượng, các chính sách, giải pháp can thiệp cần tập trung ưu tiên cho các đối tượng dễ tổn thương ở các vùng có điều kiện địa lý và kinh tế khó khăn. Trọng tâm ưu tiên là các vấn đề sức khỏe bà mẹ, trẻ em như tử vong mẹ, tử vong trẻ em đặc biệt là trẻ sơ sinh, chu sinh, SDD trẻ em, nhất là với thể thấp còi.
- Hiện nay, hoạt động sức khỏe môi trường đang được thực hiện trong các lĩnh vực khác nhau và ở các cấp độ khác nhau, nhưng **thiếu sự phối hợp trong một chiến lược hoặc kế hoạch quốc gia toàn diện**, khoa học và trong một hệ thống nhằm tối đa hóa hiệu quả sử dụng tài nguyên và các hoạt động. Vì vậy, phát triển một kế hoạch hành động quốc gia về sức khỏe môi trường là hết sức quan trọng đối với Việt Nam.

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

Chương này rà soát, đánh giá việc thực hiện các mục tiêu, nhiệm vụ được đề ra cho từng lĩnh vực trong Kế hoạch 5 năm (2011 – 2015) của ngành y tế (Quyết định số 19/KH-BYT ngày 10/1/2011); nêu rõ những kết quả đạt được, những mục tiêu, nhiệm vụ chưa hoàn thành và phân tích nguyên nhân của các hạn chế, bất cập. Trên cơ sở đó, đề xuất các vấn đề ưu tiên cần giải quyết trong kế hoạch 5 năm tới cùng với các khuyến nghị về giải pháp để giải quyết các vấn đề ưu tiên đó, trong chương V.

1. Nhân lực y tế

1.1. Mục tiêu và kết quả thực hiện một số chỉ tiêu của Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015

Mục tiêu về nhân lực trong kế hoạch năm 2011 – 2015 là: “Đẩy mạnh phát triển nguồn nhân lực y tế cả về số lượng và chất lượng, đáp ứng tốt nhu cầu của ngành y tế; tăng cường nhân lực y tế cho nông thôn, miền núi, vùng sâu, vùng xa và một số chuyên khoa (cận lâm sàng, YTDP, nhi, truyền thông và tư vấn sức khỏe...)”.

Kế hoạch 5 năm ngành y tế 2011 – 2015 đã đặt ra một số chỉ tiêu cụ thể về nhân lực y tế. Bảng 2 dưới đây tổng hợp kết quả thực hiện các chỉ tiêu nhân lực từ 2010 – 2014 và so với mục tiêu cần đạt được vào năm 2015.

Bảng 2: Kết quả thực hiện một số chỉ tiêu cơ bản về nhân lực y tế, 2010 – 2015

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

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

Nguồn: Bộ Y tế. Báo cáo Tổng kết công tác y tế năm 2014, một số nhiệm vụ và giải pháp trọng tâm năm 2015, giai đoạn 2016 – 2020 [35]; Niên giám thống kê y tế các năm 2010 – 2013 [59]; Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2015 và giai đoạn 2011 – 2015, một số nhiệm vụ chủ yếu năm 2016 và giai đoạn 2016 – 2020 [17].

Nhìn chung, nếu tính theo con số trung bình trên cả nước, đến năm 2015, Việt Nam đã đạt được các chỉ tiêu cơ bản về nhân lực đã đặt ra trong kế hoạch 5 năm.

Tuy nhiên, bảng 2 cũng cho thấy các chỉ tiêu 2, 3 và 5 chúng ta đã đạt ở mức độ khá cao và vượt so với chỉ tiêu đặt ra cho năm 2015 ngay từ năm 2010. Vì vậy, cần cân nhắc lựa chọn và đưa ra chỉ tiêu phù hợp trong kế hoạch 5 năm tới (2016 – 2020).

1.2. Đánh giá kết quả thực hiện các nhiệm vụ trong Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015

1.2.1 Các chính sách lớn liên quan nhân lực y tế trong giai đoạn 2011 – 2015

Trong giai đoạn 2011 – 2015 một số chính sách lớn định hướng cho lĩnh vực nhân lực y tế đã bắt đầu có hiệu lực hoặc được ban hành:

Luật Viên chức được Quốc hội ban hành và có hiệu lực từ 1/1/2012; quy định về quyền và nghĩa vụ của viên chức; tuyển dụng, sử dụng và quản lý viên chức trong đơn vị sự nghiệp công lập, với yêu cầu quản lý nhân lực, kể cả lĩnh vực y tế, theo vị trí việc làm.

Luật Khám bệnh, chữa bệnh được Quốc hội ban hành và có hiệu lực từ năm 1/1/2011; quy định phát triển đội ngũ nhân lực y tế có chất lượng, cơ cấu và phân bố hợp lý và những người hành nghề KCB phải có chứng chỉ hành nghề và cập nhật kiến thức y khoa liên tục.

Quy hoạch phát triển nhân lực y tế giai đoạn 2012 – 2020 được Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành năm 2012 với mục tiêu chung là “Phát triển nhân lực y tế ... góp phần nâng cao chất lượng công tác y tế, dân số, và đáp ứng nhu cầu về bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe của nhân dân hướng tới mục tiêu công bằng, hiệu quả và phát triển”. Bản Quy hoạch cũng nêu rõ 4 mục tiêu cụ thể: (i) phát triển nhân lực y tế đủ về số lượng, chất lượng, có cơ cấu và phân bố hợp lý; (ii) nâng cao chất lượng đào tạo nhân lực y tế đáp ứng nhu cầu phát triển của xã hội và hội nhập quốc tế; (iii) nâng cao năng lực quản lý điều hành nhân lực y tế và (iv) xây dựng chế độ, chính sách, môi trường làm việc và chế độ đãi ngộ hợp lý cho nhân lực y tế, đặc biệt là ở các vùng miền núi, khó khăn, vùng có nhiều đồng bào dân tộc thiểu số, và một số lĩnh vực kém thu hút. Quy hoạch cũng đưa ra 5 nhóm giải pháp chính đó là: Đổi mới, tăng cường công tác quản lý nhà nước, quản trị nhân lực y tế; Quản lý, sử dụng và duy trì nhân lực y tế; Đào tạo; Hợp tác quốc tế và các dự án ưu tiên; và Các giải pháp về tài chính.

Nghị quyết 93 của Chính phủ ban hành năm 2014 quy định về một số cơ chế chính sách phát triển y tế tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và trường đại học y dược công. Cụ thể, các đơn vị này được hợp tác, đầu tư để thực hiện dự án phát triển các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo phương thức vay vốn và liên doanh, liên kết. Theo đó, các đơn vị này được cử công chức, viên chức làm việc tại bệnh viện tư.

1.2.2. Các nhiệm vụ liên quan đến lĩnh vực đào tạo nhân lực y tế

Trong giai đoạn 2011 – 2015, nhiều quyết định đã được ban hành và triển khai liên quan đến đào tạo, ví dụ: **Nghị quyết 29-NQ/TW** được Hội nghị lần thứ 8 Ban Chấp hành Trung ương khóa XI ban hành năm 2013, về đổi mới căn bản, toàn diện giáo dục và đào tạo. Nghị quyết đã đưa ra định hướng để đổi mới lĩnh vực đào tạo nhân lực y tế và Bộ Y tế hiện đang xây dựng kế hoạch hành động để triển khai Nghị quyết này. Quyết định số 319/QĐ-TTg (2013) của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt đề án khuyến khích đào tạo và phát triển nhân lực y tế các chuyên ngành lao, phong, tâm thần, pháp y, giải phẫu bệnh giai đoạn 2013 – 2020 cùng với các văn bản quy định liên quan đến chính sách ưu đãi nghề, phụ cấp đặc thù; Quyết định số 342/QĐ-BYT (2014) của Bộ Y tế về việc ban hành chuẩn năng lực cơ bản của hộ sinh Việt Nam; Thông tư số 22/2013/BYT về đào tạo liên tục trong lĩnh vực y tế theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

Nhiệm vụ 1: Cải thiện chất lượng về điều kiện và quá trình đào tạo

Kế hoạch 5 năm đưa ra nhiệm vụ: “Ưu tiên đầu tư, nâng cấp các cơ sở đào tạo cán bộ y tế (CBYT), nâng cao chất lượng giảng viên, đổi mới chương trình, tài liệu và phương pháp giảng dạy; đầu tư nâng cấp trang thiết bị giảng dạy, tăng cường thực hành và triển khai các biện pháp quản lý để nâng cao năng lực và chất lượng đào tạo CBYT.” Mục này trình bày kết quả thực hiện và những khó khăn liên quan đến nhiệm vụ này.

Kết quả thực hiện

Mạng lưới các cơ sở đào tạo cán bộ y tế đã được mở rộng đáng kể trong thời gian qua [60]. Tính đến tháng 6 năm 2014, cả nước đã có 173 cơ sở đào tạo CBYT ở tất cả các trình độ với 68 cơ sở đào tạo ngoài công lập. Trong số đó, có 35 cơ sở đào tạo trình độ đại học (14 trường y tế, 21 trường đa ngành), tăng 10 cơ sở so với năm 2010, 44 cơ sở đào tạo trình độ cao đẳng và 123 cơ sở đào tạo trình độ trung cấp chuyên nghiệp [61].

Cơ sở vật chất của nhiều trường đã từng bước được cải thiện. Bên cạnh nguồn kinh phí từ NSNN, một số dự án vốn vay ODA đã ưu tiên hỗ trợ nâng cấp cơ sở vật chất các trường trung cấp, cao đẳng, đại học y dược. Đặc biệt, dự án *Chương trình phát triển nguồn nhân lực y tế* do ADB tài trợ (Dự án RRP VIE 40354-01) phối hợp với nguồn hỗ trợ không hoàn lại của Bộ Ngoại giao và Thương mại Úc (DFAT), được triển khai từ 2011 đến 2015 với tổng kinh phí là 76 323 000 USD có một trong những mục tiêu chính là đầu tư nâng cấp các cơ sở đào tạo cán bộ y tế một cách đồng bộ, toàn diện theo định hướng ưu tiên. Dự án này có sự tham gia của 17 trường đại học, cao đẳng y dược. Tổng kinh phí của Dự án này và dự án “Hỗ trợ y tế các tỉnh Bắc Trung bộ” (WB) dành cho mua sắm các TTB hỗ trợ cho công tác giảng dạy và thực hành tại các cơ sở đào tạo nhân lực y tế là khoảng 23 066 000 USD [62].

Đặc biệt, theo Quyết định số 2054/QĐ-TTg (2013) của Thủ tướng Chính phủ, dự án *Giáo dục và Đào tạo nhân lực y tế phục vụ cải cách hệ thống y tế* nhằm cải thiện toàn diện chất lượng giáo dục nhân lực y tế đã được thông qua nhằm đổi mới tiếp cận dạy và học dựa trên năng lực và cải thiện hệ thống bảo đảm chất lượng giáo dục. Dự án được thực hiện từ cuối năm 2014 đến 2019, bao gồm 4 hợp phần: (i) Cải thiện chất lượng giáo dục nhân lực y tế bậc đại học, cao đẳng thông qua đổi mới tiếp cận dạy và học dựa trên năng lực và cải thiện hệ thống bảo đảm chất lượng giáo dục. Dự án hỗ trợ 31 trường đại học, cao đẳng đề bác sĩ, điều dưỡng và các nhân viên y tế mới ra trường có năng lực và kỹ năng tốt hơn phù hợp với những nhu cầu CSSK hiện nay của người dân Việt Nam; (ii) Nâng cao năng lực quản lý y tế và quản lý sử dụng nhân lực y tế; (iii) Nâng cao hiệu quả hoạt động CSSKBĐ thông qua đào tạo, bổ sung các điều kiện và năng lực cần thiết, đồng bộ cho đội ngũ cán bộ y tế huyện và xã; và (iv) Quản lý dự án [63].

Trong tổng số 35 dự án ODA do Bộ Y tế đang quản lý có 17 dự án có hỗ trợ hoạt động về đào tạo với tổng kinh phí trên 201 851 433 USD, chiếm 13,8% tổng kinh phí viện trợ. Hoạt động đào tạo gồm: xây dựng, đổi mới chương trình, tài liệu giảng dạy; hỗ trợ đào tạo dài hạn như đào tạo tiền sĩ, thạc sĩ, bác sĩ chuyên khoa I, bác sĩ, dược sĩ hệ 4 năm ..., tập huấn ngắn hạn về chuyên môn KCB cho giảng viên các cơ sở đào tạo tuyển trung ương và tuyển tỉnh thông qua các dự án như WB, ADB, Quỹ Toàn cầu, ... [62].

Xây dựng/cải thiện chương trình đào tạo, phát triển tài liệu đào tạo, các phương pháp giảng dạy tích cực: Đây là những nội dung cũng đã nhận được hỗ trợ của các nhà tài trợ như ADB, WB, JICA, Quỹ Toàn cầu, UNPFA và một số tổ chức phi chính phủ như Pathfinder International, Atlantic Philanthropies... [64].

Khó khăn, hạn chế

Việc thực hiện đào tạo dựa trên năng lực còn chưa hiệu quả ở các cơ sở đào tạo nhân lực y tế. Công tác kiểm định chương trình đào tạo, kiểm định cơ sở giáo dục cũng còn nhiều bất cập [65]. Chưa có cơ chế hiệu quả để bảo đảm chất lượng và mặt bằng chung các chương trình đào tạo đại học, đào tạo đại học theo địa chỉ và đào tạo sau đại học khối ngành khoa học sức khỏe, đặc biệt là vấn đề thiếu thực hành trong đào tạo, dẫn đến chất lượng nhân lực mới ra trường thấp và chưa đồng đều [66], [67]. Nhằm nâng cao chất lượng đội ngũ nhân lực y tế, Bộ giáo dục đã có công văn (số 6975/BGDĐT-GDĐHH, tháng 12/2014) tạm dừng cấp mã ngành đào tạo nhân lực y tế trình độ đại học các ngành y đa khoa, răng-hàm-mặt, y học cổ truyền và cả trình độ đại học lẫn cao đẳng với ngành dược học tại tất cả các trường đa ngành không thuộc khối chuyên ngành y dược.

Nhân lực có trách nhiệm về bảo đảm chất lượng tại các trường đại học y dược còn rất hạn chế, dao động từ 2 – 8 cán bộ cơ hữu (cả chuyên trách và kiêm nhiệm). Cán bộ bảo đảm chất lượng chỉ được tập huấn ngắn hạn về một số ít nội dung liên quan như các tiêu chuẩn và tiêu chí đánh giá chất lượng, thiếu các tập huấn nâng cao như giám sát, đánh giá xây dựng chuẩn đầu ra... Đa số các trường đều không có kinh phí thường xuyên cho bảo đảm chất lượng và thiếu các phần mềm quản lý chất lượng một cách hệ thống [64].

Có biểu hiện đào tạo “tràn lan” đặc biệt trình độ trung cấp. Trong một đánh giá nhanh tại Hải Dương, Trường Trung cấp Y tế của tỉnh năm 2012 có hơn 800 học viên tốt nghiệp, trong khi nhu cầu tuyển dụng của toàn tỉnh chỉ là 70 người [60]. Theo thống kê về chỉ tiêu tuyển sinh của năm 2014, cả nước có tới trên 21 000 chỉ tiêu ngành điều dưỡng trung cấp, 31 000 chỉ tiêu ngành y sĩ đa khoa và gần 40 000 chỉ tiêu ngành dược trung cấp [61].

Nhiệm vụ 2: Bảo đảm số lượng, cơ cấu và phân bổ nhân lực y tế phù hợp

Kế hoạch 5 năm cũng đưa ra nhiệm vụ về quản lý nhân lực, cụ thể là: “Từng bước xây dựng đội ngũ CBYT đủ về số lượng, chất lượng cao, cơ cấu và phân bổ cân đối hơn, đáp ứng nhu cầu phát triển ngành y tế, cả y tế công lập và y tế tư nhân. Xây dựng tiêu chuẩn về kỹ năng và năng lực cần thiết cho từng loại nhân viên y tế, tiêu chuẩn hóa kết quả đầu ra của đào tạo CBYT”. “Tiếp tục thực hiện đề án đào tạo cử tuyển, đào tạo theo địa chỉ, đào tạo bác sĩ, dược sĩ hệ tập trung 4 năm; mở rộng đào tạo y sĩ, nữ hộ sinh, điều dưỡng, cán bộ dược, đào tạo nhân viên y tế thôn bản, cô đỡ thôn bản theo yêu cầu của Bộ Y tế để đáp ứng nhu cầu CBYT ở nông thôn, miền núi và các vùng khó khăn”. Mục này đánh giá mức độ thực hiện những nhiệm vụ đó.

Kết quả thực hiện

Theo thống kê, số lượng các loại hình cán bộ công tác trong y tế công lập tăng đáng kể qua các năm từ 344 876 năm 2010 [68] lên 424 237 người vào năm 2013 [22]. Số bác sĩ có trình độ đại học trở lên đã tăng lên khá nhanh, bình quân hằng năm số bác sĩ tăng 6,5%. Theo nhận định của Tổng cục Thống kê với tốc độ phát triển này, Việt Nam có thể dễ dàng thực hiện được mục tiêu chiến lược đặt ra là 10 bác sĩ trên một vạn dân vào năm 2020 và thu hẹp được khoảng cách với các nước trong khu vực. Với số lượng và trình độ cán bộ y tế như vậy, chúng ta cũng có khả năng đáp ứng được mục tiêu của Chiến lược kinh tế-xã hội giai đoạn 2011 – 2020 [69].

Một số chính sách, dự án đã được ban hành và triển khai trong thời gian vừa qua nhằm giải quyết việc thiếu hụt nhân lực trong một số lĩnh vực và các vùng sâu, vùng xa, vùng khó

khẩn. Quyết định số 319/QĐ-TTg (2013) của Thủ tướng Chính phủ về phê duyệt đề án khuyến khích đào tạo và phát triển nhân lực y tế các chuyên ngành Lao, Phong, Tâm thần, Pháp y, Giải phẫu bệnh giai đoạn 2013 – 2020. Dự án Thí điểm đưa bác sĩ trẻ tình nguyện về công tác tại miền núi, vùng sâu, vùng xa, biên giới, hải đảo, vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn (ưu tiên 62 huyện nghèo) được Bộ trưởng Bộ Y tế phê duyệt năm 2013 (Quyết định số 585/QĐ-BYT) và bắt đầu triển khai từ 2014. Dự kiến đến năm 2016 sẽ có khoảng 500 bác sĩ trẻ về công tác tại các vùng này.

Chính sách đào tạo liên thông, đào tạo cử tuyển đang góp phần cung cấp nhân lực y tế cho các khu vực khó khăn. Trong 5 năm (2007 – 2011), 34 tỉnh trong cả nước đã cử tuyển được 1812 người, gồm: đại học (y và dược): 1331 người; cao đẳng: 198 người; trung cấp: 271 người; điều dưỡng: 4 người và kỹ thuật viên: 8 người. Cử tuyển theo chỉ tiêu đạt 91,3% với cấp đại học; 87,8% với cao đẳng và 60,2% với trung cấp [70].

Bộ Y tế đã ban hành thông tư số 07/2013/TT-BYT quy định tiêu chuẩn, chức năng, nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn, bản trong đó bao gồm cả cô đỡ thôn, bản ở các thôn, bản có nhiều người dân tộc thiểu số sinh sống, có khó khăn về công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em. Thông tư cũng qui định về yêu cầu đào tạo, cụ thể: Nhân viên y tế thôn, bản làm công tác CSSKBĐ phải có trình độ chuyên môn về y từ sơ cấp trở lên hoặc đã hoàn thành khóa đào tạo có thời gian từ 3 tháng trở lên theo khung chương trình đào tạo nhân viên y tế thôn, bản của Bộ Y tế; cô đỡ thôn, bản cần hoàn thành khóa đào tạo có thời gian từ 6 tháng trở lên theo khung chương trình đào tạo cô đỡ thôn, bản của Bộ Y tế. Đồng thời, Bộ Y tế đã phê duyệt hai chương trình đào tạo cơ bản 6 tháng và nâng cao 6 tháng về kỹ năng hộ sinh cho cô đỡ thôn bản trong thời gian 2011 – 2013. Việc phê duyệt chương trình là cơ sở cho các đơn vị đào tạo và các dự án (ví dụ “Dự án Tăng cường năng lực hệ thống YTCS một số tỉnh trọng điểm, 2012 – 2016”) tham gia đào tạo nhân viên y tế cơ sở cho các địa phương còn nhiều khó khăn như các tỉnh ở khu vực miền núi phía Bắc [71].

Trong giai đoạn 2011 đến nay, Bộ Y tế đã xây dựng và ban hành chuẩn năng lực cho một số loại hình nhân lực y tế như: Chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam được Bộ Y tế ban hành theo Quyết định số 1352/QĐ-BYT (2012); Chuẩn năng lực cơ bản của hộ sinh Việt Nam theo Quyết định số 342/QĐ-BYT (2014); Chuẩn đầu ra cho bác sĩ đa khoa cũng đã được xây dựng và ban hành (Quyết định số 1854/QĐ-BYT năm 2015). Bộ Y tế tiếp tục xây dựng một số chuẩn năng lực của các loại hình nhân lực y tế khác [35], và được sự hỗ trợ thông qua các đề tài nghiên cứu và hỗ trợ từ dự án như Dự án Giáo dục và Đào tạo nhân lực y tế phục vụ cải cách hệ thống y tế từ 2014 – 2019 (WB)[63].

Khó khăn, hạn chế

Thiếu gắn kết giữa đào tạo và sử dụng đã tồn tại từ nhiều năm dẫn đến nghịch lý vừa “lạm phát đào tạo” vừa “thiếu nhân lực”, đặc biệt ở một số địa bàn khó khăn về điều kiện kinh tế-xã hội [72] và ở một số lĩnh vực công tác, một số chuyên ngành khó tuyển [60]. Ví dụ, nguồn nhân lực YTDP hiện còn thiếu về số lượng, chất lượng chưa cao, thiếu những người được đào tạo chính quy, đúng chuyên ngành về YTDP. Số lượng cán bộ YTDP ở tuyến tỉnh mới chỉ đáp ứng khoảng 60% so với nhu cầu được quy định tại Thông tư 08/2007/TTLT-BYT-BNV (12 800 người). Các cơ sở YTDP tuyển tỉnh trên cả nước còn cần bổ sung khoảng 5300 cán bộ, chiếm 40% so với định mức tại Thông tư số 08/2007/TTLT-BYT-BNV. Phân tích cụ thể hơn về cơ cấu chuyên ngành đào tạo cho thấy nhân lực có trình độ bác sĩ có tỷ lệ cần được bổ sung cao nhất, chiếm khoảng 54% tổng số nhân lực cần tăng theo nhu cầu ở tuyến tỉnh, trong khi tỷ lệ này đối

với cử nhân y tế công cộng (YTCC) và cử nhân/trung cấp xét nghiệm khoảng 15% mỗi loại; còn lại phân bố đều cho các chuyên ngành đào tạo khác. Số cán bộ trình độ trung cấp y hiện đang chiếm tỷ lệ khá cao trong tổng nhân lực YTDP tuyến tỉnh (khoảng 32%), do đó có nhu cầu giảm bớt tỷ trọng cán bộ thuộc nhóm này ở các cơ sở YTDP tuyến tỉnh [73].

Tình trạng thiếu nhân lực y tế, đặc biệt nhân lực có trình độ bác sĩ ở tuyến YTCS mặc dù đã dần được cải thiện nhưng vẫn còn là vấn đề cần ưu tiên. Theo kết quả nghiên cứu của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế tiến hành tại 4 tỉnh, tình trạng biến động cán bộ tại tuyến huyện, xã là một vấn đề cần phải quan tâm. Số cán bộ nghỉ việc, chuyển đi ở các cơ sở y tế tuyến huyện (bệnh viện huyện, trung tâm y tế huyện) bằng 50% tổng số cán bộ mới tuyển dụng, ở tuyến xã số đối tượng nghỉ việc, chuyển đi bằng 30% số đối tượng mới tuyển [74]. Số liệu tổng hợp từ 904 bệnh viện và cơ sở KCB có báo cáo về thay đổi nhân lực cho thấy số lượng bác sĩ và điều dưỡng tăng thêm trong giai đoạn 2010 – 2012 là rất ít³. Đáng lưu ý ở những khu vực khó khăn hơn như Trung du và miền núi phía Bắc mức độ tăng về số lượng nhân lực làm việc ở tuyến YTCS là thấp hơn nhiều so với ở khu vực Đồng bằng sông Hồng khi so sánh giữa năm 2010 và 2012, tương ứng tỷ lệ tăng chỉ là 7,6% so với 10,9%. Tương tự như vậy, với tỷ lệ tăng số bác sĩ làm việc tại tuyến YTCS khi so sánh năm 2010 và 2012: tỷ lệ tăng ở khu vực Đồng bằng sông Hồng là 7,8% trong khi đó ở khu vực Trung du và miền núi phía Bắc chỉ là 5,4% [59].

Chất lượng nhân lực y tế, đặc biệt là ở tuyến xã trong sơ cấp cứu, chẩn đoán và điều trị một số bệnh, cũng như kiến thức về xử lý bệnh dịch rất hạn chế. Theo một nghiên cứu thực hiện ở khu vực miền núi, chỉ có 17,3% số bác sĩ và y sĩ được hỏi có kiến thức và kỹ năng đúng trong xử trí sơ cấp cứu, 17% biết được các dấu hiệu nguy hiểm trong thời kỳ phụ nữ mang thai, 50,5% biết cách chẩn đoán tăng huyết áp và 15,6% biết cách xử trí một vụ dịch... [74]. Mặc dù chuẩn năng lực của một số loại hình cán bộ y tế đã được xây dựng hoặc đang trong quá trình xây dựng nhưng không có thông tin đánh giá về việc áp dụng các chuẩn năng lực vào nâng cao chất lượng đào tạo và quản lý nhân lực y tế.

Chế độ đãi ngộ đối với cán bộ y tế chưa phù hợp, lương và phụ cấp cho cán bộ y tế quá thấp, không tương xứng với thời gian học tập, công sức lao động, môi trường lao động, điều kiện làm việc vất vả, nhất là ở khu vực miền núi, nông thôn [75]. Một số hình thức thu hút như thưởng tiền, phong trào tình nguyện của bác sĩ trẻ về công tác tại miền núi, vùng sâu, vùng xa có thể sẽ khó duy trì lâu dài, Đề án 1816 “luân chuyển cán bộ y tế” tuy có giải quyết được một số khó khăn bước đầu về nhân lực, nhưng cũng bị hạn chế nếu thiếu một chính sách tầm quốc gia như Nghị định của Chính phủ về sử dụng và đãi ngộ đặc biệt cán bộ y tế theo tinh thần Nghị quyết 46 của Bộ Chính trị [60].

Nhiệm vụ 3: Đào tạo nhằm tăng cường năng lực ứng dụng các tiến bộ khoa học trong lĩnh vực y tế

Nhân lực y tế của Việt Nam cần tiếp tục phát triển và ứng dụng công nghệ mới để liên tục cải thiện hiệu quả và chất lượng DVYT, cũng như xây dựng đội ngũ cán bộ giảng dạy và nghiên cứu cho sự phát triển tương lai. Vì vậy, nhiệm vụ: “Tăng cường đào tạo sau đại học cho cán bộ y tế và chính sách khuyến khích và hỗ trợ cho cán bộ y tế các tỉnh miền núi phía Bắc, Tây Nguyên và Đồng bằng Sông Cửu Long theo học các lớp đào tạo sau đại học” được đưa vào kế hoạch 5 năm của ngành y tế.

3 Bộ Y tế (2015). Dự thảo Quy hoạch tổng thể phát triển nguồn nhân lực khám bệnh, chữa bệnh giai đoạn 2014 – 2020 tầm nhìn 2030.

Kết quả thực hiện

Đào tạo sau đại học (bác sĩ chuyên khoa I, II, nội trú, thạc sĩ và tiến sĩ) cho cán bộ y tế được tăng cường ở tất cả các loại hình. Theo niên giám thống kê y tế, số lượng học viên sau đại học tốt nghiệp năm 2010 chỉ là 3378 người đã tăng lên 4680 người vào năm 2013 [59] (Bảng 3). Riêng dự án Chương trình phát triển nguồn nhân lực y tế (ADB) đến hết năm 2014 đã hỗ trợ đào tạo cho 27 tiến sĩ (1 nước ngoài và 26 trong nước); 143 thạc sĩ (28 nước ngoài và 108 trong nước) [76].

Bảng 3: Tổng hợp số học viên sau đại học tốt nghiệp, 2010 – 2013

Loại hình đào tạo	2010	2011	2012	2013
Tiến sĩ	143	179	119	168
Thạc sĩ	954	950	972	1063
Chuyên khoa I	1710	2502	2403	2616
Chuyên khoa II	463	566	501	516
Bác sĩ nội trú	117	257	166	317
Tổng số	3378	4454	4161	4680

Nguồn: Niên giám thống kê y tế 2010, 2011, 2012, 2013 [59].

Một số dự án ODA đã có cấu phần đào tạo cán bộ y tế trình độ sau đại học như Dự án Phòng chống dịch cúm gia cầm, cúm ở người và dự phòng đại dịch (WB); Dự án Hỗ trợ y tế các tỉnh miền núi phía Bắc (WB); Dự án Hỗ trợ y tế vùng Duyên hải Nam Trung Bộ (ADB)...[62].

Khó khăn, hạn chế

Chưa có đánh giá và quy hoạch tổng thể về số lượng và phân bổ hợp lý của loại hình cán bộ y tế có trình độ cao, chuyên sâu [60].

1.2.3. Quản lý và sử dụng nhân lực y tế hiệu quả, phân bổ công bằng

Nhiệm vụ 1: Triển khai thực hiện các quy định về cấp chứng chỉ hành nghề theo Luật Khám bệnh, chữa bệnh

Kết quả thực hiện

Từ 2011 đến nay, để làm cơ sở cho triển khai việc cấp chứng chỉ hành nghề theo Luật Khám bệnh, Chữa bệnh, nhiều văn bản chính sách đã được ban hành, ví dụ như Nghị định số 87/2011/NĐ-CP, quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh; Nghị định số 102/2011/NĐ-CP về bảo hiểm trách nhiệm trong khám bệnh, chữa bệnh đối với cơ sở KCB; Thông tư số 41/2011/TT-BYT về Hướng dẫn cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở KCB; Thông tư số 35/2013/TT-BYT về thu hồi chứng chỉ hành nghề, giấy phép hoạt động và đình chỉ hoạt động chuyên môn của người hành nghề, cơ sở KCB. Các quyết định của Bộ Y tế như Quyết định số 5248/QĐ-BYT về thành lập Hội đồng tư vấn cấp chứng chỉ hành nghề y; Quyết định số 2803/QĐ-BYT về tổ chức và hoạt động Hội đồng tư vấn về cấp, cấp lại chứng chỉ hành nghề KCB; Quyết định số 263/QĐ-BYT về bổ nhiệm Trưởng tiểu ban của Hội đồng tư vấn cấp, cấp lại chứng chỉ hành nghề của Bộ Y tế.

Theo quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh, hiện nay cả nước có 249 852 người hành nghề phải được cấp chứng chỉ hành nghề và 1200 bệnh viện cần phải cấp giấy phép hoạt động. Kết quả cấp chứng chỉ hành nghề và giấy phép hoạt động cho các bệnh viện của Nhà nước đến ngày 15/7/2014 được thể hiện trong Bảng 4.

Bảng 4: Kết quả cấp chứng chỉ hành nghề và giấy phép hoạt động, 2014

Loại cơ sở y tế	Tỷ lệ cán bộ được cấp chứng chỉ hành nghề	Tỷ lệ các cơ sở được cấp giấy phép hoạt động
Bệnh viện của Bộ Y tế	92%	95%
Bệnh viện của các bộ, ngành	67%	25% (10/40)
Bệnh viện thuộc Sở y tế	89%	65% (726/1117)

Nguồn: Báo cáo tiến độ cấp chứng chỉ hành nghề và giấy phép hoạt động đối với các bệnh viện của Nhà nước, 2014 [77].

Trong giai đoạn 2011 – 2014, dự án Chương trình phát triển nguồn nhân lực y tế (ADB) đã hỗ trợ kinh phí cho: hoạt động và mua sắm trang thiết bị của Phòng cấp phép hành nghề y - Cục Quản lý KCB, Bộ Y tế và văn phòng tại 63 tỉnh, thành phố và Hội đồng tư vấn của Bộ Y tế về cấp chứng chỉ hành nghề; xây dựng hệ thống đăng ký và cấp chứng chỉ hành nghề y cấp quốc gia: đã đưa vào hoạt động kết nối 63 tỉnh, thành phố với Bộ Y tế, cấp và quản lý lưu trữ hơn 230 000 hồ sơ cấp chứng chỉ hành nghề của cán bộ y tế (>80%), hiện tại đang thực hiện tuyển Công ty tư vấn hỗ trợ và nâng cấp hoàn thiện hệ thống [76].

Khó khăn, hạn chế

Theo qui định của Nghị định số 87/2011/NĐ-CP về hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh thì tiến độ cấp chứng chỉ hành nghề chưa đạt được yêu cầu phải hoàn thành việc cấp chứng chỉ cho người hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tại các bệnh viện công trước 31/12/2013 và cho người hành nghề tại các cơ sở Giám định y khoa, Phòng khám bệnh, chữa bệnh và Nhà hộ sinh của Nhà nước trước 31/12/2014.

Chưa có chương trình thực tập chuẩn 18 tháng tại các bệnh viện cho các bác sĩ sau khi tốt nghiệp đại học Y để đủ điều kiện cấp chứng chỉ hành nghề theo qui định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh [66]. Chưa có kết nối giữa các hoạt động đào tạo liên tục với việc cấp chứng chỉ hành nghề.

Nhiệm vụ 2: Tăng cường quản lý và sử dụng hiệu quả nguồn nhân lực y tế

Kế hoạch năm năm 2011 – 2015 đã chỉ rõ: “Tăng cường công tác quản lý và sử dụng hiệu quả nguồn nhân lực y tế. Rà soát và đề xuất những chính sách, giải pháp phù hợp để bảo đảm đãi ngộ xứng đáng cho CBYT ở các chuyên ngành, các tuyến, đặc biệt là để thu hút CBYT làm việc tại miền núi, vùng sâu, vùng xa, vùng khó khăn và tuyến YTCS”; và “Tiếp tục thực hiện chính sách luân chuyển cán bộ (Đề án 1816)”.

Kết quả thực hiện

Nhiều văn bản chính sách lớn đã được ban hành trong thời gian qua tập trung vào giải quyết các vấn đề về quản lý nhân lực (như đã đề cập ở mục 1.2.1). Bên cạnh đó, một số văn bản liên quan đến **chế độ tuyển dụng, sử dụng và đãi ngộ nhân lực y tế** tiếp tục được bổ sung, hoàn thiện.

Trong lĩnh vực chế độ đãi ngộ: Chính phủ đã ban hành Nghị định 56/2011/NĐ-CP, quy định chế độ phụ cấp ưu đãi theo nghề đối với công chức, viên chức công tác tại các cơ sở y tế công lập. Đặc biệt, một số văn bản chính sách của Chính phủ đã trực tiếp hoặc gián tiếp tập trung vào tăng cường, thu hút nhân lực cho mạng lưới y tế tuyến cơ sở và vùng khó khăn như: Thông tư hướng dẫn thực hiện Nghị định số 64/2009/NĐ-CP về chính sách đối với cán bộ, viên chức y tế công tác ở vùng có điều kiện kinh tế-xã hội đặc biệt khó khăn.

Trong lĩnh vực nhân lực ở tuyến YTCS: Nghị quyết của Quốc hội số 11/2011/QH13 đã yêu cầu tăng cường y tế tuyến cơ sở để giảm quá tải bệnh viện và thực hiện cải cách trong phát triển nguồn nhân lực. Bộ Y tế đã ban hành “Bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011 – 2020” theo Quyết định số 3447/QĐ-BYT (năm 2011). Theo đó, trong các tiêu chí về nhân lực y tế cũng chỉ rõ cần bảo đảm đủ biên chế nhân lực cho trạm y tế (TYT) xã và các cán bộ y tế được đào tạo liên tục về chuyên môn theo qui định hiện hành. Năm 2014, Bộ Y tế tiếp tục ban hành Quyết định số 4667/QĐ-BYT về việc ban hành bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn đến 2020 thay thế cho Quyết định số 3447/QĐ-BYT, trong đó đã phân các TYT theo 3 vùng để xây dựng các tiêu chí phù hợp hơn với nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhân dân ở từng vùng miền, khu vực, đồng thời bảo đảm hiệu quả sử dụng nguồn lực y tế đặc biệt là các vùng miền núi, vùng sâu, vùng xa và biển đảo. Bộ Y tế cũng đã xây dựng và trình Chính phủ ban hành Nghị quyết về tăng cường YTCS trong tình hình mới [35].

Trong thời gian qua có đề án tập trung nhiều vào vùng biển đảo, kể cả những vấn đề nhân lực y tế. Đề án phát triển y tế biển, đảo đến năm 2020 được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt tại Quyết định số 317/QĐ-TTg (07/02/2013). Trong đó, có mục tiêu cụ thể là phát triển nguồn nhân lực y tế đủ về số lượng và chất lượng đáp ứng nhu cầu chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho người dân vùng biển, đảo. Đồng thời, đề án cũng đưa ra chỉ tiêu đến năm 2020 đào tạo được 70% bác sĩ làm việc tại các cơ sở y tế khu vực ven biển và biển, đảo về y học biển.

Trong những năm qua, Bộ Y tế đã triển khai thực hiện các đề án, dự án nhằm thu hút nhân lực cho YTCS. Từ năm 2008, Bộ Y tế đã triển khai thực hiện Đề án 1816 về luân phiên cán bộ từ tuyến trên xuống hỗ trợ tuyến dưới... Sau hơn 5 năm thực hiện, đã có 15 000 lượt cán bộ của các bệnh viện thuộc Bộ Y tế đi luân phiên chuyển giao kỹ thuật và hỗ trợ tuyến dưới; 1905 lượt cán bộ thuộc bệnh viện tỉnh được cử luân phiên hỗ trợ bệnh viện huyện và 3234 lượt cán bộ thuộc bệnh viện huyện cử xuống hỗ trợ 1815 TYT xã thực hiện KCB [78]. Sau đó Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 5068/QĐ-BYT (2012) qui định một số nội dung triển khai thực hiện đào tạo, chuyển giao kỹ thuật theo gói dịch vụ y tế theo Đề án 1816 từ năm 2013. Đến năm 2014, Bộ Y tế tiếp tục tăng cường công tác chỉ đạo tuyến và đổi mới việc thực hiện Đề án 1816 chuyển từ hỗ trợ nhân lực sang đào tạo và chuyển giao kỹ thuật theo Đề án 47 và Đề án 930 [35]. Năm 2013, nhằm tiếp tục tăng cường đội ngũ nhân lực chất lượng cao cho YTCS, Bộ Y tế đã triển khai Dự án thí điểm đưa bác sĩ trẻ tình nguyện về công tác tại vùng khó khăn, biên giới, hải đảo và 62 huyện nghèo. Giai đoạn 1 của dự án kéo dài từ 2013 – 2016, dự kiến sẽ đưa 500 bác sĩ trẻ tình nguyện về các huyện nghèo. Hết năm 2014, đã tổ chức xây dựng 7 chương trình đào tạo, tuyển dụng và tổ chức đào tạo cho các bác sĩ trẻ tình nguyện về công tác tại 62 huyện nghèo [35].

Bộ Y tế đã thành lập hệ thống đào tạo bồi dưỡng cán bộ quản lý ngành y tế, gồm Trung tâm đào tạo, bồi dưỡng cán bộ quản lý ngành y tế tại Viện Vệ sinh YTCC, Thành phố Hồ Chí Minh và Viện Đào tạo cán bộ quản lý ngành y tế thuộc Trường Đại học YTCC. Viện đào tạo, bồi dưỡng cán bộ quản lý ngành y tế là đơn vị đầu tiên trong cả nước có chức năng đào tạo, bồi

đường nghiệp vụ chuyên sâu cho đội ngũ cán bộ quản lý của ngành trong tình hình mới theo tiêu chuẩn ngạch công chức và tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp viên chức; đồng thời tổ chức hoạt động nghiên cứu, ứng dụng khoa học quản lý trong ngành y tế.

Khó khăn, hạn chế

Năng lực quản lý của cán bộ y tế ở các cấp còn khá hạn chế. Điều tra của Bộ Y tế vào năm 2013 cho thấy khoảng trống lớn về năng lực quản lý của các cán bộ hiện nay so với nhu cầu. Cán bộ quản lý các cơ sở y tế chủ yếu là bác sĩ có chuyên môn giỏi (đặc biệt là ở các bệnh viện), có tham gia vào KCB nên thời gian và kinh nghiệm cho công tác quản lý còn hạn chế. Mặc dù nhiều cán bộ ở vị trí quản lý bệnh viện trong nhiều năm nhưng chỉ có 30% các cán bộ này được đào tạo về quản lý. Trên 95% cán bộ quản lý y tế cho rằng họ thiếu các kỹ năng quản lý [63].

Chính sách tuyển dụng, sử dụng và đãi ngộ còn nhiều bất cập. Ví dụ, mặc dù Thông tư 07/2013/TT-BYT đã được phê duyệt năm 2013, nhưng hiện vẫn còn khoảng 50% cô đỡ thôn bản (trong tổng số khoảng 1700) chưa được đưa vào làm việc trong hệ thống y tế và có phụ cấp hàng tháng. Việc đánh giá kết quả công việc của nhân viên y tế chưa được sử dụng như một công cụ quản lý nhân lực hữu hiệu, làm cơ sở cho việc khen thưởng hay xử phạt dẫn đến việc hài lòng và động lực làm việc của cán bộ y tế ở cả khu vực điều trị và dự phòng đều chưa cao, đặc biệt là cán bộ y tế tuyến cơ sở [79], [80], [81], [82].

Công tác lập quy hoạch, kế hoạch và quản lý nhân lực tại các tuyến còn hạn chế. Công tác theo dõi, quản lý nhân lực chưa được chuẩn hóa. Thiếu thông tin đầy đủ, chính xác, cụ thể về nhân lực y tế nói chung, nhất là nhân lực trong khu vực y tế tư nhân, trong khi khu vực này ngày càng phát triển và đóng vai trò quan trọng trong hệ thống y tế. Đây là một khó khăn lớn cho công tác quy hoạch, xây dựng chính sách chiến lược phát triển nhân lực y tế nói chung [60].

1.3. Các vấn đề ưu tiên

1.3.1. Kế hoạch nhân lực y tế chưa phù hợp để bảo đảm sự cân bằng giữa nhu cầu về nhân lực của hệ thống y tế và đầu ra của các cơ sở đào tạo cán bộ y tế

Thiếu các thông tin về nguồn nhân lực y tế về cả số lượng và chất lượng (đào tạo ngắn hạn và dài hạn, tuyển dụng, cơ cấu...), cho cả khu vực công và tư, và thiếu các thông tin đánh giá tác động của các chính sách về nhân lực y tế, làm cản trở khả năng lập kế hoạch và phát triển các chính sách một cách hiệu quả.

Thiếu quy định về tổ chức, chức danh, định mức và nguồn kinh phí để trả chế độ cho cán bộ thống kê báo cáo của các đơn vị y tế. Nhân lực CNTT y tế còn rất thiếu về số lượng, yếu về chất lượng. Nhân lực trong những lĩnh vực khác cũng thiếu hoặc kỹ năng chưa phù hợp với yêu cầu công việc hiện nay như kỹ thuật viên bảo dưỡng TTBYT, giám định viên BHYT, dược sĩ lâm sàng, bác sĩ chuyên khoa sản, nhi, v.v.

1.3.2. Chất lượng nhân lực y tế còn hạn chế do chất lượng đào tạo chưa đáp ứng yêu cầu

Đào tạo dựa trên năng lực và công tác bảo đảm chất lượng của các cơ sở và chương trình đào tạo chưa được thực hiện hiệu quả do còn hạn chế trong việc hướng dẫn, theo dõi, giám sát

và đánh giá chặt chẽ. Các chương trình đào tạo của Việt Nam chưa hội nhập với thế giới cả về cách tiếp cận, phương pháp và nội dung đào tạo.

Kết quả giám sát tại 44 trường cao đẳng y tế cho thấy nhiều trường đào tạo quy mô lớn (có 5 trường trên 2000 sinh viên), nhân lực giảng viên trình độ sau đại học còn ít (42% số trường có dưới 20% giảng viên trình độ đại học). Kết quả giám sát tại 10 trường đại học về đào tạo theo chế độ cử tuyển, liên thông và theo địa chỉ sử dụng cho thấy số lượng cử tuyển, liên thông y đa khoa và liên thông ngành dược lớn.

Năng lực quản lý của cán bộ quản lý, lập kế hoạch, thống kê y tế, thanh tra, kiểm nghiệm được phẩm,... còn yếu do chưa được đào tạo chuyên môn trong các lĩnh vực này.

1.3.3. Phân bổ nhân lực y tế còn nhiều bất cập

Phân bổ nhân lực y tế chưa hợp lý theo các khu vực địa lý. Mặc dù đã có những biến chuyển trong tuyển dụng, phân bổ nhân lực nhưng vẫn còn nhiều bất cập: khó thu hút nhân lực có chất lượng; chênh lệch về số lượng và chất lượng nhân lực y tế giữa khu vực điều trị và dự phòng, giữa các chuyên ngành, giữa trung ương và địa phương, thành thị và nông thôn, đặc biệt khu vực miền núi. Lý do chủ yếu là vì chế độ đãi ngộ, điều kiện làm việc và cơ hội phát triển nghề nghiệp chưa tương xứng với thời gian học tập, công sức lao động, và môi trường lao động, đặc biệt với cán bộ YTDP và tuyến cơ sở. Cơ hội học tập và nâng cao trình độ không nhiều, đặc biệt ở khu vực nông thôn, miền núi.

2. Tài chính y tế

2.1. Mục tiêu và kết quả thực hiện các mục tiêu của Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015

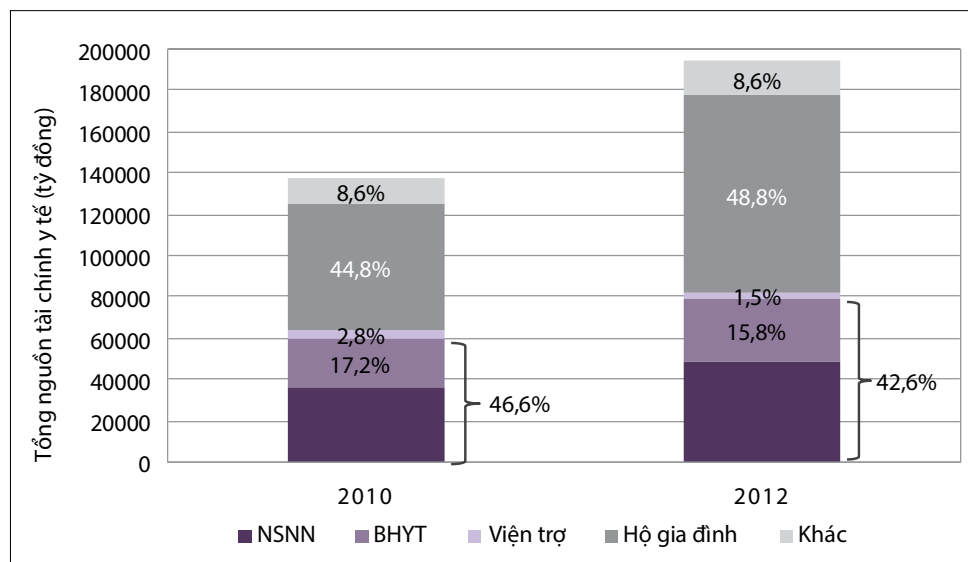
Trong Kế hoạch y tế 5 năm 2011–2015, trong phần mục tiêu cụ thể liên quan đến công tác tài chính được xác định là: “Đổi mới cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính ngành y tế theo hướng tăng nhanh chi tiêu công cho y tế, phát triển BHYT toàn dân, điều chỉnh phân bổ và sử dụng tài chính y tế để tăng hiệu quả.” Mục này đánh giá chung về kết quả thực hiện các mục tiêu về tài chính y tế còn các nhiệm vụ cụ thể để đạt các mục tiêu được phân tích ở mục sau.

Về đổi mới cơ chế hoạt động, tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp y tế công lập có ba chính sách quan trọng là: (i) Nghị định số 85/2012/NĐ-CP đưa ra lộ trình thực hiện tự chủ toàn phần và tính đủ giá dịch vụ KCB đối với các đơn vị sự nghiệp y tế công lập; (ii) Thông tư liên tịch 04/2012/TTLT-BYT-BTC của Bộ Y tế và Bộ Tài chính sửa đổi khung giá một số dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh trong các cơ sở KCB của Nhà nước; và (iii) Nghị quyết 93/NQ-CP năm 2014 ban hành cơ chế cho tăng cường phối hợp công tư, phát triển y tế.

Trong khi mục tiêu của Kế hoạch 5 năm là “*tăng nhanh chi tiêu công cho y tế*”, số liệu từ Tài khoản Y tế quốc gia cho thấy tỷ lệ chi tiêu công có giảm so với tổng chi y tế. Năm 2010, chi công cho y tế (từ NSNN, BHYT và viện trợ) chiếm 49,4% tổng chi y tế. Trong giai đoạn 2010 đến 2012, chi tiêu công cho y tế tăng 12,6% bình quân một năm tính theo giá thực tế, song nếu tính theo giá so sánh thì chi tiêu công cho y tế không tăng mà còn giảm 3,5% trong giai đoạn này. Trong khi đó, tổng chi y tế tăng 19% bình quân một năm (theo giá thực tế) và tăng 2,9% bình quân năm (theo giá so sánh). Do vậy, đến năm 2012, chi tiêu công cho y tế đã giảm còn 44,1% so với tổng chi y tế. Xu hướng giảm tỷ lệ chi công trong tổng chi y tế và sự suy giảm tốc độ tăng chi công cho y tế trái ngược với mục tiêu của Kế hoạch 5 năm. Hậu quả là tỷ lệ tiền túi

của hộ gia đình cho y tế trong tổng chi y tế đã tăng từ 44,8% năm 2010 lên 48,8% năm 2012 (Hình 13).

Hình 13: Cơ cấu các nguồn tài chính y tế, 2010 và 2012



Nguồn: Tài khoản Y tế quốc gia 1998 – 2012 [83].

Ghi chú: tỷ lệ phần trăm cho biết tỷ trọng của mỗi nguồn tài chính; chiều cao cột biểu thị giá trị hiện tại của từng nguồn tài chính y tế.

Việt Nam xác định xây dựng hệ thống y tế dựa trên BHYT xã hội và đây được coi là một trong các giải pháp để đạt mục tiêu bao phủ CSSK toàn dân. Hiến pháp năm 2013 của Việt Nam quy định “Nhà nước, xã hội đầu tư phát triển sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc sức khỏe của nhân dân, thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân...”. Lộ trình thực hiện BHYT toàn dân đã được Thủ tướng phê duyệt, theo đó đến năm 2020 có trên 80% dân số tham gia bảo hiểm y tế. Tỷ lệ dân số được bao phủ BHYT là 60% vào năm 2010, tăng đến 71% vào cuối năm 2014,⁴ ước đạt 75,3% vào cuối năm 2015 [17].

Về điều chỉnh phân bổ và sử dụng nguồn tài chính y tế để tăng hiệu quả chủ yếu có các chính sách về đổi mới phương thức chi trả. Có hai văn bản quan trọng trong lĩnh vực này, đó là Quyết định số 5380/QĐ-BYT (2013) về việc triển khai thí điểm sửa đổi phương thức thanh toán chi phí KCB BHYT theo định suất và Quyết định số 488/QĐ-BYT (2015) về việc triển khai thí điểm phương thức chi trả chi phí KCB theo nhóm chẩn đoán (DRG).

Các chỉ tiêu và chỉ số cơ bản về tài chính y tế được theo dõi thường xuyên để đánh giá tình hình tài chính y tế tổng thể và xác định có đạt hay chưa đạt mục tiêu của Kế hoạch 5 năm. Bảng 5 cho thấy mục tiêu 2015 là 70% dân số được bao phủ BHYT đã đạt được từ năm 2014. Tuy nhiên, mục tiêu tăng mức độ bảo vệ tài chính không đạt được như mong đợi vì tỷ lệ chi y tế từ tiền túi so với tổng chi y tế tăng lên, trong khi tỷ lệ chi y tế ở mức thảm họa và tỷ lệ hộ bị nghèo hoá do chi y tế vẫn còn ở mức tương đối cao. Tỷ lệ GDP được chi cho y tế ở Việt Nam tương đối cao so với một số quốc gia khác. Điều này gợi ý rằng đổi mới tài chính y tế sẽ phải tập trung vào việc nâng cao tính hiệu quả (hiệu suất) hơn là huy động thêm nguồn tài chính cho y tế, đồng thời phải đổi mới các chính sách nhằm giảm hiệu quả gánh nặng tài chính của các hộ sử dụng dịch vụ y tế.

4 Số liệu do BHXH Việt Nam cung cấp (5/2015).

Bảng 5: Tổng hợp kết quả thực hiện một số chỉ tiêu cơ bản và chỉ số tài chính y tế khác, 2010 – 2014

Chỉ tiêu	2010	2011	2012	2013	2014 (ước tính)	Mục tiêu năm 2015
Tỷ lệ dân số tham gia BHYT (%)	60,3	65,0	66,4	68,5	71,0	70%
Tỷ trọng chi tiêu trực tiếp từ tiền túi của người dân trong tổng chi cho y tế (%)	44,84	45,58	48,83			Giảm
Ưu tiên phân bổ NSNN cho YTDP (ít nhất 30% NSNN cho y tế) (%)	68,6	69,8				30%
Tỷ lệ gia tăng chi y tế công (giá so sánh)	35,7	(0,50)	(6,51)			Tăng nhanh
Tỷ lệ chi y tế so với GDP	6,36	6,20	5,97			Không có chỉ tiêu
Tỷ lệ chi công trong tổng chi y tế	49,40	47,51	44,11			50%
Chi y tế bình quân đầu người (nghìn đồng)	1579	1967	2184			
Đông bằng sông Hồng	1887	2247				
Đông Bắc	1524	1956				
Tây Bắc	1183	1442				
Bắc Trung bộ	1232	1533				
Duyên hải miền Trung	1252	1584				
Tây Nguyên	1187	1506				
Đông Nam bộ	2240	2786				
Đông bằng sông Cửu Long	1247	1601				
Tỷ lệ hộ gia đình chi y tế ở mức thảm họa	3,9		4,2			
Tỷ lệ hộ gia đình bị nghèo hóa do chi cho y tế	2,5		2,5			

Nguồn: Chỉ số 1: Vụ BHYT; chỉ số 2 – 7: Tài khoản Y tế quốc gia [83]; chỉ số 8 – 9: nghiên cứu của Hoàng Văn Minh, Nguyễn Thị Kim Phương, 2015 [84].

2.2. Đánh giá kết quả thực hiện các nhiệm vụ về tài chính y tế của Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015

2.2.1. Các nhiệm vụ liên quan đến huy động nguồn lực tài chính

Nhiệm vụ 1: Tăng nhanh chi NSNN cho y tế

Tiếp tục tăng nhanh chi NSNN cho y tế với tốc độ tăng cao hơn tốc độ tăng chi NSNN theo tinh thần Nghị quyết 18 của Quốc hội; phấn đấu tỷ lệ chi NSNN cho y tế ở mức 10% trở lên để bảo đảm các nhu cầu đầu tư và chi thường xuyên cho y tế. Phấn đấu đến năm 2015, tỷ lệ chi tiêu công cho y tế (gồm NSNN, BHYT xã hội và viện trợ) đạt tối thiểu 50% tổng chi tiêu xã hội cho y tế.

Nhiệm vụ 2: Bảo đảm vốn từ các nguồn công để đầu tư các đề án được duyệt

Bảo đảm NSNN, trái phiếu chính phủ và các nguồn viện trợ để đầu tư theo các đề án đã được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt. Quy hoạch phát triển hệ thống y tế (theo Quyết định số 153/2006/QĐ-TTg) và các Đề án 47/2008/QĐ-TTg (đầu tư cho bệnh viện huyện), Quyết định

số 930/2009/QĐ-TTg (đầu tư cho bệnh viện chuyên khoa), Quyết định số 950/2007/QĐ-TTg (đầu tư cho TYT xã).

Nhiệm vụ 3: Mở rộng hợp tác quốc tế

Mở rộng hợp tác quốc tế, tiếp tục huy động và triển khai có hiệu quả các dự án viện trợ nước ngoài (ODA và NGO) đầu tư để phát triển ngành y tế.

Kết quả thực hiện

Tỷ lệ chi NSNN cho y tế năm 2014 ước tính là 8,2%, tăng so với năm 2010 là 7,7%. Theo số liệu báo cáo thực hiện dự toán ngành y tế 2011 – 2015, chi NSNN cho y tế trong giai đoạn 2011 – 2015 tăng qua các năm với tỷ lệ tăng cao hơn so với mức tăng chi NSNN, đạt chỉ tiêu theo NQ 18 của Quốc hội (trừ năm 2011 có mức tăng trưởng âm sau khi trừ đi tỷ lệ giảm phát GDP) (Hình 14).

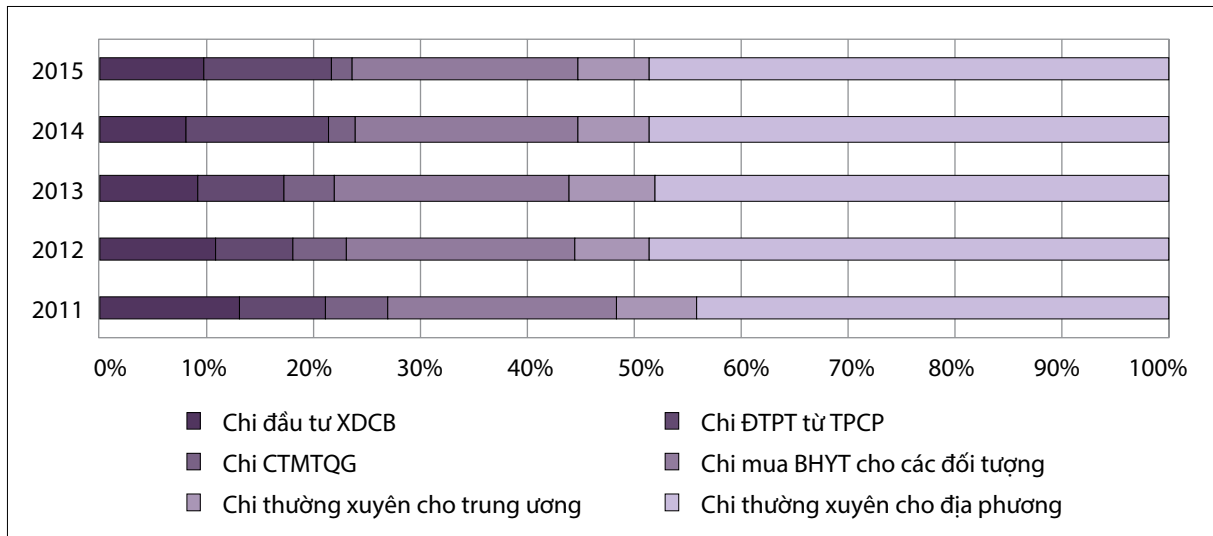
Hình 14: Tỷ lệ tăng dự toán NSNN cho y tế so với tỷ lệ tăng dự toán NSNN, 2011 – 2015



Nguồn: Vụ KHTC, Bộ Y tế

Theo số liệu Tài khoản Y tế quốc gia 2012, tỷ lệ chi NSNN cho y tế chiếm 27% tổng các nguồn tài chính cho y tế. Chi thường xuyên chiếm tỷ lệ khoảng 55% trong đó phần lớn được phân bổ về cho các địa phương. Phần chi từ NSNN mua toàn bộ hoặc hỗ trợ một phần thẻ BHYT cho các đối tượng quy định theo Luật BHYT chiếm tỷ lệ trên dưới 20% tổng NSNN chi cho y tế. Trong tổng chi từ NSNN cho y tế, chi cho đầu tư phát triển bao gồm cả đầu tư từ trái phiếu chính phủ đạt tỷ lệ dao động trên dưới 20% (Hình 15). Phần kinh phí cấp từ trái phiếu chính phủ cho các đề án nâng cấp các cơ sở y tế bao gồm Đề án nâng cấp bệnh viện huyện theo Quyết định số 47/2008/QĐ-TTg và Đề án nâng cấp bệnh viện tuyến tỉnh và trung ương theo Quyết định số 930/QĐ-TTg (2009) và đầu tư phát triển trung tâm y tế (TTYT) huyện và TYT xã theo Quyết định số 950/QĐ-TTg (2007).

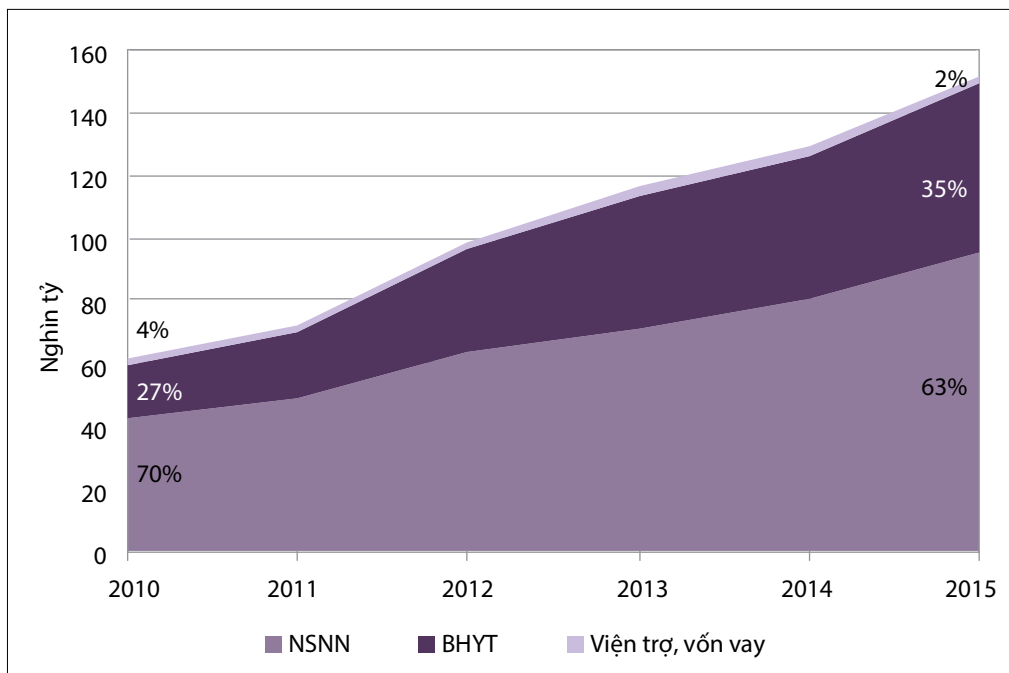
Hình 15: Cơ cấu sử dụng NSNN cho y tế, 2011 – 2015



Nguồn: Vụ KHTC, Bộ Y tế

Chi NSNN cho y tế cùng với phần BHYT chi trả cho các hoạt động KCB và nguồn hỗ trợ từ vốn vay, viện trợ tạo thành nguồn chi công cho y tế. Theo Tài khoản Y tế quốc gia, đến năm 2012, tỷ lệ chi công trong tổng chi y tế đạt tỷ lệ 44,1% [83]. Trong giai đoạn 2011 – 2015, tổng nguồn chi công cho y tế gia tăng với tốc độ bình quân 10,2% (sau khi đã loại trừ yếu tố lạm phát). Đóng góp vào chi công cho y tế của BHYT (gồm cả hỗ trợ mua BHYT từ NSNN cho các đối tượng) tăng từ 27% năm 2010 lên 35% năm 2015 trong khi đóng góp từ nguồn NSNN giảm từ 70% xuống 63% và viện trợ giảm từ 4% xuống 2% trong cùng kỳ (Hình 16).

Hình 16: Các nguồn tài chính công cho y tế, 2010 – 2015



Nguồn: Vụ KHTC, Bộ Y tế

Thực hiện mục tiêu bao phủ BHYT toàn dân, tỷ lệ người dân có BHYT tăng lên đồng thời mức đóng BHYT cũng tăng theo lộ trình tăng lương. Từ năm 2010 đến năm 2014, tỷ lệ bao phủ BHYT tăng 18,3% và mức phí bình quân đầu thẻ tăng 75% (tính theo giá hiện hành), trong khi chỉ số giá tiêu dùng được phẩm và y tế tăng 87% trong cùng giai đoạn.

Một số nguồn mới đóng góp vào nguồn NSNN cho y tế như Quỹ Phòng, chống tác hại thuốc lá. Theo Luật Phòng chống tác hại thuốc lá, từ năm 2013, Quỹ Phòng, chống tác hại thuốc lá được thu từ nguồn đóng góp của các doanh nghiệp sản xuất, nhập khẩu thuốc lá đã chính thức đi vào hoạt động. Mỗi năm Quỹ có khoảng 400 – 500 tỷ đồng và được sử dụng toàn bộ cho các hoạt động phòng chống tác hại thuốc lá, các hoạt động truyền thông, xây dựng chính sách, tìm hiểu khảo sát kinh nghiệm nước ngoài... Trong thời gian tới, có khả năng thuế rượu, bia và phí môi trường có thể đóng góp thêm vào NSNN cho y tế.

Trong bối cảnh các nguồn viện trợ cho Việt Nam có xu hướng bị cắt giảm, ngành y tế vẫn tăng cường huy động các nguồn viện trợ. Tỷ lệ nguồn viện trợ vẫn duy trì được ở mức 2% tổng chi y tế. Nghị định 38/2013/NĐ-CP của Chính phủ về quản lý và sử dụng nguồn ODA và nguồn vốn vay ưu đãi của các nhà tài trợ được mong đợi khắc phục những bất cập do quản lý viện trợ kém hiệu quả trong quá khứ nhằm tăng niềm tin của nhà tài trợ rằng các khoản viện trợ sẽ được sử dụng hiệu quả, hiệu suất.

Khó khăn, hạn chế

Dù mục tiêu là tăng nhanh chi NSNN cho y tế và tăng tỷ lệ chi công trong tổng chi y tế, nhưng số liệu gần đây nhất cho thấy tỷ lệ chi công trong tổng chi y tế có xu hướng giảm nhẹ, từ 49,4% năm 2010 xuống còn 44,1% năm 2012, chưa đạt mục tiêu 50% và chưa bền vững. Tỷ lệ chi NSNN cho y tế khó đạt được mức 10% so với tổng chi NSNN, đặc biệt với tốc độ tăng chi NSNN cho y tế sụt giảm trong vài năm gần đây. Khó khăn về kinh tế vĩ mô ảnh hưởng lớn đến việc thực hiện mục tiêu tăng chi NSNN cho y tế. Việc thực hiện các sáng kiến huy động thêm nguồn tài chính cho y tế mới ở mức độ hạn chế và chưa được quan tâm đúng mức.

Tỷ trọng đóng góp từ BHYT trong tổng chi y tế còn thấp so với tỷ lệ bao phủ BHYT. Trong khi tỷ lệ bao phủ BHYT đạt tới 66% năm 2012, nhưng nguồn chi trả BHYT chỉ đóng góp tỷ lệ khiêm tốn 15,8% tổng chi y tế (năm 2012). Nguyên nhân của hiện tượng này là: (i) BHYT chưa thanh toán chi phí các dịch vụ dự phòng và nâng cao sức khỏe (chiếm 17,2% tổng chi y tế); (ii) BHYT không thanh toán cho người chưa có BHYT (chiếm 30% dân số); (iii) BHYT không thanh toán khi người có BHYT tự mua thuốc; và (iv) người có BHYT vẫn phải tự chi trả khi đi KCB, đặc biệt khi sử dụng dịch vụ trái tuyến, hoặc tại y tế tư nhân. Nếu chỉ xét các khoản chi được BHYT chi trả, tức là chi phí KCB ngoại trú và nội trú, đóng góp của BHYT còn thấp. Năm 2011, tỷ lệ chi KCB được BHYT thanh toán chỉ đạt 25% so với tỷ lệ người dân được bao phủ BHYT là 58,2%.

Tỷ lệ chi tiền túi từ hộ gia đình vẫn cao, chiếm 48,8% năm 2012 và có xu hướng tăng nhẹ trong vài năm gần đây. Một trong những mặt trái và nguy cơ của việc thực hiện chính sách tự chủ bệnh viện chính là làm gia tăng chi phí tiền túi của bệnh nhân, kể cả bệnh nhân BHYT. Tỷ lệ chi trả tiền túi cao sẽ là một thách thức lớn cho Việt Nam trong thực hiện mục tiêu bao phủ CSSK toàn dân thông qua BHYT. Các chỉ số về bảo vệ tài chính như tỷ lệ hộ gia đình chịu mức chi phí y tế thảm họa, tỷ lệ nghèo hóa do chi phí y tế chưa được cải thiện rõ rệt. Chưa có bằng chứng thuyết phục về tác động bảo vệ tài chính của BHYT. Bệnh nhân BHYT vẫn phải tự chi trả khi đi KCB do nhiều nguyên nhân trong đó có cả tình trạng bệnh nhân có BHYT nhưng không dùng thẻ, bệnh nhân vượt tuyến, trái tuyến.

Chênh lệch về mức chi công cho y tế giữa các địa phương (bao gồm cả chi BHYT) ảnh hưởng tới sự công bằng trong chăm sóc sức khỏe. Trong bối cảnh khả năng huy động các nguồn tư và đóng góp vào quỹ BHYT để chi trả cho dịch vụ y tế rất khác nhau giữa các vùng, NSNN có vai trò rất quan trọng để điều hòa nguồn lực giữa các địa phương. Tuy nhiên, số liệu giám sát các chỉ tiêu chi công cho y tế không được cập nhật kịp thời: do phân cấp quản lý tài chính và độ trễ quyết toán NSNN nên việc thu thập và phân tích các số liệu giám sát các chỉ tiêu chi công cho y tế gặp nhiều khó khăn, thậm chí không thực hiện được.

Vốn để thực hiện các đề án phát triển cơ sở hạ tầng và TTBYT vẫn chưa đủ theo kế hoạch hoặc bị chậm trễ. Một số Đề án đầu tư cho YTCS đã được Chính phủ phê duyệt chủ trương nhưng chưa được bố trí nguồn vốn riêng để thực hiện và thiếu cơ chế bảo đảm các nguồn vốn được đề cập trong văn bản đề án thực sự được huy động và kinh phí được giao để thực hiện. Đặc biệt trong Đề án hỗ trợ phát triển trung tâm YTDP tuyến huyện giai đoạn 2007 – 2010 được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt tại Quyết định số 1402/QĐ-TTg, Đề án đầu tư xây dựng TYT xã thuộc vùng khó khăn giai đoạn 2008 – 2010 được phê duyệt tại Quyết định số 950/QĐ-TTg và gần đây là Đề án đầu tư xây dựng, nâng cấp hệ thống bệnh viện y học cổ truyền toàn quốc (Quyết định số 362/QĐ-TTg năm 2014). Trong cả ba đề án, nguồn vốn chính là ngân sách địa phương, trong đó có cả vốn lồng ghép từ các hoạt động khác, ngân sách trung ương chỉ là hỗ trợ những địa phương thiếu vốn, trong khi xã hội hóa và huy động vốn ODA cũng được khuyến khích. Đề án 47 và 930, được nhắc trong Kế hoạch 5 năm của ngành y tế, giao vốn trái phiếu Chính phủ bị chậm trễ do thiếu vốn (Bảng 6), nhiều dự án được duyệt giai đoạn 2007 – 2009 nhưng đến năm 2015 chưa hoàn thành.

Bảng 6: Vốn được duyệt và vốn được giải ngân cho các đề án phát triển cơ sở hạ tầng, 2008 – 2014 (tỷ đồng)

Đề án	Vốn được duyệt	Trong đó, trái phiếu chính phủ	Vốn trái phiếu chính phủ được giao 2008 – 2011	Tổng số vốn đã phân bổ 2008 – 2014	Tỷ lệ vốn trái phiếu Chính phủ được phân bổ (so với kế hoạch ban đầu)
47 (BV huyện)	17 000	14 000	12 548	20 818	148,7%
930 (BV tỉnh, chuyên khoa)	45 280	32 628	10 652	32 250	98,8%
Tổng	62 280	46 628	23 200	53 068	113,8%

Nguồn: Bộ Y tế, (2014). Báo cáo tóm tắt về kết quả đầu tư từ nguồn trái phiếu Chính phủ cho các dự án y tế từ 2008 – 2012 và dự kiến phân bổ 2013 – 2016 [85].

Viện trợ quốc tế chiếm tỷ lệ nhỏ trong tổng chi y tế và có xu hướng bị cắt giảm trong những năm tới. Tuy nhiên, có một số chương trình và hoạt động phụ thuộc nhiều vào nguồn tài chính này. Vì vậy, cần chú ý để bảo đảm kinh phí từ nguồn tài chính mới, như từ NSNN hoặc đóng góp của tư nhân.

2.2.2. Các nhiệm vụ liên quan phát triển BHYT toàn dân

Nhiệm vụ 1: Bảo đảm sự tham gia BHYT của người lao động

Phát triển BHYT toàn dân bền vững, phấn đấu đến 2015, ít nhất 80% dân số Việt Nam có tham gia BHYT. Bảo đảm sự tuân thủ đóng BHYT trong khu vực lao động chính quy; tăng cường giám sát, kiểm tra và xử phạt các đối tượng không tham gia BHYT theo quy định của

pháp luật. Xây dựng một lộ trình và triển khai các giải pháp tổng thể, hiệu quả để tăng nhanh tỷ lệ bao phủ BHYT đối với nhóm đối tượng lao động không chính thức.

Nhiệm vụ 2: Tiếp tục hỗ trợ từ NSNN mua BHYT cho các đối tượng ưu tiên

Tiếp tục tăng cường hỗ trợ từ NSNN để mua thẻ BHYT cho người nghèo, người cận nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi, người cao tuổi, đồng bào dân tộc thiểu số và các đối tượng chính sách xã hội. Từng bước mở rộng hỗ trợ của Nhà nước để hỗ trợ các chi phí gián tiếp trong điều trị (tiền ăn, tiền đi lại) cho người nghèo và các đối tượng khó khăn khi điều trị nội trú tại các bệnh viện công để tăng khả năng tiếp cận và sử dụng DVYT của các đối tượng này.

Nhiệm vụ 3: Nâng cao quyền lợi của người có BHYT

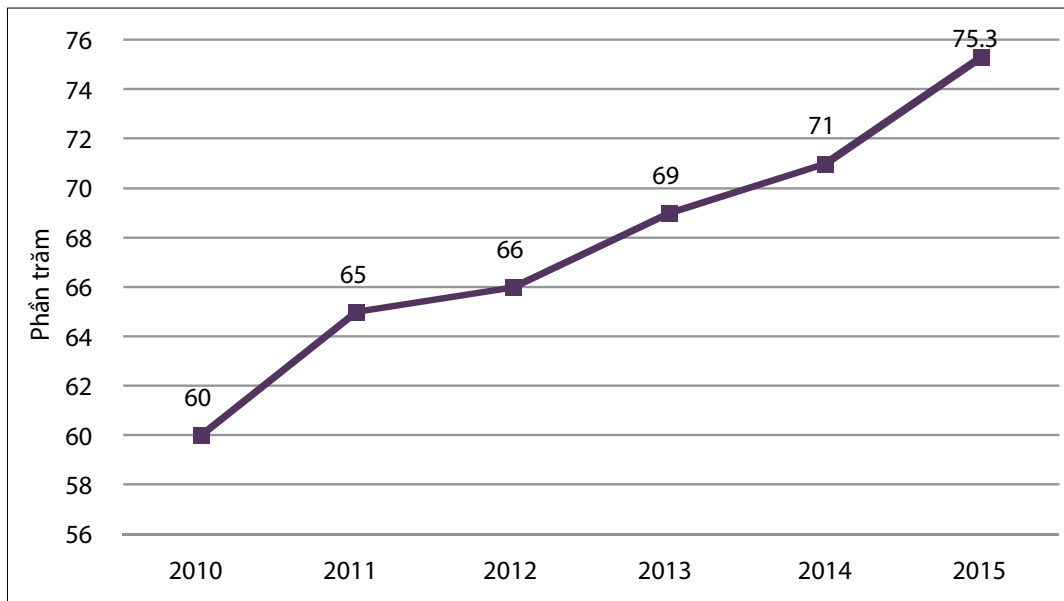
Song song với tăng diện bao phủ BHYT về chiều rộng, tiếp tục nâng cao quyền lợi một cách hợp lý và cải thiện chất lượng dịch vụ y tế cho các đối tượng có BHYT (bao phủ chiều sâu). Cải cách thủ tục mua và thanh toán BHYT để tạo điều kiện thuận lợi cho người có BHYT trong quá trình sử dụng dịch vụ y tế.

Kết quả thực hiện

So với các nhiệm vụ đề ra trong Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015, lĩnh vực BHYT đã đạt được nhiều kết quả, đáp ứng về cơ bản các yêu cầu đề ra. Bộ Y tế đã phối hợp chặt chẽ với cơ quan Bảo hiểm xã hội (BHXH) Việt Nam và các bộ, ngành, đơn vị liên quan xây dựng, hoàn thiện hệ thống chính sách, pháp luật về BHYT, trong đó đặc biệt là việc Quốc hội thông qua Luật sửa đổi, bổ sung Luật BHYT 2014, có hiệu lực từ 1/1/2015. Hệ thống văn bản quy phạm pháp luật về BHYT ngày càng được hoàn thiện, đồng bộ là nền tảng pháp lý quan trọng để thực hiện mục tiêu phát triển BHYT bền vững. Năm 2011, Chính phủ đã ban hành Nghị định 92/2011/NĐ-CP quy định xử phạt hành chính trong lĩnh vực BHYT, trong đó bao gồm cả phạt vi phạm không đóng phí BHYT bắt buộc. Sau đó, Bộ Y tế đã có Quyết định số 3745/2012/QĐ-BYT ban hành quy trình và nội dung thanh tra việc thực hiện chính sách tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Những văn bản pháp lý quan trọng này khi được triển khai đã giúp tăng cường sự tuân thủ đóng BHYT trong khu vực lao động chính quy; tăng cường giám sát, kiểm tra và xử phạt các đối tượng không tham gia BHYT theo quy định của pháp luật. Lộ trình thực hiện BHYT toàn dân cũng đã được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt theo Quyết định số 538/QĐ-TTg, năm 2013. Lộ trình đã xác định các mục tiêu cụ thể cho từng giai đoạn và các giải pháp tổng thể, đồng bộ để thực hiện các mục tiêu đề ra. Theo đó, đến năm 2020, tỷ lệ bao phủ BHYT sẽ đạt 80%.

Tỷ lệ dân số có BHYT tăng bình quân 4,3%/năm trong giai đoạn 2010 – 2014, đạt 71% năm 2014 và 75,3% năm 2015 (Hình 17).

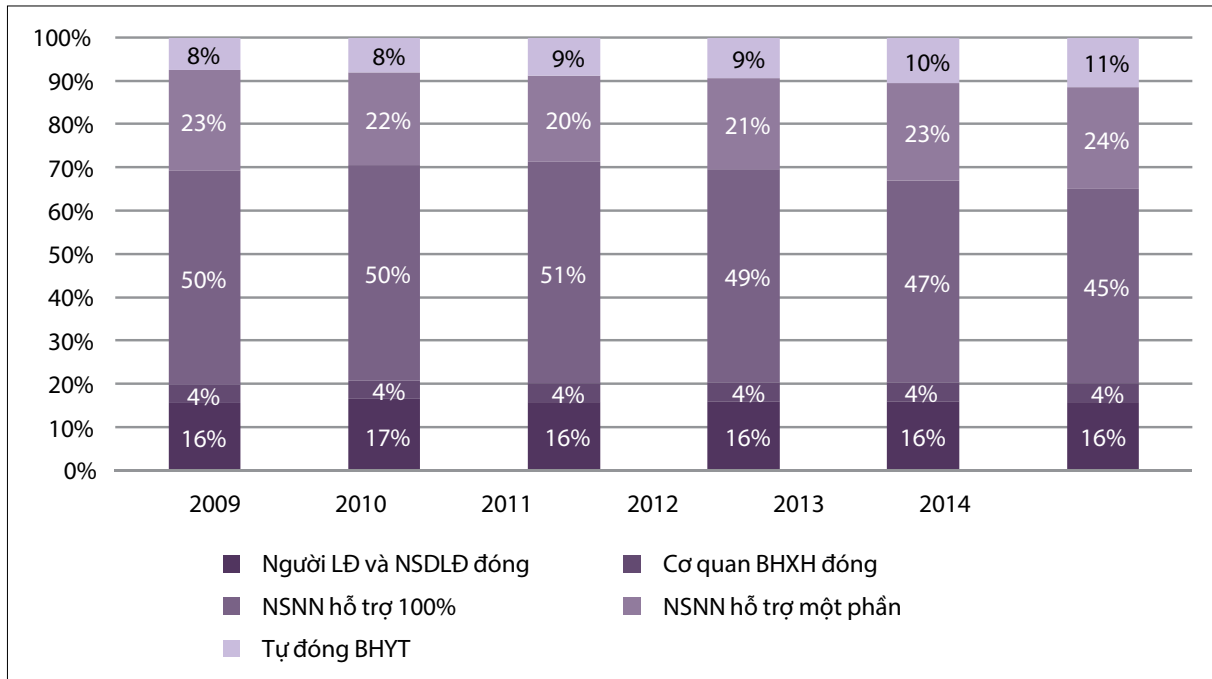
Hình 17: Tỷ lệ dân số được bao phủ BHYT, 2010 – 2015



Nguồn: BHXH Việt Nam, 5/2015; Bộ Y tế (2016). Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2015 và giai đoạn 2011 – 2015, một số nhiệm vụ chủ yếu năm 2016 và giai đoạn 2016 – 2020 [17].

Phân tích cơ cấu các đối tượng tham gia BHYT cho thấy thành phần tham gia chủ yếu vẫn là nhóm được NSNN hỗ trợ toàn bộ hoặc một phần, chiếm tới 70% tổng số người có BHYT (Hình 18). Kết quả này phản ánh sự cam kết mạnh mẽ về chính trị và tài chính của Nhà nước trong quá trình thực hiện mục tiêu mở rộng bao phủ BHYT.

Hình 18: Cơ cấu tham gia BHYT theo 5 nhóm đối tượng được Luật BHYT quy định, 2009 – 2014



Nguồn: BHXH Việt Nam, 5/2015

Phân tích xu hướng mức độ bao phủ BHYT theo các nhóm đối tượng qua các năm cho thấy một số nhóm có mức độ bao phủ gần như toàn bộ 100% đó là nhóm hành chính sự nghiệp, nhóm hưu trí trợ cấp BHXH, nhóm nghèo, dân tộc thiểu số. Nhóm học sinh, sinh viên cũng có tỷ lệ tham gia rất cao lên tới 94% năm 2014. Hai nhóm có sự gia tăng tỷ lệ bao phủ khá ổn định và chắc chắn là nhóm học sinh, sinh viên và nhóm cận nghèo. Cả hai nhóm này đều được NSNN hỗ trợ một phần phí BHYT. Năm 2012, Thủ tướng Chính phủ đã nâng mức hỗ trợ đóng BHYT cho người thuộc hộ gia đình cận nghèo từ 50% lên 70% theo Quyết định số 797/QĐ-TTg. Tỷ lệ tham gia BHYT ở nhóm tự nguyện cũng tăng đều đặn qua các năm (Hình 19).

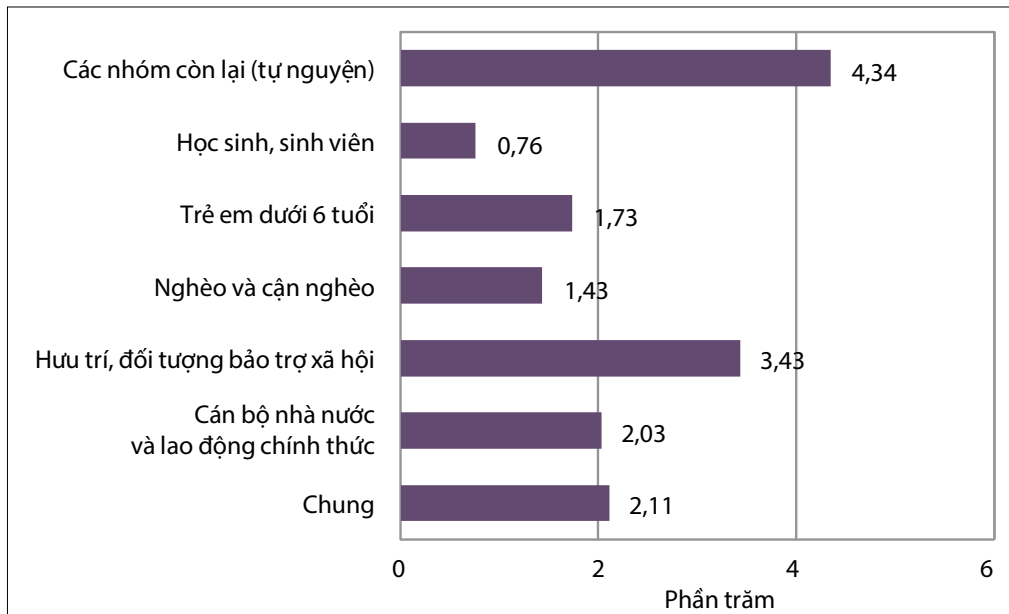
Hình 19: Xu hướng tỷ lệ tham gia BHYT theo nhóm đối tượng đích, 2011 – 2014



Nguồn: BHXH Việt Nam, 5/2015

Cùng với việc mở rộng độ bao phủ dân số có BHYT, quyền lợi của người có thẻ BHYT cũng được tăng lên. Luật sửa đổi, bổ sung một số điều Luật BHYT đã mở rộng phạm vi quyền lợi được hưởng của người có BHYT. Theo quy định hiện hành, hầu hết các thuốc và dịch vụ hiện có đều được BHYT chi trả. Mức đồng chi trả đã được điều chỉnh giảm đối với một số nhóm. Gói quyền lợi BHYT tại Việt Nam mang tính toàn diện và khá rộng. Tính trung bình một người có thẻ BHYT đi KCB 2,1 lần/năm 2014, tăng 8,5% so với năm 2010. Chỉ số này ở mức độ nào đó phản ánh sự gia tăng về độ bao phủ của dịch vụ y tế đối với người có thẻ BHYT. Với tỷ lệ 80% người có BHYT đăng ký KCB ban đầu tại tuyến xã, huyện, người có BHYT rất dễ dàng tiếp cận cơ sở y tế khi có nhu cầu CSSK. Giữa các nhóm đối tượng có sự chênh lệch khá rõ về tần suất KCB bình quân. Nhóm BHYT tự nguyện có tần suất KCB cao gấp đôi so với tần suất chung (Hình 20).

Hình 20: Số lượt KCB bình quân đầu người/năm theo 6 nhóm, 2014



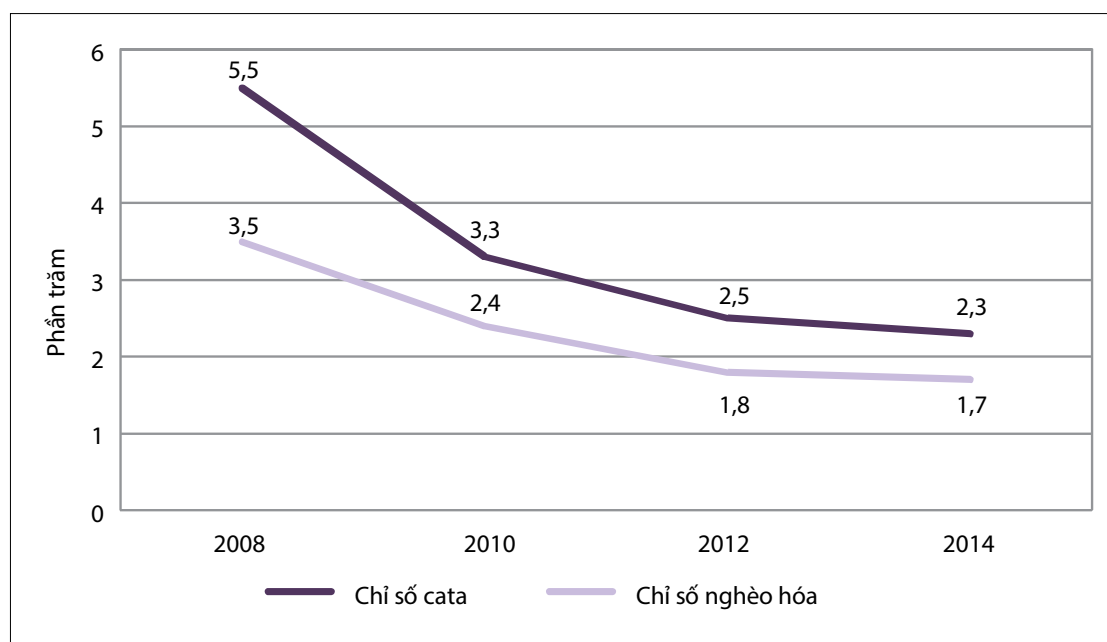
Nguồn: BHXH Việt Nam, 5/2015

Cơ quan BHXH với vai trò là đơn vị giữ quỹ trong những năm qua đã rất nỗ lực trong việc bảo đảm tính bền vững về tài chính của quỹ BHYT. Mức chi phí khám, chữa bệnh bình quân đầu người BHYT luôn ở mức thấp hơn mức phí thu bình quân đầu người trong giai đoạn 2010-2014. Năm 2014, mức chi phí bình quân đầu người là 636 082 đồng trong khi mức phí bình quân là 852 702 đồng. Nhóm BHYT của đối tượng hưu trí, bảo trợ xã hội và chính sách có mức chi phí cao nhất gấp 2,6 lần mức bình quân chung, tiếp theo là nhóm BHYT tự nguyện với mức chênh lệch gần 2 lần. Nhóm học sinh sinh viên có mức chi phí bình quân đầu người thấp nhất, bằng 1/6 mức bình quân chung.

Khó khăn, hạn chế

Trong 5 năm qua, bảo hiểm y tế tiếp tục phát triển để bảo vệ tài chính cho người dân khi phải sử dụng dịch vụ y tế. Hình 21 cho thấy từ năm 2008 đến năm 2010, tỷ lệ hộ gia đình chi cho y tế vượt 40% khả năng chi trả và tỷ lệ hộ bị nghèo hóa do phải chi cho dịch vụ y tế có giảm rõ rệt. Tuy nhiên, trong giai đoạn 2010 đến 2012, gánh nặng tài chính không giảm nữa. Đến năm 2012, ước tính vẫn còn 982 287 hộ phải chi phí cho y tế ở mức thảm họa (chi y tế vượt 40% khả năng chi trả của hộ), với hai yếu tố tương quan cao là hộ sống ở nông thôn hoặc có người cao tuổi trong hộ. Cùng năm 2012, ước tính còn 583 724 hộ bị nghèo hóa do chi phí dịch vụ y tế. Điều này có nghĩa là 2,5% các hộ ở Việt Nam do chi phí cho y tế, các khoản còn lại để chi sinh hoạt trong gia đình ở dưới ngưỡng nghèo. Tỷ lệ này ở Việt Nam cao hơn Trung Quốc (1,8%), In-đô-nê-xi-a (1,7%), Lào (1,4%), Phi-líp-pin (1,0%) và Thái Lan (0,7%) [84].

Hình 21: Tỷ lệ hộ gia đình mắc chi phí y tế thảm họa và bị nghèo hóa do chi phí y tế 2008 – 2012



Nguồn: Hoàng Văn Minh, Nguyễn Thị Kim Phương, 2014 [84].

Tiến độ mở rộng tỷ lệ bao phủ có xu hướng chậm lại trong thời gian qua: tốc độ gia tăng tỷ lệ bao phủ BHYT hằng năm giảm từ 8,3% năm 2011 xuống còn 2,9% năm 2014. Một số nhóm có tỷ lệ tham gia BHYT còn thấp như: (i) Nhóm doanh nghiệp: tỷ lệ tham gia mới đạt 48%; trong vòng 5 năm từ 2010 đến 2014, tỷ lệ tham gia của nhóm này không những không tăng mà còn giảm nhẹ; (ii) Nhóm cận nghèo chỉ mới có 55% tham gia mặc dù đã được hỗ trợ tới 70% mệnh giá BHYT; và (iii) Nhóm tự nguyện mới chỉ có hơn 34% tham gia.

Hiệu quả bao phủ bao gồm 3 góc độ: tiếp cận dịch vụ, chất lượng và giảm mức chi tiền túi của người có thẻ BHYT. Tuy nhiên, hiện nay BHYT chưa phát huy hiệu quả vai trò mua chiến lược. Giám sát sử dụng quỹ BHYT chưa thực sự hiệu quả, một phần do ứng dụng công nghệ thông tin chậm.

Hiện nay, cơ cấu tham gia BHYT chủ yếu là nhóm được NSNN hỗ trợ, nên BHYT không đóng góp nhiều vào huy động thêm nguồn lực cho y tế. Còn đối với nhóm tự nguyện, mức phí tham gia tương đối thấp trong khi tần suất sử dụng và chi phí bình quân đầu thẻ cao là nguy cơ đối với tính bền vững của BHYT.

2.2.3. Các nhiệm vụ liên quan sử dụng tài chính y tế hiệu quả

Về điều chỉnh phân bổ và sử dụng tài chính y tế để tăng hiệu quả chủ yếu có các chính sách liên quan đổi mới phương thức chi trả có hai văn bản quan trọng liên quan thí điểm phương thức mới, đó là Quyết định về việc triển khai thí điểm sửa đổi thanh toán chi phí KCB BHYT theo định suất theo Quyết định số 5380/QĐ-BYT (2013) của Bộ trưởng Bộ Y tế và Quyết định về việc triển khai thí điểm phương thức chi trả chi phí KCB theo nhóm chẩn đoán theo Quyết định số 488/QĐ-BYT (2015) của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Nhiệm vụ 1: Ưu tiên phân bổ NSNN cho YTDP

Ưu tiên phân bổ NSNN cho YTDP (ít nhất 30% NSNN cho y tế), YTCS, CSSKBĐ, miền núi, vùng sâu, vùng xa và để thực hiện các chính sách xã hội cơ bản về y tế (như hỗ trợ người nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi,...).

Nhiệm vụ 2: Đổi mới cơ chế phân bổ NSNN theo hướng dựa vào kết quả hoạt động

Từng bước đổi mới cơ chế phân bổ NSNN cho các cơ sở y tế theo hướng dựa vào kết quả hoạt động và các chỉ tiêu đầu ra; tăng cường tính tự chủ, tự chịu trách nhiệm của các đơn vị sự nghiệp y tế công lập, đồng thời đi kèm với cơ chế kiểm tra, kiểm soát để nâng cao tính hiệu quả trong sử dụng NSNN cho y tế.

Nhiệm vụ 3: Kiểm soát chi phí y tế

Triển khai các giải pháp phù hợp để từng bước kiểm soát chi phí y tế, giảm dần tỷ trọng chi tiêu trực tiếp từ tiền túi của người dân trong tổng chi cho y tế, như đổi mới cơ chế chi trả dịch vụ bệnh viện (thu trọn gói), xây dựng quy trình chuyên môn chuẩn, tăng cường kiểm tra, giám sát việc kê đơn, sử dụng thuốc, sử dụng xét nghiệm, kỹ thuật y tế, nâng cao chất lượng dịch vụ để giảm số ngày nằm viện trung bình,...

Nhiệm vụ 4: Đổi mới cơ chế tài chính bệnh viện, cơ chế chi trả cho bệnh viện

Tiến hành phân loại các bệnh viện và cơ sở y tế công lập để nâng cao quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm cho cơ sở. Triển khai Nghị định của Chính phủ về đổi mới cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính ngành y tế. Thực hiện chính sách tự chủ bệnh viện.

Xây dựng một khung giá dịch vụ y tế làm trên cơ sở tính đúng, tính đủ chi phí đầu vào và một cơ chế thanh toán minh bạch cho các dịch vụ y tế.

Đổi mới cơ chế phân bổ NSNN cho bệnh viện và đổi mới cơ chế chi trả dịch vụ y tế, dịch vụ bệnh viện (thanh toán theo định suất, trường hợp bệnh). Thí điểm áp dụng phương thức thanh toán trọn gói theo trường hợp bệnh đối với những bệnh nhập viện thông thường, thay cho phương thức thanh toán phí theo từng dịch vụ. Phần đầu đến 2015, có 50 – 70 bệnh thông thường sẽ được thanh toán theo hình thức trọn gói. Tìm hiểu khả năng để tiến đến thanh toán theo nhóm chẩn đoán một cách phù hợp với điều kiện của Việt Nam. Thực hiện các biện pháp khả thi để kiểm soát chi phí bệnh viện.

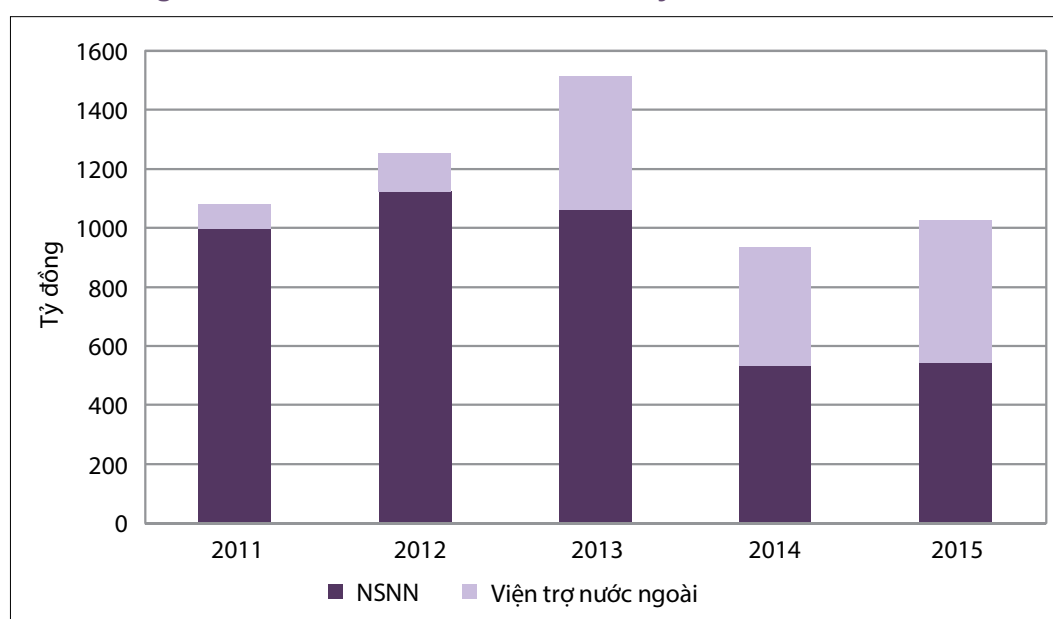
Kết quả thực hiện

Chủ trương ưu tiên phân bổ NSNN cho YTDP được cụ thể hóa bằng tiêu chí được xác định theo Nghị quyết số 18/2008/QH12 “Dành ít nhất 30% ngân sách y tế cho YTDP”. Tuy nhiên, việc xác định, phân tách nội dung “YTDP” cũng như “ngân sách y tế” chưa rõ ràng và thống nhất. Theo số liệu Tài khoản Y tế quốc gia, trong tổng NSNN cho y tế, bao gồm cả trung ương và địa phương, tỷ lệ chi cho YTDP và nâng cao sức khỏe chiếm 69,8% năm 2011 [83]. Tổng NSNN cho y tế ở đây không bao gồm viện phí và BHYT. Nếu tính tỷ lệ chi cho YTDP so với tổng ngân sách y tế được xác định theo Luật Ngân sách là bao gồm cả “Các khoản phí, lệ phí, thu từ các hoạt động sự nghiệp và các khoản thu khác nộp vào ngân sách” thì tỷ lệ này là 43,9% còn nếu so với tổng chi y tế toàn xã hội thì tỷ lệ chi cho YTDP chỉ còn là 27,9%. Tuy nhiên, theo kết quả phân tích số liệu ngân sách trung ương cho y tế giao cho Bộ Y tế quản lý giai

đoạn 2011 – 2015, trong tổng ngân sách Bộ Y tế giao cho các đơn vị, nội dung chi cho YTDP chỉ chiếm 16-17%, thậm chí năm 2012 chỉ là 11,3%. Nếu tính chi cho YTDP bao gồm cả các chương trình mục tiêu quốc gia về y tế (phần lớn cho hoạt động dự phòng) thì tỷ trọng chi cho YTDP mới đạt mức 30%.

Theo số liệu báo cáo tình hình thực hiện dự toán NSNN cho y tế 2011 – 2015, kinh phí cho các chương trình MTQG tăng lên trong giai đoạn 2011 – 2013 sau đó có sự sụt giảm đáng kể trong 2 năm gần đây 2014 – 2015. Cơ cấu nguồn kinh phí cho chương trình mục tiêu quốc gia (CTMTQG) về y tế cũng thay đổi theo hướng giảm dần tỷ lệ đóng góp từ NSNN (giảm từ 92% xuống còn 53%) dẫn đến gia tăng trong mức độ phụ thuộc vào nguồn viện trợ, vốn vay tăng lên (Hình 22).

Hình 22: Nguồn tài chính cho các CTMTQG về y tế, 2011 – 2015



Nguồn: Vụ KHTC, Bộ Y tế.

Chính sách đầu tư, tăng cường mạng lưới YTCS trong thời gian qua chủ yếu được hiện thực hóa bằng việc đầu tư từ trái phiếu Chính phủ để xây dựng cải tạo nâng cấp bệnh viện đa khoa huyện, bệnh viện đa khoa khu vực liên huyện và phòng khám đa khoa khu vực theo Nghị quyết 18/2008/QH12 của Quốc hội và Quyết định số 47/2008/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ. Tổng vốn trái phiếu Chính phủ đã được bố trí từ 2008-2014 là 20 818 tỷ đồng, vốn trái phiếu Chính phủ còn lại 2016 khoảng 2735 tỷ đồng, ngoài ra, tính đến hết năm 2011, ngân sách các địa phương bố trí được khoảng 2693 tỷ đồng [86]. Để tìm giải pháp nhằm tạo bước chuyển biến mang tính đột phá và tổng thể cho YTCS, ngày 24-25/3/2015 vừa qua, Bộ Y tế đã tổ chức lần đầu Hội nghị về tăng cường YTCS cho CSSKBĐ hướng tới bao phủ CSSK toàn dân. Tại Hội nghị này, chủ đề đầu tư và tài chính cho YTCS là một trong ba chủ đề trọng tâm. Những khó khăn, tồn tại, bất cập và thách thức trong nguồn tài chính đầu tư cho YTCS đã được tổng hợp, phân tích làm cơ sở đề xuất các kiến nghị về giải pháp đổi mới tài chính cho YTCS.

Lộ trình thực hiện mục tiêu BHYT toàn dân được hậu thuẫn mạnh mẽ với các cam kết chính trị và hỗ trợ về tài chính từ NSNN. Việc thực hiện chính sách xã hội về y tế được cụ thể hóa bằng việc bảo đảm NSNN hỗ trợ kinh phí một phần hoặc toàn bộ cho một số nhóm đối

tượng yếu thế tham gia BHYT. Số lượng đối tượng và mức hỗ trợ tăng lên qua các năm theo quy định của Luật BHYT. Hằng năm, kinh phí từ ngân sách trung ương cấp hỗ trợ mua thẻ BHYT cho người nghèo, người dân tộc thiểu số và trẻ em dưới 6 tuổi và hỗ trợ một phần cho người cận nghèo, học sinh sinh viên và người thuộc hộ làm nông nghiệp, lâm nghiệp có mức sống trung bình được xác định ngay trong Dự toán NSNN cấp hằng năm. Tổng kinh phí từ NSNN để hỗ trợ mua BHYT cho các đối tượng này tăng lên qua các năm, riêng năm 2015 ước khoảng 20% tổng NSNN cho y tế được sử dụng để hỗ trợ mua BHYT.

Một trong những nội dung trọng tâm về công tác tài chính y tế trong giai đoạn 2011 – 2015 là thực hiện đổi mới cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính trong các đơn vị sự nghiệp công lập. Nghị định số 85/2012/NĐ-CP về cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp y tế công lập và giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của các cơ sở y tế công lập đã được ban hành. Hai vấn đề cơ bản được tập trung thực hiện đó là giao quyền tự chủ và đổi mới cơ chế tài chính theo hướng chuyển từ trợ cấp trực tiếp cho các cơ sở y tế sang trợ cấp gián tiếp cho người sử dụng thông qua hỗ trợ mua thẻ BHYT. Theo đó, thực hiện tính đủ giá viện phí theo lộ trình đến năm 2018. Thông tư liên tịch số 04/2012/TTLT-BYT-BTC về khung giá 447 dịch vụ y tế đã tính 3/7 cấu phần giá dịch vụ. Đến năm 2015, Nghị định 16/2015/NĐ-CP đã điều chỉnh lộ trình, dự định năm 2016 mới bổ sung thêm cấu phần nhân lực, tiền công trong giá dịch vụ, đến năm 2020 mới tính đủ các cấu phần.

Việc thực hiện tự chủ của các bệnh viện công lập được thực hiện về cơ bản vẫn theo quy định của Nghị định 43/2006/NĐ-CP và được điều chỉnh theo Nghị định 85/2012/NĐ-CP. Theo một đánh giá mới đây của Tổ chức Y tế thế giới về việc thực hiện tự chủ bệnh viện tại Việt Nam, các kết quả chủ yếu được ghi nhận bao gồm: (i) Tăng quyền chủ động và tự quyết cho lãnh đạo bệnh viện trong lãnh đạo, quản lý, điều hành hoạt động của bệnh viện; (ii) Cải thiện cơ sở vật chất, trang thiết bị cho bệnh viện trong điều kiện nguồn kinh phí đầu tư phát triển từ NSNN hạn hẹp; (iii) Cải thiện thái độ, tinh thần làm việc của nhân viên bệnh viện theo hướng coi bệnh nhân là khách hàng; và (iv) Mở rộng phạm vi dịch vụ được bệnh viện cung cấp, đặc biệt là các dịch vụ kỹ thuật liên quan đến các thiết bị công nghệ cao, đắt tiền.

Trong thời gian qua, Bộ Y tế rất chú trọng chỉ đạo thực hiện đổi mới phương thức thanh toán chi phí dịch vụ y tế, tập trung vào việc sửa đổi phương thức thanh toán theo định suất và đẩy mạnh thí điểm thanh toán theo trường hợp bệnh đồng thời học hỏi, tìm tòi cách thức quản lý hiệu quả phương thức chi trả theo phí dịch vụ.

Đề án triển khai thí điểm sửa đổi thanh toán chi phí KCB BHYT theo định suất đã được thực hiện từ 1/12/2014 theo Quyết định số 5380/QĐ-BYT sau đó được gia hạn thêm một năm đến 12/2015. Đề án thí điểm được triển khai tại 4 tỉnh bao gồm Bắc Ninh, Ninh Bình, Thừa Thiên Huế và Khánh Hòa. Trong đó, Bắc Ninh và Ninh Bình áp dụng mô hình thanh toán định suất cho dịch vụ KCB ngoại trú tại tuyến huyện xã trong khi Thừa Thiên Huế và Khánh Hòa thực hiện thanh toán định suất cho cả KCB ngoại trú và nội trú tại tuyến huyện xã. Trong quá trình triển khai thí điểm, Ban chỉ đạo Đề án rất chú trọng hoạt động theo dõi, đánh giá và định kỳ 6 tháng tổ chức hội nghị sơ kết đánh giá kết quả thực hiện, rà soát các vấn đề vướng mắc, khó khăn nảy sinh trong quá trình thực hiện để tìm giải pháp tháo gỡ. Việc triển khai và đánh giá kết quả thí điểm các phương án sửa đổi sẽ là căn cứ thực tiễn xây dựng thông tư hướng dẫn triển khai thanh toán định suất trên quy mô toàn quốc từ năm 2016.

Song song với hoạt động thí điểm sửa đổi thanh toán theo định suất, việc thực hiện thanh toán theo ca bệnh cũng được xúc tiến triển khai với Dự án nghiên cứu thí điểm chi trả

theo trường hợp bệnh với 26 nhóm bệnh thường gặp trong Dự án Phát triển nguồn nhân lực y tế do Ngân hàng Phát triển châu Á tài trợ và các hoạt động xây dựng Đề án thí điểm Phương thức thanh toán theo nhóm chẩn đoán. Năm 2015, Bộ trưởng Bộ Y tế đã ký Quyết định số 488/QĐ-BYT về việc triển khai thí điểm phương thức chi trả chi phí KCB theo nhóm chẩn đoán từ 2015 – 2020. Trong quá trình thiết kế và triển khai các hoạt động thí điểm đổi mới phương thức chi trả, hoạt động nâng cao năng lực cho cán bộ về các phương thức thanh toán này và việc tăng cường, đồng bộ hệ thống thông tin giữa các bệnh viện và cơ quan BHXH được đặc biệt chú trọng. Hàng loạt các hội thảo tập huấn trong nước và ngoài nước đã được tổ chức với sự tham gia của các chuyên gia quốc tế đã góp phần nâng cao nhận thức và kiến thức cho các cán bộ có liên quan. Mặt khác, Bộ Y tế cũng tổ chức việc học tập một số nước có kinh nghiệm quản lý hiệu quả phương thức chi trả theo phí dịch vụ, cụ thể là Nhật Bản và Hàn Quốc thông qua các chuyến tham quan học tập tại nước bạn và tổ chức hội thảo mời chuyên gia sang trao đổi trực tiếp tại Việt Nam.

Một trong những nhiệm vụ ưu tiên trong Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015 là thực hiện từng bước kiểm soát chi phí y tế, giảm dần tỷ trọng chi tiêu trực tiếp từ tiền túi của người dân trong tổng chi cho y tế. BHXH với vai trò người giữ quỹ BHYT, thực hiện chức năng chi trả đã có những biện pháp quyết liệt, mạnh mẽ nhằm kiểm soát chi phí KCB BHYT như thực hiện triệt để phương thức thanh toán theo phí dịch vụ có trần, giám định theo tỷ lệ, kiểm soát chặt chẽ chi phí thuốc BHYT từ khâu đấu thầu đến kiểm soát kê đơn của bác sĩ. Việc thực hiện quản lý giá thuốc theo quy định về đấu thầu mua thuốc theo Thông tư 01/2012/TT-BYT-BTC và các văn bản liên quan đã cho thấy kết quả tích cực về việc cắt giảm chi phí thuốc thanh toán BHYT. Tại nhiều địa phương, giá trị thuốc trúng thầu đã giảm được 20 – 30% so với giá kế hoạch của các gói thầu. Kết quả phân tích chi bình quân lượt KCB ngoại trú và nội trú giai đoạn 2010 – 2014 cho thấy đà tăng chi phí đã giảm đi rõ rệt (Bảng 7).

Bảng 7: Chi phí bình quân lượt khám bệnh ngoại trú và lượt điều trị nội trú BHYT giai đoạn 2010 – 2014

Năm	2010	2011	2012	2013	2014
Chi bình quân/lượt ngoại trú (đồng)	97 862	113 542	131 629	138 989	138 341
Tỷ lệ tăng năm sau so với năm trước		16,02	15,93	5,59	(0,47)
Chi bình quân/lượt nội trú (đồng)	1 166 816	1 452 280	1 687 258	1 969 760	2 077 757
Tỷ lệ tăng năm sau so với năm trước		24,47	16,18	16,74	5,48

Khó khăn, hạn chế

Việc thực hiện ưu tiên phân bổ ngân sách cho YTCS chưa được bảo đảm. Chưa có mức đầu tư thích đáng và cơ chế tài chính phù hợp để tăng cường YTCS. Cụ thể là:

- Kinh phí bảo đảm hoạt động theo nhiệm vụ chức năng của TTYT huyện và TYT xã còn khó khăn. Một trong những vấn đề mấu chốt đang đặt ra nhằm tăng cường hệ thống YTCS là nhiệm vụ chức năng của YTCS cần được rà soát, điều chỉnh cho phù hợp với yêu cầu trong tình hình mới hiện nay.
- Một số đề án đầu tư cho YTCS đã được Quốc hội, Chính phủ phê duyệt chủ trương nhưng chưa được bố trí nguồn vốn riêng để thực hiện, cụ thể là Đề án 950 và Đề án 1402 đầu tư cho TYT xã vùng khó khăn và TTYT huyện một chức năng.

- Việc cấp kinh phí chi cho hoạt động thường xuyên tại tuyến xã, tuyến huyện chủ yếu vẫn theo đầu vào hoặc theo mức chi NSNN, chưa cấp theo hoạt động hoặc nhu cầu thực tế khuyến khích cải thiện hiệu quả và chất lượng hoạt động.
- Kinh phí CTMTQG bị cắt giảm khá đột ngột trong khi chưa kịp triển khai lồng ghép vào các hoạt động chung của hệ thống y tế. Kinh phí cho các CTMTQG về y tế hiện phụ thuộc chủ yếu vào nguồn viện trợ, vốn vay, trong khi xu thế nguồn tài chính này sẽ bị cắt giảm do nước ta đã là nước thu nhập trung bình.

Việc thực hiện đổi mới phương thức chi trả còn nhiều khó khăn, vướng mắc:

- Nhiệm vụ đổi mới phương thức thanh toán là công việc khó khăn, phức tạp liên quan trực tiếp tới lợi ích các bên do đó bên cạnh vấn đề kỹ thuật sự hợp tác, phối hợp và đồng thuận của các bên liên quan, đặc biệt giữa ngành y tế và BHXH tại trung ương cũng như địa phương là cực kỳ quan trọng. Cơ chế điều phối chưa rõ ràng và chưa hiệu quả.
- Hạn chế về hệ thống thông tin, số liệu.
- Thiếu cơ chế giải quyết vướng mắc hai bên trong thanh toán chi phí KCB BHYT (trọng tài giải quyết tranh chấp).
- Việc sử dụng bằng chứng về hiệu quả chi phí trong phân bổ nguồn lực tài chính cũng như lựa chọn dịch vụ/thuốc để thanh toán còn rất hạn chế.
- Tỷ lệ nhập viện không cần thiết khá cao (20%).

2.3. Các vấn đề ưu tiên

2.3.1. Thiếu sự phối hợp, tính nhất quán, đồng bộ giữa các chính sách tài chính y tế

- Thiếu mục tiêu chiến lược về tài chính y tế để định hướng xây dựng, thực hiện, giám sát và đánh giá chính sách tài chính y tế. Nhiều chính sách và kế hoạch tài chính y tế không đồng bộ, hạn chế hiệu quả thực hiện.
- Thiếu thông tin và kết quả phân tích về tài chính công bao gồm số liệu BHYT xã hội để giám sát tỷ lệ ngân sách công được chi tại các tuyến khác nhau, gây khó khăn cho việc đánh giá liệu ngân sách công có được phân bổ theo các chính sách ưu tiên hay không.
- Nhiều kế hoạch và chính sách tài chính y tế chưa được điều chỉnh phù hợp với những thay đổi trong các ưu tiên của hệ thống y tế và các vấn đề nổi lên trong quá trình chuyển đổi, đặc biệt là:
 - Với mô hình thanh toán theo định suất hiện nay, bệnh viện huyện phải chịu rủi ro về tài chính khi phải chi trả cho dịch vụ chuyển tuyến/vượt tuyến. Không có cơ chế khuyến khích chuyển bệnh nhân về tuyến huyện, xã.
 - Thiếu các chính sách khuyến khích tài chính cho TYT xã nâng cao kết quả hoạt động, đặc biệt đối với hoạt động sức khỏe cộng đồng.
 - Kế hoạch tài chính chưa được điều chỉnh kịp thời để đối phó với sự cắt giảm nhanh của viện trợ quốc tế khi Việt Nam trở thành nước thu nhập trung bình.

- Một số chính sách tài chính chưa được ban hành để bảo đảm nguồn tài chính cho những dịch vụ y tế trước đây được cấp kinh phí thông qua các Chương trình mục tiêu y tế quốc gia, đặc biệt hoạt động phòng, chống HIV/AIDS, bệnh lao và tiêm chủng mở rộng.
- Các kế hoạch tài chính ít khi tính đến sự gia tăng về chênh lệch của đầu tư y tế tư nhân (bao gồm các mô hình phối hợp công tư) giữa các khu vực địa lý.
- Nhiều ưu tiên của hệ thống y tế chưa được phân bổ đủ kinh phí như đào tạo, thông tin thống kê y tế,...

2.3.2. Hiệu quả sử dụng nguồn tài chính còn hạn chế

Thiếu hiệu quả trong hệ thống y tế do các cơ chế khuyến khích chưa phù hợp

- Chậm đổi mới phương thức chi trả chi phí KCB BHYT.
- Thiếu yếu tố khuyến khích hoạt động YTDP và YTCC hiệu quả do cơ chế cấp ngân sách hiện nay chủ yếu cho đối phó khi dịch bệnh xảy ra mà không chú trọng cấp kinh phí cho việc thực hiện phòng chống hiệu quả.
- Mâu thuẫn lợi ích và gia tăng chi phí do thực hiện chính sách tự chủ tài chính tại bệnh viện trong hoàn cảnh thiếu các quy định cần thiết và giám sát cung cấp dịch vụ và chi phí dịch vụ còn yếu.

Thiếu hiệu quả liên quan việc ít dựa trên bằng chứng khi xây dựng và thực hiện chính sách

- Thiếu hướng dẫn chẩn đoán và điều trị được xây dựng dựa trên bằng chứng (kê đơn thuốc, chỉ định dịch vụ chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm, ...).
- Chưa thực hiện hiệu quả các tiếp cận xây dựng chính sách dựa trên bằng chứng, đặc biệt liên quan đến việc xác định gói quyền lợi BHYT như phân tích hiệu quả chi phí, đánh giá tác động của chính sách, ...

Việc quản lý điều hành BHYT thiếu các điều kiện cần thiết để thực hiện chức năng mua dịch vụ mang tính chiến lược bảo đảm hiệu quả các khoản chi từ quỹ BHYT

- Phân công trách nhiệm, quyền hạn chưa rõ ràng liên quan đến việc quyết định chi trả cho dịch vụ nào, do ai cung cấp và chi trả như thế nào.
- Nhân lực chưa được đào tạo đầy đủ, đặc biệt về giám định và phân tích thống kê BHYT.
- Thiếu hướng dẫn lâm sàng chuẩn (standard clinical guidelines) đối với một số chẩn đoán và xét nghiệm cần thiết để đánh giá tính phù hợp lâm sàng, đặc biệt đối với các dịch vụ chẩn đoán hình ảnh và thuốc kê đơn đắt tiền.
- Thiếu các ứng dụng công nghệ thông tin phù hợp với nhu cầu giám định BHYT và phát hiện gian lận quỹ BHYT.

2.3.3. Mức độ bảo vệ tài chính chưa đủ

- Mặc dù tỷ lệ dân số được bao phủ BHYT có tăng lên, tỷ lệ chi từ tiền túi của hộ gia đình không giảm, đồng thời số hộ bị nghèo đói do chi trả dịch vụ y tế vẫn còn cao.
- Tỷ lệ dân số được bao phủ BHYT tăng quá chậm để đạt mục tiêu do nhóm người chưa có BHYT là nhóm khó thực thi quy định BHYT bắt buộc (tự làm nông nghiệp hay phi nông nghiệp, không làm việc và thu nhập trung bình). Bên cạnh đó, việc tuân thủ tham gia BHYT bắt buộc đối với người lao động trong các doanh nghiệp vừa và nhỏ còn thấp.
- Chiều sâu của bao phủ BHYT chưa đủ do phạm vi gói dịch vụ BHYT không được xây dựng dựa trên đánh giá nhu cầu của người dân, đặc biệt đối với nhu cầu phòng bệnh, nâng cao sức khỏe và những dịch vụ trước đây được tổ chức và cấp tài chính thông qua các chương trình mục tiêu y tế quốc gia đang bị cắt kinh phí trong khi các dịch vụ này chưa được đưa vào gói dịch vụ được BHYT chi trả.
- Mức độ bảo vệ tài chính do BHYT hiện nay chưa đủ. Một phần là do thiếu hiệu quả trong cung cấp dịch vụ y tế, dẫn đến người có BHYT vẫn phải trả chi phí tiền túi cao. Mức bảo vệ tài chính thấp và khả năng tiếp cận dịch vụ hạn chế là vấn đề đặc biệt nan giải đối với đồng bào dân tộc thiểu số, người nghèo và cư dân của vùng khó khăn do thiếu hiểu biết về gói quyền lợi, hoặc khó khăn trong tiếp cận dịch vụ cần thiết.

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

3A. Dược, vắc xin, sinh phẩm

3A.1. Các mục tiêu của Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015

Mục tiêu chính về lĩnh vực dược phẩm trong Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015 là “*phát triển công nghiệp dược trong nước, tăng cường hiệu quả quản lý và sử dụng thuốc, sinh phẩm y tế.*” Để thực hiện được mục tiêu này, kế hoạch đã đưa ra nhiều nhiệm vụ trọng tâm mà ngành dược phải thực hiện, được tóm lược thành bốn nhóm sau:

- Hoàn thiện hệ thống văn bản liên quan đến ngành dược;
- Tăng khả năng tiếp cận với thuốc;
- Quản lý chất lượng thuốc;
- Sử dụng thuốc an toàn hợp lý.

3A.2. Đánh giá kết quả thực hiện các mục tiêu, nhiệm vụ trong Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015

3A.2.1. Hoàn thiện hệ thống văn bản quy phạm pháp luật liên quan ngành dược

Năm 1996, Chính phủ đã ban hành Nghị quyết số 37/CP, trong đó thống nhất phê duyệt hai văn bản có ảnh hưởng và vai trò quan trọng trong định hướng chính sách về hoạt động của toàn bộ lĩnh vực dược, đó là: (i) Định hướng chiến lược công tác chăm sóc bảo vệ sức khỏe nhân dân từ nay đến 2000 và 2020; và (ii) Chính sách quốc gia về thuốc của Việt Nam. Sau gần

20 năm thực hiện Nghị quyết 37/CP ngành dược đã có những thành tựu quan trọng trên mọi phương diện từ công tác quản lý nhà nước về dược đến sản xuất, cung ứng thuốc, bảo đảm chất lượng và sử dụng thuốc an toàn, hợp lý. Về cơ bản, mục tiêu và nhiệm vụ chủ yếu của ngành dược giai đoạn 2011 – 2015 vẫn kế thừa và phát triển mục tiêu và nhiệm vụ của Chính sách quốc gia về thuốc năm 1996, thể hiện ở các chính sách, chủ trương sau:

Đề án “Phát triển công nghiệp dược và xây dựng mô hình hệ thống cung ứng thuốc của Việt Nam giai đoạn 2007 – 2015 và tầm nhìn đến năm 2020 theo Quyết định số 43/2007/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ, trong đó mục tiêu tổng quát của đề án là *“Phát triển ngành công nghiệp dược Việt Nam thành ngành kinh tế - kỹ thuật mũi nhọn theo hướng công nghiệp hóa, hiện đại hóa; nâng cao năng lực sản xuất thuốc trong nước và kiện toàn hệ thống cung ứng thuốc của Việt Nam để chủ động cung ứng thường xuyên, kịp thời và đủ thuốc có chất lượng, giá cả hợp lý, sử dụng thuốc an toàn, hiệu quả phục vụ sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân, đáp ứng yêu cầu hội nhập khu vực và thế giới”*.

Trong giai đoạn 2011 – 2015, Bộ Y tế đã tham mưu trình cấp có thẩm quyền ban hành hoặc trực tiếp ban hành 37 văn bản chính sách thể hiện những chủ trương lớn của Nhà nước trong lĩnh vực dược hoặc hướng dẫn các hoạt động về kinh doanh dược, đăng ký thuốc, quản lý chất lượng thuốc, đấu thầu thuốc và sử dụng thuốc an toàn hợp lý. Trong đó, có 2 văn bản định hướng cho ngành dược trong những năm tiếp theo:

- Quy hoạch tổng thể phát triển dược liệu đến năm 2020 và định hướng đến năm 2030 tại Quyết định số 1976/QĐ-TTg (2013) của Thủ tướng Chính phủ.
- Chiến lược quốc gia phát triển ngành dược Việt Nam giai đoạn đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030 tại Quyết định số 68/QĐ-TTg (2014) của Thủ tướng Chính phủ.

Trong chương trình xây dựng luật, pháp lệnh năm 2014, Bộ Y tế làm đầu mối xây dựng Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Dược. Ngày 17/4/2014, Chính phủ đã trình Ủy ban thường vụ Quốc hội dự thảo sửa đổi Luật Dược. Qua xem xét dự án Luật, Ủy ban thường vụ Quốc hội cho rằng, để ngành dược phát triển một cách toàn diện, bền vững, thì phải mở rộng phạm vi sửa đổi Luật, đặc biệt nội dung về phát triển công nghiệp dược, phát triển thuốc dược liệu cũng như làm rõ hơn vấn đề quản lý giá thuốc và nội dung khác. Vì vậy, Ủy ban thường vụ Quốc hội đã đề nghị chưa trình dự án Luật này tại kỳ họp thứ 7 (tháng 6/2014). Theo đó, Luật Dược phải tiếp tục nghiên cứu, chuẩn bị theo hướng mở rộng phạm vi điều chỉnh thành Luật Dược (sửa đổi). Sau hơn một năm, dự án Luật Dược (sửa đổi) đã được Chính phủ trình Quốc hội theo tờ trình số 562/TTr-CP ngày 22/10/2015 và ngày 27/10/2015, Quốc hội đã có phiên họp toàn thể thảo luận về dự án Luật này. Dự kiến dự án Luật Dược (sửa đổi) sẽ được trình Quốc hội xem xét thông qua tại phiên họp thứ 11, Quốc hội khóa XIII.

3A.2.2. Các nhiệm vụ liên quan tăng khả năng nhân dân tiếp cận với thuốc

Nhiệm vụ 1: Bảo đảm cung ứng đủ thuốc

Các nhiệm vụ liên quan bảo đảm cung ứng đủ thuốc, vắc xin bao gồm: “Tiếp tục triển khai thực hiện Luật Dược. Tăng cường phát triển công nghiệp dược trong nước, đáp ứng tối thiểu 60% nhu cầu thuốc KCB của nhân dân, đặc biệt là các thuốc thiết yếu. Đẩy mạnh phát triển thuốc đông dược và dược liệu. Bảo đảm vắc xin cho chương trình tiêm chủng mở rộng trẻ em dưới 1 tuổi được sản xuất trong nước.”

Kết quả thực hiện

Khả năng tiếp cận thuốc ở Việt Nam ngày càng được củng cố và hoàn thiện theo hướng thuận tiện hơn (mật độ trung bình đạt khoảng 2123 người có 1 cơ sở bán lẻ thuốc) (Bảng 8). Hệ thống cung ứng thuốc phủ rộng khắp toàn quốc, bảo đảm cung ứng đủ thuốc đến cả các khu vực biên đảo, vùng sâu, vùng xa.

Bảng 8: Sự phát triển của các hình thức kinh doanh thuốc, 2010 – 2014

Các hình thức kinh doanh thuốc	2010	2011	2012	2013	2014
Số lượng cơ sở sản xuất thuốc tân dược đạt GMP	101	109	119	123	131
Số lượng cơ sở sản xuất vắc xin, sinh phẩm y tế đạt GMP	4	4	4	4	4
Số lượng cơ sở sản xuất thuốc từ dược liệu đạt GMP	0				24*
Số lượng cơ sở xuất nhập khẩu thuốc đạt GSP	0				174
Số lượng cơ sở làm dịch vụ bảo quản thuốc đạt GSP	0				3
Số lượng cơ sở bán buôn thuốc đạt GDP	0				1 900
Số lượng cơ sở bán lẻ thuốc	43 629	39 172	39 124	42 262	
Số dân bình quân cơ sở bán lẻ thuốc	1 993	2 242	2 269	2 123	

*Ghi chú: trong đó có 10 cơ sở sản xuất đồng thời thuốc tân dược và thuốc từ dược liệu.

Nguồn: Số liệu thống kê của Cục Quản lý Dược và Viện Kiểm nghiệm thuốc trung ương; Báo cáo tổng kết công tác năm 2014 và kế hoạch 2015 của Cục Quản lý Dược [87]; Niên giám thống kê y tế các năm [59].

Chiến lược quốc gia phát triển ngành Dược Việt Nam giai đoạn đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030 chú trọng việc phát triển sản xuất thuốc trong nước, đặc biệt là thuốc thiết yếu, thuốc generic, thuốc đông y, thuốc từ dược liệu.

Hưởng ứng cuộc vận động “Người Việt Nam ưu tiên dùng hàng Việt Nam” của Mặt trận Tổ quốc Việt Nam phát động, ngành dược đã nỗ lực thực hiện kế hoạch triển khai Đề án “Người Việt Nam ưu tiên dùng thuốc Việt Nam”. Mục tiêu của Đề án là nâng cao nhận thức của người dân và cán bộ y tế trong việc sử dụng thuốc sản xuất tại Việt Nam; qua đó góp phần tăng tỷ lệ sử dụng thuốc sản xuất tại Việt Nam có chất lượng tại các cơ sở y tế và trong cộng đồng, đồng thời thúc đẩy ngành sản xuất, kinh doanh dược Việt Nam phát triển. Bên cạnh đó, Cục Quản lý Dược cũng đã triển khai chương trình truyền thông “Con đường thuốc Việt” nhằm nâng cao nhận thức của nhân dân, cán bộ y tế về việc sử dụng thuốc sản xuất tại Việt Nam, góp phần thúc đẩy sản xuất thuốc trong nước.

Số liệu thống kê của Cục Quản lý Dược cho thấy, mức chi tiền thuốc bình quân đầu người liên tục tăng trưởng dương và ổn định. Chỉ số này phản ánh nhu cầu chăm sóc và nâng cao sức khỏe của người dân ngày càng được quan tâm. Năm 2005, con số này là 9,85 USD/người, đến năm 2010 là 22,25 USD/người và năm 2014 là 34,48 USD/người.

Một loại sản phẩm đặc biệt trong ngành dược đó là vắc xin. Vắc xin sản xuất trong nước và nước ngoài được Bộ Y tế cấp số đăng ký lưu hành đã đáp ứng được nhu cầu sử dụng vắc xin tại Việt Nam. Mặc dù Việt Nam chưa phải là nước có nền công nghiệp dược phát triển nhưng đã sản xuất được vắc xin đáp ứng cơ bản nhu cầu sử dụng trong Chương trình tiêm chủng mở rộng (TCMR). Trong nước đã sản xuất được 10/12 loại vắc xin sử dụng trong Chương trình TCMR (trừ vắc xin Hib và vắc xin Rubella). Từ 2006 đến nay, sản lượng vắc xin sản xuất trong nước của 10/12 loại vắc xin trong Chương trình TCMR còn cao hơn so với nhu cầu sử dụng, chỉ trừ vắc xin 5 trong 1 [phối hợp 5 loại kháng nguyên giải độc tố vi khuẩn bạch hầu, uốn ván, vi

khuẩn ho gà bất hoạt, kháng nguyên vi rút viêm gan B và kháng nguyên vi khuẩn *Haemophilus influenzae* týp B (Hib)] và rubella trong nước chưa sản xuất được.

Khó khăn, hạn chế

Luật Dược 2005 đã quy định chính sách phát triển ngành dược thành một ngành kinh tế-kỹ thuật mũi nhọn, ưu tiên phát triển công nghiệp dược, tuy nhiên, chính sách này khi triển khai thực hiện rất khó khả thi trong thực tế. Theo đánh giá của Tổ chức Phát triển Công nghiệp Liên hợp quốc (UNIDO) thì công nghiệp dược Việt Nam mới ở giữa mức 3 và 4 trong 5 cấp độ. Trong thực tế, giá trị thuốc sản xuất trong nước chiếm tỷ lệ 0,72% tổng GDP của Việt Nam năm 2014 và giá trị thuốc sản xuất trong nước chỉ chiếm 2,18% so với tổng doanh thu công nghiệp sản xuất quốc gia năm 2014, quy mô của các doanh nghiệp sản xuất này vẫn thuộc nhóm doanh nghiệp vừa và nhỏ cả về tài chính lẫn nhân lực.

Thuốc sản xuất tại Việt Nam khó cạnh tranh trên thị trường quốc tế vì chủ yếu sản xuất thuốc điều trị các bệnh thông thường hoặc sản xuất các thuốc generic nhưng đã chứng minh được tương đương sinh học chưa nhiều nên rất khó khăn khi xuất khẩu. Việt Nam vẫn phụ thuộc vào nhập khẩu để đáp ứng nhu cầu sử dụng thuốc của nhân dân và đến nay sản xuất thuốc trong nước mới đáp ứng được gần 50% nhu cầu sử dụng thuốc trong nước (tính theo giá trị sử dụng) chủ yếu là các thuốc thông thường; nguyên liệu và bao bì sử dụng để sản xuất thuốc trong nước vẫn phải nhập khẩu đến 90%.⁵ Giá trị thuốc sản xuất trong nước hàng năm đều tăng về con số tuyệt đối, tuy nhiên chưa đáp ứng được mục tiêu đã đặt ra tại Quyết định số 43/2007/QĐ-TTg ngày 29/03/2007 của Thủ tướng Chính phủ. Ngoài những nguyên nhân đã đề cập đến ở trên, còn nguyên nhân là tâm lý của phần lớn người dân và ngay cả cán bộ y tế cũng đều thích kê đơn và sử dụng thuốc ngoại nhập đắt tiền cho nhu cầu chăm sóc và chữa bệnh, thói quen này có ảnh hưởng lớn đến sự phát triển của ngành công nghiệp dược trong nước, làm tăng chi phí chữa bệnh của người dân.

Nhiệm vụ 2: Cập nhật và củng cố chính sách thuốc thiết yếu

Kế hoạch 5 năm đưa ra nhiệm vụ “Sửa đổi danh mục các loại thuốc, vắc xin thiết yếu, vật tư y tế tiêu hao thiết yếu cho các cơ sở y tế”.

Kết quả thực hiện

Danh mục thuốc thiết yếu lần thứ VI của Việt Nam được Bộ Y tế ban hành tại Thông tư số 45/2013/TT-BYT. Danh mục thuốc đã chuyển từ phân loại theo 04 tuyến (bệnh viện trung ương, bệnh viện thuộc tỉnh, thành phố, bệnh viện huyện, quận và TYT xã) sang danh mục phù hợp với xếp hạng bệnh viện và các thông tin về hàm lượng, nồng độ và chỉ định sử dụng. Một thay đổi lớn so với các lần ban hành trước là: thay vì lồng ghép danh mục thuốc đông y và thuốc từ dược liệu vào phần cuối của Danh mục thuốc thiết yếu, Bộ Y tế đã tách và ban hành riêng Danh mục thuốc thiết yếu thuốc đông y và thuốc từ dược liệu lần VI tại Thông tư 40/2013/TT-BYT. Sự thay đổi này cho thấy chủ trương nâng cao vị thế, đẩy mạnh việc sử dụng thuốc đông y, thuốc từ dược liệu và tận dụng lợi thế của Việt Nam để phát triển công nghiệp dược.

Bộ Y tế đã ban hành Danh mục thuốc tân dược, thuốc đông y, thuốc từ dược liệu và vị thuốc YHCT thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT làm cơ sở để cơ quan bảo hiểm thanh toán chi phí thuốc sử dụng cho người bệnh có thẻ BHYT tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

5 Tờ trình số 100/TTr-CP của Chính phủ (2014).

Khó khăn, hạn chế

Hiện nay, đang tồn tại 2 loại danh mục thuốc là: Danh mục thuốc thiết yếu (thuốc hóa dược và thuốc đông y, thuốc từ dược liệu riêng biệt) và Danh mục thuốc thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT.

Báo cáo tổng kết đánh giá thực hiện chính sách quốc gia về thuốc giai đoạn 1996 – 2010 do Bộ Y tế thực hiện năm 2011 cho thấy, mặc dù tại hầu hết các cơ sở KCB được khảo sát đều có Danh mục thuốc thiết yếu song các cơ sở điều trị dường như ít quan tâm đến danh mục thuốc thiết yếu mà chủ yếu chỉ quan tâm đến danh mục thuốc thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT và danh mục thuốc chủ yếu [88].

Nhiệm vụ 3: Quản lý giá thuốc

Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015 đề ra nhiệm vụ “Triển khai các giải pháp quản lý giá thuốc; Tiêu chuẩn hóa thủ tục và cơ chế đấu thầu mua sắm và cung cấp thuốc; Tăng cường giám sát, kiểm tra việc ổn định giá thuốc”.

Kết quả thực hiện

Trong bối cảnh kinh tế, xã hội có nhiều biến động, quản lý giá thuốc, triển khai các biện pháp hữu hiệu để bình ổn giá thuốc là công việc được quan tâm thực hiện. Bộ Y tế đã chỉ đạo quyết liệt thực hiện Thông tư liên tịch số 50/2011/TTLT/BYT-BTC-BCT của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính - Bộ Công thương, Thông tư liên tịch số 01/2012/TTLT/BYT-BTC của Bộ Y tế - Bộ Tài chính; Thông tư liên tịch số 36/2013/TTLT-BYT-BTC của liên Bộ Y tế và Tài chính, Thông tư số 37/2013/TT-BYT của Bộ Y tế và Thông tư số 31/2014/TT-BYT của Bộ Y tế hướng dẫn lập hồ sơ mời thầu mua thuốc trong các cơ sở y tế. Kết quả là thuốc cung ứng cho bệnh viện đạt cả 2 yếu tố chất lượng và chi phí tiền thuốc. Theo kết quả trúng thầu đối với các mặt hàng chứa 20 hoạt chất có tỷ trọng sử dụng cao nhất⁶ tại 26 bệnh viện, viện có giường bệnh trực thuộc Bộ và Sở Y tế báo cáo về Bộ Y tế: So sánh trị giá tiền mua thuốc theo số lượng đấu thầu và theo giá thuốc trúng thầu theo quy định mới (năm 2013) với việc mua sắm các mặt hàng này theo quy định cũ (năm 2012) cho thấy giá thuốc trúng thầu giảm 35,33%.

Theo quy định của pháp luật về giá, doanh nghiệp kinh doanh tự định giá, cạnh tranh về giá và chịu sự giám sát của cơ quan quản lý thông qua việc kê khai, niêm yết giá và không bán vượt quá giá niêm yết. Trong thời gian 2011 – 2015, nhìn chung thị trường dược phẩm được duy trì ổn định và không xảy ra tình trạng tăng giá đột biến, bất hợp lý ảnh hưởng tới công tác phòng bệnh, chữa bệnh của nhân dân.

Khó khăn, hạn chế

Luật Dược quy định việc kê khai và kê khai lại giá thuốc phải “bảo đảm giá thuốc không cao hơn giá thuốc tại các nước trong khu vực có điều kiện y tế, thương mại tương tự như Việt Nam”. Trên cơ sở đó, Nghị định số 79/2006/NĐ-CP của Chính phủ quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật Dược quy định: “*Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với Bộ Thương mại và các Bộ, ngành liên quan công bố cụ thể danh sách các nước trong khu vực có điều kiện y tế, thương mại tương tự Việt Nam*”. Tuy nhiên, đến nay liên Bộ vẫn chưa ban hành được văn bản hướng dẫn nội dung trên do khó khăn trong việc xác định điều kiện y tế, thương mại của các quốc gia

6 Chiếm khoảng 30% trị giá thuốc trúng thầu tại các bệnh viện.

tương tự Việt Nam, đồng thời việc tham khảo giá thuốc tại các nước không có ý nghĩa đối với những mặt hàng cung ứng cho thị trường Việt Nam nhưng không bán tại các nước tham khảo.

Ngay đối với quy định tại điểm d khoản 2 Điều 5 Luật Dược “Cơ quan nhà nước có thẩm quyền thông báo công khai giá thuốc được kê khai; định kỳ công bố giá tối đa đối với các loại thuốc do NSNN và BHYT chi trả” đến nay vẫn chưa thực hiện được do số lượng thuốc sản xuất, lưu hành tại Việt Nam hiện có khoảng 25 000 mặt hàng với trên 1500 hoạt chất. Mỗi hoạt chất có rất nhiều chủng loại, hàm lượng, quy cách đóng gói, dạng bào chế, nhà sản xuất khác nhau nên việc xác định mức giá tối đa cho tất cả các mặt hàng thuốc là rất khó khăn và không khả thi, và có thể dẫn giá thuốc tăng lên tới mức tối đa.

Luật Dược chỉ giao Bộ Y tế làm đầu mối mà không phân công nhiệm vụ giữa các bộ, ngành trong quản lý giá thuốc hoặc thành lập một Hội đồng/Ủy ban liên ngành về quản lý giá thuốc làm cho quá trình thực hiện gặp nhiều khó khăn, chưa bảo đảm tính công khai, minh bạch trong hoạt động quản lý giá vì giá thuốc cần phải phối hợp đa ngành.

3A.2.3. Các nhiệm vụ liên quan quản lý chất lượng thuốc

Nhiệm vụ 1: Triển khai các giải pháp quản lý chất lượng thuốc

Theo kế hoạch 5 năm, một số nhiệm vụ được liệt kê liên quan các tiêu chuẩn thực hành tốt như: “100% doanh nghiệp sản xuất thuốc tân dược đạt tiêu chuẩn thực hành tốt sản xuất thuốc (GMP) theo khuyến cáo của WHO; 100% cơ sở kiểm nghiệm thuốc đạt nguyên tắc, tiêu chuẩn về thực hành tốt kiểm nghiệm thuốc (GLP) theo khuyến cáo của WHO hoặc ISO 17025; các doanh nghiệp nhập khẩu và lưu thông thuốc có quy mô lớn đạt tiêu chuẩn về thực hành lưu trữ thuốc tốt (GSP).” Ngoài thuốc, còn chất lượng vắc xin cũng được đề cập với nhiệm vụ: “Cải thiện công nghệ, tăng chất lượng việc sản xuất thuốc và vắc xin, bảo đảm tiêu chuẩn thực hành tốt trong sản xuất, lưu thông, thử nghiệm trong phòng thí nghiệm, lưu trữ và bảo quản... Tất cả các vắc xin và sinh phẩm y tế sản xuất trong nước đều đạt tiêu chuẩn GMP của WHO.”

Kết quả thực hiện

Quản lý toàn diện chất lượng thuốc từ sản xuất, nhập khẩu đến tận tay người dùng thuốc là chủ trương lớn của ngành dược. Năm 1996, ngành dược bắt đầu triển khai áp dụng nguyên tắc, tiêu chuẩn “Thực hành tốt sản xuất thuốc”, việc này đã đặt nền móng quan trọng cho việc nâng cao chất lượng thuốc sản xuất trong nước. Các năm sau đó, lần lượt các nguyên tắc, tiêu chuẩn Thực hành tốt sản xuất, bảo quản, kiểm nghiệm, bán buôn, bán lẻ, nuôi trồng và thu hái cây thuốc, thử thuốc trên lâm sàng (GMP, GSP, GLP, GDP, GPP, GACP, GMP bao bì dược, GCP) theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới đã được triển khai và áp dụng tại Việt Nam. Về lĩnh vực công nghiệp dược, số lượng các doanh nghiệp đạt nguyên tắc, tiêu chuẩn GMP (do Cục Quản lý Dược cấp chứng nhận, sau đây gọi tắt là GMP-WHO) tăng qua các năm (Bảng 8). Đến nay, tất cả các nhà máy sản xuất thuốc hóa dược đã đạt GMP, 100% doanh nghiệp nhập khẩu và lưu thông thuốc có quy mô lớn đều đạt tiêu chuẩn về Thực hành tốt bảo quản thuốc (GSP).

Các doanh nghiệp ngày càng đẩy mạnh đầu tư thiết bị, đào tạo nhân lực và thiết lập hệ thống quản lý sản xuất. Việc nhập khẩu thiết bị hiện đại, dây chuyền công nghệ sản xuất thuốc, cũng như sản xuất nhượng quyền các sản phẩm dược quan tâm và đẩy mạnh. Bên cạnh các dạng thuốc truyền thống như viên nén, viên nang, thuốc nước,... nhiều dạng bào chế mới phục vụ

nhu cầu điều trị đã được nghiên cứu, sản xuất như: thuốc đông khô, khí dung, thuốc viên nang, thuốc giải phóng hoạt chất chậm,... Các thuốc generic có chứng minh BA/BE xu hướng sẽ tăng dần để đạt 40% số hoạt chất vào năm 2020 (Quyết định số 68/QĐ-TTg).

Tháng 4/2015, Tổ chức Y tế thế giới đã tổ chức đánh giá và tháng 6/2015 công nhận Việt Nam đạt chứng nhận hệ thống quản lý quốc gia về vắc xin (NRA) của WHO. Đây là điều kiện cần thiết để vắc xin do Việt Nam sản xuất có thể tham gia vào các chương trình cung ứng do các tổ chức quốc tế tài trợ không chỉ ở trong nước mà cả ở nước ngoài.

Khó khăn, hạn chế

Số lượng các doanh nghiệp dược lớn nhưng thiếu sự chuyên môn hóa, đầu tư còn trùng lặp. Nhiều cơ sở sản xuất thuốc chủ yếu đầu tư các dây chuyền sản xuất dạng bào chế đơn giản bao gồm các nhóm thuốc chủ yếu là hạ nhiệt giảm đau, kháng sinh, kháng viêm. Năng lực sản xuất trong nước còn hạn chế để sản xuất các thuốc chuyên khoa, trong khi đó đầu tư, áp dụng công nghệ để sản xuất các dạng bào chế hiện đại như: thuốc phóng thích hoạt chất có kiểm soát, thuốc ngấm qua da,... rất hạn chế do thiếu sự hỗ trợ của nhà nước về nguồn vốn và đầu ra của sản phẩm. Hệ thống phân phối, cung ứng thuốc của Việt Nam hiện nay thiếu tính chuyên nghiệp, dàn trải dẫn đến tăng chi phí phân phối, gây khó khăn cho công tác giám sát chất lượng thuốc.

Việc duy trì chất lượng hoạt động của hệ thống quản lý quốc gia về vắc xin (NRA) để đáp ứng các tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới đối với các quốc gia sản xuất vắc xin khi được đánh giá lại năm 2018. Điều này có thể đòi hỏi các nguồn lực tài chính và con người. Tự chủ tài chính sẽ là yếu tố cần thiết để duy trì hệ thống này bền vững lâu dài.

Nhiệm vụ 2: Tăng cường giám sát, kiểm tra

Ngoài việc triển khai các tiêu chuẩn thực hành tốt, Kế hoạch 5 năm cũng đưa ra nhiệm vụ “Tăng cường giám sát, kiểm tra việc sản xuất, cung cấp và quản lý chất lượng các loại thuốc và vắc xin. Tăng cường kiểm soát chất lượng thuốc.”

Kết quả thực hiện

Công tác kiểm tra, giám sát chất lượng thuốc lưu hành trên thị trường tiến hành thường xuyên, có nề nếp từ trung ương đến các địa phương. Theo đó, tỷ lệ thuốc không đạt chất lượng giảm dần (ở mức khoảng 3% trên tổng số lượng mẫu thuốc lấy kiểm tra chất lượng) (Bảng 9). Căn cứ vào diễn biến của thị trường, cơ quan quản lý nhà nước về dược đã chỉ đạo các đơn vị kỹ thuật và nghiệp vụ ở trung ương và địa phương đẩy mạnh và tăng cường công tác giám sát chất lượng thuốc, lấy mẫu giám sát chất lượng thuốc trên thị trường có trọng tâm trọng điểm. Nhìn chung, nhóm thuốc kháng sinh và thuốc giảm đau chống viêm vẫn là hai nhóm thuốc có tỷ lệ mẫu không đạt chất lượng nhiều hơn so với các nhóm khác.

Bảng 9: Tỷ lệ mẫu thuốc không đạt chất lượng qua các năm 2010 – 2013

Năm	Tổng số mẫu lấy để kiểm tra	Số mẫu không đạt tiêu chuẩn chất lượng	Tỷ lệ thuốc không đạt tiêu chuẩn chất lượng (%)
2010	32 313	1008	3,12
2011	33 508	950	2,81
2012	32 949	1008	3,09
2013	39 482	948	2,54
2014	40 711	967	2,38

Nguồn: Số liệu thống kê của Cục Quản lý Dược và Viện Kiểm nghiệm thuốc trung ương; Báo cáo tổng kết công tác năm 2014 và kế hoạch 2015 của Cục Quản lý Dược [87].

Khó khăn, hạn chế

Kinh phí chi cho hệ thống kiểm nghiệm thuốc trong nước từ nguồn NSNN được cấp vẫn còn hạn hẹp. Số lượng mặt hàng thuốc được sản xuất và lưu hành trên thị trường ngày càng tăng, trong đó có nhiều mặt hàng có dạng bào chế mới, có hoạt chất mới, các thuốc có nguồn gốc sinh học, thuốc được sản xuất bằng công nghệ cao (nanosome, liposome,...) tuy nhiên hệ thống kiểm nghiệm thuốc trong nước hiện nay chưa có đủ trang thiết bị, chất chuẩn để kiểm nghiệm. Các trang thiết bị của hệ thống kiểm nghiệm, đặc biệt là ở các Trung tâm kiểm nghiệm tuyến tỉnh, thành phố còn nhiều hạn chế. Bình quân, kinh phí Nhà nước cấp khoảng 120 triệu đồng/người, trong đó chiếm khoảng 65% để trả lương và các hoạt động khác, chỉ khoảng 35% dành cho công tác chuyên môn.

Nhiệm vụ 3: Tăng cường chất lượng thuốc được lưu

Kế hoạch 5 năm đề ra nhiệm vụ: “Xây dựng tiêu chuẩn và tăng cường kiểm soát chất lượng thuốc đông y, thuốc được lưu”.

Kết quả thực hiện

Trong những năm qua, Bộ Y tế đã ban hành bộ Dược điển Việt Nam I, II, III và đến năm 2009 đã ban hành Dược điển Việt Nam IV có 314 chuyên luận về dược liệu và thuốc từ dược liệu làm cơ sở để đánh giá chất lượng dược liệu trước khi đưa vào sản xuất và sử dụng. Bản cập nhật Dược điển IV năm 2015 đã bổ sung thêm 43 chuyên luận về dược liệu. Thông tư số 09/2010/TT-BYT hướng dẫn việc quản lý chất lượng thuốc, qui định việc bảo đảm chất lượng thuốc trong sản xuất, nhập khẩu, lưu hành và sử dụng, bảo đảm tuân thủ các quy định tại Luật Dược, Luật Tiêu chuẩn và Quy chuẩn kỹ thuật, Luật Chất lượng sản phẩm, hàng hóa và các văn bản quy phạm pháp luật có liên quan đối với chất lượng thuốc.

Khó khăn, hạn chế

Công tác kiểm tra, kiểm soát nguồn gốc và chất lượng dược liệu sử dụng trong sản xuất thuốc đông y, thuốc từ dược liệu và sử dụng trong các cơ sở KCB y học cổ truyền chưa được thực hiện tốt. Nguồn lực đầu tư, nâng cấp cơ sở vật chất và trang thiết bị cho hệ thống kiểm nghiệm tuy có được quan tâm nhưng vẫn còn thiếu và sử dụng trang thiết bị kém hiệu quả. Đa số các cơ sở sản xuất thuốc từ dược liệu ở Việt Nam hiện có quy mô nhỏ, thiếu năng lực về tài chính; máy móc trang thiết bị sản xuất còn lạc hậu.

Thuốc đông y, thuốc từ dược liệu được cấp phép đăng ký lưu hành hiện nay đều dựa trên cơ sở thừa nhận những tác dụng, công dụng từ các bài thuốc cổ phương, cổ truyền đã được thừa nhận rộng rãi nên rất ít các thuốc có đầy đủ các tài liệu nghiên cứu về lâm sàng.

Việc phân tích định tính và định lượng tất cả các thành phần dược chất trong thuốc dược liệu là không khả thi. Trong tiêu chuẩn chất lượng thuốc thành phẩm có thể yêu cầu thực hiện việc định tính, định lượng tối đa các thành phần hoặc nhóm dược chất được dự đoán là có tác dụng hoặc chiếm một tỷ lệ đáng kể trong tổng thành phần thuốc. Các phương pháp hóa học và vân tay hóa học (sử dụng các phương pháp sắc ký) có thể sơ bộ đánh giá được cả các thành phần chưa biết.

Chất lượng thuốc đông y, thuốc từ dược liệu phụ thuộc chủ yếu vào chất lượng nguồn nguyên liệu dược liệu đưa vào sản xuất thuốc hoặc dùng để “kê đơn, bốc thuốc” trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh YHCT. Theo báo cáo của Viện Kiểm nghiệm Thuốc trung ương về tình hình chất lượng thuốc đông y, thuốc từ dược liệu trong các năm gần đây (2008 – 2012) cho thấy số mẫu thuốc đông y, thuốc từ dược liệu không đạt chất lượng theo tiêu chuẩn đã đăng ký mỗi năm chiếm tỷ lệ gần 10% trên tổng số mẫu lấy kiểm tra (Bảng 10).

Bảng 10: Kết quả kiểm tra chất lượng thuốc đông y, thuốc từ dược liệu, 2010 – 2014

Năm	Số mẫu lấy để kiểm tra chất lượng	Số mẫu không đạt tiêu chuẩn chất lượng	Tỷ lệ mẫu không đạt tiêu chuẩn chất lượng
2010	6511	625	9,60%
2011	5801	353	6,09%
2012	6345	524	8,26%
2013	8040	576	7,16
2014	6069	454	7,48

Nguồn: Số liệu báo cáo thống kê của Cục Quản lý Dược và Viện Kiểm nghiệm Thuốc trung ương; Báo cáo công tác kiểm tra, giám sát chất lượng thuốc năm 2012 và định hướng năm 2013 của Viện Kiểm nghiệm Thuốc trung ương [89].

Tình hình chất lượng dược liệu và thuốc đông y là vấn đề nổi cộm. Năm 2012, Cục Quản lý Y Dược cổ truyền đã thành lập đoàn kiểm việc sử dụng dược liệu, thuốc từ dược liệu, thuốc đông y trong các cơ sở KCB y học cổ truyền. Đoàn kiểm tra lấy mẫu có định hướng trên một số dược liệu, vị thuốc thường hay bị nhầm lẫn hoặc giả mạo. Kết quả trên 82 mẫu dược liệu có nghi ngờ về chất lượng tiến hành kiểm nghiệm phát hiện 20 mẫu dược liệu không đạt chất lượng và 18 mẫu dược liệu bị nhầm lẫn giả mạo.

3A.2.4. Các nhiệm vụ liên quan sử dụng thuốc an toàn hợp lý

Nhiệm vụ 1: Triển khai các giải pháp sử dụng thuốc an toàn, hợp lý

Kế hoạch 5 năm không chỉ quan tâm chất lượng trong quá trình sản xuất và phân phối, mà còn quan tâm an toàn trong sử dụng thuốc và đưa ra nhiệm vụ “*Kiểm soát việc bán thuốc theo toa; quản lý và sử dụng thuốc và các chế phẩm liên quan đến thuốc để bảo đảm an toàn cho người tiêu dùng.*”

Kết quả thực hiện

Bộ Y tế đã ban hành Danh mục thuốc không kê đơn tại Thông tư số 23/2014/TT-BYT, trong đó có Danh mục thuốc hoá dược với 250 dược chất hoặc nhóm dược chất. Đối với thuốc đông y và thuốc từ dược liệu, Thông tư không nêu danh mục thuốc cụ thể mà quy định về nguyên tắc phân loại thuốc kê đơn hay không kê đơn dựa trên thành phần thuốc (có độc tính hay không) và đường dùng, liều lượng thuốc.

Sử dụng thuốc hợp lý an toàn là nhiệm vụ quan trọng trong ngành y tế. Để đạt được mục tiêu này, trách nhiệm trực tiếp thuộc về 3 nhóm đối tượng: người kê đơn (bác sĩ điều trị), dược sĩ lâm sàng và người sử dụng thuốc, trong đó dược lâm sàng đóng vai trò quan trọng là cầu nối giữa bác sĩ là người đưa ra y lệnh điều trị và người sử dụng (bệnh nhân) là người phải thực hiện y lệnh.

Năm 2012, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 31/2012/TT-BYT hướng dẫn hoạt động dược lâm sàng tại bệnh viện. Công tác dược lâm sàng bao gồm nhiều hoạt động như: quản lý việc kê đơn hợp lý, giám sát việc sử dụng thuốc, thông tin thuốc và theo dõi phản ứng có hại của thuốc (ADR), bình bệnh án để các thầy thuốc trao đổi và học tập lẫn nhau về cách sử dụng thuốc hợp lý, từ đó lập danh mục và lên kế hoạch dự trữ mua thuốc phù hợp với mô hình bệnh tật, phù hợp với điều kiện kinh tế của từng bệnh viện, từng vùng miền để người bệnh được sử dụng thuốc với giá cả hợp lý mà vẫn bảo đảm hiệu quả điều trị tốt nhất.

Việc theo dõi, giám sát phản ứng có hại của thuốc có những chuyển biến tích cực trong 05 năm qua. Bộ Y tế giao cho Trung tâm quốc gia về Thông tin thuốc và theo dõi ADR (thuộc Trường Đại học Dược Hà Nội) triển khai hoạt động từ năm 2009. Đến năm 2011, Trung tâm quốc gia phía Nam tại Bệnh viện Chợ Rẫy được thành lập và hệ thống quốc gia theo dõi ADR đang được thiết lập rộng khắp các vùng miền, các bệnh viện đầu ngành. Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 1088/QĐ-BYT năm 2013 hướng dẫn hoạt động giám sát ADR tại các cơ sở KCB. Số lượng báo cáo về phản ứng có hại của thuốc gửi về Trung tâm tăng lên qua các năm (Bảng 11). Hầu hết các báo cáo được gửi về từ hệ thống các bệnh viện trong cả nước (trên 90%). Trung tâm còn thu nhận thông tin an toàn về thuốc trong nước cũng như trên thế giới và gửi cho Hội đồng tư vấn cấp số đăng ký thuốc của Bộ Y tế. Ngoài ra, Trung tâm còn phối hợp với các đơn vị liên quan xây dựng và hoàn thiện Hướng dẫn quốc gia về cảnh giác dược.

Bảng 11: Số lượng báo cáo ADR nhận được giai đoạn 2010 – 2014

Năm	2010	2011	2012	2013	2014
Số lượng báo cáo ADR	1807	2407	3236	6016	8513

Nguồn: Trung tâm DI & ADR quốc gia. Tổng kết hoạt động năm 2015. website: canhgiacdruoc.org.vn [90].

Khó khăn, hạn chế

Trong Luật Dược 2005, chưa có quy định liên quan đến hoạt động dược lâm sàng. Đề tài “Khảo sát hoạt động dược lâm sàng tại bệnh viện” do Trường Đại học Dược Hà Nội tiến hành tại các bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến trung ương trên toàn quốc năm 2011 cho thấy nhiều bệnh viện hiện nay, tùy thuộc vào quy mô, nhân lực và trình độ cán bộ dược, đã phần nào triển khai một số hoạt động dược lâm sàng. Số lượng dược sĩ lâm sàng hiện nay rất thiếu và chưa được đào tạo chuyên sâu để thực hiện nhiệm vụ dược lâm sàng, chưa có đủ kỹ năng cần thiết để phối hợp với bác sĩ trong công tác điều trị cho bệnh nhân. Báo cáo đánh giá 6 năm thực hiện Luật

Được cho thấy, tại một số bệnh viện chỉ có 1 dược sĩ đại học làm kiêm nhiệm nhiều công việc khác nhau và kiêm luôn công tác thông tin thuốc. Thậm chí nhiều bệnh viện tuyến huyện còn không có dược sĩ đại học, phải sử dụng dược sĩ trung học hoặc bác sĩ đảm nhiệm công tác thông tin thuốc. Trong số 7 cơ sở đào tạo được giao nhiệm vụ đào tạo dược sĩ đại học thì phần lớn đều học theo khung chương trình đào tạo đại học ngành dược của Bộ Giáo dục đào tạo quy định với môn học dược lâm sàng trong chương trình đào tạo đa khoa; phân khoa định hướng dược lâm sàng chưa được triển khai rộng rãi.

Một hạn chế lớn trong việc bảo đảm sử dụng thuốc an toàn, hợp lý đó là nhiều cơ sở bán lẻ thuốc chưa tuân thủ Quy chế kê đơn và bán thuốc theo đơn. Báo cáo công tác thanh tra y tế trong nhiều năm đều nêu: một lỗi thường xuyên ở các cơ sở bán lẻ thuốc là bán thuốc kê đơn mà không có đơn thuốc. Báo cáo về tỷ lệ kháng kháng sinh ở mức đáng báo động đối với một số kháng sinh đang được dùng nhiều trong điều trị [91].

Nhiệm vụ 2: Bảo đảm an toàn trong truyền máu và các chế phẩm máu ở các tuyến

Kết quả thực hiện

Bộ Y tế ban hành Thông tư số 26/2013/TT-BYT hướng dẫn truyền máu. Theo đó, để bảo đảm an toàn trong truyền máu, các cơ sở truyền máu cần thực hiện quy định bắt buộc làm xét nghiệm nhanh HBV cho người đăng ký hiến máu lần đầu, cách thức giải quyết với người có tiền sử nghi nhiễm HBV; các quy định cụ thể hơn về việc cung cấp thông tin đối với người hiến máu, trách nhiệm khi người hiến máu gặp tai biến trong và sau hiến máu,...

Được sự hỗ trợ của WHO và trợ giúp kỹ thuật của Labo tham chiếu của Australia trong những năm đầu và tự triển khai sau khi dự án Hỗ trợ kỹ thuật kết thúc, từ năm 2009 đến nay Viện Huyết học, Truyền máu trung ương đã tổ chức các chương trình ngoại kiểm hàng năm về xét nghiệm sàng lọc HBV và HCV và từ năm 2013 đã triển khai thêm xét nghiệm ngoại kiểm HIV. Các bộ mẫu tham chiếu đều được lựa chọn theo quy trình chuẩn và được kiểm tra lại bởi Labo tham chiếu của Australia. Mặc dù chưa có sự tham gia đầy đủ của tất cả các phòng xét nghiệm sàng lọc máu (năm 2013 có sự tham gia của 72 phòng xét nghiệm thuộc 113 cơ sở truyền máu báo cáo có thực hiện tiếp nhận mẫu). Năm 2013, tỷ lệ số đơn vị máu có xét nghiệm HBsAg bất thường (dương tính và nghi ngờ) là 1,97% giảm so với năm 2012 (khoảng 2,5%). Trong khi đó, tỷ lệ HCV và HIV ít biến động hơn (HCV năm 2013 là 0,77% so với 0,6% năm 2012 và HIV năm 2013 là 0,22% với năm 2012 là 0,23%).

Khó khăn, hạn chế

An toàn truyền máu bị ảnh hưởng do những hạn chế trong chất lượng xét nghiệm sàng lọc máu, các cơ sở truyền máu phân tán, thiếu kiểm soát, thiếu xét nghiệm sàng lọc máu: Hiện nay, các cơ sở truyền máu vẫn còn nhỏ lẻ, manh mún, việc tiếp nhận máu quá ít ở 105 cơ sở (chiếm tới 92,9% cơ sở toàn quốc). Tình trạng này dẫn đến nhiều nguy cơ lớn cho an toàn truyền máu do việc không thực hiện xét nghiệm sàng lọc các tác nhân vi rút lây truyền qua đường máu bằng kỹ thuật ELISA.

Ngoài ra, việc điều tiết máu giữa các trung tâm truyền máu gặp nhiều khó khăn do những bất cập trong tổ chức hệ thống các cơ sở truyền máu từ trung ương đến địa phương. Cơ chế điều hành và đặc biệt là cơ chế tài chính đang là những trở ngại lớn cho hoạt động này.

Kết quả chung xét nghiệm bộ mẫu tham chiếu cho thấy một số phòng xét nghiệm có kết quả xét nghiệm không phù hợp với tham chiếu (đối với xét nghiệm HBV, HCV, HIV: sinh phẩm ELISA có từ 6,0 – 11,3%, với sinh phẩm nhanh từ 4,1 – 46,1%; Riêng đối với HCV: thực hiện với sinh phẩm hóa phát quang có 26,7% phòng xét nghiệm có kết quả không phù hợp tham chiếu) (Bảng 12).

Bảng 12: Kết quả xét nghiệm sàng lọc máu, 2013

Loại xét nghiệm	Số lượng mẫu XN 1	Số mẫu phản ứng	Tỷ lệ
HBsAg – HBV	935 293	18 397	1,97%
Anti HCV	933 833	5 421	0,77%
Anti HIV	934 931	2 044	0,22%
Giang mai	931 790	1 858	0,20%
Sốt rét	587 537	72	0,012%
Anti HbcAb	230 207	318	0,138%
Anti HTLV I/II	230 207	204	0,089%
Kháng thể bất thường	433 520	87	0,020%
Tổng		28 401	

3A.3. Các vấn đề ưu tiên

3A.3.1. Cản trở đối với sự sẵn có, khả năng chi trả và khả năng tiếp cận với TTY

- Thuốc sản xuất trong nước chưa khai thác hết tiềm năng trong cung ứng thuốc thiết yếu, chất lượng tốt, giá rẻ để đáp ứng nhu cầu CSSK nhân dân Việt Nam.⁷
- Chênh lệch trong tính sẵn có và khả năng tiếp cận với thuốc thiết yếu ở những tuyến y tế khác nhau, đặc biệt ở vùng xa, vùng sâu [92].
- Mặc dù ngành y tế đã có những kết quả khả quan trong kiểm soát giá thuốc, tuy nhiên, giá của một số loại thuốc còn cao, đặc biệt giá bán lẻ, gây khó khăn cho người dân tiếp cận thuốc. Chỉ số giá tiêu dùng mặt hàng thuốc đã được sử dụng để theo dõi gia tăng giá thuốc nói chung, nhưng chưa đáp ứng nhu cầu giám sát mức giá và gia tăng giá các nhóm thuốc chi tiết, phục vụ quản lý nhà nước về giá thuốc. Một số biện pháp quản lý giá thuốc chưa được khai thác đầy đủ, như sử dụng giá tham khảo quốc tế và trong nước để xét tính hợp lý của giá thuốc (Thông tư 50/TTLT-BYT-BTC-TCT) và đấu thầu tập trung để giảm chênh lệch giá giữa các cơ sở y tế và các địa phương.

3A.3.2. Sử dụng thuốc chưa bảo đảm an toàn, hợp lý

- Vẫn còn tình trạng sử dụng thuốc thiết yếu không hợp lý, không hiệu quả ở các tuyến y tế.
- Hoạt động dược lâm sàng tại các cơ sở điều trị còn thiếu và yếu và chưa được quan tâm đúng mức.

⁷ Theo đánh giá của UNIDO, công nghiệp dược Việt Nam chỉ mới ở bậc 3 hoặc 4 trong thang phân loại 5 bậc. Giá trị thuốc sản xuất trong nước chỉ chiếm khoảng 0,72% GDP năm 2014 và 2,18% tổng giá trị sản xuất công nghiệp quốc gia năm 2011.

- Cơ chế kiểm soát và điều phối trong quá trình lựa chọn thuốc để đưa vào các danh mục thuốc và giám sát việc sử dụng thuốc còn yếu.
- Nguy cơ kháng thuốc chống vi trùng đang gia tăng do kê đơn thuốc quá mức cần thiết và sử dụng thuốc chống vi trùng không hợp lý trong cả y tế và thú y. Tồn dư kháng sinh trong chuỗi thức ăn và trong đất và nước ở mức đáng báo động và cần được giám sát thường quy.
- Các cơ sở y tế vẫn thiếu năng lực và cơ chế để báo cáo, quản lý ADR và sai sót trong dùng thuốc. Sử dụng thuốc an toàn vẫn là một vấn đề nan giải của các cơ sở y tế.

3A.3.3. Quản lý chất lượng thuốc YHCT, sinh phẩm và dịch vụ truyền máu chưa đồng bộ

- Nguồn lực để thực hiện công tác kiểm nghiệm thuốc sản xuất trong nước còn hạn chế trong khi số lượng mặt hàng thuốc ngày càng tăng, sử dụng công nghệ sản xuất mới, hoạt chất mới.
- Quy định và hệ thống quản lý chất lượng thuốc YHCT và thuốc có nguồn gốc từ dược liệu vẫn còn hạn chế. Còn tình trạng chồng chéo về chức năng, nhiệm vụ trong quá trình quản lý dẫn đến việc điều phối chưa hiệu quả. Công tác kiểm soát nguồn gốc và chất lượng dược liệu sử dụng trong sản xuất thuốc YHCT chưa được thực hiện tốt.
- Các quy định về chất lượng và an toàn truyền máu và sản phẩm máu cần được tăng cường. Hệ thống cảnh giác đối với sản phẩm máu và dịch vụ truyền máu chưa được thành lập.

3B. Cơ sở hạ tầng và trang thiết bị y tế

3B.1. Mục tiêu và kết quả thực hiện các mục tiêu của Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015

Mục tiêu về cơ sở hạ tầng và TTBYT trong Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015 là: “tiếp tục đầu tư nâng cao năng lực hệ thống y tế, ưu tiên phát triển mạng lưới YTCS, y tế miền núi, vùng sâu, vùng xa và các vùng khó khăn; phát triển sản xuất TTBYT trong nước; tăng cường hiệu quả quản lý và sử dụng TTBYT.”

Nói chung, trong 5 năm qua, ngành y tế Việt Nam đã thực hiện đầu tư rất lớn để nâng cao năng lực của hệ thống y tế, cả YTDP và KCB, ở các tuyến từ tuyến xã đến tuyến trung ương, công lập cũng như tư nhân. Từ năm 2010 đến 2013, số bệnh viện tuyến tỉnh tăng ròn 25 cơ sở (đa khoa, chuyên khoa, da liễu và điều dưỡng, phục hồi chức năng). Tại YTCS, số phòng khám đa khoa khu vực và nhà hộ sinh giảm, trong khi tăng hơn 100 TYT mới, tăng tỷ lệ xã có TYT trên 95% tại tất cả các vùng. Cũng giai đoạn này, trong khu vực y tế công lập, số xét nghiệm tăng 22%, số lượt siêu âm đã tăng 35%, số lượt chụp X-quang tăng 15%. Trong tổng số phẫu thuật trong khu vực y tế công, tỷ lệ do địa phương thực hiện tăng từ 82% lên 88% do tăng năng lực chuyên môn ở địa phương. Với TTBYT, theo số liệu từ Vụ Trang thiết bị và Công trình Y tế thì đầu tư TTBYT chiếm khoảng 10% tổng chi y tế. Trong những năm gần đây, tỷ lệ đầu tư cho mua sắm TTBYT (kỹ thuật cao, chẩn đoán) ngày càng tăng và chiếm tỉ trọng đáng kể. Hiện nay, đã có 119 bệnh viện (cả công và ngoài công lập) ở 47/63 tỉnh, thành đã có MRI, chưa tính một số lượng đáng kể máy MRI từ các cơ sở y tế ngành, các phòng khám tư nhân. Các tỉnh khu

vực miền núi, vùng khó khăn như miền núi phía Bắc, Tây Nguyên cũng đã được bao phủ với máy MRI.⁸

Chỉ tiêu Kế hoạch 5 năm ngành y tế liên quan cơ sở hạ tầng và TTBYT là “bảo đảm 100% các cơ sở y tế xử lý chất thải y tế nguy hại đạt tiêu chuẩn.” Chỉ tiêu này không đạt, nhưng có tiến bộ. Đến cuối năm 2014, khoảng 54,4% các bệnh viện đã có hệ thống xử lý nước thải y tế và 95% các bệnh viện đã phân loại và xử lý chất thải rắn y tế [35].

3B.2. Đánh giá kết quả thực hiện các nhiệm vụ của Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015

3B.2.1. Các chính sách lớn liên quan cơ sở hạ tầng và TTBYT giai đoạn 2011 – 2015

Cho đến nay, đã có hàng loạt các chính sách, đề án của Chính phủ, của ngành y tế nhằm bảo đảm cơ sở hạ tầng, TTBYT giúp phát triển và nâng cao chất lượng dịch vụ CSSK cho người dân, đặc biệt là đối với các cơ sở y tế ở các địa phương. Tuy nhiên, các văn bản quy phạm pháp luật có tính chiến lược, chỉ đạo trong lĩnh vực TTB và công trình y tế chưa được cập nhật, nên khó hướng dẫn phù hợp với giai đoạn tới. Các chính sách hiện nay, dù có cung cấp các tiêu chuẩn kỹ thuật và hướng dẫn lập kế hoạch đầu tư cơ sở hạ tầng, nhưng chưa đủ để bắt buộc bảo dưỡng, kiểm chuẩn, ngoại kiểm TTB. Thêm nữa, các chính sách hiện nay chưa tạo ra cơ chế phù hợp, ví dụ như quy hoạch dựa trên bằng chứng và cơ chế thực thi tuân thủ quy hoạch, để bảo đảm đầu tư vào TTB và công trình y tế phù hợp để đáp ứng nhu cầu của người dân, không dẫn đến đầu tư quá mức dẫn đến sử dụng không hết công suất, hoặc cung ứng dịch vụ không cần thiết để tăng thu nhập của cơ sở y tế.

Các chính sách liên quan tới quản lý phát triển cơ sở hạ tầng và TTBYT

- Quyết định số 130/2002/QĐ-TTg phê duyệt chính sách quốc gia về TTBYT giai đoạn 2002 – 2010 trong đó nêu rõ các mục tiêu về nghiên cứu, sản xuất TTBYT trong nước cùng với các giải pháp bảo đảm cung cấp và sử dụng có hiệu quả TTBYT. Đến năm 2005, Bộ Y tế đã ra Quyết định số 18/2005/QĐ-TTg phê duyệt Đề án “Nghiên cứu chế tạo và sản xuất TTBYT đến năm 2010”.
- Quyết định số 47/2008/QĐ-BYT về chức năng nhiệm vụ của Vụ Trang thiết bị và Công trình Y tế quy định các nhiệm vụ chính là: (i) chủ trì xây dựng văn bản quy phạm pháp luật, quy trình và tiêu chuẩn quốc gia trong lĩnh vực TTB và công trình y tế, hướng dẫn thực hiện Chính sách quốc gia về TTBYT và các đề án trong lĩnh vực này; (ii) tham gia quá trình mua sắm, đấu thầu TTBYT và các dự án đầu tư xây dựng công trình thuộc thẩm quyền Bộ Y tế; (iii) quản lý nhà nước trong lĩnh vực TTBYT và công trình y tế như tiếp nhận và thẩm định hồ sơ nhập khẩu, đăng ký sản xuất, công bố tiêu chuẩn, quảng cáo; (iv) xây dựng kế hoạch và tham gia huy động vốn xã hội hóa và phân bổ vốn đầu tư TTBYT và công trình y tế; (v) tham gia xây dựng chương trình đào tạo trong lĩnh vực TTBYT; và (vi) kiểm tra, đánh giá các hoạt động về đầu tư, mua sắm, quản lý, sử dụng TTBYT tại các cơ sở y tế.
- Nghị định số 176/2013/NĐ-CP Quy định xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực y tế, bao gồm lĩnh vực TTBYT. Một số loại vi phạm trong Nghị định bao gồm cơ sở hành nghề hoạt động thiếu điều kiện về TTBYT, quảng cáo không đúng so với hồ sơ đã đăng

8 Kết quả phân tích ban đầu từ 43 trong số 119 cơ sở có MRI ở 33 trong số 43 tỉnh tham gia nghiên cứu của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, 2015

ký, cố tình giấu các cảnh báo về sự cố, tác dụng không mong muốn của TTBYT hoặc TTBYT chưa đạt tiêu chuẩn và kinh doanh, sản xuất hoặc nhập khẩu TTB khi chưa có chứng chỉ, giấy phép, hoặc sản phẩm chưa được phép lưu hành.

- Ngoài các văn bản chính sách chung, Bộ Y tế cũng đã phối hợp cùng các bộ, ngành khác ban hành được nhiều văn bản quy định các tiêu chuẩn kỹ thuật liên quan tới cơ sở hạ tầng và TTBYT bao gồm: (i) các quy định về danh mục TTBYT bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh, huyện, phòng khám đa khoa khu vực, trạm y tế xã và túi y tế thôn bản (Quyết định số 437/2002/QĐ-BYT), và đến năm 2008 đã bổ sung danh mục TTBYT của phòng khám đa khoa khu vực (Quyết định số 3333/2008/QĐ-BYT); (ii) các Chuẩn quốc gia cho TTYTDP tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương giai đoạn 2008 – 2015 (Quyết định số 4696/QĐ-BYT) và Chuẩn kỹ thuật TTYTDP huyện (Quyết định số 2367/QĐ-BYT); (iii) các văn bản về tiêu chuẩn kỹ thuật xây dựng bệnh viện bao gồm cả các khoa phòng chức năng như phòng mổ, X-quang, xét nghiệm, hệ thống xử lý nước thải; và (iv) Quyết định số 13/2007/QĐ-BKHCN của Bộ trưởng Bộ Khoa học và Công nghệ về việc ban hành “Danh mục phương tiện đo phải kiểm định”.
- Trong giai đoạn 2011 – 2015, Bộ Y tế đã phối hợp với các bộ, ngành, đơn vị liên quan xây dựng dự thảo Nghị định về quản lý TTBYT với mục tiêu hình thành hệ thống quản lý TTBYT hội nhập, trong đó có các nội dung quy định về định nghĩa và phân loại TTBYT theo mức độ rủi ro; bộ mẫu hồ sơ chung về kỹ thuật cho các sản phẩm TTBYT; quy trình đăng ký lưu hành và quy định về hệ thống cảnh báo sau bán hàng (PMA) cho TTBYT kém chất lượng hoặc không an toàn...

Một số bất cập:

- Phần lớn các văn bản chính sách và quy định liên quan đến TTBYT đã trên 10 năm nay chưa được cập nhật.
- Thiếu các văn bản đề cập và quy định cụ thể về phân loại TTBYT và các quy định, cụ thể trong quản lý các TTBYT (theo từng giai đoạn và vòng đời của TTBYT từ nghiên cứu ứng dụng và sản xuất, đưa ra thị trường, sử dụng tại các cơ sở y tế).
- Thiếu hệ thống văn bản quy định về kiểm định, giám sát chất lượng các TTBYT, đặc biệt là đối với 5 nhóm thiết bị ảnh hưởng trực tiếp đến tính mạng bệnh nhân chưa được đưa vào danh mục bắt buộc phải kiểm định (nhóm thiết bị phòng mổ, nhóm thiết bị trị liệu, nhóm thiết bị chẩn đoán, can thiệp).

Chính sách về đầu tư cơ sở hạ tầng cho y tế

- Năm 2006, Thủ tướng Chính phủ ra Quyết định số 130/2002/QĐ-TTg về việc phê duyệt quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020. Một số tỉnh đã xây dựng quy hoạch phát triển ngành y tế địa phương đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030, nhưng thiếu chỉ đạo chung do quy hoạch quốc gia chưa được cập nhật.
- Nhà nước cũng đã có các chiến lược đầu tư mang tính định hướng và dài hạn cho toàn hệ thống y tế và một số khu vực trọng điểm bao gồm: (i) các nguyên tắc, tiêu chí và định mức phân bổ vốn đầu tư phát triển bằng nguồn ngân sách nhà nước giai đoạn 2011-2015 (Quyết định số 60/2010/QĐ-TTg); (ii) chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng

cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011 – 2020, tầm nhìn đến năm 2030 (Quyết định số 122/2013/QĐ-TTg); và (iii) các Đề án phát triển y tế biển đảo Việt Nam đến năm 2020 (Quyết định số 317/2013/QĐ-TTg); Đề án giảm quá tải bệnh viện giai đoạn 2013 – 2020 (Quyết định số 92/2013/QĐ-TTg).

- Chính phủ cũng đã phê duyệt một số dự án đầu tư cho cơ sở hạ tầng và TTBYT như Đề án 47 và Đề án 930, sẽ được thảo luận trong phần tiếp theo.

3B.2.2. Các nhiệm vụ về tiếp cận cơ sở vật chất có chất lượng

Nhiệm vụ 1: Tiếp tục đầu tư cho phát triển cơ sở hạ tầng theo các Quyết định của Thủ tướng Chính phủ

Kế hoạch 5 năm yêu cầu “Tiếp tục đầu tư cho phát triển cơ sở hạ tầng theo Quyết định 47, 930 và 950 của Thủ tướng Chính phủ. Thúc đẩy tiến độ trong việc hoàn thành cấp vốn, kiểm tra, bàn giao và đưa vào hoạt động các cơ sở y tế như đã đề cập trong các dự án đã được phê duyệt.”

Kết quả thực hiện

Ba đề án do Thủ tướng phê duyệt được đề cập trong Kế hoạch 5 năm của ngành y tế bao gồm đầu tư xây dựng TYT xã thuộc vùng khó khăn, trọng tâm đầu tư là đạt chuẩn quốc gia y tế xã (Quyết định số 950/QĐ-TTg năm 2007), đầu tư xây dựng, cải tạo, nâng cấp bệnh viện đa khoa huyện và bệnh viện đa khoa khu vực (Quyết định số 47/2008/QĐ-TTg), và đầu tư xây dựng, cải tạo, nâng cấp các bệnh viện chuyên khoa lao, tâm thần, ung bướu, nhi tại trung ương và tỉnh và một số bệnh viện đa khoa tỉnh thuộc vùng núi, khó khăn (Quyết định số 930/QĐ-TTg năm 2009). Thủ tướng Chính phủ và Quốc hội cũng đã ban hành một số Quyết định và Nghị quyết bổ sung thêm danh mục các CSYT được nhận đầu tư từ nguồn trái phiếu chính phủ (Quyết định số 1872/QĐ-TTg năm 2009 và Nghị quyết số 881/2010/UBTVQH12). Ngoài 3 đề án trên, nhiều đề án đầu tư cơ sở hạ tầng của ngành y tế được Thủ tướng phê duyệt bao gồm Đề án hỗ trợ phát triển Trung tâm YTDP tuyến huyện (Quyết định số 1402/2007/QĐ-TTg), Đề án tăng cường năng lực chi cục ATVSTP tuyến tỉnh đến năm 2015 (1256/QĐ-TTg năm 2011), Đề án nâng cấp hệ thống bệnh viện YHCT toàn quốc (Quyết định số 362/QĐ-TTg năm 2014).

Ở tuyến trung ương, 11 bệnh viện do Bộ Y tế quản lý đã được xây mới, cải tạo hoặc nâng cấp theo các đề án đã được phê duyệt vốn từ nguồn trái phiếu chính phủ (chủ yếu là theo Quyết định số 930/2009/QĐ-TTg). Trong số đó, Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Phúc Yên, Bệnh viện K trung ương cơ sở 3 ở Tân Triều và các hạng mục đầu tư cơ bản cho Trường Đại học Y Dược Cần Thơ đã được hoàn thành theo đúng tiến độ. Hy vọng đến hết năm 2016, tất cả các cơ sở đã được bố trí vốn sẽ hoàn thành việc xây dựng và đưa vào sử dụng phục vụ bệnh nhân [85].

Với các bệnh viện tuyến tỉnh, Đề án đầu tư theo Quyết định số 930/2009/QĐ-TTg có 155 cơ sở y tế tuyến tỉnh được xây mới, cải tạo, nâng cấp, bao gồm các bệnh viện đa khoa, các bệnh viện chuyên khoa lao, chuyên khoa tâm thần, chuyên khoa nhi/sản nhi, chuyên khoa ung bướu và các bệnh viện khác. Trong giai đoạn 2008 – 2012, có 73 bệnh viện đã hoàn thành, đưa vào sử dụng, một số bệnh viện khác đã hoàn thành một phần [85].

Tuyến huyện cũng được hưởng lợi nhiều từ Đề án 47, với 598 bệnh viện/trung tâm y tế huyện và một số phòng khám đa khoa khu vực được cải tạo, mở rộng, nâng cấp, mua sắm bổ

sung trang thiết bị và một số bệnh viện được xây mới so với kế hoạch là 645 cơ sở y tế (gồm cả bệnh viện được duyệt từ đầu và thêm 24 cơ sở được duyệt năm 2009 theo 1872/QĐ-TTg). Đến cuối năm 2014, có 507 bệnh viện và 111 phòng khám đa khoa khu vực đã hoàn thành việc xây dựng mới, sửa chữa, cải tạo, đầu tư nâng cấp và đưa vào sử dụng, góp phần tăng số giường bệnh, tăng công suất, năng lực khám bệnh, chữa bệnh cho tuyến huyện.

Theo số liệu của Bộ Y tế, năm 2010 có 10 926 TYT, đến 2013 tăng lên thành 11 033 trạm, tăng thêm hơn 100 trạm [59]. Năm 2014, Bộ tiêu chí y tế xã mới cho giai đoạn đến năm 2020 được ban hành (Quyết định số 4667/QĐ-BYT), với một số tiêu chí khác nhau theo đặc trưng của 3 vùng nhằm ưu tiên đầu tư. Ví dụ, ở những xã có khoảng cách xa so với bệnh viện và điều kiện giao thông khó khăn, các TYT nên có bác sĩ làm việc thường xuyên và phải có điều kiện đỡ đẻ tại trạm, trong khi ở đô thị và đồng bằng gần bệnh viện chỉ yêu cầu bác sĩ làm việc tại TYT 2 buổi một tuần theo lịch và không đầu tư điều kiện đỡ đẻ.

Ngoài các đề án đầu tư từ nguồn NSNN, ngành y tế cũng đã và đang được hưởng lợi từ các dự án đầu tư vay vốn từ các tổ chức quốc tế; trong đó một tỷ lệ lớn kinh phí được dùng để đầu tư cơ sở vật chất, TTBYT cho các cơ sở y tế ở các tuyến. Theo số liệu thống kê từ Bộ Y tế, năm 2011 có tổng số 61 chương trình, dự án ODA, năm 2013 là 41 dự án, và đến năm 2014 hiện có 35 chương trình, dự án ODA trong đó có 19 dự án viện trợ không hoàn lại, 16 dự án vốn vay. Tổng kinh phí của các chương trình, dự án ODA đến năm 2014 là 1,58 tỷ USD (tương đương 31 047 tỷ đồng), trong đó nguồn vốn viện trợ ODA là 1,46 tỷ USD chiếm 92,6% tổng kinh phí cho các chương trình dự án và vốn đối ứng chiếm 7,4%. Trong số tổng vốn ODA thì số vốn đầu tư xây dựng cơ bản là 135 097 691 USD, chiếm 9,3% và cung cấp TTBYT là 400 204 479 USD, chiếm 27,4% [62]. Trong đó, kinh phí đầu tư cho xây dựng cơ bản của 31 đơn vị trực thuộc trung ương (các trường đại học Y-dược, các bệnh viện đa khoa và chuyên khoa là 64 710 590 USD; cho 79 cơ sở y tế tuyến tỉnh là 35 412 436 USD; cho 17 bệnh viện đa khoa khu vực là 11 759 247 USD; cho các bệnh viện đa khoa tuyến huyện, các TTYT/TTYTDP huyện là 24 215 418 USD [62]. Cụ thể, với xây dựng cơ bản thì tổng kinh phí từ tất cả các chương trình, dự án ODA do Bộ Y tế quản lý đầu tư cho 56 tỉnh/thành với 31 đơn vị trực thuộc trung ương là các trường đại học Y-dược, các bệnh viện đa khoa (Bạch Mai, Ung Bí Quảng Ninh, Hữu Nghị, Việt Nam-Cu Ba..), chuyên khoa (Răng-Hàm-Mặt, Tai-Mũi-Họng, Mắt, Bệnh phổi, Tâm thần, YHCT, Lão khoa, Châm cứu...) là 64 710 590 USD; đầu tư cho 79 cơ sở y tế tuyến tỉnh 35 412 436 USD trong đó có 34 cơ sở KCB là các TTYTDP tỉnh, các bệnh viện đa khoa tỉnh, các bệnh viện chuyên khoa YHCT, Nội tiết, Lao phổi, PHCN, Tâm thần, Sản Nhi, các trường cao đẳng, trung cấp Y-dược....; đầu tư xây mới, sửa chữa, bổ sung các phòng chức năng của 17 bệnh viện đa khoa khu vực là 11 759 247 USD; đầu tư xây mới bệnh viện, sửa chữa nhỏ, xây bổ sung các phòng chức năng các bệnh viện đa khoa tuyến huyện, các TTYT/TTYTDP huyện với tổng kinh phí 24 215 418 USD.

Khó khăn, hạn chế

Còn nhiều dự án đầu tư từ nguồn vốn trái phiếu Chính phủ chưa hoàn thành hoặc bị dừng do hạn chế vốn, tình trạng đầu tư dàn trải, chậm được khắc phục dẫn đến thời gian thực hiện các dự án đầu tư kéo dài, chậm đưa vào sử dụng dẫn tới kém hiệu quả (362 dự án chưa hoàn thành), vốn chỉ đáp ứng 50% nhu cầu đầu tư thực tế của các dự án.

TTYTDP, TTYT huyện thực hiện một chức năng ở nhiều địa phương vẫn chưa có trụ sở độc lập, thiếu TTB và phương tiện làm việc. Mặc dù đã có các chính sách, đề án đầu tư cơ sở hạ tầng, TTB cho các cơ sở y tế thuộc hệ dự phòng (Quyết định số 1402/QĐ-TTg năm 2007),

các chi cục VSATTP tuyến tỉnh (Quyết định số 1256/QĐ-TTg năm 2011), hệ thống bệnh viện YHCT (Quyết định số 362/2014/QĐ-TTg), và các dự án đầu tư phát triển y tế cho khu vực biên đảo (Quyết định số 317/2013/QĐ-TTg) nhưng chưa có sự theo dõi, giám sát và đánh giá về quá trình và tiến độ triển khai thực hiện cả về việc xây dựng kế hoạch, hình thành các nguồn vốn cụ thể cho từng giai đoạn.

Việc đầu tư phát triển y tế tuyến xã mặc dù luôn được coi là lĩnh vực ưu tiên của ngành và các địa phương nhưng thực tế việc thực hiện các chính sách đầu tư theo các dự án đã có còn hạn chế, thậm chí chưa có nguồn kinh phí để thực hiện Quyết định số 950/2007/QĐ-TTg về đầu tư các TYT xã khu vực vùng khó khăn. Điều đó dẫn tới hiện nay các TYT xã tại các vùng khó khăn vẫn chưa đáp ứng được các yêu cầu quy định (không đủ diện tích, xuống cấp, thiếu phòng...). Năm 2013, chỉ 40% TYT xã tại các vùng này đạt chuẩn y tế xã. Nguyên nhân chính là do địa phương không chủ động bố trí ngân sách của địa phương để đầu tư cho các cơ sở y tế trên địa bàn.

Mặc dù nguồn vốn đã và đang được đầu tư từ ODA cho xây dựng cơ bản và đầu tư TTBYT cho các cơ sở y tế ở các tuyến là rất lớn với trên 520 triệu USD nhưng chưa được đánh giá về hiệu quả đầu tư cũng như thiếu sự lồng ghép trong kế hoạch đầu tư tổng thể tại các địa phương.

Nhu cầu đầu tư cơ sở vật chất, mua sắm trang thiết bị rất lớn, khả năng cân đối ngân sách nhà nước chưa đáp ứng được nhu cầu. Kết quả đầu tư về cơ sở vật chất cho y tế chưa được đánh giá về hiệu quả đầu tư và tìm hiểu các vấn đề cần cải thiện nhằm nâng cao hiệu quả đầu tư và sử dụng các cơ sở y tế đã được nâng cấp, xây mới trong giai đoạn vừa qua.

Nhiệm vụ 2: Di chuyển một số bệnh viện ra khỏi nội thành

Kế hoạch ngành y tế cũng ưu tiên việc “Thực hiện kế hoạch của Chính phủ về di chuyển một số cơ sở y tế từ trung tâm Thành phố Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh ra khỏi trung tâm các thành phố.”

Kết quả thực hiện

Tại Thành phố Hà Nội, tập trung nhiều cơ sở y tế trung ương, thành phố, nhưng trong nội thành diện tích quá nhỏ, nằm trong khu hạn chế phát triển, góp phần gây quá tải về hạ tầng, lượng chất thải y tế lớn không có khả năng xử lý nên Nhà nước quyết định di dời một số bệnh viện khỏi nội thành. Nhằm hỗ trợ quá trình di dời, Thủ tướng ra Quyết định số 130/QĐ-TTg (2015) về biện pháp, lộ trình di dời và việc sử dụng quỹ đất sau khi di dời cơ sở sản xuất công nghiệp, bệnh viện, cơ sở giáo dục đại học, cơ sở giáo dục nghề nghiệp và các cơ quan, đơn vị trong nội thành Hà Nội theo Luật Thủ đô (Luật số: 25/2012/QH13).

Nhằm thực hiện giảm tải do thiếu không gian nội thành, Bộ Y tế đã thực hiện một số việc như sau:

- Xây dựng cơ sở 2 và 3 tại các điểm ngoài nội thành như:
 - Bệnh viện K được đầu tư đủ vốn bằng nguồn vốn trái phiếu chính phủ để hoàn thành toàn bộ công trình ở cơ sở Tân Triều, Thanh Trì, Hà Nội, và đưa vào sử dụng năm 2014. Trước đó đã hoàn thành cơ sở 2 tại Tam Hiệp (2012).

- Bệnh viện Nội tiết: Thủ tướng Chính phủ đã cho phép tiếp tục vay vốn ngân hàng để đầu tư hoàn thành công trình tại cơ sở 2 ở Tứ Hiệp, Thanh Trì, Hà Nội.
- Xây dựng mới cơ sở 2 của Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Việt Đức tại Phú Lý, Hà Nam, dự kiến khởi công quý IV/2014 và hoàn thành năm 2016.
- Cơ sở 2 của Bệnh viện Bệnh nhiệt đới được xây dựng mới ở huyện Đông Anh, Hà Nội, bằng nguồn vốn trái phiếu chính phủ (2014).
- Xây dựng cơ sở mới tại điểm ngoài nội thành như:
 - Bệnh viện Trường Đại học Y Hà Nội đang đền bù giải phóng mặt bằng ở Hoàng Mai, Hà Nội để xây dựng cơ sở mới, dự kiến hoàn thành đền bù trong quý II/2014, dự kiến khởi công 2015, hoàn thành vào năm 2017, trong đó nguồn vốn đầu tư của Nhà nước 30%, và 70% do Trường tự cân đối.
 - Trường Đại học YTCC đã được Thủ tướng Chính phủ cho phép chuẩn bị đầu tư xây dựng mới cơ sở ở Đông Ngạc, Từ Liêm, Hà Nội theo hình thức Hợp đồng xây dựng chuyển giao, dự kiến khởi công quý IV/2014 và hoàn thành năm 2017.
 - Xây dựng và đưa vào sử dụng trụ sở mới của Tổng cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình và Viện Chiến lược và Chính sách y tế tại Từ Liêm, Hà Nội...
- Xây nhà cao tầng để sử dụng không gian hạn hẹp hiệu quả hơn:
 - Bệnh viện Nhi trung ương: Dự án cải tạo mở rộng và nâng cấp giai đoạn II xây nhà cao tầng tại chỗ (2015).
 - Trung tâm Ung bướu-Tim mạch trẻ em BV Bạch Mai xây nhà cao tầng tại chỗ (dự kiến năm 2015).
 - Bệnh viện Việt Đức: Công trình nhà kỹ thuật cao (11 tầng) thuộc Dự án đầu tư xây dựng mở rộng Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức nằm ngay trong khuôn viên Bệnh viện nội thành (2015).
 - Bệnh viện Phụ sản trung ương với quy mô 500 giường bệnh, khu nhà điều trị B-C cao 11 tầng nổi và 2 tầng hầm, (gia hạn so với ngày hoàn thành theo kế hoạch).
 - Trung tâm Ung bướu là một khối nhà được xây dựng trên diện tích 1600m² trong khuôn viên Bệnh viện Chợ Rẫy (2015).
 - Tòa nhà điều trị kỹ thuật cao của Viện Lão khoa trung ương (2015).
 - Bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh được mở rộng khu điều trị tại chỗ (2015).

Khó khăn, hạn chế

Dù các dự án xây dựng bệnh viện nhằm mục đích giảm quá tải bệnh viện, giảm ô nhiễm môi trường đô thị, nhưng khoản vốn rất lớn lại không đầu tư vào lĩnh vực ưu tiên là tăng cường y tế địa phương, đặc biệt YTCS trong khi đầu tư vào YTCS đang thiếu vốn nghiêm trọng. Hiện nay, chưa có đánh giá về hiệu quả đầu tư ở các bệnh viện trung ương.

Nhiệm vụ 3: Đưa vào sử dụng hệ thống quản lý chất thải y tế

Trong các nhiệm vụ trong lĩnh vực này, Kế hoạch 5 năm có đặt ưu tiên vào xử lý chất thải y tế: “Về quản lý chất thải y tế, phân đầu đạt được mục tiêu hoàn thành và đưa vào sử dụng hệ thống quản lý chất thải y tế cho toàn bộ các khu vực vào năm 2015.”

Kết quả thực hiện

Năm 2011, Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt Đề án tổng thể xử lý chất thải y tế giai đoạn 2011 – 2015 và định hướng đến năm 2020 (Quyết định số 2038/QĐ-TTg) với mục tiêu là đến năm 2020 bảo đảm 100% cơ sở y tế các tuyến xử lý chất thải y tế đạt tiêu chuẩn, quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về môi trường.

Có 84 bệnh viện (chủ yếu là tuyến trung ương và tỉnh) được đánh giá là nguồn gây ô nhiễm môi trường nghiêm trọng và được liệt kê trong Quyết định số 64/2003/QĐ-TTg về “Kế hoạch xử lý triệt để các cơ sở gây ô nhiễm môi trường nghiêm trọng”. Đến năm 2013, 74 trong số 84 bệnh viện này đã xử lý triệt để, chỉ còn 10 bệnh viện này chưa xử lý triệt để. Quyết định số 1788/QĐ-TTg đưa ra kế hoạch với các phương án xử lý chất thải rõ ràng để xử lý nốt 10 bệnh viện còn gây ô nhiễm đã nêu trên và 65 cơ sở y tế mới xác định (bệnh viện trung ương, tỉnh, tư nhân và trung tâm chữa bệnh, giáo dục, lao động-xã hội) với hạn cuối là 31/12/2015 và trong giai đoạn 2016-2020 kế hoạch là tiếp tục thực hiện các giải pháp xử lý rác thải của 118 bệnh viện tuyến huyện.

Hiện có khoảng 54,4% các bệnh viện có hệ thống xử lý nước thải (trong đó tuyến TW: 73,5%, tuyến tỉnh: 60,3%, tuyến huyện: 45,3%). Về xử lý chất thải rắn y tế: hiện có trên 95% bệnh viện thực hiện phân loại, thu gom chất thải rắn y tế nguy hại hàng ngày. Trong đó, tỷ lệ bệnh viện: xử lý chất thải rắn y tế bằng lò đốt 2 buồng hoặc sử dụng công nghệ vi sóng /nhiệt ướt khử khuẩn chất thải rắn y tế nguy hại: 29,4%; hợp đồng thuê xử lý: 39,8%; xử lý bằng lò đốt 1 buồng, thiêu đốt thủ công hoặc tự chôn lấp trong khuôn viên bệnh viện (chủ yếu là bệnh viện tuyến huyện và một số bệnh viện chuyên khoa tại tỉnh miền núi): 30,8% [93].

Trong giai đoạn 2011 – 2015, đã có dự án vay vốn từ Ngân hàng thế giới với tổng vốn tới 150 000 000 USD để đầu tư hỗ trợ cho xử lý chất thải bệnh viện. Đặc biệt là trong dự án có hỗ trợ cho cả tuyến YTCS tại các tỉnh Đồng Tháp, Quảng Bình, Quảng Trị, Đà Nẵng, Bình Định, Phú Yên, Bình Thuận, Hải Phòng.

Khó khăn, hạn chế

Hiện nay, đã có kế hoạch rõ ràng để xử lý các cơ sở y tế gây ô nhiễm nghiêm trọng, nhưng chưa rõ là nguồn vốn có đủ để triển khai thực hiện. Ngoài việc đầu tư cơ sở hạ tầng xử lý chất thải y tế, còn phải bảo đảm kinh phí thường xuyên để hoạt động, và để giám sát việc tuân thủ các tiêu chuẩn.

3B.2.3. Các nhiệm vụ về chất lượng trang thiết bị y tế

Nhiệm vụ 1: Tăng cường sản xuất TTBYT chất lượng trong nước

Kế hoạch 5 năm đưa ra nhiệm vụ: “Tăng cường sản xuất TTBYT trong nước, trước mắt là các TTBYT thông dụng, đồng thời từng bước đẩy mạnh sản xuất TTBYT công nghệ cao, đầu tư các dây chuyền công nghệ tiên tiến cho sản xuất TTBYT; bảo đảm cung ứng tối thiểu 60% nhu cầu TTBYT thông dụng của các cơ sở y tế.”

Kết quả thực hiện

Quyết định số 18/2005/QĐ-TTg phê duyệt Đề án “Nghiên cứu chế tạo và sản xuất trang thiết bị y tế đến năm 2010.” Hệ thống sản xuất, kinh doanh, xuất nhập khẩu TTBYT được mở rộng. Số liệu thống kê 2011 thì cả nước có 60 đơn vị nghiên cứu triển khai, sản xuất TTBYT được cấp giấy đủ điều kiện hành nghề sản xuất TTBYT; 48 đơn vị thực hiện sản xuất sản phẩm TTBYT đã đăng ký lưu hành sản phẩm trong đó có 33 đơn vị sản xuất các vật tư tiêu hao như băng, gạc, áo mổ, khẩu trang, chỉ phẫu thuật, bao cao su, găng mổ, chân tay giả...; 12 đơn vị sản xuất thiết bị nội thất y tế; 3 đơn vị sản xuất thiết bị tiệt trùng; 2 đơn vị sản xuất lắp ráp máy điện tim, châm cứu, máy hút và chỉ có 3 đơn vị đang nghiên cứu hoặc chỉ lắp ráp máy X-quang, siêu âm đơn giản. Số chủng loại sản phẩm TTBYT cũng rất khiêm tốn, cho đến nay chỉ có khoảng 600 sản phẩm TTBYT sản xuất trong nước được đăng ký lưu hành tại Việt Nam (trong đó, một loại sản phẩm có thể có nhiều đơn vị đăng ký và sản xuất) so với tổng số 10 500 chủng loại thiết bị đang được sử dụng tại Việt Nam.

Khó khăn, hạn chế

Năng lực sản xuất TTBYT trong nước còn yếu và chỉ sản xuất được các TTBYT với công nghệ đơn giản và so với chỉ tiêu sản xuất được >60% TTBYT thông thường thì với số lượng 625 TTBYT được sản xuất trong nước và được cấp phép lưu hành là còn rất thấp. Hơn nữa, việc xác định thế nào là các TTBYT thông thường và xác định danh mục các TTB thông thường cho chiến lược phát triển sản xuất TTBYT trong nước chưa được rõ ràng và có kế hoạch cụ thể.

Nhiệm vụ 2: Hỗ trợ mua sắm TTB phù hợp với nhu cầu

Nhằm tăng cường hiệu quả của ngành y tế, nhiệm vụ thứ hai trong lĩnh vực TTBYT là “tiến hành đánh giá hiện trạng và nhu cầu TTBYT tại cơ sở y tế các tuyến; rà soát, cập nhật danh mục TTBYT thiết yếu cho các cơ sở y tế. Xây dựng cơ sở dữ liệu về TTBYT (kèm theo giá tham khảo) để giúp các cơ sở y tế trong việc mua sắm TTBYT phù hợp.”

Kết quả thực hiện

Ngoài nguồn kinh phí để mua sắm, đầu tư nâng cấp TTBYT thuộc các dự án đầu tư của Chính phủ sử dụng từ nguồn NSNN, hiện nay Bộ Y tế đang quản lý 400 204 479 USD từ 20/35 dự án ODA có hoạt động đầu tư, mua sắm TTBYT kỹ thuật cao cho các bệnh viện tuyến tỉnh thuộc địa bàn của các dự án và tuyến trung ương như BV trung ương Huế, BV Tai-Mũi-Họng TW..., hỗ trợ các TTB thông thường cho KCB (thiết bị hồi sức cấp cứu, nội khoa, sản-nhi, thiết bị phòng mổ, chẩn đoán hình ảnh, kiểm soát bệnh nhiễm khuẩn, tai-mũi-họng, răng-hàm-mặt, mắt, xe cứu thương, xe chuyên dụng...) cho các bệnh viện tuyến huyện và tỉnh thuộc địa bàn của các dự án. Cụ thể, tới năm 2014 đã sử dụng 72 958 824 USD cho tăng cường khả năng đáp ứng của hệ thống YTDP với các nội dung đầu tư sau:

- Các TTB phòng xét nghiệm cho các Viện nghiên cứu: Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh, Nha Trang, Quy Nhơn, Viện Vệ sinh Dịch tễ trung ương và Tây Nguyên...
- TTB cơ bản cho các TTYTDP tỉnh, thành phố, TTYT quận/huyện.
- Xe ô tô chuyên dụng; ô tô hỗ trợ công tác phòng chống dịch bệnh, phòng chống HIV/AIDS, lao, sốt rét, giám sát các hoạt động y tế ...

- TTB phòng xét nghiệm cho các TTPC HIV/AIDS các tỉnh.
- Nâng cấp hệ thống thông tin phòng chống lao các tỉnh.
- TTB hỗ trợ công tác phòng chống sốt rét cho các tỉnh/thành: ô tô, xe máy, TTB văn phòng, truyền thông, xét nghiệm ...

Đến giai đoạn 2014, cũng đã sử dụng khoảng 23 066 000 USD để mua sắm các trang thiết bị hỗ trợ cho các công tác giảng dạy và thực hành tại các cơ sở đào tạo nhân lực y tế tại các trường đại học y dược thông qua dự án Hỗ trợ y tế các tỉnh Bắc Trung bộ (WB), Chương trình phát triển nguồn nhân lực y tế (ADB).

Trong giai đoạn 2013-2014, Vụ Trang thiết bị và Công trình Y tế phối hợp cùng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế có điều tra về thực trạng và nhu cầu TTB đối với một số TTB chẩn đoán và điều trị cần thiết trên toàn quốc bao gồm: máy thở, monitor và siêu âm giúp xây dựng kế hoạch đầu tư sản xuất trong nước. Năm 2015, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế cũng đã phối hợp cùng Vụ Trang thiết bị và Công trình Y tế thực hiện điều tra toàn quốc về đầu tư và sử dụng máy chụp cộng hưởng từ (MRI), máy chụp cắt lớp vi tính và máy X-quang chụp vú, phối hợp cùng Cục quản lý KCB phân tích thông tin cấp quốc gia về phân bố và sử dụng MRI, máy chụp cắt lớp. Cả 2 hoạt động này đều nhằm mục đích cung cấp thông tin cho hoạt động đánh giá công nghệ y tế đối với việc sử dụng hiệu quả MRI.

Khó khăn, hạn chế

Một số danh mục trang thiết bị cần thiết cho những loại cơ sở y tế khác nhau được xây dựng và ban hành từ trước năm 2010, chưa được cập nhật. Các danh mục TTBYT bao gồm: TTB thiết yếu cho bệnh viện huyện, liên huyện được đầu tư trong Đề án 47/2008/QĐ-TTg (Quyết định số 3333/QĐ-BYT năm 2008); TTBYT của phòng khám đa khoa khu vực (Quyết định số 431/QĐ-BYT năm 2009); TTB tại tuyến xã liên quan chuẩn quốc gia về y tế xã (theo Quyết định số 2271/QĐ-BYT năm 2002); TTB theo chuẩn quốc gia về trung tâm YTDP tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương giai đoạn 2008 – 2015 (Quyết định số 4696/QĐ-BYT năm 2008); TTB cho trung tâm YTDP huyện theo chuẩn kỹ thuật (Quyết định số 2367/QĐ-BYT năm 2007); Các văn bản về tiêu chuẩn kỹ thuật xây dựng bệnh viện.

Hệ thống thông tin báo cáo về TTBYT rất hạn chế trong khi không có cơ sở dữ liệu và thiếu các chỉ số theo dõi, đánh giá phù hợp cho quản lý và lập kế hoạch đầu tư, sử dụng TTBYT. Mặt khác, cũng không có cơ chế hay quy định về chia sẻ dữ liệu trong quản lý đầu tư, sử dụng các TTBYT đặc biệt là với các TTBYT kỹ thuật cao, đắt tiền. Dù đã có những điều tra ở một số tỉnh, vùng để đánh giá về tình hình TTBYT hoặc đánh giá công nghệ y tế, nhưng chưa có điều tra cấp quốc gia và chưa có đủ số liệu để xây dựng bộ cơ sở dữ liệu quốc gia về TTBYT ở Việt Nam.

Nhiệm vụ 3: Phát triển lĩnh vực Đánh giá công nghệ y tế (HTA)

Nhiệm vụ xây dựng và phát triển lĩnh vực “Đánh giá công nghệ y tế” nhằm xác định những giải pháp công nghệ và trang thiết bị phù hợp cho các cơ sở y tế, bảo đảm đầu tư một cách tiết kiệm, hiệu quả, đồng thời đáp ứng tốt nhu cầu CSSK của nhân dân; triển khai công tác đánh giá công nghệ y tế để xác định các can thiệp y tế có hiệu lực, hiệu quả, chi phí thấp, đồng thời bảo đảm chất lượng dịch vụ KCB.

Kết quả thực hiện

Cuối năm 2014, đầu năm 2015, với sự hỗ trợ kỹ thuật từ tổ chức HiTAP Thái Lan và Viện quốc gia về Thực hành lâm sàng tốt của Anh quốc (NICE-UK), việc đánh giá công nghệ y tế đối với TTBYT chính thức được thực hiện với chủ đề đánh giá việc đầu tư và sử dụng hiệu quả MRI tại các bệnh viện công lập giai đoạn 2014 – 2015. Đây sẽ là tiền đề cho việc tiếp tục áp dụng cách tiếp cận đánh giá công nghệ y tế cho việc xác định ưu tiên đầu tư, sử dụng có hiệu quả các TTBYT tại Việt Nam, đặc biệt là các TTBYT đắt tiền, chi phí lớn.

Khó khăn, hạn chế

Việc đầu tư và sử dụng TTBYT kỹ thuật cao, đắt tiền chưa được dựa trên tính toán chi phí hiệu quả cũng như đánh giá công nghệ y tế dẫn đến việc đầu tư và sử dụng các TTBYT đắt tiền chưa hợp lý. Số liệu sơ bộ từ điều tra về phân bố, đầu tư và sử dụng MRI cho thấy mật độ máy phân bố không đồng đều ở các địa phương theo địa bàn, theo mật độ dân số. Mặt khác, việc chỉ định sử dụng MRI cũng rất khác nhau giữa các máy có nguồn đầu tư từ ngân sách nhà nước và máy đầu tư từ nguồn liên doanh liên kết hoặc huy động cá nhân, tỷ lệ chụp MRI ở các tỉnh miền núi, khó khăn nơi ít có điều kiện triển khai các dịch vụ sau chụp lại cao tương đương với khu vực thành phố lớn nơi tập trung chủ yếu các bệnh viện chuyên khoa sâu, thực hiện được nhiều dịch vụ sau chụp MRI.

Nhiệm vụ 4: Tăng cường bảo quản, bảo dưỡng, kiểm chuẩn TTBYT

“Tăng cường công tác bảo quản, bảo dưỡng và sửa chữa TTBYT. Các địa phương cần thành lập Đội bảo dưỡng và sửa chữa TTBYT để tăng cường hiệu quả đầu tư TTBYT và chất lượng dịch vụ y tế. Các đơn vị phải phân bổ đủ kinh phí cho việc bảo dưỡng, duy tu, sửa chữa TTB và cơ sở y tế. Trích lập quỹ khấu hao tài sản từ nguồn thu phí để tái đầu tư TTBYT khi có nhu cầu cần thiết. Tăng cường năng lực mạng lưới kiểm chuẩn và kiểm định TTBYT; xây dựng một số trung tâm đo lường kiểm chuẩn TTBYT cho ba miền.”

Kết quả thực hiện

Tăng cường công tác bảo quản, bảo dưỡng và sửa chữa TTBYT

Trong những năm qua, ngành y tế cũng đã có nhiều nỗ lực trong việc tăng cường công tác bảo quản, bảo dưỡng TTBYT, trong đó đã chú trọng công tác đào tạo đội ngũ nhân lực kỹ thuật về TTBYT. Gần đây, Bộ Y tế đã phối hợp với Trường Đại học Bách khoa Hà Nội đào tạo đội ngũ kỹ sư điện tử y sinh. Chương trình đào tạo đã có đưa các nội dung cơ bản về quản lý, kỹ thuật công nghệ, kỹ năng sử dụng trang thiết bị y tế vào chương trình đào tạo, mở rộng và nâng cao quy mô và chất lượng đào tạo đội ngũ công nhân kỹ thuật... Tuy nhiên, còn hạn chế về chỉ tiêu tuyển sinh, chưa xác định rõ cơ chế trong đào tạo liên quan đến đối tượng đào tạo, nguồn kinh phí và cơ chế tuyển sinh chưa được rõ ràng trong xác định nguồn đào tạo và đầu ra. Bộ Y tế cũng đã đầu tư nâng cấp, phát triển Trường Cao đẳng nghề Kỹ thuật Thiết bị y tế tại cơ sở mới ở Hà Nội, nâng cấp Trường Cao đẳng Kỹ thuật Y tế tại Hải Dương.

Về công tác bảo đảm tính cập nhật và vòng đời sử dụng của TTBYT, hiện nay ở các BV tuyển trung ương chỉ có 2,2 – 6,75% số TTB có tuổi đời dưới 5 năm và còn khoảng 10 – 23,6% số TTBYT có tuổi đời >15 năm. Tương tự với các BV tuyển tỉnh chỉ đạt <20% số TTBYT có tuổi đời <5 năm và chỉ số này ở BVĐK tuyển huyện chỉ đạt <10% [94]. Trong khi đó, chuẩn vàng mà các nước OECD và các nước phát triển đang áp dụng để bảo đảm chất lượng và sự an

toàn cho bệnh nhân là ít nhất 60% các TTB hiện đang dùng phải có tuổi đời dưới 5 năm, không quá 30% TTB có tuổi đời từ 6 – 10 năm và không quá 10% TTB có tuổi đời > 10 năm).⁹ Mặt khác, có tới 30% số TTBYT ở 3 bệnh viện trung ương không được bảo trì thường xuyên; chỉ số này ở tuyến tỉnh và tuyến huyện lần lượt là 36,3 – 63% và 10,4%. Nguyên nhân chủ yếu là các cơ sở y tế không đủ nhân lực và kinh phí để bảo dưỡng, sửa chữa các TTBYT.

Thực trạng phát triển đội ngũ cán bộ kỹ thuật về bảo quản, bảo dưỡng TTBYT tại các cơ sở y tế cũng đã có nhiều tiến bộ. Cho đến nay, đã có 62% BVĐK tuyến tỉnh, 26,1 BV chuyên khoa tuyến tỉnh và 31,9% BVĐK tuyến huyện đã tổ chức được tổ bảo dưỡng TTBYT. Tuy nhiên, số lượng các cán bộ được qua các khóa đào tạo về bảo dưỡng TTBYT còn rất ít. Trong tổng số 412 cán bộ thuộc các tổ bảo dưỡng TTBYT của 261 bệnh viện, chỉ có 295 (71%) cán bộ được qua các lớp đào tạo. Nhu cầu đào tạo về bảo dưỡng TTBYT cũng đang rất cao trong bối cảnh các cơ sở y tế đang đẩy mạnh xã hội hóa, có nhiều điều kiện hơn trong việc đầu tư cơ sở vật chất và các TTB hiện đại phục vụ mở rộng cung cấp dịch vụ y tế. Kết quả điều tra tại 261 bệnh viện cho thấy các bệnh viện có nhu cầu gửi 777 cán bộ đi đào tạo về bảo dưỡng TTBYT trong đó có 414 từ bệnh viện huyện và 373 từ bệnh viện tuyến tỉnh [93].

Tăng cường năng lực mạng lưới kiểm chuẩn và kiểm định TTBYT; xây dựng một số trung tâm đo lường kiểm chuẩn TTBYT cho ba miền

Hiện nay, Bộ đã và đang tập trung đầu tư cho Trung tâm kiểm định TTBYT của Viện Trang thiết bị và Công trình Y tế làm đầu mối quản lý chất lượng TTB và vật tư y tế, thực hiện các hoạt động kiểm tra chất lượng TTB và vật tư y tế trong sản xuất kinh doanh; kiểm tra, thanh tra chất lượng TTBYT theo yêu cầu của Bộ; kiểm tra chứng nhận chất lượng, an toàn hàng hóa trong sản xuất, lưu thông và xuất nhập khẩu. Tham gia công tác xây dựng tiêu chuẩn về TTBYT. Nghiên cứu chuyển giao công nghệ về TTBYT. Cùng với ngành y tế, một số đơn vị thuộc các ngành khác cũng tham gia vào hoạt động kiểm định, hiệu chuẩn và kiểm tra chất lượng TTBYT hiện nay còn có các cơ quan của Viện năng lượng nguyên tử – Bộ KHCN, Trung tâm Đo lường 1,2,3 – Tổng cục Đo lường – Bộ KHCN, Phòng Kiểm chuẩn TTBYT – Cục Quân y.

Cho đến nay, Bộ Y tế và các ngành có liên quan đã xây dựng và ban hành được tổng số 135 tiêu chuẩn ngành và 35 tiêu chuẩn Việt Nam trong lĩnh vực TTBYT bao gồm các tiêu chuẩn liên quan đến kỹ thuật xây dựng các bệnh viện, các TTYTDP tuyến tỉnh, các phòng kỹ thuật (phòng mổ, phòng X-quang, chẩn đoán và điều trị phóng xạ, các labo).

Khó khăn, hạn chế

Hiện nay, còn 5 nhóm thiết bị ảnh hưởng trực tiếp đến tính mạng bệnh nhân chưa được đưa vào danh mục bắt buộc phải kiểm định do chưa có một hành lang pháp lý cụ thể (nhóm thiết bị phòng mổ, nhóm thiết bị trị liệu, nhóm thiết bị chẩn đoán, can thiệp).

Vấn đề bảo đảm an toàn và chất lượng của các TTBYT chưa bảo đảm do năng lực kiểm định, kiểm chuẩn chưa đáp ứng được yêu cầu. Mặc dù đã ban hành được >150 bộ TCVN về TTBYT nhưng chưa được áp dụng thường quy trong đánh giá, kiểm định, kiểm chuẩn. Mặt khác, đội ngũ cán bộ bảo dưỡng, bảo trì tại các cơ sở y tế còn mỏng, đặc biệt là ở các CSYT tuyến tỉnh và huyện.

⁹ TTB tuổi đời từ 6 – 10 năm là các TTB vẫn đang còn dùng được nhưng cần sửa chữa, thay thế phụ tùng; các TTB tuổi đời trên 10 năm được coi là các TTB đã lỗi thời, không còn phù hợp và cần thay thế.

Chưa thành lập được các trung tâm kiểm định, kiểm chuẩn ở các miền cùng với hành lang pháp lý phù hợp cho việc triển khai thực hiện các hoạt động kiểm định, kiểm chuẩn các TTBYT.

3B.3. Các vấn đề ưu tiên

3B.3.1. Hạn chế trong lập kế hoạch và kiểm soát đầu tư cơ sở vật chất và TTBYT

Tính phân tán trong quy hoạch và quy hoạch công trình và TTBYT chưa được cập nhật, chưa đáp ứng đầy đủ nhu cầu CSSK của người dân, hoặc dẫn đến công suất dư so với nhu cầu CSSK hiện nay và nhu cầu được dự báo. Các công trình và TTB do y tế tư nhân đầu tư chưa được tính đầy đủ trong quy hoạch ngành y tế, và đầu tư của khu vực y tế tư nhân ít khi tuân thủ quy hoạch ngành.

3B.3.2. Chưa bảo đảm chất lượng, kiểm chuẩn, kiểm định TTB tại các cơ sở y tế

- Các cơ chế kiểm chuẩn, ngoại kiểm chưa được thực hiện tại tất cả các cơ sở y tế một cách thường xuyên.
- Hệ thống các hướng dẫn, phác đồ điều trị được Bộ Y tế xây dựng và ban hành các năm 2014 – 2015, nhưng chưa được áp dụng rộng rãi trong việc đưa ra quyết định khi nào nên và không nên sử dụng các loại công nghệ (trong đó có TTBYT) khác nhau để bảo đảm hiệu quả chi phí. Các phác đồ đó cũng chưa được sử dụng trong việc xác định nhu cầu đầu tư TTBYT mới (đánh giá công nghệ y tế) để đáp ứng nhu cầu CCSK của người dân.
- Chất lượng của TTB sản xuất trong nước chưa đủ để đáp ứng nhu cầu nội địa hoặc đạt các tiêu chuẩn khu vực (ASEAN) và quốc tế để hỗ trợ xuất khẩu.

4. Cung ứng dịch vụ y tế

4A. Y tế dự phòng và y tế công cộng

4A.1. Mục tiêu và kết quả thực hiện các chỉ tiêu của Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015

Kế hoạch 5 năm của ngành y tế đưa ra mục tiêu “Đẩy mạnh các hoạt động YTDP và CSSKBD phù hợp với tình hình mới, bảo đảm mọi người dân được tiếp cận với các dịch vụ CSSK cơ bản có chất lượng; triển khai tốt các chương trình mục tiêu quốc gia về y tế, không để dịch bệnh lớn xảy ra; tăng cường phối hợp liên ngành trong công tác CSSK nhân dân; từng bước kiểm soát các yếu tố có hại đến sức khỏe. Bảo đảm 100% các cơ sở y tế xử lý chất thải y tế nguy hại đạt tiêu chuẩn.” Đến năm 2015, Việt Nam sẽ đạt hầu hết các chỉ tiêu Kế hoạch 5 năm và Mục tiêu Thiên niên kỷ trong lĩnh vực YTDP (Bảng 13).

Bảng 13: Kết quả thực hiện các chỉ tiêu Kế hoạch 5 năm và Mục tiêu Thiên niên kỷ trong lĩnh vực YTDP và YTCC giai đoạn 2011 – 2015

Chỉ tiêu	2011	2012	2013	2014 (sơ bộ)	Ước 2015	Mục tiêu 2015	Nguồn
Chỉ tiêu kế hoạch 5 năm 2011 – 2015							
Tỷ lệ trẻ em < 1 tuổi được tiêm chủng đầy đủ	96,0	95,9	91,4	>90	>90	>90%	Chương trình TCMR quốc gia
Tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS trong cộng đồng	<0,3	<0,3	<0,3	<0,3	<0,3	<0,3%	Cục PC HIV/AIDS
Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ							
Tỷ lệ mới mắc sốt rét	0,51	0,49	0,39	0,30	-	0,35‰	Niên giám thống kê bệnh truyền nhiễm
Tỷ lệ tử vong do sốt rét	0,016	0,009	0,007	0,007	-	0,02/ 100 000	Niên giám thống kê bệnh truyền nhiễm
Tỷ lệ hiện mắc lao	227	218	209	200	-	187/ 100 000	WHO. Global TB report
Tỷ lệ dân số sử dụng nguồn nước uống hợp vệ sinh (toàn quốc)	92%			92%	-	78,5%	MICS 2011, 2014
Tỷ lệ dân số hộ gia đình sử dụng hố xí hợp vệ sinh và không dùng chung hố xí với hộ khác (toàn quốc)	78%			79%	-	68,5%	MICS 2011, 2014

4A.2. Đánh giá kết quả thực hiện các nhiệm vụ của Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015

4A.2.1. Phòng chống các bệnh dịch, bệnh truyền nhiễm

Kết quả thực hiện

Phòng chống dịch bệnh truyền nhiễm

Trong giai đoạn 2010 – 2014, Việt Nam đã cơ bản khống chế các bệnh dịch (Bảng 14), không để dịch lớn xảy ra (chưa có trường hợp nào phải công bố dịch theo quy định tại Quyết định số 64/2010/QĐ-TTg về quy định điều kiện công bố dịch, công bố hết dịch bệnh truyền nhiễm).

Bảng 14: Tình hình mắc, chết do một số bệnh dịch truyền nhiễm, 2010 – 2014

Các bệnh truyền nhiễm		2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cúm A(H5N1)	Mắc (ca)	7	0	4	2	2	0
	Chết (ca)	2	0	2	1	2	0
Tả	Mắc/100 000	0,69	0,002	0,00	0,00	0,00	0,00
	Chết/100 000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Viêm não vi rút	Mắc/100 000	1,27	1,42	1,28	0,97	1,09	1,00
	Chết/100 000	0,03	0,03	0,02	0,01	0,04	0,03
Sốt xuất huyết	Mắc/100 000	146,69	78,08	96,98	74,78	31,7	88,8
	Chết/100 000	0,12	0,07	0,09	0,05	0,02	0,06
Viêm gan vi rút	Mắc/100 000	11,11	12,58	11,16	10,64	6,04	-
	Chết/100 000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,001	-
Dại	Chết/100 000	0,09	0,12	0,11	0,12	0,07	-
Than	Mắc/100 000	0,07	0,22	0,13	0,06	0,03	-
	Chết/100 000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-
Tay-chân-miệng	Mắc/100 000	-	126,39	177,45	89,63	76,35	62,2
	Chết/100 000	-	0,19	0,05	0,03	0,01	0,006
Sởi	Mắc/100 000	8,61	10,91	1,74	3,64	33,47	-
	Chết/100 000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,145	-
Dịch hạch	Mắc/100 000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-
	Chết/100 000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-
Sốt rét	Mắc/100 000	62	51	49	30	27	-
	Chết/100 000	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	-
Liên cầu lợn	Mắc/100 000	-	0,13	0,15	0,13	0,07	-
	Chết/100 000	-	0,02	0,01	0,01	0,01	-

Nguồn: Niên giám thống kê bệnh truyền nhiễm các năm 2011 – 2013 [95]; Dự thảo niên giám thống kê các bệnh truyền nhiễm năm 2014; Bộ Y tế (2016). Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2015 và giai đoạn 2011 – 2015, một số nhiệm vụ chủ yếu năm 2016 và giai đoạn 2016 – 2020 [17].

Việt Nam đã thành công trong việc ngăn chặn kịp thời không để xâm nhập các bệnh truyền nhiễm gây dịch, các bệnh mới nổi và nguy hiểm như sốt xuất huyết do vi rút *Ebola*, MERS-CoV, dịch hạch, cúm A(H7N9); đặc biệt đã làm tốt công tác chuẩn bị, sẵn sàng ứng phó và ngăn chặn sự xâm nhập qua biên giới của dịch cúm A(H7N9) là dịch bùng phát mạnh ở Trung Quốc từ năm 2013 với ba vụ dịch liên tiếp và có ghi nhận các trường hợp mắc ở tỉnh Quảng Tây giáp biên giới phía Bắc nước ta.

Tình hình mắc và tử vong của một số dịch bệnh lưu hành đều giảm qua các năm. Tỷ lệ mắc và tử vong do sốt xuất huyết giảm từ 147 và 0,12/100 000 người năm 2010 xuống còn tương ứng là 32 và 0,02/100 000 vào năm 2014. Số mắc sốt xuất huyết năm 2014 cả nước giảm 63,8%, tử vong giảm 77,8% so với trung bình giai đoạn 2006 – 2010 [96]. Riêng năm 2015, số mắc sốt xuất huyết tăng 11,5% so với trung bình giai đoạn 2010 – 2014 [17]. Đối với bệnh tay-chân-miệng, tỷ lệ mắc và tử vong/100 000 dân cũng giảm từ 126 và 0,19 năm 2011 xuống còn 76 và 0,01 vào năm 2014 [95] và so với trung bình giai đoạn 2011 – 2013 số mắc năm 2014 giảm 31,9%, số tử vong giảm 90% [96]. Từ năm 2003 đến 2010, cả nước ghi nhận 119 trường

hợp mắc cúm A(H5N1) trong đó 59 trường hợp tử vong, tuy nhiên từ năm 2011 đến nay, chỉ ghi nhận 8 trường hợp mắc, trong đó 5 trường hợp tử vong [95].

Đến nay, đã có 12 bệnh truyền nhiễm được tiêm vắc xin phòng bệnh trong Chương trình TCMR. Tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ qua các năm từ 2011 – 2014 luôn đạt trên 90%. Việt Nam tiếp tục duy trì kết quả thanh toán bệnh bại liệt và loại trừ bệnh uốn ván sơ sinh; bệnh ho gà giảm 937 lần, bệnh bạch hầu giảm 585 lần, bệnh uốn ván sơ sinh giảm 59 lần so với năm 1984 khi chưa triển khai tiêm chủng mở rộng [96]. Năm 2012, có hai trường hợp nhiễm vi rút bại liệt týp 2 có nguồn gốc từ vắc xin (c-VDPV) được phát hiện ở miền Nam và đã được kiểm soát lây lan bằng tiêm chủng. Từ đó, không có trường hợp bại liệt mới từ người nhập cư hoặc từ nguồn gốc tiêm chủng. Khi xảy ra vụ dịch sởi vào năm 2014 với hơn 15 000 trường hợp mắc được xác minh bằng xét nghiệm và 146 ca tử vong, Việt Nam đã tổ chức chiến dịch tiêm phòng sởi-rubella từ tháng 10 năm 2014 đến tháng 3 năm 2015 nhằm vào 20 triệu trẻ em từ 1 đến 14 tuổi, đạt tỷ lệ bao phủ 98,2% số đối tượng đích. Tiêm phòng viêm não Nhật Bản triển khai dưới hình thức chiến dịch từ năm 1997, đến năm 2015 vắc xin này đã được triển khai trong tiêm chủng thường xuyên trên toàn quốc. Để đánh giá gánh nặng các bệnh có thể phòng bằng vắc xin và tác động của tiêm chủng, Chương trình TCMR đã thành lập hệ thống giám sát hội chứng rubella bẩm sinh, viêm não-màng não và đã cơ cấu lại giám sát sởi (sốt phát ban) khi bệnh rubella được bổ sung vào chương trình.

Lộ trình xây dựng hệ thống quản lý quốc gia về vắc xin (NRA) của Việt Nam đã được thúc đẩy với cam kết mạnh mẽ của Bộ Y tế từ năm 2012 và sự hỗ trợ kỹ thuật chuyên sâu của các chuyên gia WHO. Từ tháng 4 năm 2015, WHO đã tiến hành đánh giá chính thức và công nhận hệ thống đạt chuẩn của WHO vào tháng 6 năm 2015.

Đối với phòng, chống sốt rét, Việt Nam đã đạt được Mục tiêu Thiên niên kỷ với số mắc và số tử vong do sốt rét đều giảm trong thập kỷ qua. Trong giai đoạn 2010 – 2014, tỷ lệ mắc giảm từ 63 xuống 27/100 000; tỷ lệ tử vong giảm từ 0,02 xuống còn 0,01/100 000 dân. Năm 2014 so với năm 2010, số mắc sốt rét có ký sinh trùng giảm 10% và số tử vong do sốt rét giảm 71% [95].

Tăng cường năng lực hệ thống giám sát dịch bệnh; tăng cường phối hợp liên ngành trong phòng chống dịch bệnh

Việt Nam đã đạt các năng lực cốt lõi của Điều lệ kiểm dịch y tế quốc tế (IHR) từ năm 2014 thông qua triển khai thực hiện Chiến lược châu Á – Thái Bình Dương về Bệnh mới nổi (APSED) với sự cam kết mạnh mẽ của Chính phủ cùng sự hỗ trợ của WHO và các tổ chức quốc tế khác. Bộ Y tế đã củng cố năng lực quốc gia và hợp tác quốc tế nhằm giám sát, phòng ngừa, cảnh báo, đáp ứng đối với các bệnh truyền nhiễm mới nổi và các sự kiện YTCC khác. Theo kết quả đánh giá, đến năm 2014 Việt Nam đã đạt được các năng lực cơ bản theo yêu cầu của Điều lệ Y tế quốc tế bao gồm 13 năng lực cơ bản đạt từ 70% trở lên, trong đó có 6 năng lực cơ bản đạt 100%.

Đến nay, hệ thống giám sát, đáp ứng chống dịch được thiết lập từ trung ương đến tận phường, xã với sự tham gia của các đơn vị dự phòng và điều trị. Việc ứng dụng công nghệ thông tin trong báo cáo, giám sát, xử lý và lưu trữ số liệu đang được triển khai. Giám sát trọng điểm cũng đã được thiết lập đối với một số bệnh dịch nguy hiểm như cúm, tay-chân-miệng, sốt xuất huyết, sốt rét, dịch hạch, viêm não Nhật Bản. Hệ thống giám sát dựa vào sự kiện (EBS) đã được chính thức đi vào hoạt động từ tháng 7/2014 nhằm thu thập và phân tích thông tin để phát hiện

sớm các sự kiện YTCC có nguy cơ gây dịch bệnh và ảnh hưởng tới sức khỏe người dân. Năng lực đánh giá nguy cơ sự kiện YTCC được tăng cường cho cán bộ của Bộ Y tế, các viện đầu ngành, một số trung tâm YTDP tỉnh và cán bộ thú y tuyến trung ương và địa phương với sự hỗ trợ của WHO và US-CDC.

Thông qua hoạt động của Ban chỉ đạo phòng chống dịch, Bộ Y tế đã phối hợp với các Bộ, ngành như Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn, Giáo dục và Đào tạo, Quốc phòng, Công an, Tài chính, Giao thông vận tải và các đơn vị liên quan triển khai các biện pháp phòng, chống dịch bệnh, tăng cường công tác truyền thông, áp dụng các biện pháp phòng chống dịch bệnh lây lan từ nước ngoài qua các cửa khẩu. Năm 2013, Bộ Y tế đã phối hợp với Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn ban hành Thông tư liên tịch số 16/2013/TTLT-BYT-BNN&PTNT để tăng cường sự hợp tác từ trung ương đến địa phương trong phòng, chống bệnh lây truyền từ động vật sang người.

Năm 2013, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 1424/QĐ-BYT thành lập Văn phòng đáp ứng tình huống khẩn cấp phòng chống dịch bệnh (Văn phòng EOC) đặt tại Cục YTDP có sự tham gia của đơn vị liên quan trong Bộ Y tế, Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn và đại diện WHO, FAO, US-CDC tại Việt Nam nhằm tăng cường sự điều phối, chia sẻ thông tin và huy động các nguồn lực trong công tác giám sát, đáp ứng dịch bệnh truyền nhiễm. Về lâu dài, đây sẽ là đơn vị đầu mối chia sẻ thông tin và phối hợp chặt chẽ với các đơn vị liên quan thuộc các bộ, ngành và tổ chức quốc tế cùng quản lý các trường hợp YTCC khẩn cấp ảnh hưởng đến sức khỏe con người tại Việt Nam và toàn cầu, như các dịch bệnh lây nhiễm.

Đầu tư phát triển khoa học kỹ thuật và công nghệ hiện đại trong việc phát hiện và nghiên cứu tác nhân gây bệnh đã được tăng cường, trong đó tập trung xây dựng hệ thống phòng xét nghiệm tiên tiến, hiện đại phù hợp với nhu cầu phòng bệnh theo vùng, miền. Việt Nam đã có hai phòng xét nghiệm đạt an toàn sinh học cấp 3 tại Viện Vệ sinh Dịch tễ trung ương, Bệnh viện Nhiệt đới Thành phố Hồ Chí Minh và có một phòng xét nghiệm an toàn sinh học cấp 3 lưu động tại Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh. Hiện nay, Viện Vệ sinh Dịch tễ trung ương và Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh có đủ năng lực xét nghiệm đối với bệnh *Ebola*, cúm A(H5N1), cúm A(H7N9), MERS-CoV cũng như một số tác nhân gây bệnh mới nổi khác.

Từ năm 2011 đến 2014, đã có 20 trung tâm YTDP tỉnh, thành phố đạt chuẩn quốc gia Trung tâm YTDP, đưa tổng số đơn vị đạt chuẩn lên 23/63 đơn vị [97].

Chương trình phòng chống HIV/AIDS

Năm 2012, Thủ tướng Chính phủ đã ký Quyết định số 608/QĐ-TTg phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030. Tính đến hết năm 2014, trên toàn quốc đã điều trị ARV cho 92 863 người. Số trẻ em sinh ra có mẹ nhiễm HIV được sử dụng ARV dự phòng là 1854 và số phụ nữ nhiễm HIV có thai đã sử dụng ARV trong 12 tháng qua để giảm nguy cơ truyền từ mẹ sang con trong thời gian mang thai, để con là 1733 trong tổng số 3039 phụ nữ mang thai trong 12 tháng qua [98]. Công tác điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadon đã triển khai ở 41 tỉnh, thành phố, điều trị cho hơn 25 000 bệnh nhân, đóng góp vào việc giảm lây nhiễm HIV, ổn định an ninh, trật tự xã hội và góp phần phát triển kinh tế-xã hội nói chung. Chương trình phân phát bao cao su tiếp tục được triển khai ở 63 tỉnh, thành phố; chương trình phân phát bơm kim tiêm sạch triển khai ở 88% số tỉnh, thành phố. Cả nước hiện có 1109 phòng xét nghiệm HIV, trong đó có 96 phòng được phép xét nghiệm khẳng định HIV dương tính. Tổng số người được tư vấn và xét nghiệm HIV miễn phí là gần hai triệu lượt người [35].

Nhằm tăng hiệu suất và tăng sự tiếp cận với dịch vụ phòng chống HIV/AIDS cho các quần thể đích, trong bối cảnh các nguồn tài trợ quốc tế cho hoạt động đang giảm mạnh, việc lồng ghép và phân cấp các dịch vụ như tư vấn và xét nghiệm HIV, điều trị ARV và điều trị methadone... xuống tuyến CSSKBD (huyện và xã) đã được triển khai.

Việc duy trì bền vững các hoạt động phòng chống HIV/AIDS là một trong những ưu tiên của Chương trình Phòng chống HIV/AIDS quốc gia. Đề án bảo đảm tài chính cho Chương trình Phòng chống HIV/AIDS đã được phê duyệt. Sau đó, ngân sách địa phương dành cho các hoạt động phòng chống HIV/AIDS đã tăng lên đáng kể.

Chương trình phòng chống lao

Năm 2014, Thủ tướng Chính phủ đã ký Quyết định số 374/QĐ-TTg phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng, chống lao đến năm 2020 và tầm nhìn 2030. Đến nay, Chương trình chống lao đã bao phủ 100% vùng lãnh thổ; cải thiện hoạt động phát hiện với trọng tâm là chẩn đoán lao phổi AFB dương tính bằng kỹ thuật soi đờm trực tiếp, triển khai các hoạt động chẩn đoán lao trẻ em; áp dụng điều trị công thức 8 tháng có kiểm soát (DOTS). Nhờ hiệu quả của Chương trình phòng, chống lao, tỷ lệ điều trị khỏi từ năm 2010 đến nay luôn đạt trên 90%; tỷ lệ hiện mắc lao các thể đã giảm từ 353 (năm 2000) xuống còn khoảng 200/100 000 vào năm 2014 [34]. Như vậy, nếu tiếp tục nỗ lực, có khả năng đạt được mục tiêu giảm tỷ lệ mắc xuống 187/100 000 dân vào năm 2015.

Khó khăn, hạn chế

Một số bệnh truyền nhiễm lưu hành như sốt xuất huyết, tay-chân-miệng mặc dù giảm qua các năm, song vẫn ở mức cao, có sự gia tăng cục bộ tại một số tỉnh, thành phố, vì thế có nguy cơ bùng phát nếu không có biện pháp ngăn chặn kịp thời. Việc kiểm soát bệnh tay-chân-miệng chưa đạt hiệu quả cao vì không có biện pháp dự phòng đặc hiệu, các thói quen hành vi không hợp vệ sinh và ý thức về phòng chống bệnh của người dân chưa được cao. Việc khống chế gia tăng số mắc sốt xuất huyết gặp nhiều hạn chế do chưa có vắc xin phòng bệnh; chưa có thuốc điều trị đặc hiệu; thói quen trữ nước sinh hoạt của đại bộ phận dân cư sinh sống tại khu vực Đồng bằng sông Cửu Long, tại các vùng thường xuyên bị mưa bão, lũ lụt và quá trình đô thị hóa mạnh là nơi có rất nhiều ổ đọng nước tạo môi trường thuận lợi cho muỗi phát triển và truyền bệnh.

Kế hoạch quốc gia thanh toán bệnh bại liệt được xây dựng phù hợp với Chiến lược thanh toán bệnh bại liệt toàn cầu, trong đó có việc giới thiệu một liều vắc xin vi rút bại liệt không hoạt động (IPV) và thay thế vắc xin 3 trị liệu (tOPV) bằng dạng vắc xin 2 trị liệu (bOPV) có chứa 2 týp kháng nguyên vi rút bại liệt là týp 1 và týp 3, bỏ týp 2. Thêm nữa, Bộ Y tế cần xem xét kế hoạch tương lai đưa liều IPV đủ vào Chương trình TCMR, cũng như một số vắc xin kết hợp làm liều đầu tiên. Những sự thay đổi này sẽ là thách thức lớn cho Chương trình TCMR.

Các bệnh dịch có vắc xin dự phòng vẫn có nguy cơ bùng phát trở lại như dịch sởi, bạch hầu, ho gà, viêm gan B... Nguyên nhân là do trong một số năm gần đây, một bộ phận dân cư còn e ngại tiêm chủng; công tác quản lý đối tượng gặp khó khăn tại các tỉnh, thành phố lớn; việc tiếp cận các dịch vụ tiêm chủng còn hạn chế tại các thôn, bản ở vùng sâu, vùng xa, vùng đồng bào dân tộc thiểu số do tập quán đi làm nương rẫy dài ngày đã góp phần làm cho tỷ lệ tiêm chủng vắc xin tại một số địa phương đạt thấp, từ đó có thể tạo những khoảng trống miễn dịch trong cộng đồng. Các vấn đề an toàn tiêm chủng gần đây cũng là mối quan tâm của công chúng cũng

như đối với nhân viên y tế đã gây khó khăn nhất định cho thực hành tiêm chủng thường xuyên, có thể dẫn đến giảm độ bao phủ tiêm chủng và bỏ qua một số trẻ em không được bảo vệ. Bên cạnh đó, tiêm chủng trễ do một số gia đình không tuân thủ lịch tiêm chủng quốc gia hoặc tìm kiếm dịch vụ tiêm chủng tại cơ sở y tế tư nhân chưa có nguồn vắc xin ổn định dẫn đến nguy cơ trẻ em mắc các bệnh phòng được bằng vắc xin, đặc biệt ở các thành phố lớn.

Hệ thống giám sát và đáp ứng dịch rộng khắp nhưng độ nhạy còn chưa cao, việc thông báo ca bệnh từ các bệnh viện còn thụ động, đặc biệt là chưa có sự tham gia tích cực của các cơ sở y tế tư nhân nên nhiều dịch bệnh được phát hiện khi đã ghi nhận nhiều ca bệnh tại cộng đồng, vì vậy gây khó khăn cho việc xử lý triệt để ổ dịch.

Mặc dù việc triển khai các can thiệp phòng chống HIV/AIDS đã có hiệu quả trong không chế tỷ lệ hiện nhiễm <0,3%, dịch HIV vẫn duy trì cao ở một số tỉnh đặc biệt là các tỉnh miền núi phía Bắc, các tỉnh, thành phố tập trung nhiều quần thể đích. Dịch HIV ở Việt Nam tập trung vào các quần thể có nguy cơ cao như người tiêm chích ma túy, phụ nữ bán dâm và nam có quan hệ tình dục với nam, việc tiếp cận và triển khai các hoạt động can thiệp ở các nhóm quần thể đích này rất khó khăn. Thêm vào đó, do sự phân biệt đối xử và kỳ thị hoặc sợ bị phân biệt đối xử và kỳ thị, tỷ lệ quần thể đích được xét nghiệm HIV và biết kết quả trong vòng 12 tháng qua vẫn còn thấp (khoảng 30%). Tỷ lệ bệnh nhân được bắt đầu điều trị ART vẫn còn muộn (36% có CD4 <100). Số bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm HIV nhưng chưa đăng ký điều trị vẫn còn cao. Dịch vụ HIV vẫn chủ yếu tập trung ở tuyến huyện và tỉnh dẫn đến hạn chế tiếp cận của nhóm quần thể đích nhất là ở các vùng sâu, vùng xa [99].

Bệnh lao vẫn còn đang là một thách thức lớn vì Việt Nam vẫn đứng thứ 12 trong 22 nước có gánh nặng bệnh lao cao trên toàn cầu đồng thời là nước đứng thứ 14 trong số 27 nước có gánh nặng bệnh lao kháng thuốc cao [34]. Khó khăn chủ yếu là việc quản lý điều trị lao ở một số nơi vẫn còn chưa tốt, nhận thức, thực hành của người dân và việc tuân thủ điều trị của bệnh nhân đặc biệt ở vùng sâu, vùng xa còn hạn chế.

Việt Nam là một trong năm quốc gia khu vực tiểu vùng sông Mê Kông có ký sinh trùng sốt rét *Plasmodium falciparum* kháng với thuốc artemisinin – là thuốc có hiệu lực cao trong điều trị bệnh sốt rét hiện nay. Sốt rét kháng thuốc đã được phát hiện tại 5 tỉnh khu vực miền Trung-Tây Nguyên, giáp với Campuchia và Lào: Bình Phước (2010), Gia Lai và Đắk Nông (2011 – 2012), Quảng Nam (2013) và gần đây là Khánh Hòa (2014) [96]. Ký sinh trùng sốt rét kháng thuốc có nguy cơ lan rộng các địa phương khác. Một thách thức lớn trong phòng chống sốt rét hiện nay là vùng sốt rét lưu hành cao hầu hết là ở vùng rừng núi, vùng sâu vùng xa, nghèo, có sự di biến động dân cư cao, giao thương qua biên giới ngày càng tăng; biện pháp bảo vệ cá nhân của một số dân tộc ít người còn thấp do thói quen tập quán sinh hoạt, lao động như thường xuyên ngủ rừng, rẫy và ít sử dụng màn.

Bệnh dại ở Việt Nam vẫn là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong số tử vong do các bệnh truyền nhiễm của những năm gần đây. Trong các năm từ 2011 – 2013, tỷ lệ tử vong do bệnh dại cao hơn so với năm 2010 và luôn ở mức từ 0,11 – 0,12/100 000 [95]. Đến năm 2014, tỷ lệ này giảm còn 0,07/100 000 dân nhưng vẫn còn ở mức cao. Nguyên nhân là do bệnh dại trên đàn chó chưa được kiểm soát tốt ở vùng nông thôn, đặc biệt ở khu vực miền núi, vùng sâu, vùng xa do tỷ lệ đàn chó được tiêm phòng thấp, số lượng chó được nuôi để lấy thịt nhiều, việc nhập khẩu chó từ các nước láng giềng chưa được quản lý chặt chẽ. Bên cạnh đó, nhận thức của người dân về nguy cơ của bệnh còn hạn chế, một số trường hợp không có đủ kinh phí tiêm phòng hoặc vẫn sử dụng thuốc nam để điều trị khi bị chó, mèo nghi dại cắn [96].

Kinh phí của đa số các chương trình phòng chống dịch bệnh truyền nhiễm được cấp từ nguồn CTMTQG y tế, tuy nhiên nguồn kinh phí này đang bị cắt giảm nhiều vì vậy ảnh hưởng đến kết quả các hoạt động.

4A.2.2. Triển khai các hoạt động sức khỏe môi trường, vệ sinh an toàn thực phẩm

Kết quả thực hiện

Quản lý môi trường y tế

Năm 2012, Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt Chương trình nước sạch và vệ sinh nông thôn giai đoạn 2012 – 2015 tại Quyết định số 336/QĐ-TTg trong đó giao cho Bộ Y tế là cơ quan quản lý, thực hiện Dự án 2 (Vệ sinh nông thôn) và phối hợp với các bộ, ngành liên quan triển khai các hoạt động thông tin, giáo dục, truyền thông. Thông qua sự phối hợp giữa Bộ Y tế với các ban ngành, đoàn thể như: Trung ương Đoàn Thanh niên Cộng sản Hồ Chí Minh, Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam, Ủy ban Trung ương Mặt trận Tổ quốc Việt Nam... và các tổ chức quốc tế, các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi nhằm nâng cao nhận thức và vận động người dân thực hiện các hành vi vệ sinh cá nhân đúng, xây dựng và sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh được triển khai mạnh ở tất cả các địa phương. Theo kết quả điều tra MICS của Tổng cục Thống kê năm 2014, tỷ lệ hộ gia đình sử dụng hố xí hợp vệ sinh và không dùng chung hố xí với hộ khác đạt 79% trong đó ở nông thôn đạt 73,3%. Đối với nước sạch, năm 2014 tỷ lệ dân số được sử dụng nguồn nước hợp vệ sinh đạt 92%, trong đó ở nông thôn là 89% [20] (Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn chủ trì thực hiện Dự án 1 - Cấp nước sinh hoạt và môi trường nông thôn).

Các thành phố đang tiếp tục triển khai kế hoạch cung cấp nước sạch theo phương pháp tiếp cận mới nhằm kiểm soát các nguy cơ phát sinh trong quá trình cung cấp nước (từ nguồn nước thông qua sản xuất và phân phối cho người tiêu dùng) với sự hỗ trợ của WHO, từng bước nâng cao chất lượng nước và góp phần bảo vệ sức khỏe cộng đồng. Tuy nhiên, chương trình nước sạch quốc gia đang được xây dựng vẫn chưa thực sự trở thành một chương trình nước sạch quốc gia để có thể mở rộng quy mô áp dụng trên toàn quốc, bao gồm cả khu vực nông thôn và chưa bảo đảm tính bền vững và hệ thống. Hiện nay, tiêu chuẩn chất lượng nước uống quốc gia được đánh giá là không khả thi do việc áp dụng ở tất cả các cơ sở cung cấp nước đang gặp nhiều khó khăn, đặc biệt là các phòng thí nghiệm không thể phân tích tất cả các chỉ số. Bên cạnh những cố gắng nhằm cải thiện chất lượng nước, đã có nhiều nỗ lực để thực hiện xử lý nước thải tại các khu vực đô thị, các khu công nghiệp và các cơ sở y tế. Tuy nhiên, cho đến nay, chỉ có khoảng 10% lượng nước thải trên toàn quốc được xử lý trước khi thải vào môi trường.

Việc xử lý chất thải y tế đã có những tiến bộ. Tính đến hết năm 2014, có khoảng 54,4% các bệnh viện có hệ thống xử lý nước thải (trong đó tuyến trung ương: 73,5%, tuyến tỉnh: 60,3%, tuyến huyện: 45,3%), tăng 12% so với năm 2010. Về xử lý chất thải rắn y tế, hiện có trên 95% bệnh viện thực hiện phân loại, thu gom chất thải rắn y tế nguy hại hằng ngày, trong đó 29,4% bệnh viện sử dụng lò đốt hai buồng hoặc công nghệ vi sóng/nhiệt ướt khử khuẩn chất thải rắn y tế nguy hại, còn lại xử lý bằng lò đốt một buồng, thiêu đốt thủ công, tự chôn lấp hoặc thông qua hợp đồng dịch vụ xử lý [35].

Đối với phòng, chống tai nạn thương tích, năm 2011 Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 1900/QĐ-BYT về Kế hoạch phòng, chống tai nạn thương tích tại cộng đồng của ngành y tế giai đoạn 2011 – 2015; năm 2013 Thủ tướng Chính phủ ban hành Quyết định số 2158/QĐ-TTg

phê duyệt Chương trình phòng, chống tai nạn, thương tích trẻ em giai đoạn 2013 – 2015. Triển khai thực hiện các kế hoạch nêu trên, đến nay đã có 54/63 tỉnh, thành phố thành lập Ban chỉ đạo phòng chống tai nạn thương tích tại cộng đồng; 63/63 tỉnh, thành phố triển khai giám sát, thống kê và báo cáo về tai nạn thương tích. Hiện có 121 xã, phường đạt tiêu chuẩn cộng đồng an toàn [100]. Tỷ lệ tử vong do tai nạn thương tích trong cộng đồng năm 2012 là 43,37/100 000 người, giảm so với năm 2011 (44,73/100 000) nhưng vẫn cao hơn so với năm 2010 (42,69/100 000) [101].

Ứng phó với các trường hợp khẩn cấp, thiên tai, thảm họa, những bệnh dịch mới, lạ

Đề chủ động phòng, chống các tác động tới sức khỏe do biến đổi khí hậu gây nên, năm 2010, Bộ Y tế đã có Quyết định số 3557/QĐ-BYT ban hành Kế hoạch hành động ứng phó với biến đổi khí hậu ngành y tế giai đoạn 2010 – 2015, đồng thời đã thành lập Ban điều hành thực hiện Chương trình trình mục tiêu quốc gia ứng phó với biến đổi khí hậu ngành y tế. Trong giai đoạn từ 2011 – 2014, Bộ Y tế đã triển khai các hoạt động tập trung vào 3 nội dung chính gồm: đánh giá ảnh hưởng của biến đổi khí hậu tới sự phát sinh, phát triển bệnh tật; can thiệp ứng phó với biến đổi khí hậu trong ngành y tế; đồng thời truyền thông nâng cao nhận thức của cán bộ y tế và cộng đồng trong việc bảo vệ sức khỏe và thích ứng trước các tác động của biến đổi khí hậu [102].

Đối với kiểm soát bệnh chưa rõ nguyên nhân, mới phát sinh, trong các năm 2011 – 2012 tại tỉnh Quảng Ngãi đã ghi nhận 216 trường hợp mắc hội chứng viêm da dày sừng bàn tay, bàn chân, trong đó có 16 trường hợp tử vong. Hội chứng này được xác định nguyên nhân là do nhiễm độc tố vi nấm bởi ăn gạo mốc trên cơ địa người bị thiếu vi chất dinh dưỡng. Để không chế bệnh, can thiệp chính là sử dụng thóc, gạo không bị nấm mốc kết hợp với tăng cường dinh dưỡng và vệ sinh môi trường. Sau khi áp dụng các biện pháp can thiệp tích cực và có hiệu quả, số người mắc bệnh đã giảm đáng kể, năm 2013 chỉ còn ghi nhận 18 trường hợp bệnh, từ năm 2014 đến nay ghi nhận rải rác bốn trường hợp mắc [103].

An toàn thực phẩm

Công tác phối hợp liên ngành trong quản lý nhà nước về An toàn vệ sinh thực phẩm (ATVSTP) đã được tăng cường, thể hiện qua việc ban hành các thông tư liên tịch: Thông tư liên tịch số 20/2013/TTLT-BYT-BCT-BNNPTNT về quy định điều kiện, trình tự thủ tục chỉ định cơ sở kiểm nghiệm thực phẩm phục vụ quản lý nhà nước; Thông tư liên tịch số 13/2014/TTLT-BYT-BNNPTNT-BCT hướng dẫn việc phân công, phối hợp trong quản lý nhà nước về an toàn thực phẩm và Thông tư số 34/2014/TTLT-BYT-BCT-BNNPTNT hướng dẫn ghi nhãn hàng hóa đối với thực phẩm, phụ gia thực phẩm và chất hỗ trợ chế biến thực phẩm bao gói sẵn. Công tác truyền thông được đa dạng hóa, các các hoạt động thanh, kiểm tra được triển khai đồng bộ quyết liệt từ trung ương đến địa phương, huy động được nhiều tổ chức đoàn thể, chính trị-xã hội tham gia như Hội Nông dân, Hội Liên hiệp Phụ nữ, Mặt trận Tổ quốc, Đoàn Thanh niên,...

Thực hiện Chiến lược quốc gia An toàn thực phẩm giai đoạn 2011 – 2020 và tầm nhìn 2030, ngành y tế đã có những kết quả tiến bộ. Đến năm 2012, Bộ Y tế đã ban hành được 50 quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về an toàn thực phẩm (so với 20 quy chuẩn năm 2010), trình công bố 35 TCVN về phương pháp thử. Kiện toàn và thành lập được Ban chỉ đạo liên ngành về ATVSTP tại cả 3 tuyến tỉnh (100%), huyện và xã (trên 99%), tổ chức được các chương trình thử nghiệm thành thạo quốc tế cho các labo trung ương, khu vực và cho các labo tuyến tỉnh. Tính đến hết năm 2014, đã có 34/63 tỉnh được công nhận phù hợp ISO 17025. Xây dựng hệ thống chứng

nhận hợp quy cho 2 đơn vị: Trung tâm Ứng dụng Khoa học kỹ thuật An toàn thực phẩm, và Viện Kiểm nghiệm An toàn Vệ sinh thực phẩm quốc gia.

Việc tăng cường và có sự phối hợp chặt chẽ giữa ngành y tế với các ban ngành liên quan trong công tác thanh tra, kiểm tra đã mang lại hiệu quả tích cực, góp phần lập lại trật tự kỷ cương trong hoạt động sản xuất, kinh doanh thực phẩm: tỷ lệ cơ sở vi phạm về an toàn thực phẩm đã giảm qua các năm, từ 21,2% (2012) xuống còn 20,1% (2013) và 19,5% (2014).

Công tác giám sát, phòng chống ngộ độc thực phẩm (NĐTP) và các bệnh truyền qua thực phẩm đã được tăng cường, tập trung vào các nội dung: thông tin, truyền thông phòng chống NĐTP cho các đối tượng nguy cơ; giám sát phát hiện, cảnh báo sớm nguy cơ, cảnh báo phòng chống NĐTP cho cộng đồng, tập trung vào giảm số mắc (trong NĐTP bếp ăn tập thể); giảm số vụ, số tử vong (do NĐTP tại gia đình, NĐTP do rượu, nấm độc); phát hiện sớm vụ NĐTP, điều tra, xử lý quyết liệt, đồng bộ để giảm thiểu ảnh hưởng của các vụ NĐTP. Trong năm 2014, lần đầu tiên Cục ATTP đã phối hợp với Chi cục ATVSTP Thành phố Hồ Chí Minh và tỉnh Nam Định tổ chức thành công hai cuộc diễn tập công tác điều tra, xử lý, khắc phục vụ NĐTP nhiều người mắc với sự tham gia của 63 chi cục và các cơ quan chức năng, giúp các Sở y tế, chi cục ATVSTP nâng cao kỹ năng xử lý và điều tra tìm nguyên nhân các vụ NĐTP đặc biệt là tại các khu công nghiệp, khu chế xuất. Kết quả trong giai đoạn 2011-2014 chỉ có một trường hợp tử vong do các vụ ngộ độc thực phẩm tập thể (trên 30 người).

Trong giai đoạn từ năm 2011 đến năm 2014, Cục An toàn thực phẩm đã triển khai kế hoạch giám sát, đánh giá một số mối nguy chủ yếu gây ô nhiễm ở những thực phẩm phổ biến trên thị trường nội địa. Hoạt động giám sát do bảy đơn vị thực hiện gồm sáu Viện chuyên ngành (Viện Kiểm nghiệm ATVSTP quốc gia, Viện Dinh dưỡng, Viện Pasteur Nha Trang, Viện Vệ sinh Dịch tễ Tây Nguyên, Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh, Viện YTCC Thành phố Hồ Chí Minh) và Trung tâm Kiểm nghiệm thuốc, mỹ phẩm, thực phẩm Thừa Thiên Huế. Tổng cộng trong 4 năm đã giám sát được 5482 mẫu thực phẩm, số mẫu thực phẩm không đạt đã giảm qua các năm, từ 28,8% năm 2011 xuống còn 10% năm 2014.

Khó khăn, hạn chế

Vẫn còn 18 tỉnh có tỷ lệ bao phủ nhà tiêu hợp vệ sinh dưới 50% trong đó tập trung chủ yếu ở miền núi phía Bắc và Tây Nguyên. Còn trên 7% số hộ gia đình nông thôn không có nhà tiêu vẫn phóng uế bừa bãi [20], ảnh hưởng đến môi trường làm tăng nguy cơ mắc bệnh tiêu chảy, bệnh đường ruột, suy dinh dưỡng thể thấp còi ở trẻ dưới 5 tuổi. Tỷ lệ hộ gia đình sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh thấp là do nhận thức hạn chế của người dân về vệ sinh, thói quen không sử dụng nhà tiêu đã tồn tại từ rất lâu; sự quan tâm, vào cuộc của chính quyền địa phương và nguồn lực đầu tư cho lĩnh vực vệ sinh còn hạn chế. Ngoài ra, khó khăn về đội ngũ nhân lực, theo dõi, giám sát và đánh giá chương trình còn nhiều hạn chế ở một số địa phương.

Hệ thống các văn bản về bảo vệ môi trường y tế hiện vẫn chưa đáp ứng được yêu cầu, cần phải tiếp tục xây dựng mới và bổ sung, sửa đổi. Năng lực quản lý chất thải, quan trắc môi trường và kiểm soát ô nhiễm của các cơ sở y tế còn hạn chế; hệ thống giám sát môi trường y tế chưa được kiện toàn.

Tình hình ngộ độc thực phẩm vẫn diễn biến phức tạp và chưa được kiểm soát hiệu quả đối với các vụ ngộ độc thực phẩm lẻ tẻ tại bữa ăn hộ gia đình. Trong bốn năm (2011 – 2014), đã có tổng cộng 677 vụ ngộ độc thực phẩm với 21 002 người mắc. Trung bình 1 năm có 38 vụ ngộ

độc thực phẩm ≥ 30 người mắc và 131 vụ dưới 30 người mắc (Bảng 15). Tỷ số người chết do NĐTP/số mắc dao động từ 0,5-0,8/100 trong vòng bốn năm qua. Số người chết do NĐTP có nguyên nhân chủ yếu là do độc tố tự nhiên như độc tố cá nóc, cóc, độc tố vi nấm trong bánh trôi ngô, đặc biệt độc tố có trong nấm độc, quả cây rừng. Các vụ ngộ độc lẻ tẻ chủ yếu xảy ra tại hộ gia đình và ở các vùng sâu, vùng xa, người dân tộc thiểu số, có trình độ dân trí thấp nên việc giám sát và xử lý gặp rất nhiều khó khăn.

Bảng 15: Phân bố số người mắc, chết, nhập viện trong các vụ ngộ độc thực phẩm, 2011 – 2014

Chỉ số	Kết quả giám sát			
	Năm 2011	Năm 2012	Năm 2013	Năm 2014
Tổng số vụ				
Vụ ngộ độc	148	168	167	194
Mắc	4700	5541	5558	5203
Chết	27	34	28	43
Đi viện	3663	4335	5020	4160
Vụ ≥ 30 người				
Vụ ngộ độc	32	39	41	40
Mắc	3585	4307	4308	3866
Chết	1	0	0	0
Đi viện	2787	3392	3956	3067
Vụ <30 người				
Vụ ngộ độc	116	129	126	154
Mắc	1115	1234	1250	1337
Chết	26	34	28	43
Nhập viện	876	943	1064	1093

Nguồn: Cục An toàn thực phẩm

Việc xử lý vi phạm về ATTP ở nhiều nơi còn thiếu kiên quyết. Tại tuyến xã, hầu hết không xử phạt mà chủ yếu nhắc nhở. Công tác kiểm tra xử lý vi phạm về quảng cáo thực phẩm chưa được các địa phương quan tâm trong khi vi phạm về quảng cáo thực phẩm hiện nay là khá phổ biến, nhất là quảng cáo thực phẩm chức năng.

Đề án xây dựng cảnh báo nhanh và phân tích nguy cơ về ATTP đã được Thủ tướng phê duyệt nhưng chưa có kinh phí phê duyệt nên việc triển khai đề án còn chậm so với kế hoạch đề ra (Quyết định số 518/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ).

4A.2.3. Tăng cường truyền thông, giảm yếu tố nguy cơ liên quan hành vi, CSSK nhóm có nhu cầu cao

Kết quả thực hiện

Phòng chống yếu tố nguy cơ BKLN

Hoạt động phòng chống tác hại thuốc lá (PCTHTL) ở Việt Nam bước sang một giai đoạn mới khi Luật PCTHTL được Quốc hội thông qua năm 2012 và bắt đầu có hiệu lực từ 01/5/2013.

Trên cơ sở đó, Bộ Y tế đã chủ trì và phối hợp với các bộ, ngành có liên quan xây dựng và trình phê duyệt các văn bản hướng dẫn thực hiện Luật PCTHTL theo thẩm quyền quy định. Chương trình PCTHTL đã được triển khai rộng khắp thông qua các hoạt động truyền thông GDSK, xây dựng môi trường không khói thuốc... Việt Nam đã thực hiện in cảnh báo hình ảnh trên vỏ bao bì thuốc từ 01/8/2013, đồng thời cũng đã thực hiện cấm quảng cáo thuốc lá trên các phương tiện thông tin đại chúng, cấm tài trợ thuốc lá tại các sự kiện văn hoá, thể thao.

Đối với phòng, chống tác hại đồ uống có cồn, năm 2014, Thủ tướng Chính phủ đã ký Quyết định số 244/QĐ-TTg về Chính sách quốc gia phòng chống tác hại của lạm dụng đồ uống có cồn đến năm 2020. Năm 2015, Thủ tướng Chính phủ đã ký Quyết định số 1081/QĐ-TTg thành lập Ban chỉ đạo quốc gia phòng, chống tác hại do lạm dụng rượu, bia và đồ uống có cồn khác do Bộ trưởng Bộ Y tế làm trưởng ban, các phó trưởng ban và thành viên là lãnh đạo của các bộ, ngành liên quan. Để tổ chức, chỉ đạo, triển khai thực hiện các chính sách liên quan, các ngành, đoàn thể, địa phương đã tăng cường tuyên truyền phòng chống tác hại của rượu, bia qua các kênh truyền thông với nhiều hình thức. Bộ Y tế và một số bộ đã ban hành các quy định về phòng chống lạm dụng rượu, bia; một số địa phương, ban ngành thực hiện việc cấm uống rượu, bia trong giờ hành chính (Hải Phòng, Nghệ An, Vĩnh Phúc, Hà Nội, Long An,...). Các mô hình phòng chống tác hại rượu, bia đã được triển khai như: xây dựng mô hình tư vấn phòng chống rượu bia khi lái xe tại một số bệnh viện, xây dựng cộng đồng an toàn, phòng chống rượu bia khi lái xe tại xã. Ngành công an tăng cường việc kiểm tra vi phạm nồng độ cồn khi tham gia giao thông.

Việt Nam đã xây dựng Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2011 – 2020 và tầm nhìn 2030 trong đó có mục tiêu “từng bước kiểm soát có hiệu quả tình trạng thừa cân-béo phì và yếu tố nguy cơ của một số bệnh mạn tính không lây liên quan đến dinh dưỡng người trưởng thành”. Bộ Y tế đã ban hành các hướng dẫn, khuyến nghị về dinh dưỡng hợp lý (Quyết định 189/QĐ-BYT năm 2013 về “Mười lời khuyên dinh dưỡng hợp lý đến năm 2020”). Để chỉ đạo, tổ chức thực hiện bảo đảm dinh dưỡng hợp lý, Bộ Y tế phát động “Tuần lễ nuôi con bằng sữa mẹ”; “Tuần lễ dinh dưỡng và phát triển”; tham gia sáng kiến bệnh viện thân thiện; thực hiện hướng dẫn “Mười bước cho con bú thành công”; thành lập Khoa dinh dưỡng lâm sàng tại các bệnh viện; Viện Dinh dưỡng triển khai đào tạo dinh dưỡng học đường bậc học mầm non...

Công tác truyền thông, giáo dục sức khỏe phòng chống dịch bệnh

Năm 2011, Bộ Y tế đã ban hành Chương trình hành động truyền thông GDSK giai đoạn 2011 – 2015 làm cơ sở cho triển khai các hoạt động một cách hệ thống. Đến nay, mạng lưới truyền thông đã bao phủ toàn quốc với 100% số tỉnh, thành phố có trung tâm TTGDSK; 100 số quận, huyện có tổ/phòng truyền thông.

Công tác y tế trường học

Công tác y tế trường học bước vào giai đoạn mới khi được Chính phủ phê duyệt đưa vào CTMTQG năm 2011 và giai đoạn 2012 – 2015. Đã có nhiều chính sách để tăng cường vai trò, trách nhiệm và phối hợp liên ngành giữa ngành y tế và ngành giáo dục và đào tạo. Năm 2012, Bộ Y tế và Bộ Giáo dục và Đào tạo đã ký Chương trình và Kế hoạch phối hợp về bảo vệ, giáo dục và chăm sóc sức khỏe trẻ em, học sinh, sinh viên trong các cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân giai đoạn 2012 – 2020 (Chương trình số 993/CTr-BYT-BGDĐT và Kế hoạch số 997/KH-BYT-BGDĐT). Các hoạt động của chương trình, dự án đã góp phần phát triển mạng lưới, nâng cao năng lực cán bộ làm công tác y tế trường học các tuyến, bước đầu cải thiện chất

lượng vệ sinh trường học trong các cơ sở giáo dục. Hiện nay, đã có hơn 40 tỉnh, thành phố thành lập Ban chỉ đạo y tế trường học do lãnh đạo Ủy ban nhân dân tỉnh làm trưởng ban, gần 60% số trường học trên cả nước đã thành lập Ban CSSK học sinh (tăng 26% so với năm 2010); có 29 tỉnh, thành phố bố trí kinh phí từ nguồn ngân sách địa phương để triển khai thực hiện công tác y tế trường học. Tỷ lệ trường học khối phổ thông có phòng y tế đã tăng từ 28,9% (năm 2010) lên 59,6% (năm 2014). Đến hết năm 2014, 100% cán bộ chuyên trách y tế trường học ngành y tế và 80% cán bộ chuyên trách ngành giáo dục đã được tập huấn về chuyên môn. Điều kiện học tập và vệ sinh trường học đã được cải thiện, hiện có 77,6% trường có đủ nước sinh hoạt; 82,8% trường có đủ nước uống cho học sinh và 61,9% số trường có bếp ăn đạt tiêu chuẩn an toàn thực phẩm. Năm 2010, tỷ lệ trường tổ chức khám sức khỏe định kỳ cho học sinh và tỷ lệ các trường có hồ sơ quản lý sức khỏe cho học sinh là 37% và 32%; năm 2014 các tỷ lệ này đã tăng lên tương ứng là 70% và 55% [104].

Khó khăn, hạn chế

Nhiều chỉ số về hành vi nguy cơ gia tăng, không giảm hoặc giảm chậm. Mặc dù đã có luật PCTHTL nhưng tỷ lệ người hút thuốc lá vẫn ở mức cao và giảm chậm, ước tính giảm 0,5%/năm. Việt Nam là một trong số ít quốc gia có xu hướng gia tăng nhanh về mức tiêu thụ đồ uống có cồn bình quân đầu người, WHO ước tính trong giai đoạn 2003 – 2005, trung bình một năm một người Việt Nam tiêu thụ 3,8 lít cồn nguyên chất và đã tăng lên tới 6,6 lít trong giai đoạn 2008 – 2010. Mức tiêu thụ bình quân đầu người 15 tuổi trở lên quy lít rượu nguyên chất (chung cho cả hai giới) vào năm 2015, 2020 và 2025 tương ứng có thể lên đến 8,7 lít, 10 lít và 11 lít. Tỷ lệ thừa cân béo phì ở người trưởng thành ($BMI \geq 25$) năm 2010 là 10,9%, nếu không có biện pháp can thiệp hiệu quả ước tính đến năm 2025 tỷ lệ này sẽ tăng lên đến 21%.¹⁰ Hiện tại, Việt Nam vẫn còn thiếu chính sách và các can thiệp trong kiểm soát một số yếu tố nguy cơ (như tăng cường hoạt động thể lực, kiểm soát tiêu thụ muối...). Nguyên nhân của những tồn tại trên là do còn thiếu sự phối hợp liên ngành, thiếu những chính sách, can thiệp mạnh mẽ ngoài lĩnh vực y tế để giảm thiểu các yếu tố nguy cơ. Bên cạnh đó, ý thức chấp hành pháp luật về phòng chống tác hại thuốc lá, rượu bia của người dân còn chưa cao, đồng thời công tác truyền thông vận động chính sách còn kém hiệu quả.

Hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe còn thiếu các văn bản chỉ đạo, hướng dẫn tổ chức triển khai một cách hệ thống. Phương thức truyền thông tại cộng đồng ở một số địa phương còn chưa phù hợp và linh hoạt, chưa tạo ra những phong trào thi đua rộng khắp về giữ gìn vệ sinh, nâng cao sức khỏe. Việc phối hợp với các cơ quan truyền thông đại chúng còn hạn chế và bị động.

Điều kiện vệ sinh trường học nhiều nơi nhất là ở khu vực nông thôn, vùng núi, vùng sâu, xa chưa đáp ứng yêu cầu. Đội ngũ cán bộ làm công tác y tế trường học trong các cơ sở giáo dục còn thiếu, yếu và thường xuyên biến động do có nhiều cán bộ không có chuyên môn y hoặc giáo viên kiêm nhiệm công tác này. Sự phối hợp giữa ngành y tế và ngành giáo dục tại một số địa phương còn chưa chặt chẽ. Còn 1/3 số tỉnh chưa thành lập Ban chỉ đạo y tế trường học, hơn 30% số trường chưa có Ban CSSK học sinh. Kinh phí dành cho hoạt động thiếu và ngày càng bị cắt giảm. Thiếu kinh phí để tổ chức khám và CSSK cho học sinh, nguồn kinh phí trích lại từ BHYT học sinh ít (khoảng 41 000 đồng/học sinh) không đủ chi cho các hoạt động. Nhiều địa phương không sử dụng được kinh phí trích lại từ BHYT để chi cho công tác y tế trường học.

10 Quyết định số 376/QĐ-TTg Chính phủ (2015).

4A.2.4. Dự phòng và kiểm soát các bệnh không lây nhiễm

Nhiệm vụ: Phát triển mô hình quản lý các bệnh mạn tính như tăng huyết áp, đái tháo đường, COPD, hen phế quản... tại cộng đồng

Kết quả thực hiện

Năm 2012, Thủ tướng Chính phủ đã ký Quyết định số 1208/QĐ-TTg phê duyệt CTMTQG y tế giai đoạn 2012 – 2015 trong đó có các dự án phòng chống bệnh không lây nhiễm. Đến hết năm 2014 có 63/63 tỉnh triển khai dự án tăng huyết áp và dự án đái tháo đường, 37/63 tỉnh triển khai dự án ung thư và 25/63 tỉnh triển khai dự án phòng chống bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản. Các hoạt động của dự án tập trung vào truyền thông nâng cao nhận thức, phát triển mạng lưới, nâng cao năng lực, đồng thời tổ chức các hoạt động sàng lọc, phát hiện và quản lý điều trị bệnh. Trong 4 năm các dự án đã góp phần phát hiện và quản lý điều trị cho khoảng 600 000 người tăng huyết áp, 236 000 người tiền đái tháo đường và mắc đái tháo đường, khoảng 10 000 bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản. Hiện nay, đã có trên 10% số xã thực hiện quản lý tăng huyết áp.

Công tác quản lý điều hành đã có những thay đổi bằng việc Bộ Y tế giao cho Cục Y tế dự phòng nhiệm vụ đầu mối giám sát, phòng, chống BKLN (Quyết định số 468/QĐ-BYT năm 2014), đồng thời giao nhiệm vụ phòng chống BKLN cho trung tâm y tế dự phòng các tỉnh/thành phố (Thông tư số 51/2014/TT-BYT).

Ngày 20/3/2015, Thủ tướng Chính phủ đã ký Quyết định 376/QĐ-TTg phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng, chống các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các BKLN khác, giai đoạn 2015 – 2025 làm khung định hướng cho hoạt động phòng chống BKLN tại Việt Nam giai đoạn tới.

Khó khăn, hạn chế

Tỷ lệ phát hiện, điều trị, quản lý một số BKLN tại cộng đồng còn thấp, ước tính mới chỉ phát hiện được khoảng 50% số người tăng huyết áp, đái tháo đường; trong số được phát hiện tỷ lệ điều trị, quản lý theo hướng dẫn còn rất thấp. Hệ thống cung ứng các dịch vụ y tế chưa đáp ứng yêu cầu. Các dự án triển khai theo chiều dọc, nhiều đầu mối, thiếu sự lồng ghép, chưa tiếp cận toàn diện theo cả chu trình vòng đời. Tại tuyến xã còn thiếu các dịch vụ y tế để quản lý và chăm sóc lâu dài là yêu cầu rất quan trọng đối với BKLN. Công tác thông tin, giáo dục truyền thông chưa hiệu quả dẫn tới tỷ lệ người dân có kiến thức đúng về tự theo dõi phát hiện sớm bệnh, chăm sóc, theo dõi và tuân thủ điều trị còn thấp. Nhân lực y tế có kiến thức về BKLN còn chưa đảm bảo về chất lượng và số lượng, chủ yếu ở tuyến tỉnh, huyện và, xã. Hệ thống giám sát BKLN còn phân tán, thông tin thu thập chưa được chuẩn hóa, không đầy đủ, thiếu cập nhật. Tài chính y tế còn rất hạn chế mặc dù BKLN chiếm 2/3 gánh nặng bệnh tật và tử vong. Từ năm 2012 đến nay, ngân sách CTMTQG là nguồn tài chính chủ yếu cho các hoạt động phòng chống BKLN, tuy nhiên kinh phí cho các CTMTQG bị cắt giảm qua các năm, riêng năm 2014 bị cắt giảm 50 – 70%.

4A.3. Các vấn đề ưu tiên

4A.3.1. Các bệnh không lây nhiễm đang gây gánh nặng bệnh tật và tử vong lớn nhất và gia tăng nhanh, tuy nhiên chưa kiểm soát hiệu quả và chưa được quan tâm đầu tư

- Hoạt động thiếu sự lồng ghép, chưa tiếp cận toàn diện theo cả chu trình vòng đời.
- Kiểm soát các yếu tố nguy cơ, dự phòng bệnh chưa mang lại hiệu quả cao.
- Tỷ lệ người được phát hiện và quản lý điều trị bệnh còn thấp, đặc biệt các dịch vụ y tế tại tuyến YTCS vẫn chưa đáp ứng được yêu cầu quản lý, chăm sóc người mắc BKLN một cách liên tục và lâu dài.
- Kinh phí cho hoạt động rất thiếu và bị cắt giảm nhiều qua các năm.

4A.3.2. Một số dịch, bệnh truyền nhiễm tác động lớn đến sức khỏe người dân chưa được kiểm soát hiệu quả

- Các bệnh dịch có thể dự phòng bằng vắc xin vẫn có nguy cơ bùng phát trở lại.
- Một số dịch bệnh lưu hành với tỷ lệ mắc cao và chưa có các biện pháp dự phòng đặc hiệu như bệnh tay chân miệng, sốt xuất huyết. Tử vong do bệnh dại vẫn ở mức cao.
- Số người nhiễm HIV và số bệnh nhân AIDS lũy tích đang gia tăng. HIV/AIDS vẫn là vấn đề sức khỏe cộng đồng đáng quan ngại. Tỷ lệ hiện mắc viêm gan vẫn ở mức cao và là một trong những nguyên nhân chính gây ung thư gan ở Việt Nam.
- Kiểm soát bệnh lao và sốt rét có nguy cơ không bền vững, đặc biệt là vấn đề kháng thuốc.
- Các bệnh nguy hiểm và mới nổi liên tục xuất hiện trên thế giới và có nguy cơ xâm nhập vào nước ta trong bối cảnh giao lưu thương mại, du lịch và lao động giữa Việt Nam và các nước ngày càng gia tăng, thời gian đi và về từ các nước có thể chỉ trong vòng một ngày do đó rất khó kiểm soát triệt để ngay từ cửa khẩu.

4A.3.3. Các yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe liên quan đến môi trường, lối sống chưa được kiểm soát tốt

- Tỷ lệ bao phủ nhà tiêu hợp vệ sinh vẫn có sự chênh lệch lớn giữa các vùng, miền. Miền núi phía Bắc, Tây Nguyên, duyên hải miền Trung và Đông bằng sông Cửu Long có tỷ lệ nhà tiêu thấp hơn so với trung bình toàn quốc. Vẫn còn tỷ lệ đáng kể các hộ gia đình nông thôn chưa có nhà tiêu và vẫn phóng uế bừa bãi ra môi trường (>7%).
- Tình trạng ngộ độc thực phẩm diễn biến phức tạp và chưa có xu hướng giảm, đặc biệt là mắc và tử vong do các vụ ngộ độc dưới 30 người.
- Công tác y tế trường học vẫn còn rất hạn chế, chưa được quan tâm đầu tư đúng mức mặc dù số lượng trẻ em, học sinh, sinh viên chiếm gần 1/3 dân số và nhu cầu giáo dục lối sống, chăm sóc, nâng cao sức khỏe của nhóm đối tượng này là rất lớn. Sự gia tăng gánh nặng học tập, ô nhiễm môi trường, thay đổi về điều kiện kinh tế, xã hội là nguy cơ phát sinh và gia tăng nhiều bệnh tật mới như thừa cân, béo phì, rối loạn tâm thần học đường. Bên cạnh đó, tỷ lệ trẻ mắc bệnh, tật học đường vẫn còn cao như tật khúc xạ, cong vẹo cột

sống, bệnh răng. Các hành vi có hại cũng đang gia tăng như hút thuốc, uống rượu bia, ít vận động và không thường xuyên rửa tay với xà phòng.

- Biến đổi khí hậu, thiên tai phức tạp và khó dự báo đòi hỏi chuẩn bị đầy đủ để đáp ứng hiệu quả; phát triển công nghiệp đòi hỏi phải quan tâm tới các biện pháp vệ sinh công nghiệp.

4B. Cung ứng dịch vụ KCB, YHCT và phục hồi chức năng

4B.1. Các mục tiêu của Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015

Mục tiêu chung của Kế hoạch 5 năm của ngành y tế liên quan dịch vụ KCB là “Tiếp tục phát triển và nâng cao chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh cân bằng giữa dịch vụ KCB phổ cập cho toàn dân và dịch vụ y tế chuyên sâu, dịch vụ y tế kỹ thuật cao.” Có nhiều nhiệm vụ liên quan đã được đề ra trong Kế hoạch 5 năm.

4B.2. Đánh giá kết quả thực hiện các nhiệm vụ của Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015

4B.2.1. Các nhiệm vụ liên quan củng cố phát triển mạng lưới KCB

Nhiệm vụ 1: Củng cố phát triển mạng lưới khám, chữa bệnh

Kế hoạch 5 năm đề ra nhiệm vụ cụ thể là “tiếp tục củng cố và hoàn thiện mạng lưới KCB các tuyến, đặc biệt là tuyến tỉnh, vùng và các bệnh viện chuyên khoa (ung bướu, sản, nhi khoa...) để tăng cường khả năng đáp ứng của bệnh viện các tuyến. Triển khai quy hoạch mạng lưới KCB phù hợp với nhu cầu của nhân dân ở các vùng, miền. Tăng cường hiệu quả sử dụng các nguồn đầu tư để nâng cao chất lượng các dịch vụ KCB, đặc biệt là các bệnh viện tuyến huyện, bệnh viện khu vực đã được đầu tư trong thời gian qua. Kết hợp phát triển dịch vụ KCB phổ cập với phát triển kỹ thuật cao, y tế chuyên sâu, giữa y tế công lập và y tế tư nhân... Củng cố hệ thống tổ chức Y dược học cổ truyền từ trung ương đến địa phương.”

Chỉ tiêu cụ thể trong Kế hoạch 5 năm là tăng tỷ số giường bệnh viện/vạn dân từ 20,5 năm 2010 lên 23,0 năm 2015 (không bao gồm giường TYT xã).

Kết quả thực hiện

Tổng số giường bệnh liên tục gia tăng qua các năm thông qua Đề án 47, 930 và xây mới, cải tạo, nâng cấp một số bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế nhằm giải quyết tình trạng quá tải bệnh viện và chống nằm ghép (Bảng 16 và Bảng 17). Đến năm 2014, tỷ lệ giường bệnh thực kê trên vạn dân là 28,1, tăng 3,4 giường so với năm 2012. Về số giường bệnh kế hoạch, năm 2014, số giường bệnh trên 1 vạn dân là 23,0, đạt chỉ tiêu của kế hoạch 5 năm ngành y tế 2011 – 2015.

Bảng 16: Số cơ sở và giường bệnh bệnh viện công lập tuyến tỉnh, huyện toàn quốc, 2012 – 2014

Chỉ số đánh giá	2012	2013	T6/2014
Tổng số bệnh viện tuyến tỉnh	468	480	492
Tổng số giường bệnh của bệnh viện tuyến tỉnh (giường bệnh thực kê)	118 449	123 200	128 663
Tổng số bệnh viện tuyến huyện	613	618	620
Tổng số giường bệnh của bệnh viện tuyến huyện (giường bệnh thực kê)	78 226	84 379	88 997
Tổng số bệnh viện được xây mới hoàn toàn và đưa vào sử dụng (bao gồm cả những bệnh viện cũ được xây dựng lại)	52	34	30
Tổng số giường bệnh trong các bệnh viện được xây mới hoàn toàn và đưa vào sử dụng	5 315	4 986	5 234

Nguồn: Báo cáo 2 năm kết quả thực hiện Đề án giảm quá tải bệnh viện. Bộ Y tế – Cục Quản lý Khám, chữa bệnh. Tháng 1 – 2015 [105].

Bảng 17: Tổng số bệnh viện, số giường bệnh và hoạt động chuyên môn của bệnh viện, 2010 – 2014

Chỉ số	2010	2011	2012	2013	2014
Tổng số bệnh viện có báo cáo	1119	1119	1102	1278	1264
Tổng số giường bệnh kế hoạch	184 702	196 351	189 283	227 847	235 214
Tổng số giường bệnh thực kê	206 108	218 807	210 831	271 653	286 017
Tổng số lượt khám bệnh (1000)	123 557	131 961	124 596	134 451	137 113
Tổng số lượt điều trị nội trú	14 487 856	16 249 675	11 819 176	12 883 415	13 370 959
Tổng số ca phẫu thuật các loại	2 220 656	2 465 742	2 638 328	2 705 616	2 736 026

Nguồn: Báo cáo kiểm tra bệnh viện các năm 2010 – 2014. Cục Quản lý Khám, chữa bệnh.

Các bệnh viện tư nhân cũng có sự phát triển nhanh về số lượng. Nếu như năm 2010, cả nước mới chỉ có hơn 100 bệnh viện tư nhân thì đến hết năm 2014 đã có 170 bệnh viện, trong đó có 6 bệnh viện có vốn đầu tư nước ngoài với 9501 giường bệnh chiếm 11% tổng số các bệnh viện và 4% số giường bệnh, đạt 1 giường bệnh tư nhân/1 vạn dân. Ngoài ra, còn có hơn 30 000 phòng khám đa khoa và chuyên khoa tư nhân. Theo báo cáo của 106 bệnh viện tư nhân, chỉ có 5% bệnh viện tư có công suất sử dụng đạt trên 100%, có 56% số bệnh viện có công suất chỉ đạt từ 20 đến dưới 60%. Các bệnh viện và phòng khám tư nhân có phân bố không đều, chủ yếu tập trung ở những thành phố, đô thị lớn như Thành phố Hồ Chí Minh, Hà Nội, Hải Phòng, Đà Nẵng, Nghệ An v.v..

YTCS được phát triển rộng khắp toàn quốc, bao gồm mạng lưới y tế thôn bản, tạo điều kiện thuận lợi để người dân tiếp cận dịch vụ y tế. 99% xã, phường, thị trấn đã có nhà trạm, 78% số TYT có bác sĩ, 96% TYT xã có nữ hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi; 78% thôn, bản, tổ dân phố trong cả nước đã có nhân viên y tế hoạt động, riêng ở các thôn bản khu vực nông thôn và miền núi là 95,9%. Tỷ lệ các xã đạt Tiêu chí quốc gia về y tế xã là 55%. Khoảng 80% TYT xã đã triển khai khám, chữa bệnh BHYT. Bộ Y tế cũng đã có Quyết định số 4667/QĐ-BYT sửa đổi Bộ Tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011 – 2020 để phát triển y tế tuyến xã phù hợp với nhu cầu CSSK nhân dân ở từng vùng, miền, khu vực. Bộ Y tế cũng đã xây dựng và trình Chính phủ ban hành Nghị quyết về tăng cường y tế trong tình hình mới. Y tế biển, đảo được quan tâm. Đã thành lập

Ban chỉ đạo quốc gia về y tế biển đảo, nghiên cứu thực trạng và xây dựng mô hình cung ứng dịch vụ y tế các huyện đảo. Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt Đề án phát triển y tế biển đảo theo Quyết định số 317/QĐ-TTg.

Các cơ sở KCB bằng YHCT đã được hình thành và phát triển ở tất cả các tuyến với 61 bệnh viện YHCT, tỷ lệ giường bệnh YHCT chiếm 13,7%; 90% các bệnh viện hiện đại có khoa, tổ YHCT; 73,4% số TYT có bộ phận khám bệnh bằng YHCT [17]. Số xã KCB BHYT bằng YHCT là 61,5%, bằng thuốc thành phẩm YHCT là 67,1% và bằng thuốc nam là 44,6%. Có 83,9% TYT có vườn thuốc nam. Chất lượng KCB YHCT, kết hợp YHCT và y học hiện đại từng bước được nâng cao nhờ được đầu tư, chuẩn hóa quy trình kỹ thuật, chỉ đạo tuyến, chuyển giao kỹ thuật và áp dụng các tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện YHCT. Thủ tướng Chính phủ đã có Quyết định số 363/QĐ-TTg phê duyệt đề án đầu tư nâng cấp hệ thống bệnh viện YHCT toàn quốc giai đoạn 2013-2025 [35].

Hoạt động của hệ thống PHCN giai đoạn 2011 – 2015 đã có sự thay đổi quan trọng với sự ra đời Thông tư số 46/2013/TT-BYT quy định chức năng nhiệm vụ, cơ cấu tổ chức của các cơ sở PHCN là hành lang pháp lý quan trọng để triển khai công tác PHCN tại bệnh viện và PHCN dựa vào cộng đồng. Năm 2012, Thủ tướng Chính phủ cũng đã ban hành Quyết định số 1019/QĐ-TTg phê duyệt Đề án hỗ trợ người khuyết tật giai đoạn 2012 – 2020 và Quyết định số 1208/QĐ-TTg phê duyệt CTMTQG về y tế trong đó có dự án mục tiêu về PHCN. Với mạng lưới 63 bệnh viện/trung tâm điều dưỡng – PHCN, 100% các bệnh viện đa khoa và chuyên khoa tuyến trung ương, tuyến tỉnh có khoa PHCN, các bệnh viện huyện công tác PHCN được lồng ghép trong các khoa, hầu hết các xã có phân công cán bộ theo dõi công tác PHCN [106]. Bộ Y tế cũng đã phê duyệt Kế hoạch quốc gia về phát triển PHCN giai đoạn 2014 – 2020 theo Quyết định số 4039/QĐ-BYT (2014) thể hiện sự quan tâm đến mạng lưới và hoạt động PHCN. Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt Kế hoạch hành động quốc gia về khắc phục hậu quả chất độc da cam dioxin (Quyết định 651/QĐ-TTg năm 2012) và Bộ Y tế đã phê duyệt dự án tổ chức PHCN dựa vào cộng đồng cho nạn nhân chất độc da cam dioxin (Quyết định 4039/QĐ-BYT năm 2013).

Khó khăn, hạn chế

Sự thiếu hụt về năng lực chuyên môn ở một số lĩnh vực chuyên khoa: ung bướu, tim mạch, nhi v.v.. ở các cơ sở khám, chữa bệnh tuyến dưới. Mạng lưới điều trị ung bướu mới chỉ đáp ứng được khoảng 1/3 nhu cầu, đặc biệt là xạ trị dẫn đến tình trạng quá tải nghiêm trọng tại các cơ sở tuyến trung ương.

Sự không đồng đều về năng lực chuyên môn, kỹ thuật ở các bệnh viện tỉnh, huyện. Sự phát triển không cân đối ở một số vùng, miền. Năng lực cung ứng dịch vụ thiếu hụt ở một số địa phương thể hiện ở việc nhiều tỉnh miền núi dư quỹ KCB BHYT mà một lý do quan trọng là không có khả năng cung ứng một số dịch vụ kỹ thuật. Một số khó khăn, bất cập trong việc xây dựng danh mục kỹ thuật, danh mục thuốc, phân tuyến kỹ thuật đặc biệt liên quan đến quyền lợi BHYT.

Tính liên tục trong chăm sóc người bệnh bị ảnh hưởng bởi thiếu sự gắn kết giữa các cơ sở y tế các tuyến do cơ chế tự chủ của các bệnh viện.

Mạng lưới cung ứng dịch vụ YHCT đã có bước phát triển nhưng chưa mạnh và chưa phát huy hết những ưu thế của lĩnh vực này.

Mạng lưới cung ứng dịch vụ PHCN còn hạn chế về năng lực chuyên môn, kỹ thuật, chưa có cơ chế khuyến khích phát triển. Chương trình PHCN dựa vào cộng đồng mặc dù đã có sự quan tâm nhưng kết quả hoạt động còn hạn chế.

4B.2.2. Các nhiệm vụ liên quan tăng khả năng tiếp cận của dân với dịch vụ KCB

Kết quả thực hiện chung

Tỷ lệ khám, chữa bệnh của người dân trong 1 năm đã tăng từ 34,2% (năm 2008) lên 40,9% (2010) và 39,2% (2012), trong đó tỷ lệ người KCB ngoại trú tăng từ 31,0% (2008) lên 37,1% (2010) và 36,0% (2012). Tỷ lệ điều trị nội trú cũng tăng từ 6,5% (2008) lên 8,1% (2010) và 7,3% (2012). Tỷ lệ KCB năm 2012 có sự chênh lệch nhưng không đáng kể khi so sánh giữa khu vực thành thị và nông thôn với 40,2% ở khu vực thành thị và 38,7% ở khu vực nông thôn. Tuy vậy, khi so sánh giữa các vùng kinh tế xã hội, có sự chênh lệch rõ rệt, thấp nhất là vùng Trung du và Miền núi phía Bắc và cao nhất ở vùng Đồng bằng sông Cửu Long. Mặc dù có sự chênh lệch nhưng tỷ lệ khám, chữa bệnh đều có sự cải thiện ở tất cả các vùng, đặc biệt ở Tây Nguyên, Đông Nam Bộ và Đồng bằng sông Cửu Long với mức tăng từ 5 – 10% khi so sánh giữa năm 2008 và 2012. Nếu so sánh giữa các nhóm thu nhập thì nhìn chung, chỉ có sự chênh lệch đáng kể giữa nhóm 5 và nhóm 1 (với tỷ lệ là 42,9% và 35,5% năm 2012), còn lại các nhóm 2,3,4 là tương đương). So sánh giữa hai giới thì nữ luôn có tỷ lệ KCB cao hơn nam giới (43,6% so với 34,6% năm 2012) [107].

Tỷ lệ bao phủ BHYT từ 60% năm 2010 đã tăng lên 71,0% năm 2014 và 75,3% năm 2015.

Nhiệm vụ 1: Thực hiện mô hình bác sĩ gia đình

Đề án Bác sĩ gia đình và mô hình phòng khám bác sĩ gia đình đã được triển khai thí điểm tại 8 tỉnh, thành phố theo Đề án và theo hướng dẫn tại Thông tư số 16/2014/TT-BYT. Từ tháng 3/2013 đến 12/2014, đã thành lập 160 phòng khám bác sĩ gia đình, khám cho 491 052 lượt người bệnh, khám sàng lọc cho hơn 277 000 lượt người, khám cấp cứu 2930 trường hợp, khám tại nhà 2688 trường hợp.

Nhiệm vụ 2: Thực hiện mô hình CSSK người cao tuổi tại cộng đồng

Chăm sóc sức khỏe người cao tuổi đã được quan tâm đầu tư. Năm 2012, Thủ tướng Chính phủ ký Quyết định số 1781/QĐ-TTg phê duyệt Chương trình hành động quốc gia về người cao tuổi Việt Nam giai đoạn 2012 – 2020; năm 2011, Bộ Y tế cũng đã ban hành Thông tư số 35/2011/TT-BYT về thực hiện CSSK người cao tuổi. Đến nay, hệ thống CSSK cho người cao tuổi đang được hoàn thiện. Cả nước có bốn bệnh viện nòng cốt chuyên phục vụ CSSK người cao tuổi; có 46/63 tỉnh, thành đã thành lập được khoa Lão khoa. Hơn hai triệu người cao tuổi được khám sức khỏe định kỳ; hơn 1,7 triệu người được lập sổ theo dõi sức khỏe. Hầu hết các bệnh viện đều có chính sách ưu tiên khám và CSSK đối với người cao tuổi. Chăm sóc người cao tuổi dựa vào cộng đồng được triển khai tại 160 xã của 23 tỉnh. Mạng lưới tình nguyện viên hỗ trợ chăm sóc người cao tuổi được thiết lập tại các xã triển khai.

Khó khăn chung

Còn gặp khó khăn về tiếp cận và tính sẵn có của dịch vụ ở một số vùng, khu vực, lĩnh vực, đặc biệt là khu vực miền núi phía Bắc, người nghèo, người dân tộc thiểu số.

Khó khăn về tài chính, gần 30% dân số chưa có BHYT, đặc biệt ở nhóm đối tượng cận nghèo.

Tập tục, tín ngưỡng, thói quen tìm kiếm dịch vụ y tế: Một số đồng bào dân tộc thiểu số vùng Tây Bắc, Tây Nguyên vẫn có tập tục đẻ tại nhà, không đi khám, chữa bệnh.

4B.2.3. Các nhiệm vụ liên quan nâng cao chất lượng dịch vụ KCB

Nhiệm vụ 1: Thực hiện Chỉ thị về nâng cao chất lượng KCB, khắc phục tình trạng lạm dụng

Nhiệm vụ cụ thể được nêu trong Kế hoạch 5 năm là “Tiếp tục đẩy mạnh việc thực hiện Chỉ thị số 06/2007/CT-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh. Đặc biệt lưu ý khắc phục tình trạng lạm dụng thuốc, xét nghiệm cận lâm sàng, dịch vụ kỹ thuật cao gây tốn kém không cần thiết cho người bệnh.... Tăng cường giáo dục y đức, thực hiện xử phạt khắc phục hậu quả đối với vi phạm đạo đức nghề nghiệp.”

Kết quả thực hiện

Hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện được hình thành. Năm 2010, tại Bộ Y tế (Cục Quản lý Khám, chữa bệnh) đã thành lập Phòng quản lý chất lượng bệnh viện. Năm 2013, Phòng Quản lý chất lượng bệnh viện đã tham mưu trình Bộ Y tế ban hành Thông tư số 19/2013/TT-BYT thiết lập hệ thống quản lý chất lượng tại các bệnh viện, theo đó, mỗi bệnh viện sẽ phải thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bao gồm hội đồng quản lý chất lượng, phòng/tổ quản lý chất lượng, mạng lưới quản lý chất lượng và các quy định liên quan khác. Sở y tế có cán bộ phụ trách về quản lý chất lượng. Đến 5/2015, đã có 55,4% bệnh viện trên toàn quốc thành lập phòng hoặc tổ quản lý chất lượng [75]. Hệ thống kiểm chuẩn chất lượng xét nghiệm được hình thành với 3 trung tâm kiểm chuẩn chất lượng xét nghiệm được thành lập và đi vào hoạt động, trong đó, 1 trung tâm kiểm chuẩn xét nghiệm của Thành phố Hồ Chí Minh thành lập năm 2007 và 02 trung tâm kiểm chuẩn xét nghiệm thuộc Đại học Y Hà Nội và Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh thuộc Bộ Y tế thành lập năm 2010. Đến tháng 12/2014, đã có gần 1400 phòng xét nghiệm tham gia chương trình ngoại kiểm của 3 trung tâm. Thông tư số 01/2013/TT-BYT của Bộ Y tế hướng dẫn quản lý chất lượng xét nghiệm y học đã tạo hành lang pháp lý quan trọng cho hoạt động này và là căn cứ để các phòng xét nghiệm nâng cao chất lượng xét nghiệm. Bộ Y tế cũng đã ban hành Chương trình hành động quốc gia về nâng cao chất lượng xét nghiệm theo Quyết định số 3701/QĐ-BYT (2010) đặt ra mục tiêu và lộ trình nhằm nâng cao chất lượng xét nghiệm y học.

Phương pháp kiểm tra đánh giá chất lượng bệnh viện đã được đổi mới. Năm 2013, Bộ Tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện đã được ban hành và áp dụng thí điểm. Đến năm 2014, được áp dụng rộng rãi thay thế cho Bảng kiểm tra bệnh viện hằng năm. Bộ Tiêu chí gồm 84 tiêu chí chia làm 5 nhóm, mỗi tiêu chí chia làm 5 mức độ thực hiện. Tổng cộng có 1487 tiểu mục là các yêu cầu về chất lượng các bệnh viện phải thực hiện. Năm 2014, đã có 1233 bệnh viện trên toàn quốc áp dụng và có kết quả tích cực, có sự chuyển biến, chất lượng dịch vụ được cải thiện so với năm 2013 [108].

Việc đổi mới khoa khám bệnh thông qua cải tiến quy trình khám bệnh, cải cách thủ tục hành chính đã được Bộ Y tế quan tâm. Quyết định số 1313/QĐ-BYT năm 2013 sau hơn 1 năm áp dụng đã cho kết quả khả quan với số bàn khám của các bệnh viện tăng lên gần gấp đôi, quy trình khám bệnh được cải tiến giảm bớt một số khâu, tổng thời gian chờ khám bệnh đã được rút ngắn trung bình 48,5 phút/lượt khám [109].

Chuẩn năng lực người hành nghề đang được xây dựng và bước đầu áp dụng. Chuẩn năng lực của điều dưỡng viên đã được ban hành theo Quyết định số 1352/QĐ-BYT với 25 tiêu chuẩn và 110 tiêu chí. Chuẩn năng lực cơ bản của hộ sinh Việt Nam được ban hành theo Quyết định số 342/QĐ-BYT và mới đây, chuẩn đầu ra cho bác sĩ đa khoa cũng đã được ban hành theo Quyết định số 1854/QĐ-BYT.

Tiêu chuẩn chất lượng được xây dựng và ban hành áp dụng thí điểm với bệnh đột quỵ (Quyết định số 86/QĐ-KCB, 2014). Có 15 tiêu chuẩn được ban hành bao gồm cả các tiêu chuẩn lâm sàng và tiêu chuẩn dịch vụ. Đây là bước đầu cho việc áp dụng phương pháp kiểm định chất lượng lâm sàng góp phần nâng cao chất lượng xử trí đột quỵ ở Việt Nam.

Hệ thống phản hồi của người dân về chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh đã được tăng cường và có bước phát triển. Đường dây nóng của các bệnh viện được thiết lập từ năm 2004 nhưng phải đến năm 2013, đường dây nóng phản hồi về chất lượng DVYT được tăng cường và củng cố dưới hình thức 3 cấp độ (Bộ Y tế, Sở y tế, Bệnh viện) và được quản lý thống nhất và chính thức đi vào hoạt động từ tháng 11/2013 (Chỉ thị 09/CT-BYT, 2013). Trong năm 2014, đã có tổng cộng 35 934 cuộc gọi đến đường dây nóng, trong đó, số cuộc gọi đến tổng đài 19009095 (Viettel trực tiếp nhận và chuyển đến các đơn vị liên quan) là 25 506 cuộc gọi, chiếm 70,9%. Số cuộc gọi trực tiếp đến số điện thoại đường dây nóng của Bộ Y tế, Sở y tế và Bệnh viện là 10 428 cuộc gọi, chiếm 29,1% (trong đó số cuộc gọi đến đường dây nóng của Bộ Y tế là 1738 cuộc gọi, chiếm 16,6%) [110]. Năm 2013, Bộ Y tế cũng đã có Quyết định số 4448/QĐ-BYT phê duyệt Đề án “Đánh giá sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế công” và đang triển khai áp dụng thí điểm ở các lĩnh vực, trong đó có lĩnh vực KCB, theo lộ trình sẽ tiến hành áp dụng chính thức năm 2015.

Quy tắc ứng xử và đạo đức nghề nghiệp tiếp tục được quan tâm. Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 07/2014/TT-BYT quy định cụ thể các quy tắc ứng xử của người thầy thuốc và đã triển khai 11 lớp tập huấn cho khoảng 1000 viên chức y tế về kỹ năng giao tiếp.

Khó khăn, hạn chế

Hạn chế về hệ thống quản lý chất lượng dịch vụ y tế cấp quốc gia, cấp địa phương và cấp đơn vị. Mặc dù đã có quy định nhưng vẫn còn hơn 44% bệnh viện chưa thành lập phòng/tổ quản lý chất lượng.

Chưa thành lập tổ chức đánh giá và công nhận chất lượng độc lập mặc dù đã có hành lang pháp lý (Luật Khám bệnh, chữa bệnh; Nghị định số 87/2011/NĐ-CP).

Chất lượng dịch vụ với giá dịch vụ chưa có sự gắn kết, chưa có cơ chế khuyến khích nâng cao chất lượng dịch vụ cả về tài chính và phi tài chính.

Chất lượng chuyên môn vẫn chưa có sự đánh giá và quản lý chặt chẽ. Cơ chế kiểm định chất lượng lâm sàng chưa được thực hiện. Tình trạng không công nhận kết quả xét nghiệm giữa các cơ sở khám, chữa bệnh vẫn còn phổ biến. Gia tăng số xét nghiệm cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh trung bình ở mức gần 10% mỗi năm.

Chất lượng người hành nghề còn hạn chế và chưa có cơ chế thúc đẩy việc nâng cao năng lực chuyên môn và phát triển nghề nghiệp liên tục có hiệu quả.

Hệ thống thông tin phản hồi về chất lượng dịch vụ đang được xây dựng; chưa hoàn thiện.

Nhiệm vụ 2: Hoàn thiện hệ thống văn bản hướng dẫn

Nhiệm vụ cụ thể trong Kế hoạch 5 năm là “Hoàn thiện hệ thống văn bản quy phạm pháp luật hướng dẫn thực hiện Luật Khám, chữa bệnh, hướng dẫn các quy chế, quy trình chuyên môn trong KCB, quy chế về sử dụng thuốc an toàn, hợp lý, chăm sóc người bệnh toàn diện, chống nhiễm khuẩn. Mở rộng triển khai các mô hình Chăm sóc người bệnh toàn diện.”

Kết quả thực hiện

Ngành y tế đã hoàn thành việc xây dựng và triển khai các văn bản hướng dẫn Luật KBCB, Luật BHYT, hình thành hệ thống và thực hiện việc cấp phép hoạt động cho các bệnh viện và cơ sở KBCB, cấp chứng chỉ hành nghề cho người hành nghề.

Các hướng dẫn chuyên môn như: hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, hướng dẫn quy trình kỹ thuật đã được xây dựng, ban hành với số lượng lớn (Bảng 18).

Bảng 18: Số lượng các hướng dẫn chuyên môn được ban hành giai đoạn 2011 – 2014

Loại hướng dẫn chuyên môn	Năm 2011	Năm 2012	Năm 2013	Năm 2014	Tổng số
Hướng dẫn quy trình kỹ thuật		351	1427	2096	3874
Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị	40	23	90	416	569
Hướng dẫn chuyên môn cho tuyến xã				59	59
Tiêu chuẩn chất lượng lâm sàng				15	15

Nguồn: Cục Quản lý khám chữa bệnh, Bộ Y tế.

Trong giai đoạn 2012 – 2014, đã xây dựng hướng dẫn cho gần 4000 quy trình kỹ thuật ở hầu hết các chuyên khoa. Lần đầu tiên các hướng dẫn chuyên môn dành riêng cho tuyến xã được xây dựng và ban hành với các nội dung phù hợp, chủ yếu thuộc lĩnh vực sản phụ khoa, cấp cứu nội, ngoại, nhi khoa và các chẩn đoán, điều trị các bệnh thường gặp (Quyết định số 2919/QĐ-BYT, 2014).

Khó khăn, hạn chế

Thiếu các quy định, hướng dẫn về quản lý chỉ định sử dụng các TTBYT trong chẩn đoán và điều trị, đặc biệt là với TTB đắt tiền, để bảo đảm sử dụng hợp lý và an toàn các TTBYT, nhằm tránh lạm dụng và tránh gánh nặng tài chính cho bệnh nhân.

Nhiệm vụ 3: Triển khai thực hiện Chính sách quốc gia về Y dược học cổ truyền

Nhiệm vụ cụ thể trong Kế hoạch 5 năm là “Tiếp tục triển khai thực hiện Chính sách quốc gia về Y dược học cổ truyền, xây dựng các văn bản quy phạm pháp luật, đẩy mạnh phát triển đông dược và dược liệu; các văn bản hướng dẫn quy trình kỹ thuật điều trị bằng YHCT và quy trình điều trị kết hợp YHCT với y học hiện đại đối với một số chứng, bệnh. Ban hành phác đồ điều trị bằng YHCT đối với một số bệnh mà YHCT có khả năng điều trị đạt kết quả tốt. Xây dựng tiêu chuẩn và tăng cường kiểm soát chất lượng thuốc YHCT.”

Kết quả thực hiện

Có 61,5% số TYT thực hiện KCB BHYT bằng YHCT; 67,1% KCB BHYT bằng thuốc thành phẩm YHCT và 44,6% khám chữa bệnh BHYT bằng thuốc nam. Tỷ lệ điều trị ngoại trú bằng YHCT so với tổng điều trị ngoại trú chung ở tuyến huyện, xã là 26% [35].

4B.2.4. Nhiệm vụ liên quan chống quá tải bệnh viện

Nhiệm vụ cụ thể trong kế hoạch 5 năm là “Triển khai các giải pháp toàn diện hiệu quả để từng bước giảm quá tải bệnh viện, sử dụng dịch vụ bệnh viện hợp lý hơn và từng bước giảm sử dụng dịch vụ bệnh viện... đổi mới cơ chế tài chính bệnh viện, chính sách giá dịch vụ bệnh viện; thay đổi cơ chế chi trả dịch vụ bệnh viện từ thu phí theo dịch vụ sang thu trọn gói, tiến tới thu theo nhóm chẩn đoán và các mô hình tài chính bệnh viện hiện đại khác phù hợp với Việt Nam; củng cố và nâng cao chất lượng dịch vụ KCB tuyến cơ sở; tăng cường các hoạt động YTDP, CSSKBĐ; mở rộng mạng lưới bệnh viện phù hợp với nhu cầu CSSK của nhân dân...” Nhiều giải pháp trên đã được đề cập trong các mục khác của Chương II, như mục 2 về các giải pháp tài chính, mục 4A về YTDP, và mục 4B2.1 về mở rộng mạng lưới bệnh viện. Dưới đây chỉ đề cập việc nâng cao năng lực cung cấp dịch vụ KCB tuyến dưới.

Nhiệm vụ: Tiếp tục nâng cao năng lực cung cấp dịch vụ KCB tuyến dưới

Kế hoạch 5 năm nêu cụ thể nhiệm vụ là: “Tiếp tục đẩy mạnh công tác chỉ đạo tuyến, thực hiện Quyết định số 1816/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc phê duyệt Đề án cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh tại địa phương,... Điều chỉnh phân tuyến kỹ thuật theo hướng mở rộng dịch vụ, kỹ thuật y tế, đặc biệt là ở tuyến dưới tạo điều kiện cho người bệnh tiếp cận với dịch vụ y tế có chất lượng ở nơi gần nhất,... Thiết lập hệ thống chuyển tuyến hiệu quả, thực hiện KCB phù hợp theo tuyến chuyên môn, trước hết thông qua BHYT.”

Kết quả thực hiện

Phân tuyến kỹ thuật có sự điều chỉnh, chuyển giao kỹ thuật cho tuyến dưới được tăng cường. Năng lực cung ứng dịch vụ kỹ thuật tại các bệnh viện tuyến cuối được phát triển và các bệnh viện tuyến tỉnh, huyện được chuyển giao kỹ thuật và được cải thiện thông qua Đề án bệnh viện vệ tinh và đề án luân phiên, luân chuyển cán bộ y tế. Thông qua Đề án bệnh viện vệ tinh, 46 bệnh viện tuyến tỉnh nhận chuyển giao kỹ thuật từ 14 bệnh viện hạt nhân. Sau 2 năm thực hiện (2013 – 2014), đã có 224 kỹ thuật được chuyển giao và 1701 cán bộ của bệnh viện vệ tinh được tiếp nhận các kỹ thuật trên. Tỷ lệ chuyển tuyến của các bệnh viện vệ tinh lên tuyến trên có xu hướng giảm 37,5%.

Đề án luân phiên cán bộ y tế được bắt đầu từ năm 2008 (Quyết định số 1816/QĐ-BYT) giao nhiệm vụ cho 60 bệnh viện tuyến trung ương và một số bệnh viện tuyến cuối tại Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh cử cán bộ đi luân phiên có thời hạn đến các tỉnh. Sau thời gian thực hiện, đề án này đã đạt được một số kết quả nhất định. Trong giai đoạn 2012 – 2014, chính sách luân phiên cán bộ y tế có sự thay đổi về chất, thay bằng việc cử luân phiên mỗi cán bộ tối thiểu 3 tháng đã thay đổi theo hình thức linh hoạt hơn theo hướng chuyển giao kỹ thuật và được quy định bởi Quyết định số 14/QĐ-TTg (2013), hướng dẫn cụ thể bởi Thông tư số 18/2014/TT-BYT. Năm 2014, các bệnh viện tuyến trung ương đã cử 238 lượt cán bộ đi luân phiên, chuyển giao 2439 kỹ thuật cho tuyến tỉnh, đào tạo cho 38 460 lượt học viên. Bệnh viện tuyến tỉnh đã cử

4661 cán bộ đi luân phiên hỗ trợ cho 1367 lượt bệnh viện huyện và đã chuyển giao 3299 lượt kỹ thuật. Bệnh viện tuyến huyện đã cử 11 261 lượt cán bộ hỗ trợ 9791 lượt TYT xã, chuyển giao 8073 lượt kỹ thuật, tập huấn cho 45 626 lượt cán bộ y tế xã. Nhờ vậy, 58% số bệnh viện tuyến trung ương, 47% số bệnh viện tuyến tỉnh có xu hướng giảm số khoa có nằm ghép và 25% số bệnh viện huyện tăng công suất sử dụng giường bệnh từ 40% lên 60 – 70% [105].

Khó khăn, hạn chế

Đề án Bệnh viện vệ tinh mới được triển khai ở 37 tỉnh, thành phố trong khi đó nhu cầu cần triển khai ở hầu hết các tỉnh.

Một số nhóm giải pháp trong Đề án giảm tải vẫn chưa được quan tâm đúng mức.

4B.2.5. Nhiệm vụ liên quan quản lý bệnh viện

Nhiệm vụ: Nâng cao năng lực quản lý bệnh viện

Trong Kế hoạch 5 năm, có nêu ra nhiệm vụ là “Tăng cường quản lý và sử dụng hiệu quả nguồn lực ở các bệnh viện. Phát triển và ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện. Tổ chức các khóa đào tạo dài hạn, tập huấn ngắn hạn về quản lý bệnh viện cho các đối tượng khác nhau về các lĩnh vực quản lý tài chính, nhân lực, trang thiết bị, cơ sở hạ tầng, dược và chất lượng dịch vụ bệnh viện. Xây dựng bệnh viện xanh-sạch-đẹp.”

Kết quả thực hiện

Trung tâm phát triển năng lực quản lý khám, chữa bệnh được thành lập tại Cục Quản lý Khám, chữa bệnh năm 2010. Viện Đào tạo, bồi dưỡng Cán bộ quản lý ngành y tế thuộc Trường Đại học YTCC được thành lập. Tiêu chí cán bộ quản lý bệnh viện phải qua đào tạo về quản lý đã được đưa vào Tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện. Công tác đào tạo quản lý được quan tâm và tăng cường trong những năm qua. Mỗi năm, hàng chục lớp đào tạo về quản lý y tế được tổ chức.

Khó khăn, hạn chế

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

4B.3. Các vấn đề ưu tiên

4B.3.1. Tổ chức cung ứng dịch vụ KCB cần trở thành khả năng đáp ứng nhu cầu CSSK của người dân một cách hiệu quả, hiệu suất

- Tổ chức mạng lưới cung ứng dịch vụ KCB (gồm cả YHCT và PHCN) chưa thực sự phù hợp để bảo đảm cung ứng dịch vụ một cách hiệu quả đáp ứng nhu cầu CSSK của người dân theo nguyên tắc chăm sóc toàn diện, liên tục, lấy bệnh nhân làm trung tâm.
- Việt Nam là quốc gia có tốc độ già hóa nhanh, song chế độ an sinh xã hội chưa bảo đảm; công tác CSSK người cao tuổi chưa được quan tâm đầu tư đúng mức; hệ thống y tế chưa được chuẩn bị sẵn sàng để đáp ứng nhu cầu CSSK người cao tuổi. Hiện nay, đa

số người cao tuổi sống ở nông thôn, vùng sâu, vùng xa chưa có lương hưu hay bảo hiểm xã hội tuổi già, nhiều chính sách chưa phù hợp người cao tuổi và dân số già. Nhu cầu tư vấn, hỗ trợ và chăm sóc người cao tuổi là rất lớn nhưng chỉ mới có 160 xã của 23 tỉnh triển khai chương trình chăm sóc người cao tuổi dựa vào cộng đồng. Trong khi đó, thái độ của cộng đồng chưa mang tính khuyến khích sự tham gia của người cao tuổi và hoạt động hỗ trợ, trợ giúp của cộng tác viên chưa đáp ứng nhu cầu. Một bộ phận người cao tuổi còn tự ti, mặc cảm nghĩ mình là “người thừa” nên việc tham gia vào các hoạt động cộng đồng còn hạn chế. Cán bộ tham gia mô hình thiếu kiến thức và kinh nghiệm, chưa được đào tạo nên hạn chế tiếp cận người cao tuổi, kỹ năng tư vấn và chăm sóc hạn chế đến kết quả hoạt động.

4B.3.2. Khả năng cung cấp dịch vụ KCB cơ bản không đều giữa các vùng địa lý

Năng lực chuyên môn kỹ thuật và khả năng cung ứng dịch vụ ở tuyến tỉnh và huyện, đặc biệt ở miền núi phía Bắc và các khu vực khó khăn chưa bảo đảm chất lượng và hiệu quả. Vẫn còn tồn tại khoảng cách giữa năng lực thực tế và những dịch vụ kỹ thuật mà Bộ Y tế quy định cho các cơ sở y tế ở các tuyến khác nhau. Điều này dẫn đến hạn chế khả năng tiếp cận với các dịch vụ KCB có chất lượng của một số nhóm đối tượng ở các khu vực khó khăn.

4B.3.3. Quản lý chất lượng dịch vụ KCB chưa đáp ứng nhu cầu

Hệ thống quản lý chất lượng dịch vụ đã được xây dựng nhưng nhiều cơ chế, quy định, hướng dẫn vẫn chưa được ban hành hoặc thực hiện:

- Cơ chế đánh giá chất lượng độc lập vẫn chưa được thực hiện trong kế hoạch đầu tư, thanh toán BHYT, hệ thống chuyển tuyến và cung cấp thông tin về các cơ sở y tế để người dân lựa chọn.
- Cơ chế cấp chứng chỉ hành nghề chưa bảo đảm chất lượng vì chỉ cấp một lần suốt đời, không đánh giá kiến thức và kỹ năng và không gắn với trách nhiệm thực hiện quy định về đào tạo liên tục.
- Thiếu cơ sở cho việc đánh giá chất lượng lâm sàng vì thiếu hướng dẫn chuẩn về lâm sàng cho nhiều nhóm bệnh tật.
- Thiếu cơ chế cần thiết (cạnh tranh, minh bạch thông tin về chất lượng và mức độ hài lòng của bệnh nhân) để thúc đẩy các cơ sở y tế cải tiến chất lượng dịch vụ.
- Thiếu các cơ chế để quản lý, kiểm soát có hiệu quả chất lượng, tính an toàn nhằm phát huy thế mạnh của các dịch vụ KCB YHCT và PHCN.

4B.3.4. Các bệnh viện tuyến cuối vẫn bị quá tải trong khi bệnh viện tuyến dưới không sử dụng hết công suất

Tình trạng quá tải vẫn chưa được giải quyết triệt để ở các bệnh viện tuyến cuối. Đây không chỉ là vấn đề của riêng các bệnh viện mà là vấn đề chung của cả hệ thống y tế, liên quan đến cả việc đổi mới, nâng cao năng lực và chất lượng DVYT tuyến cơ sở; thay đổi thói quen và hành vi sử dụng DVYT của người dân.

4C. Cung ứng dịch vụ DS-KHHGĐ và CSSKSS

4C.1. Các mục tiêu của Kế hoạch 5 năm 2011-2015

Mục tiêu cụ thể trong Kế hoạch 5 năm của ngành y tế là: “Nâng cao các hoạt động DS-KHHGĐ, SKSS, bảo đảm dân số ổn định, duy trì mức sinh thấp hợp lý; khống chế tốc độ tăng nhanh tỷ số giới tính khi sinh, nâng cao chất lượng dân số về thể chất”.¹¹

4C.2. Đánh giá kết quả thực hiện các nhiệm vụ của Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015

4C.2.1. Hoàn thiện hệ thống chính sách, văn bản quy phạm pháp luật

Nhiệm vụ: Hoàn thiện hệ thống chính sách, văn bản quy phạm pháp luật để tạo hành lang pháp lý và môi trường xã hội thuận lợi để thực hiện tốt công tác DS-KHHGĐ và CSSKSS

Kết quả thực hiện

Trong giai đoạn 2011 – 2015, nhiều chính sách, văn bản quy phạm pháp luật trong lĩnh vực DS-KHHGĐ và CSSKSS đã được ban hành:

- Chiến lược Dân số và SKSS Việt Nam giai đoạn 2011 – 2020 và Kế hoạch hành động quốc gia về CSSKSS (tập trung vào làm mẹ an toàn và chăm sóc sơ sinh) giai đoạn 2011-2015 là những định hướng chiến lược quan trọng cho công tác DS-KHHGĐ, CSSKSS. Hầu hết các chỉ tiêu cơ bản về CSSKSS và SKBMTE đã được đưa vào Kế hoạch bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011 – 2015 hoặc Kế hoạch hành động quốc gia về CSSKSS.
- Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng 2011 – 2020, tầm nhìn 2030; Kế hoạch hành động quốc gia về dinh dưỡng đến năm 2015 và Kế hoạch hành động về nuôi dưỡng trẻ nhỏ giai đoạn 2012 – 2015.
- Trong bối cảnh kinh tế xã hội còn rất nhiều khó khăn, CTMTQG về DS-KHHGĐ và CSSKSS, Dự án mục tiêu quốc gia về SKSS và Dự án mục tiêu quốc gia cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ em vẫn được duy trì. CTMTQG về DS-KHHGĐ có các dự án mục tiêu quốc gia: dự án bảo đảm hậu cần và cung cấp dịch vụ KHHGĐ; tầm soát các bệnh, tật bẩm sinh và giảm thiểu mất cân bằng giới tính khi sinh; nâng cao truyền thông và năng lực tổ chức thực hiện chương trình; đề án kiểm soát dân số vùng biển, đảo và ven biển.

Bên cạnh đó, nhiều chính sách hỗ trợ cho công tác DS-KHHGĐ, CSSKSS, SKBMTE cũng đã được ban hành:

- Luật Lao động sửa đổi đã nới rộng thời gian nghỉ đẻ của bà mẹ từ 4 tháng lên 6 tháng.
- Chương trình quốc gia về bình đẳng giới giai đoạn 2011 – 2015 được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt theo Quyết định số 1241/QĐ-TTg năm 2011.
- Nghị quyết số 05/NQ-CP (2014) của Chính phủ về việc đẩy mạnh việc thực hiện các Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ trong lĩnh vực y tế.

¹¹ Bao gồm sàng lọc các bệnh và dị tật bẩm sinh trước sinh và sơ sinh và các can thiệp dự phòng như chế độ dinh dưỡng hợp lý trong thời gian mang thai.

- Nghị định số 39/NĐ-CP ngày 27/4/2014 của Chính phủ về quy định chính sách hỗ trợ phụ nữ thuộc hộ nghèo là người dân tộc thiểu số khi sinh con đúng chính sách dân số.
- Chỉ thị số 01/CT-BYT (2015) của Bộ trưởng Bộ Y tế về tăng cường chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh nhằm giảm tỷ lệ tử vong mẹ, tử vong sơ sinh.
- Nghị định số 10/2015/NĐ-CP của Chính phủ quy định về sinh con bằng kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm và điều kiện mang thai hộ vì mục đích nhân đạo.
- Thông tư số 07/2013/TT-BYT của Bộ Y tế về việc ban hành tiêu chuẩn, chức năng, nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn, bản. Trong đó, lần đầu tiên cô đỡ thôn, bản được quy định là một loại hình nhân viên y tế thôn, bản.
- Quyết định số 2177/QĐ-BYT ngày 27/6/2011 của Bộ Y tế về việc phê duyệt chương trình tổng thể bao cao su tại Việt Nam giai đoạn 2011 – 2020.
- Quyết định số 711/QĐ-BYT ngày 9/3/2012 của Bộ Y tế về danh mục trang thiết bị y tế cho đội lưu động thực hiện KHHGĐ tuyến huyện giai đoạn 2012 – 2015.
- Quyết định số 573/QĐ-BYT, ngày 11/02/2010 của Bộ Y tế về việc Ban hành Quy trình sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh.
- Quyết định số 25/QĐ-BYT, ngày 06/01/2011 của Bộ Y tế về Hướng dẫn chuyên môn về tư vấn và khám sức khỏe tiền hôn nhân.
- Quyết định số 818/QĐ-BYT ngày 12/3/2015 của Bộ Y tế về việc phê duyệt đề án xã hội hóa cung cấp phương tiện tránh thai và dịch vụ KHHGĐ, SKSS tại khu vực thành thị và nông thôn phát triển giai đoạn 2015 – 2020.
- Nhiều chính sách hỗ trợ cho công tác phòng chống suy dinh dưỡng như: Nghị định số 100/2014/NĐ-CP về kinh doanh và sử dụng sản phẩm dinh dưỡng dùng cho trẻ nhỏ, bình bú và vú ngậm nhân tạo thay thế Nghị định số 21/2006/NĐ-CP; Đề án cải thiện thể lực, tầm vóc con người Việt Nam; chương trình sữa học đường.

Khó khăn, hạn chế

Một số chỉ tiêu trong Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ như tỷ lệ phụ nữ tuổi sinh đẻ chưa được đáp ứng nhu cầu về KHHGĐ, tỷ lệ sinh con tuổi vị thành niên chưa được đưa vào bất kỳ kế hoạch nào của ngành y tế. Một số chỉ tiêu khác được xây dựng thiếu cơ sở khoa học và thực tiễn nên tính khả thi không cao.

Mô hình tổ chức bộ máy làm công tác DS-KHHGĐ không ổn định, luôn thay đổi với nhiều mô hình khác nhau ở tuyến huyện và tuyến xã, ảnh hưởng đến công tác chỉ đạo, quản lý, điều hành, nhất là sự an tâm công tác của đội ngũ cán bộ. Chế độ chính sách đối với cán bộ làm công tác DS-KHHGĐ chưa được hoàn thiện khi trở thành đội ngũ cán bộ thuộc hệ thống y tế đã tác động không nhỏ tới việc ổn định đội ngũ cán bộ DS-KHHGĐ.

Việc xây dựng và ban hành Chiến lược quốc gia và các Kế hoạch hành động về dinh dưỡng chưa được kịp thời. Mặc dù chỉ tiêu giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em đã trở thành chỉ tiêu phát triển kinh tế xã hội của quốc gia và của các địa phương nhưng tại một số địa phương, công tác chỉ đạo và phối hợp triển khai còn chưa được quan tâm đúng mực. Luật Dân số bị rút khỏi chương trình xây dựng Luật năm 2015.

Mặc dù Thông tư 07/2013/TT-BYT đã công nhận cô đỡ thôn, bản người dân tộc thiểu số là một loại hình nhân viên y tế thôn, bản nhưng chế độ phụ cấp của đối tượng này từ nguồn ngân sách của các địa phương, chủ yếu là các tỉnh miền núi còn hết sức khó khăn. Trong số 1575 cô đỡ thôn bản đã được đào tạo và đang hoạt động (tính đến hết tháng 12/2014), chỉ có 688 cô (44%) được hưởng chế độ phụ cấp của nhân viên y tế thôn bản, số còn lại chỉ được hỗ trợ 200 000 đ/tháng từ nguồn Dự án mục tiêu quốc gia về CSSKSS.

4C.2.2. Cùng cố mạng lưới, đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị, đào tạo chuyên môn để tăng khả năng tiếp cận các dịch vụ DS-KHHGĐ và CSSKSS

Nhiệm vụ 1: Cùng cố mạng lưới, đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị để tăng khả năng tiếp cận của mọi nhóm đối tượng tới các dịch vụ DS-KHHGĐ và CSSKSS, đặc biệt là các gói dịch vụ thiết yếu

Kết quả thực hiện

Dịch vụ DS-KHHGĐ, CSSKSS chủ yếu được cung cấp bởi mạng lưới cơ sở y tế công lập bao gồm chi cục DS-KHHGĐ, trung tâm chăm sóc SKSS và trung tâm DS-KHHGĐ, Khoa sản của bệnh viện đa khoa hoặc bệnh viện chuyên khoa sản ở tuyến tỉnh; trung tâm DS-KHHGĐ và khoa chăm sóc SKSS thuộc TTYT/bệnh viện đa khoa tuyến huyện và cán bộ y tế/dân số tuyến xã. Đến nay, các khoa sản/bệnh viện/trung tâm hầu hết đã đủ điều kiện thực hiện các dịch vụ KHHGĐ/SKSS, bao gồm cả kỹ thuật triệt sản nam/nữ, cấy thuốc tránh thai. Tại tuyến xã, 96% TYT xã có nữ hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi, hầu hết đã được đào tạo và có kỹ năng cơ bản về KHHGĐ/CSSKSS theo chuẩn quốc gia, có khả năng thực hiện kỹ thuật đặt, tháo vòng, tiêm thuốc tránh thai [111].

So sánh kết quả khảo sát thực trạng mạng lưới CSSKSS năm 2010 và kết quả cập nhật tình hình mạng lưới CSSKSS năm 2013 của Vụ SKBMTE cho thấy khả năng cung cấp dịch vụ của mạng lưới ở tuyến huyện và tuyến xã đã có rất nhiều tiến bộ (Bảng 19).

Bảng 19: So sánh tình hình cung cấp dịch vụ CSSKSS 2010 – 2013 tại tuyến huyện, xã

Dịch vụ được cung cấp	2010	2013
Số bệnh viện đa khoa tuyến huyện cung cấp:		
Dịch vụ mổ đẻ	406	465
Dịch vụ truyền máu	356	388
Cả hai dịch vụ mổ đẻ và truyền máu (Chăm sóc sản khoa thiết yếu toàn diện)	328	373
Mổ cắt tử cung bán phần cấp cứu	321	372
Mổ chữa ngoài tử cung cấp cứu	387	425
Sử dụng MgSO ₄	260	566
Phá thai bằng phương pháp hút chân không đến hết 12 tuần tuổi thai	374	489
Chăm sóc, điều trị trẻ sơ sinh >1500g	160	394
Điều trị vàng da sơ sinh	214	400
Điều trị suy hô hấp bằng máy thở áp lực dương liên tục không xâm nhập (CPAP)	99	228
Số TYT xã cung cấp:		
Dịch vụ đỡ đẻ thường ngôi chỏm	9185	9546
Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ	8171	9197
Hồi sức sơ sinh cơ bản	8542	9435
Kiểm soát tử cung	7110	8247
Tiêm vitamin K1 cho trẻ sơ sinh	6794	8859
Phá thai đến hết 7 tuần bằng phương pháp hút chân không	3484	4735
Sử dụng Magnesi sulfat trong điều trị sản giật, tiền sản giật	1857	6453
Xét nghiệm protein niệu	2072	8187
Làm nghiệm pháp acid acetic hoặc Lugol phát hiện sớm K cổ tử cung	1426	3701
Siêu âm chẩn đoán trong sản phụ khoa	742	1853
Lấy bệnh phẩm gửi tuyến trên làm PAP Smear	940	2336

Nguồn: Vụ Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em. 2010 [112]; 2013 [113].

Hầu hết các dịch vụ CSSKSS quan trọng đều có sự gia tăng vượt bậc về độ bao phủ ở cả tuyến huyện và tuyến xã, đặc biệt là những dịch vụ nhằm cứu sống tính mạng của bà mẹ và trẻ sơ sinh như mổ đẻ, truyền máu, nuôi dưỡng và điều trị trẻ sơ sinh nhẹ cân, non tháng (ở tuyến huyện) và dự phòng, xử trí tai biến sản khoa (ở cả tuyến huyện và tuyến xã).

Chất lượng dịch vụ cũng từng bước được nâng lên. Nhiều can thiệp hiệu quả trong chăm sóc SKBMTE được WHO khuyến cáo đã và đang được quan tâm và triển khai đồng bộ ở tất cả các tuyến, như: Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ; Quy trình Chăm sóc sơ sinh sớm thiết yếu (EENC); Đào tạo cán bộ y tế đạt tiêu chuẩn người đỡ đẻ có kỹ năng (SBA); Chăm sóc trẻ sơ sinh nhẹ cân, non tháng bằng phương pháp Kanguru (KMC); Lồng ghép chăm sóc trẻ bệnh (IMCI); Thiết lập đơn nguyên sơ sinh tại BV huyện (INCU); Tiêm vitamin K1 phòng xuất huyết não, màng não ở trẻ sơ sinh; Sử dụng MgSO₄ trong điều trị sản giật; Triển khai gói dịch vụ chăm sóc sản khoa thiết yếu toàn diện (bao gồm mổ đẻ và truyền máu) ở bệnh viện huyện...

Để khắc phục tình trạng sinh con tại nhà không có cán bộ y tế đỡ vẫn diễn ra phổ biến ở những vùng đặc biệt khó khăn, Bộ Y tế đã có sáng kiến đào tạo cô đỡ thôn, bản người dân tộc thiểu số. Đến hết năm 2014, đã có 1737 cô đỡ thôn, bản được đào tạo, trong đó có 1575 cô đang hoạt động và năm 2014 đã khám thai được cho 12 146 lượt phụ nữ có thai, phát hiện và

chuyển đến cơ sở y tế 1193 trường hợp thai nghén nguy cơ cao, đỡ đẻ an toàn cho 2236 phụ nữ tại nhà, hỗ trợ 219 trường hợp đẻ rôi, thực hiện 10 609 lượt chăm sóc bà mẹ và sơ sinh tại nhà, phát hiện 205 trường hợp trẻ sơ sinh có dấu hiệu nguy hiểm và chuyển lên tuyến trên. Đội ngũ cô đỡ thôn, bản đã đóng góp đáng kể vào việc giảm tai biến sản khoa, giảm tử vong mẹ và tử vong sơ sinh tại các vùng đồng bào dân tộc, vùng đặc biệt khó khăn.

Công tác phòng chống SDD được triển khai qua hai mạng lưới: (i) Mạng lưới CSSKSS chịu trách nhiệm triển khai các can thiệp như nâng cao năng lực cho mạng lưới truyền thông, giáo dục sức khỏe, hướng dẫn thực hành dinh dưỡng, theo dõi biểu đồ tăng trưởng, nuôi con bằng sữa mẹ, cung cấp các sản phẩm bổ sung dinh dưỡng và (ii) Mạng lưới YTDP chịu trách nhiệm giám sát tình hình dinh dưỡng và cung cấp vitamin A thông qua các chiến dịch uống vitamin A định kỳ.

Khó khăn, hạn chế

Mạng lưới cung cấp dịch vụ DS-KHHGĐ, chăm sóc SKSS, sức khỏe BMTE còn nhiều hạn chế cả về nguồn tài chính, nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc thiết yếu và năng lực cung cấp dịch vụ.

Về tài chính: Kinh phí từ các chương trình, dự án mục tiêu quốc gia bị cắt giảm nên nhiều câu phần ưu tiên không được thực hiện;

Về nhân lực: Hiện chỉ mới có 1575 cô đỡ thôn bản đã được đào tạo đang hoạt động trên khoảng 4000 thôn bản vùng đặc biệt khó khăn cần có cô đỡ thôn bản [114]. Mặc dù Thông tư 07/2013/TT-BYT đã được phê duyệt năm 2013, nhưng mới chỉ có 688 cô đỡ thôn bản được chính thức đưa vào làm việc trong hệ thống y tế và có phụ cấp hàng tháng. Hiện nay, còn thiếu các số liệu chính xác về nguồn nhân lực có kỹ năng, về khả năng của các TYT xã, và về các điều kiện địa lý và giao thông ở các vùng dân tộc. Điều này dẫn đến các khó khăn trong việc xây dựng kế hoạch để mở rộng nguồn nhân lực cô đỡ thôn bản. Việc thực hiện theo dõi, giám sát sau đào tạo đối với cô đỡ thôn bản ở nhiều địa phương còn hạn chế.

Trong hệ thống công lập, hiện mới chỉ có 0,36 bác sĩ chuyên khoa sản và 0,25 bác sĩ chuyên khoa nhi trên 10 000 dân. Toàn quốc vẫn còn 21,3% BVĐK huyện không có bác sĩ chuyên khoa sản (26% ở 225 huyện có khó khăn về địa lý và 39,4% ở 62 huyện nghèo); chỉ có 31,9% BVĐK huyện có BSCKI nhi, 42,9% có bác sĩ chuyên khoa nhi từ định hướng trở lên (29,8% ở 225 huyện khó khăn về địa lý và 16,9% ở 62 huyện nghèo) [113].

Về năng lực cung cấp dịch vụ: Việc thực hiện các kỹ thuật mổ đẻ và truyền máu tại các vùng khó khăn là đặc biệt quan trọng để cứu sống bà mẹ và trẻ sơ sinh. Tuy nhiên, trong số 225 huyện khó khăn về địa lý vẫn còn 33 huyện chưa thực hiện được mổ đẻ, 48 huyện chưa thực hiện truyền máu. Đặc biệt, trong số 62 huyện nghèo nhất, vẫn còn 23 huyện chưa thực hiện được dịch vụ mổ đẻ và truyền máu.

Tương tự, trong số 225 huyện có khó khăn về địa lý vẫn còn 73 huyện chưa có đơn nguyên sơ sinh đủ khả năng nuôi dưỡng trẻ sơ sinh nhẹ cân, non tháng; 81 huyện chưa thực hiện được điều trị vàng da cho sơ sinh bằng liệu pháp ánh sáng, và có đến 137 huyện chưa có khả năng điều trị cho sơ sinh bị suy hô hấp bằng máy thở CPAP. Lý do chính cho những hạn chế này là do không có đủ cơ sở vật chất, trang thiết bị và nhân lực được đào tạo.

Trong suốt lịch sử 25 năm triển khai Chương trình mục tiêu quốc gia về phòng chống SDD, công tác truyền thông, giáo dục sức khỏe, cân trẻ và theo dõi biểu đồ tăng trưởng chủ yếu dựa vào mạng lưới công tác viên dinh dưỡng tại cộng đồng. Trong giai đoạn vừa qua, do cắt giảm kinh phí nên chính sách phụ cấp đối với mạng lưới công tác viên dinh dưỡng bị thay đổi dẫn đến sự tan rã của mạng lưới này diễn ra ở rất nhiều địa phương.

Bên cạnh đó, việc tổ chức mạng lưới cung ứng dịch vụ chưa đáp ứng yêu tố văn hóa và nhạy cảm giới nên góp phần giảm tiếp cận và giảm sử dụng dịch vụ của một số nhóm khách hàng như thanh niên, vị thành niên và người dân tộc.

Nhiệm vụ 2: Triển khai công tác đào tạo chuyên môn cho cán bộ dân số và sức khỏe sinh sản theo hướng chuyên nghiệp; nâng cao năng lực và thực hiện nghiên cứu khoa học về dân số và SKSS

Kết quả thực hiện

Trong thời gian qua, để phục vụ cho công tác đào tạo nâng cao năng lực chuyên môn về DS-KHHGD, SKSS cho đội ngũ cán bộ y tế các tuyến, nhiều chương trình, tài liệu đào tạo và đào tạo liên tục đã được Bộ Y tế xây dựng, ban hành, trong đó phải kể đến: bộ tài liệu đào tạo về công tác truyền thông DS-SKSS; chương trình đào tạo nữ hộ sinh đại học, cao đẳng; chương trình và tài liệu đào tạo hướng dẫn quốc gia về CSSKSS; chương trình và tài liệu đào tạo cô đỡ thôn, bản; chương trình và tài liệu đào tạo cán bộ y tế đạt tiêu chuẩn người đỡ đẻ có kỹ năng khu vực ASEAN; chương trình và tài liệu đào tạo về hồi sức cấp cứu trong sản khoa; chương trình và tài liệu đào tạo cấp chăm sóc sơ sinh của đơn nguyên sơ sinh bệnh viện tuyến huyện; chương trình và tài liệu đào tạo cấp phẫu thuật cấp cứu sản phụ khoa của bệnh viện tuyến huyện; chương trình và tài liệu đào tạo kỹ năng truyền thông trực tiếp; chương trình và tài liệu đào tạo nhóm chuyển tuyến dựa vào cộng đồng... Đặc biệt, đã xây dựng được chương trình và tổ chức đào tạo cử nhân YTCC định hướng dân số tại Trường Đại học Y Hà Nội.

Trong 5 năm 2011 – 2015, nhiều cán bộ các cấp được cung cấp kiến thức và kỹ năng chuyên môn nghiệp vụ, nâng cao năng lực hoàn thành nhiệm vụ từng bước đáp ứng yêu cầu của Chiến lược DS-SKSS Việt Nam. Đối tượng tập huấn chủ yếu là cán bộ thuộc cơ quan chuyên quản DS-KHHGD các cấp, gồm công chức cấp tỉnh, viên chức dân số cấp huyện và xã, đông nhất là công tác viên dân số. Việc tổ chức công tác đào tạo, bồi dưỡng đã được phân cấp cụ thể, trong đó tuyến trung ương đảm nhiệm công tác xây dựng chương trình tài liệu, tổ chức công tác đào tạo cơ bản về nghiệp vụ DS-KHHGD, tổ chức bồi dưỡng giảng viên cấp tỉnh, tổ chức các lớp bồi dưỡng nâng cao về chuyên môn, nghiệp vụ và các chuyên môn mới cho đội ngũ cán bộ cấp tỉnh. Các tỉnh chịu trách nhiệm tổ chức các chương trình bồi dưỡng ngắn hạn cho đội ngũ cán bộ cấp huyện và xã.

Tổng cục DS-KHHGD đã phối hợp với các cơ quan liên quan xây dựng và ban hành 3 bộ chương trình và tài liệu đào tạo liên thông từ trình độ sơ cấp, trung cấp đến cử nhân DS-KHHGD; bao gồm tài liệu bồi dưỡng cho công chức cấp tỉnh, cho viên chức dân số cấp huyện, xã, phù hợp với Chiến lược DS-SKSS Việt Nam giai đoạn 2011 – 2020. Ngoài ra, một số tài liệu chuyên môn về bình đẳng giới, tài liệu bồi dưỡng giảng viên... cũng đã được biên soạn vì mục tiêu nâng cao năng lực cán bộ.

Đã thực hiện việc tiêu chuẩn hóa các chương trình đào tạo, bồi dưỡng phù hợp cho từng đối tượng, trong đó công chức dân số được đào tạo chương trình cơ bản 2 tháng (do trung ương

tổ chức); viên chức dân số được đào tạo chương trình cơ bản đạt chuẩn viên chức dân số 3 tháng chủ yếu do các trường y địa phương tổ chức. Công tác viên đã được đào tạo cơ bản về quản lý Chương trình DS-KHHGĐ ở cơ sở theo chương trình 5 ngày do địa phương tổ chức. Ngoài ra, còn tổ chức nhiều lớp chuyên môn nghiệp vụ khác nhau cho cán bộ tuyến trung ương, cấp tỉnh, cấp huyện và cấp xã. Số lượng cán bộ được tập huấn trong 5 năm (theo ước tính) lên đến hơn gần 1 000 000 lượt người, trong đó chủ yếu là cán bộ DS-KHHGĐ tuyến cơ sở và công tác viên dân số.

Trong giai đoạn vừa qua, kinh phí CTMTQG chỉ cho đào tạo, bồi dưỡng đã tập trung nguồn lực triển khai Chương trình bồi dưỡng nghiệp vụ DS-KHHGĐ đạt chuẩn viên chức dân số, đưa công tác đào tạo bồi dưỡng về cho các trường y tế địa phương đảm nhiệm. Đến năm 2015, sẽ hoàn thành cơ bản việc bồi dưỡng cho các viên chức dân số cấp huyện và xã. Việc liên kết sử dụng các trường cao đẳng, trung cấp y tế tỉnh vào thực hiện Chương trình bồi dưỡng nghiệp vụ DS-KHHGĐ đạt chuẩn viên chức dân số đã góp phần to lớn vào việc hoàn thành bồi dưỡng gần 16 000 cán bộ cấp huyện và cấp xã tại 63 tỉnh, thành phố đến năm 2015.

Thông qua việc thực hiện Dự án mục tiêu quốc gia về CSSKSS và các dự án do các tổ chức trong nước và quốc tế hỗ trợ, hàng chục nghìn lượt cán bộ y tế ở tất cả các tuyến đã được đào tạo cập nhật kiến thức, kỹ năng thực hành về CSSKSS. Các nội dung được chú trọng đào tạo nhiều nhất bao gồm: đào tạo về thực hiện các nội dung về làm mẹ an toàn, chăm sóc sơ sinh, cung cấp dịch vụ KHHGĐ, phá thai an toàn theo Hướng dẫn quốc gia về CSSKSS; đào tạo cô đỡ thôn, bản cho các vùng đặc biệt khó khăn; đào tạo về Hồi sức cấp cứu trong sản khoa cho tuyến tỉnh/huyện; đào tạo kíp chăm sóc sơ sinh, kíp phẫu thuật cấp cứu cho bệnh viện tuyến huyện vùng khó khăn về địa lý; đào tạo cán bộ y tế đạt tiêu chuẩn người đỡ đẻ có kỹ năng và thực hiện quy trình chăm sóc bà mẹ và sơ sinh thiết yếu; đào tạo kỹ năng truyền thông trực tiếp và chuyển tuyến an toàn cho các thành viên của cộng đồng...

Công tác nghiên cứu khoa học trong lĩnh vực CSSKSS cũng được đẩy mạnh, hàng trăm báo cáo khoa học đã được công bố trong Hội nghị sản phụ khoa Việt – Pháp được tổ chức thường niên tại hai miền Nam – Bắc và các hội nghị khoa học khác. Nhiều tiến bộ khoa học đã và đang được áp dụng ngày một rộng rãi như kỹ thuật sinh con theo phương pháp khoa học, phẫu thuật nội soi trong sản phụ khoa, các kỹ thuật cao trong hồi sức cấp cứu cho bà mẹ và trẻ sơ sinh...

Thông tin về DS-KHHGĐ được cung cấp một cách đầy đủ, chính xác và kịp thời. Thông tin về biến động được thu thập, cập nhật bằng các phiếu điều tra và cơ sở dữ liệu điện tử chuyên ngành theo đúng quy định. Chế độ báo cáo thống kê chuyên ngành được chấp hành nghiêm để đảm bảo độ tin cậy của thông tin, số liệu về DS-KHHGĐ. Đến tháng 12/2013, 100% các tỉnh, thành đã thực hiện báo cáo thống kê chuyên ngành theo phương thức báo cáo điện tử và thay thế hoàn toàn báo cáo giấy nhằm cung cấp thông tin dữ liệu DS-KHHGĐ theo yêu cầu, phục vụ việc xây dựng quy hoạch, kế hoạch phát triển kinh tế xã hội tại các cấp.

Duy trì việc tổ chức các cuộc điều tra biến động dân số giữa kỳ vào thời điểm ngày 01/04 hằng năm và tổ chức được một số cuộc điều tra trong lĩnh vực CSSKSS, SKBMTE như điều tra MICS.

Khó khăn, hạn chế

Tỷ lệ cán bộ làm công tác DS-KHHGĐ và CSSKSS được đào tạo theo hướng chuyên nghiệp còn thấp. Năng lực của đội ngũ cán bộ vẫn còn yếu, nhất là ở tuyến xã và tuyến huyện

(xem thêm nhiệm vụ 1 của phần này). Thiếu kinh phí để thực hiện các điều tra, nghiên cứu toàn diện về DS-KHHGD và CSSKSS.

Các nội dung mới liên quan đến Chiến lược DS-SKSS đã được các địa phương triển khai, nhưng cần được quan tâm đẩy mạnh hơn, có nội dung, hình thức đào tạo, bồi dưỡng phù hợp đặc điểm công tác DS-KHHGD ở từng vùng, từng địa bàn. Chất lượng đào tạo, bồi dưỡng, nhất là ở địa phương chưa được chú ý đúng mức, chưa thực hiện đầy đủ quy trình kiểm tra giám sát chất lượng, hiệu quả. Việc cắt giảm kinh phí đào tạo, bồi dưỡng đã ảnh hưởng lớn đến mục tiêu đã đề ra, nhất là đối với công tác cải tiến nâng cao chất lượng đào tạo, bồi dưỡng cho phù hợp với mục tiêu, với vùng miền và đối tượng bồi dưỡng.

Do số lượng công chức tỉnh và nhất là viên chức dân số huyện, xã liên tục được bổ sung, tuyển dụng mới, lại do khó khăn về kinh phí nên vẫn còn khoảng từ 15 – 20% số công chức DS-KHHGD cấp tỉnh và 10% số viên chức dân số huyện, xã chưa hoàn thành chương trình bồi dưỡng cơ bản về nghiệp vụ quản lý chương trình DS-KHHGD. Số này cần được tiếp tục bồi dưỡng trong giai đoạn 2016 – 2020.

4C.2.3. Thực hiện tốt Chương trình mục tiêu quốc gia về DS-KHHGD

Nhiệm vụ 1: Cung cấp các dịch vụ DS-KHHGD; Giảm thiểu mang thai ngoài ý muốn

Kết quả thực hiện

Chất lượng dịch vụ DS-KHHGD được thường xuyên nâng cao tại các cơ sở y tế công lập thông qua mua bổ sung TTB; đào tạo cập nhật kiến thức, kỹ thuật KHHGD cho cán bộ y tế; bảo đảm đủ số lượng và chất lượng thuốc thiết yếu, vật tư y tế, PTTT theo quy định.

Công tác truyền thông khuyến khích tập thể, cá nhân tích cực tham gia công tác DS-KHHGD được đẩy mạnh với nhiều hình thức khác nhau tới các nhà lãnh đạo và người có uy tín trong cộng đồng; tới từng hộ gia đình, từng cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ với sự tham gia của các cơ quan thông tấn báo chí, các bộ, ngành, đoàn thể và mạng lưới cộng tác viên dân số.

Các đơn vị tham gia hoạt động dân số-KHHGD đã đưa dịch vụ KHHGD đến gần người dân tại 5700 xã có vùng mức sinh cao, vùng khó khăn qua 2 đợt chiến dịch truyền thông lồng ghép cung cấp dịch vụ SKSS/KHHGD hằng năm.

Tổng cục dân số và các chi cục dân số đã bảo đảm cung cấp đủ các PTTT cấp miễn phí theo quy định. Đẩy mạnh tiếp thị xã hội PTTT. Mạng lưới các kho hậu cần PTTT cấp tỉnh/huyện thường xuyên tiếp nhận, bảo quản, vận chuyển PTTT theo quy định. Thông tin quản lý hậu cần PTTT được củng cố và mở rộng.

Khó khăn, hạn chế

Trong những năm qua, nguồn kinh phí đầu tư từ ngân sách trung ương cho Chương trình mục tiêu quốc gia về DS-KHHGD giảm mạnh, dẫn tới không đủ nguồn lực để bảo đảm thực hiện các hoạt động thiết yếu nhằm đạt các mục tiêu Chương trình. Năm 2014, kinh phí đầu tư cho chương trình chỉ còn chưa tới 65% so với năm 2013 và bằng một nửa so với năm 2012. Ngân sách địa phương chỉ hỗ trợ thêm khoảng 10% trong khi kinh phí hỗ trợ của quốc tế đã bị cắt giảm hầu hết do Việt Nam đã trở thành nước có thu nhập trung bình thấp [24].

Số phụ nữ bước vào độ tuổi sinh đẻ (15 – 49 tuổi) tiếp tục tăng và đạt cực đại khoảng 26 triệu người vào năm 2030. Đến năm 2020, tỷ lệ phụ nữ 20 – 29 tuổi (nhóm có tỷ lệ mắn đẻ nhất) chiếm 30% số phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, tạo ra tiềm năng sinh đẻ rất lớn.

Nhu cầu phương tiện tránh thai (PTTT) hiện đại chưa được đáp ứng còn cao, chiếm tới 11,2% trong nhóm phụ nữ có chồng [20]; 22,7% trong nhóm phụ nữ chưa chồng và khoảng 35% trong nhóm thanh niên, vị thành niên [115]. Việc cắt giảm viện trợ quốc tế cho công tác KHHGD cũng gây khó khăn trong việc tìm nguồn mua sắm và cung cấp BPTT cho các đối tượng có nhu cầu. Chưa có những quy định và chế tài cụ thể về việc kiểm soát chất lượng các PTTT.

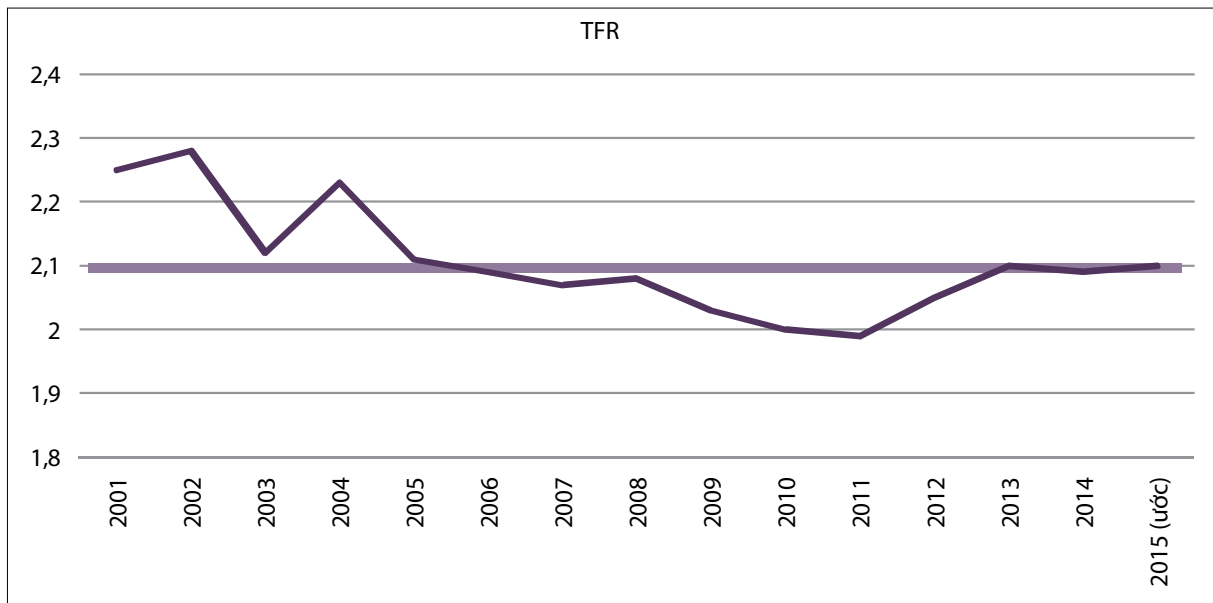
Số lượng và cơ cấu sử dụng các BPTT chưa bảo đảm duy trì mức sinh thay thế. Tỷ lệ sử dụng BPTT hiện đại chưa đạt yêu cầu. Tỷ lệ sử dụng hai BPTT hiệu quả cao và chi phí thấp (triệt sản và đặt vòng tránh thai) có xu hướng giảm. Tỷ lệ sử dụng BPTT truyền thống (tính vòng kinh, xuất tinh ngoài..) hoặc có tác dụng ngắn hạn (thuốc tiêm, thuốc cấy) có xu hướng tăng.

Cơ sở vật chất của các cơ sở y tế chưa đáp ứng được yêu cầu nâng cao chất lượng dịch vụ KHHGD. Trang thiết bị, dụng cụ y tế, KHHGD còn thiếu (nhất là các dụng cụ rẻ tiền mau hỏng), không đồng bộ, kém chất lượng. Số lượng cán bộ cung cấp dịch vụ KHHGD được đào tạo, bồi dưỡng kỹ thuật nghiệp vụ tại TYT xã còn thiếu.

Nội dung và hình thức truyền thông chưa phù hợp với đặc điểm công tác DS-KHHGD ở từng vùng, từng địa bàn. Các nội dung mới chưa được các địa phương quan tâm, triển khai đầy đủ.

Sau khi đạt mức thay thế, mức sinh của Việt Nam có dấu hiệu tăng lên. Nền kinh tế còn nghèo, chưa bảo đảm các điều kiện hỗ trợ vững chắc cho việc thực hiện quy mô gia đình ít con trong khi tập quán muốn có nhiều con và có con trai vẫn còn nặng nề. Hình 23 cho thấy mức sinh nước ta đã giảm xuống dưới mức sinh thay thế (2,1) từ năm 2006. Tuy nhiên, từ năm 2011, tổng tỷ suất sinh đã tăng từ 1,99 con/phụ nữ năm 2011 tăng lên 2,05 con/phụ nữ năm 2012; lên 2,10 con/phụ nữ năm 2013; 2,09 con/phụ nữ năm 2014 và 2,10 con/phụ nữ năm 2015.

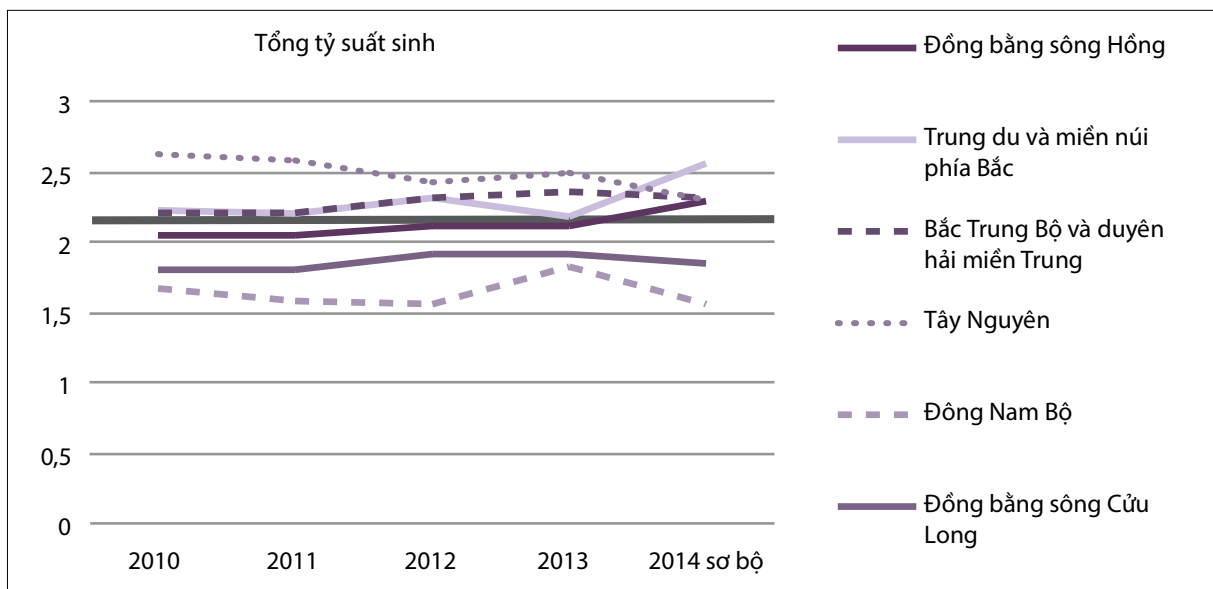
Hình 23: Tổng tỷ suất sinh Việt Nam, 2001 – 2015



Nguồn: Tổng cục Thống kê. Điều tra biến động DS-KHHGD các năm; Niên giám thống kê các năm [16]; Tình hình kinh tế xã hội năm 2015 [2].

Hình 24 cho thấy hiện có 4/6 vùng địa lý kinh tế không đạt mức sinh thay thế; 3 trong số đó là những vùng có tỷ lệ nghèo cao nhất toàn quốc. Vẫn còn 18 tỉnh có mức sinh cao (lớn hơn 2,2 và nhỏ hơn 2,5) và 9 tỉnh mức sinh rất cao (lớn hơn 2,5). Có 7 tỉnh¹² đã từng đạt mức sinh thay thế, song đến năm 2013 mức sinh đã tăng vượt mức thay thế.

Hình 24: Tổng tỷ suất sinh theo vùng, 2010 – 2014



Nguồn: Tổng cục Thống kê. Niên giám thống kê năm 2014 [43]

12 Tuyên Quang, Phú Thọ, Hưng Yên, Ninh Bình, Thanh Hóa, Đà Nẵng, Quảng Ngãi.

Nhiệm vụ 2: Cung cấp dịch vụ sàng lọc bệnh tật trước sinh và sơ sinh

Kết quả thực hiện

Tổng cục Dân số-KHHGD đã xây dựng mạng lưới cung cấp dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh để phát hiện sớm các dị dạng, bệnh, tật bẩm sinh như bất thường lớn về hình thái, cấu trúc thai nhi; hội chứng Down; suy giáp trạng bẩm sinh; thiếu men G6PD; tăng sản thượng thận bẩm sinh, bao gồm:

- Đầu tư phát triển 4 trung tâm sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh khu vực¹³ đảm nhiệm việc nghiên cứu, hướng dẫn chuyên môn kỹ thuật; chuyển giao công nghệ cho cơ sở sản, nhi khoa cấp tỉnh, huyện tại các tỉnh trong khu vực được phân công.
- Từng bước xây dựng mạng lưới cung cấp dịch vụ thông qua đầu tư trang thiết bị y tế và chuyển giao công nghệ; đào tạo, tập huấn kỹ thuật cho cán bộ y tế của các bệnh viện sản, nhi cấp tỉnh và khoa sức khỏe sinh sản cấp huyện và TYT xã theo phân tuyến kỹ thuật về sàng lọc trước sinh, sơ sinh. Đến hết năm 2015, đã có 87% số xã đã cung cấp dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán.
- Đẩy mạnh các loại hình truyền thông, vận động để các cấp ủy đảng, chính quyền và người dân có nhận thức và tham gia thực hiện dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh.

Bệnh viện Nhi trung ương đã nghiên cứu, thử nghiệm can thiệp giảm thiểu bệnh tan máu bẩm sinh (Thalassemia), tim bẩm sinh; khiếm thính bẩm sinh tại một số địa phương.

Tư vấn, khám sức khỏe tiền hôn nhân cho các cặp nam, nữ thanh niên chuẩn bị kết hôn được triển khai tại 1464 xã của 58/63 tỉnh.

Can thiệp giảm thiểu tình trạng tảo hôn và kết hôn cận huyết thống tại khu vực các đồng bào dân tộc thiểu số và khu vực miền núi, hiện đang triển khai tại 192 xã của 25/63 tỉnh.

Khó khăn, hạn chế

Chương trình tầm soát các dị dạng, bệnh, tật bẩm sinh (tư vấn, khám sức khỏe tiền hôn nhân; can thiệp giảm thiểu tình trạng tảo hôn, kết hôn cận huyết thống; sàng lọc chẩn đoán trước sinh và sàng lọc chẩn đoán sơ sinh) chưa có khả năng mở rộng dù nhu cầu sử dụng dịch vụ này của nhân dân tăng lên nhanh chóng. Tình trạng nam nữ thanh niên tảo hôn, kết hôn cận huyết thống ở một số dân tộc thiểu số nếu không ngăn chặn kịp thời có thể để lại những hậu quả nghiêm trọng cho các thế hệ tương lai.

Tỷ lệ dân số bị thiểu năng về thể lực và trí tuệ chiếm tới 1,5% dân số và hằng năm tiếp tục tăng thêm do số trẻ em sinh ra bị dị tật bẩm sinh chiếm tỷ lệ cao; tỷ lệ trẻ em mới sinh bị dị tật bẩm sinh do di truyền chiếm tới 3% và có xu hướng tiếp tục gia tăng. Nếu không có biện pháp ngăn chặn trong việc dự phòng và điều trị sớm một số bệnh thì tỷ lệ trẻ em mới sinh bị dị tật bẩm sinh có khả năng tăng cao và để lại hậu quả nặng nề cho gia đình và xã hội.

¹³ Bệnh viện Phụ sản TW, Bệnh viện Phụ sản Từ Dũ, Bệnh viện Đại học Y Dược Huế, Bệnh viện Phụ sản Cần Thơ.

Nhiệm vụ 3: Triển khai các biện pháp tổng hợp và hiệu quả gồm các giải pháp chuyên môn kỹ thuật, kết hợp kiểm tra, kiểm soát và tăng cường truyền thông để từng bước giảm tốc độ tăng mất cân bằng giới tính khi sinh ở mức dưới 113 bé trai/100 bé gái

Kết quả thực hiện

Can thiệp giảm thiểu mất cân bằng giới tính khi sinh thông qua truyền thông thay đổi hành vi, thực thi các biện pháp ngăn chặn phân biệt giới, lựa chọn giới tính thai nhi đã được thực hiện. Công tác truyền thông được đẩy mạnh; nhận thức của cấp ủy Đảng, chính quyền, nhân viên y tế; phụ nữ, trẻ em gái và các đối tượng đích về quy định nghiêm cấm các hành vi lựa chọn giới tính thai nhi, thực trạng và tác hại của mất cân bằng giới tính khi sinh, các biện pháp ngăn chặn phân biệt giới, lựa chọn giới tính và các chính sách can thiệp của Nhà nước đã được nâng lên.

Ngành y tế đã tăng cường thanh tra, kiểm tra, giám sát định kỳ và đột xuất các cơ sở y tế có cung cấp dịch vụ siêu âm, nạo phá thai, KHHGĐ về việc thực hiện các quy định nghiêm cấm lựa chọn giới tính thai nhi; các cơ sở xuất bản, kinh doanh các loại sách, báo, văn hóa phẩm về việc thực hiện các quy định nghiêm cấm tuyên truyền phổ biến phương pháp sinh con theo ý muốn.

Khó khăn, hạn chế

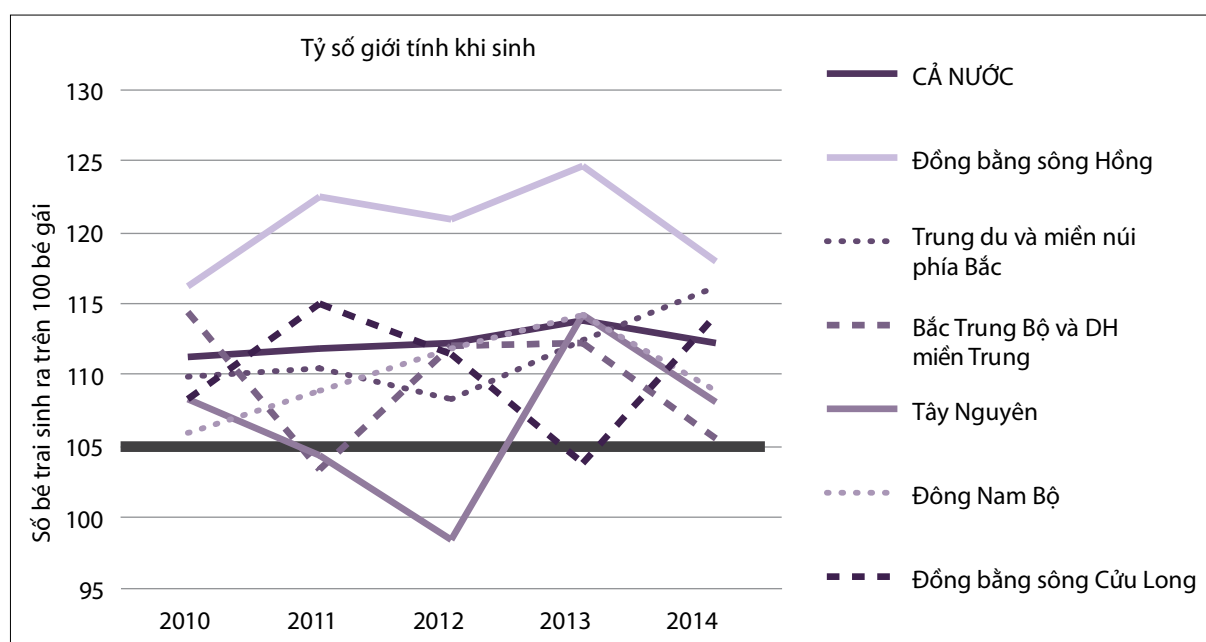
Tỷ số giới tính khi sinh đang ở mức cao, sẽ còn tiếp tục gia tăng trong thời gian tới; và ngày càng lan rộng, tính chất hết sức nghiêm trọng. Tỷ số giới tính khi sinh tăng ở cả thành thị, nông thôn. Đến năm 2013, tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh đã lan ra những tỉnh có mức sinh cao như Tây Nguyên hoặc vùng có phong tục tập quán đặc thù như Đồng bằng Sông Cửu Long (Bảng 20, Hình 25). Đến năm 2050, dự báo Việt nam sẽ thiếu khoảng 2,3 – 4,3 triệu phụ nữ nếu không được can thiệp kịp thời. Mất cân bằng giới tính khi sinh sẽ làm gia tăng bất bình đẳng giới; phụ nữ kết hôn sớm, tỷ lệ ly hôn, tái hôn cao; lạm dụng và bạo hành giới; buôn bán phụ nữ, trẻ em gái.

Bảng 20: Tỷ số giới tính khi sinh phân theo vùng 2007 – 2014 (Đơn vị tính: số bé trai/100 bé gái)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
CẢ NƯỚC	111,6	112,1	110,5	111,2	111,9	112,3	113,8	112,2
Đồng bằng Sông Hồng	110,8	119,0	115,3	116,2	122,4	120,9	124,6	118,0
Trung du và Miền núi phía Bắc	109,1	114,2	108,5	109,9	110,4	108,2	112,4	116,1
Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung	112,4	108,2	109,7	114,3	103,3	112,1	112,3	105,5
Tây Nguyên	117,3	116,7	105,6	108,2	104,3	98,4	114,1	108,0
Đông Nam Bộ	117,5	116,8	109,9	105,9	108,8	111,9	114,2	108,9
Đồng bằng Sông Cửu Long	107,9	102,8	109,9	108,3	114,9	111,5	103,8	114,1

Nguồn: Tổng cục Thống kê. Niên giám thống kê 2014 [43].

Hình 25: Xu hướng tỷ số giới tính khi sinh theo vùng, 2010 – 2014



Chú thích: Mục tiêu là duy trì dưới 113 được chỉ bằng đường xanh đậm, tỷ số tự nhiên là khoảng 104 – 107 được chỉ bằng đường xanh nhạt.

Nguồn: Tổng cục Thống kê. Niên giám thống kê 2014 [43].

Nhiệm vụ 4: Bảo đảm đạt các chỉ tiêu đề ra cho lĩnh vực dân số; duy trì mức giảm sinh 0,2%, khống chế mức độ tăng dân số hàng năm dưới 1%

Kết quả thực hiện

Nhiều chỉ tiêu DS-KHHGD quan trọng của Kế hoạch 5 năm và Nghị quyết Đại hội XI của Đảng đạt mục tiêu đề ra cho năm 2015, như: quy mô dân số không quá 93 triệu người (2015 là 91,7 triệu người); mức giảm tỷ lệ sinh <0,1%/năm; duy trì mức sinh dưới mức thay thế (2015 là 2,1 con/phụ nữ) (Bảng 21).

Bảng 21: Kết quả thực hiện mục tiêu, chỉ tiêu kế hoạch 5 năm 2011 – 2015

Chỉ tiêu chính	Đơn vị tính	2011	2012	2013	2014	2015	Mục tiêu đến 2015
Quy mô dân số*	Tr. người	87,86	88,81	89,76	90,73	91,7	≤ 93
Tốc độ tăng dân số*	%	1,05	1,08	1,07	1,08	1,07	(0,93%*) Khoảng 1%
Tổng tỷ suất sinh	Con/PN	1,99	2,05	2,10	2,09	2,1	1,9
Mức giảm tỷ lệ sinh *	%/năm	giảm 0,5	tăng 0,3	tăng 0,1	tăng 0,2	giảm 1,0	Giảm 0,2 hoặc 0,1 bình quân cả giai đoạn 2011-2015**
Số tỉnh, thành chưa đạt mức sinh thay thế	Tỉnh	29	26	33	31	-	≤ 17
Tỷ lệ sử dụng BPTT hiện đại	%	68,6	66,6	67,0	68,0	-	70,10
Tỷ số giới tính khi sinh*	trẻ nam /100nữ	111,9	112,3	113,8	112,2	112,8	< 113
Tỷ lệ bà mẹ mang thai được sàng lọc trước sinh	%	1,5	3	7	10	15	≥ 15
Tỷ lệ trẻ em sơ sinh được sàng lọc	%	6	10	18	22	30	≥ 30

Chú thích: *Chỉ các mục tiêu theo Kế hoạch 5 năm của ngành y tế. Các mục tiêu khác lấy từ Chiến lược dân số-SKSS Việt Nam giai đoạn 2011 – 2020.

Nguồn: Niên giám thống kê năm 2014 của Tổng cục Thống kê [43]; Số liệu thống kê chuyên ngành DS-KHHGD của Tổng cục DS-KHHGD và Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2015 của Bộ Y tế [17]

Khó khăn, hạn chế

Một số chỉ tiêu không đạt theo Kế hoạch 5 năm bao gồm tổng tỷ suất sinh $\leq 1,9$ trẻ em/phụ nữ; tốc độ tăng dân số hằng năm khoảng 1% (2015 là 1,07%); số tỉnh chưa đạt mức sinh thay thế ≤ 17 ; tỷ lệ sử dụng BPTT hiện đại 70,1%. Nhận thức của các cấp ủy đảng, chính quyền về tầm quan trọng của công tác DS-KHHGD, CSSKBMTE chưa thật sự đồng đều; một số nơi đã xuất hiện tư tưởng chủ quan, thỏa mãn với kết quả đạt được nên đã buông lỏng lãnh đạo, chỉ đạo, kiểm tra, giám sát, đôn đốc điều chỉnh kế hoạch thích ứng với diễn biến tình hình thực tiễn. Nhiều chỉ tiêu về DS-KHHGD, SKBMTE chưa được quan tâm đưa vào kế hoạch phát triển kinh tế xã hội của các địa phương, từ đó dẫn đến ngân sách đầu tư cho các hoạt động chưa đáp ứng được nhu cầu.

4C.2.4. Bảo đảm đạt các chỉ tiêu đề ra cho lĩnh vực sức khỏe sinh sản

Nhiệm vụ 1: Giảm tỷ lệ tử vong bà mẹ và tử vong trẻ em, phấn đấu đạt các Mục tiêu Thiên niên kỷ về sức khỏe bà mẹ, trẻ em; Thu hẹp khoảng cách về các chỉ số sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ trẻ em giữa các vùng, miền, các nhóm dân cư

Kết quả thực hiện

Tỷ suất tử vong trẻ dưới 1 tuổi tiếp tục giảm từ 15,8‰ năm 2010 xuống còn 14,7‰ năm 2015. Việt Nam đã hoàn thành được mục tiêu giảm tỷ suất tử vong trẻ dưới 1 tuổi xuống dưới 14,8‰ vào năm 2015 (Bảng 22).

Bảng 22: Tình hình thực hiện các chỉ tiêu về sức khỏe bà mẹ, trẻ em, 1990 – 2015

Chỉ tiêu	MDG	1990	2010	2014	2015	Mục tiêu 2015	Nhận định
Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi (‰)	MDG4A	44,4	15,8	14,9	14,7	14,8	Đạt
Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi (‰)	MDG4A	58	23,8	22,4	22,1	19,3	Không đạt kế hoạch
Tỷ số tử vong mẹ (trên 100 000 trẻ đẻ sống)	MDG5A	233	69	56	58,3	58,3	Đạt kế hoạch
Tỷ lệ phụ nữ để được nhân viên y tế đã qua đào tạo đỡ	MDG5B		96,9	98	98	98	Đạt kế hoạch
Tỷ lệ phụ nữ có thai được khám thai 3 lần trong 3 thai kỳ	MDG5B		79,1	90,6	>90	87	Vượt kế hoạch
Tỷ lệ bà mẹ và trẻ sơ sinh được chăm sóc sau sinh 42 ngày đầu sau đẻ (%)			87,8	91,2	-	85	Vượt kế hoạch
Tỷ số phá thai trên tổng số trẻ đẻ sống (%)			27,4	18,1	-	25	Số liệu chưa đáng tin cậy

Nguồn: IMR 1990: [116]; MMR 2009: [117]; MMR 2014: [18]; Tỷ số phá thai trên tổng số trẻ đẻ sống – Tóm tắt báo cáo của các tỉnh, thành phố năm 2014; Vụ Sức khỏe bà mẹ trẻ em, Bộ Y tế, 2015; Số liệu 2015. Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2015 của Bộ Y tế [17]

Tỷ số tử vong mẹ (MMR) tính trên 100 000 trẻ đẻ sống đã giảm mạnh từ mức 233 trường hợp tử vong năm 1990 xuống còn 69 trường hợp năm 2009 [117]. Kết quả ước tính cho thấy Việt Nam có thể đạt được mục tiêu của MDG5A là giảm MMR xuống còn 58,3/100 000 trẻ đẻ sống vào năm 2015. Một số đánh giá, ước tính của các tổ chức quốc tế gần đây cũng cho kết quả tương tự, với tỷ số tử vong mẹ ước tính trên 100 000 trẻ đẻ sống của Việt Nam vào khoảng 56,6 năm 2013 [118], 56 năm 2014 và 54 vào năm 2015, thấp hơn so với nhiều nước có cùng mức thu nhập bình quân đầu người như In-đô-nê-xi-a, Phi-líp-pin; bằng khoảng 1/3 so với trung bình của khu vực ASEAN [18]. Bởi vậy, Việt Nam là một trong các quốc gia được Liên hợp quốc đánh giá là “đạt tiến độ” trong việc thực hiện các MDG về giảm tử vong bà mẹ, trẻ em.

Tỷ lệ chăm sóc trước sinh, tỷ lệ phụ nữ để được nhân viên y tế đã qua đào tạo đỡ, tỷ lệ bà mẹ và trẻ sơ sinh được chăm sóc sau sinh đều vượt mục tiêu đã đề ra cho năm 2015.

Bảng 23 cho thấy cả 3 chỉ số về dinh dưỡng trẻ em đều đạt mục tiêu 2015 đã đề ra trong Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2011 – 2020.

Bảng 23: Tình hình thực hiện các chỉ tiêu về dinh dưỡng trẻ em, 1990 – 2015

Chỉ tiêu	MDG	1990	2010	2014	2015	Mục tiêu 2015	Nhận định
Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi thể nhẹ cân (%)	MDG1c	41	17,5	14,5	14,1	15	Đạt kế hoạch, cần duy trì thành quả
Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi thể thấp còi (%)*		43,3 (2000)	29,3	24,9	24,2	26	Đạt kế hoạch, cần duy trì thành quả
Tỷ lệ sơ sinh dưới 2500g (%)*			12,5 (2009)	8,2	-	10	Đạt kế hoạch

Chi chú: * Các mục tiêu trong Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng đến năm 2020.

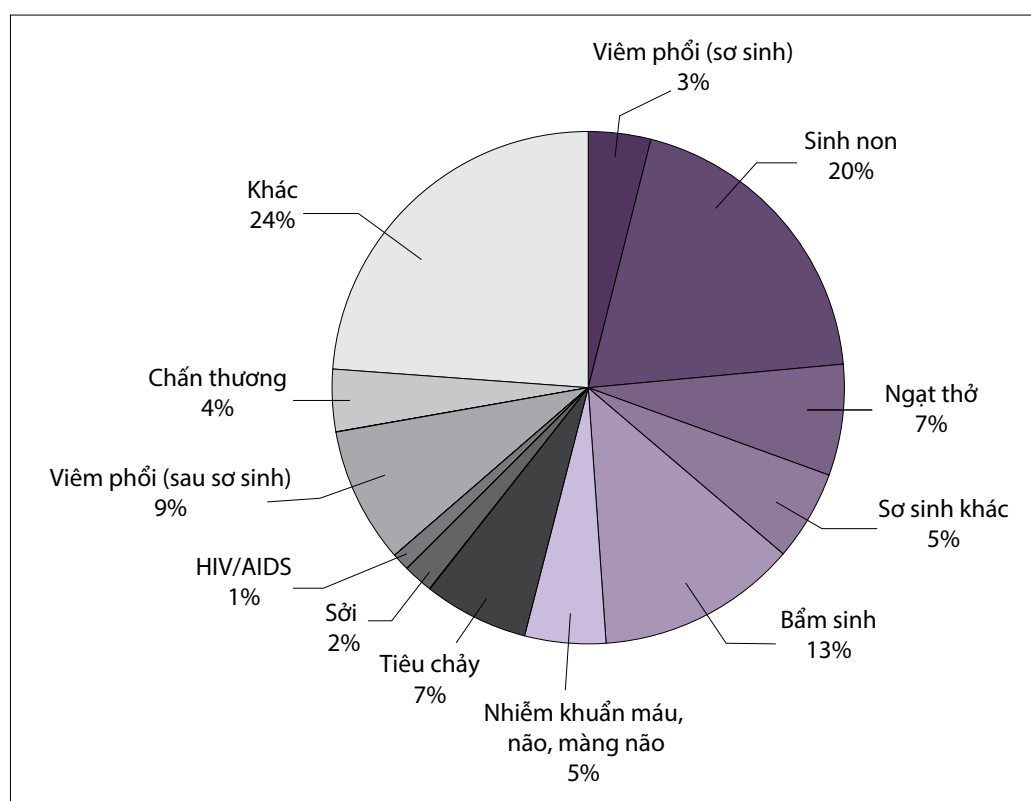
Nguồn: 1990 – Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng 2011 – 2020, tầm nhìn 2030; 2010 – Số liệu về dinh dưỡng trẻ em 2010 trong Niên giám thống kê y tế [68] và Báo cáo giám sát dinh dưỡng của Viện Dinh dưỡng quốc gia năm 2009 [19]; Số liệu 2015. Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2015 của Bộ Y tế [17].

Khó khăn, hạn chế

Sau một thời gian đã làm tốt công tác dự phòng và điều trị các bệnh truyền nhiễm và một số nguyên nhân tử vong đơn giản khác, các chỉ số suy dinh dưỡng, tử vong bà mẹ, tử vong trẻ em đã giảm đến mức khá thấp và sẽ có xu hướng giảm chậm lại nếu như không có những can thiệp đặc hiệu để giải quyết những nguyên nhân còn lại. Tốc độ giảm tử vong mẹ, tử vong trẻ em có xu hướng chậm lại, đặc biệt là đối với tử vong trẻ em dưới 5 tuổi (U5MR). Trong giai đoạn 2011 – 2014, bình quân mỗi năm U5MR chỉ giảm được 0,35 điểm phần ngàn so với 0,6 điểm giai đoạn 2006 – 2011 [16]. Điều đó dẫn đến hệ quả là không hoàn thành mục tiêu giảm U5MR xuống còn 19,3‰ vào năm 2015.

Hình 26 cho thấy các nguyên nhân tử vong khác nhau của trẻ em dưới 5 tuổi. Hơn một nửa các trường hợp tử vong xảy ra trong giai đoạn sơ sinh (trong vòng 28 ngày tuổi), chủ yếu do sinh non và các dị tật bẩm sinh. Ở nhóm dưới 7 ngày tuổi và từ 7 đến 27 ngày, nguyên nhân tử vong chính là biến chứng do sinh non, bệnh truyền nhiễm và dị tật bẩm sinh; ngoài ra còn do ngạt và nhiễm trùng. Sau giai đoạn sơ sinh, viêm phổi, tiêu chảy và tai nạn thương tích, đặc biệt là đuối nước là những nguyên nhân tử vong chính ở trẻ em.

Hình 26: Nguyên nhân tử vong trẻ em, 2012



Nguồn: UNICEF and WHO, 2014. Fulfilling the Health Agenda for Women and Children - the 2014 report. Country Profile for Vietnam [119].

Nhiều cơ sở y tế chỉ quan tâm phát triển các dịch vụ kỹ thuật cao, trong khi đó một số can thiệp đơn giản, ít tốn kém, có hiệu quả cao như nuôi con bằng sữa mẹ, chăm sóc sơ sinh nhẹ cân, non tháng bằng phương pháp Kăng-ga-ru, thực hiện quy trình chăm sóc sơ sinh sớm thiết yếu...chưa được quan tâm đúng mức. Công tác truyền thông vẫn tập trung chủ yếu vào bề nổi, chưa có chiều sâu nhằm nâng cao nhận thức, thái độ và thay đổi hành vi của người dân về CSSKBMTE, đặc biệt ở các vùng đồng bào dân tộc thiểu số, vùng sâu, vùng xa. Các tai nạn thương tích như giao thông, đuối nước, bỏng, ngộ độc,... đóng góp một phần lớn số ca tử vong trẻ em dưới 5 tuổi và có xu hướng gia tăng. Trong giai đoạn hiện nay, hầu hết các nguyên nhân này vượt quá khả năng can thiệp của riêng ngành y tế.

Các can thiệp về sức khỏe và dinh dưỡng cho bà mẹ và trẻ em ở vùng miền núi gặp nhiều khó khăn do địa bàn phức tạp, đi lại khó khăn, một số đồng bào dân tộc thiểu số vẫn còn tồn tại tập quán lạc hậu như không đi khám thai, không đến đẻ ở cơ sở y tế,... Vẫn còn có sự chênh lệch khá lớn giữa các khu vực, các vùng miền về tử vong mẹ và trẻ em. Năm 2009, MMR ở khu vực miền núi cao hơn khoảng 3 lần so với vùng đồng bằng (108 và 36/100 000 trẻ đẻ sống) [120], cao nhất ở khu vực Tây Bắc là 242/100 000 trẻ đẻ sống, tiếp đến là Tây Nguyên 108/100 000 trẻ đẻ sống [121]. Kết quả thẩm định tử vong mẹ cho thấy mức độ chênh lệch giữa các vùng, miền trong giai đoạn 2011 – 2015 hầu như không thay đổi. Tương tự như tử vong mẹ, tỷ suất tử vong trẻ em năm 2013 ở nông thôn cũng cao gấp 2 lần so với thành thị; Tây Nguyên và miền núi phía Bắc cũng là hai khu vực có tỷ suất tử vong trẻ em cao nhất, gấp 2 – 4 lần so với mặt bằng chung toàn quốc (Bảng 24).

Bảng 24: Tỷ suất tử vong trẻ em năm 2014 theo các địa bàn

Nơi cư trú	Tử vong trẻ <1 tuổi (‰)	Tử vong trẻ <5 tuổi (‰)
Toàn quốc	14,9	22,4
Thành thị	8,7	13,1
Nông thôn	17,8	26,9
Các vùng kinh tế xã hội		
Trung du và Miền núi phía Bắc	11,8	17,7
Đồng bằng sông Hồng	22,4	33,9
Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung	16,6	24,9
Tây Nguyên	25,9	39,5
Đông Nam Bộ	8,8	13,1
Đồng bằng sông Cửu Long	11,6	17,4

Nguồn: Tổng cục Thống kê. Điều tra dân số và nhà ở giữa kỳ ngày 01/04/2014 [15].

Tử vong sơ sinh (NMR, dưới 28 ngày tuổi) vẫn chiếm tỷ trọng cao trong tử vong trẻ em. Điều tra các mục tiêu trẻ em và phụ nữ lần thứ 5 (MICS 5) cho kết quả tử vong sơ sinh trong giai đoạn 2010-2014 là 11,95%, phù hợp với ước tính của các tổ chức Liên hợp quốc là 12% [122]. Ước tính mỗi năm tại Việt Nam, vẫn còn khoảng 15 000 đến 17 000 trẻ sơ sinh bị tử vong trước 28 ngày tuổi. Báo cáo kết quả nghiên cứu gánh nặng bệnh tật toàn cầu 2010 của Tạp chí The Lancet cho thấy tử vong sơ sinh còn chiếm 71% tử vong trẻ em dưới 1 tuổi và 51% tử vong trẻ em dưới 5 tuổi, đặc biệt, tử vong sơ sinh sớm trong tuần đầu chiếm tới 72% tử vong sơ sinh, 52% tử vong trẻ dưới 1 tuổi và 35% tử vong trẻ dưới 5 tuổi [123]. Điều đó chứng tỏ chất lượng chăm sóc chu sinh và sơ sinh của mạng lưới y tế còn rất nhiều hạn chế.

Mục tiêu về phổ cập tiếp cận dịch vụ CSSKSS cho mọi người dân tại các vùng khó khăn cũng rất khó hoàn thành vì tại các vùng này, tình trạng không khám thai định kỳ, không đến đẻ tại cơ sở y tế vẫn còn khá phổ biến. Năm 2014, vẫn còn 10 tỉnh có tỷ lệ phụ nữ đẻ tại nhà không được cán bộ y tế chăm sóc cao trên 10%, tập trung ở khu vực Tây Nguyên và Miền núi phía Bắc.

Chất lượng khám thai còn rất nhiều hạn chế. Tỷ lệ phụ nữ được đo huyết áp khi đi khám thai mới đạt 82,3%; tỷ lệ được thử nước tiểu mới đạt 72%; tỷ lệ được thử máu mới đạt 61,8%. Tỷ lệ phụ nữ có thai được nhận cả ba dịch vụ nói trên mới đạt 56,2%, đặc biệt tỷ lệ này rất thấp ở Tây Nguyên (25%), miền núi phía Bắc (28,4%), phụ nữ dân tộc thiểu số (22,5%) [20].

Tỷ lệ phụ nữ đẻ được người đỡ đẻ có kỹ năng đỡ rất thấp do hầu hết cán bộ y tế không đạt các tiêu chuẩn của người đỡ đẻ có kỹ năng.

Tỷ số phá thai phản ánh chất lượng của công tác KHHGĐ và truyền thông về CSSKSS, tuy nhiên, số liệu về phá thai hiện nay chỉ được thu thập chủ yếu trong hệ thống y tế công lập, trong khi đó xu hướng khách hàng tìm đến cơ sở dịch vụ CSSKSS tư nhân để phá thai có xu hướng gia tăng.

Về thực hiện các chỉ tiêu về dinh dưỡng

Tỷ lệ SDD thể nhẹ cân vẫn cao hơn nhiều so với các nước tiên tiến trong khu vực như Ma-lai-xi-a, Thái Lan, Sing-ga-po... Tỷ lệ SDD giảm không đồng đều giữa các vùng miền và vẫn còn rất cao các tỉnh miền núi phía Bắc, miền Trung và Tây Nguyên. Đặc biệt, vẫn còn khoảng 1,3% trẻ bị SDD nặng và rất nặng (độ 2, 3) và 1,3% trẻ bị SDD gầy còm (cấp tính).

Tỷ lệ SDD thấp còi vẫn ở mức cao, trung bình cứ 4 trẻ < 5 tuổi thì có một trẻ bị SDD thấp còi. Đến năm 2014 vẫn còn 05 tỉnh có tỷ lệ này ở mức >35%, mức rất cao theo xếp loại của WHO. Nguyên nhân chính là do tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng của bà mẹ và trẻ em, đặc biệt là ở các vùng khó khăn. Theo kết quả Tổng điều tra dinh dưỡng năm 2010, tình trạng thiếu vitamin A huyết thanh của trẻ em là 14,2%; tỷ lệ sữa mẹ có hàm lượng vitamin A thấp là 35%; tình trạng thiếu máu ở phụ nữ mang thai là 36,5% (trong đó 71,8% do thiếu sắt), ở trẻ dưới 5 tuổi là 29,2% (trong đó 52,9% do thiếu sắt); tỷ lệ thiếu kẽm ở phụ nữ mang thai là 90%, ở trẻ em dưới 5 tuổi là 81,2%.

Tỷ lệ sơ sinh nhẹ cân vẫn còn ở mức cao, đặc biệt là ở đồng bào dân tộc thiểu số (12,3%), chứng tỏ công tác chăm sóc dinh dưỡng cho phụ nữ mang thai vẫn còn nhiều hạn chế. Điều này làm ảnh hưởng lớn đến thể lực, tầm vóc và tình trạng bệnh tật của người dân lúc trưởng thành.

Đối nghịch với tình trạng suy dinh dưỡng còn phổ biến ở khu vực miền núi khó khăn, tình trạng thừa cân, béo phì có xu hướng gia tăng ở khu vực thành thị.

Nhiệm vụ 2: Giảm các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản, bệnh lây truyền qua đường tình dục

Kết quả thực hiện

Mặc dù kinh phí từ CTMTQG rất hạn chế nhưng hàng năm, ngành y tế vẫn tổ chức khám sàng lọc bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản cho khoảng trên 13 triệu lượt phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, trong đó số cần điều trị khoảng 5 triệu người. Tỷ lệ phụ nữ cần điều trị đã giảm nhẹ từ 43,4% năm 2010 xuống còn 41,4% năm 2014, điều đó cho thấy tình trạng nhiễm khuẩn đường sinh sản ở phụ nữ đã có cải thiện.¹⁴

Khó khăn, hạn chế

Số lượt phụ nữ được khám sàng lọc bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản hàng năm khá lớn nhưng chất lượng còn rất hạn chế. Các chiến dịch khám sàng lọc chủ yếu do các TTYT huyện và TYT xã tiến hành trong điều kiện các TTB, đặc biệt là TTB cận lâm sàng vừa thiếu thốn, vừa lạc hậu, các thuốc điều trị cấp phát trong các chiến dịch cũng chỉ đáp ứng được đối với các trường hợp nhiễm khuẩn đường sinh sản thông thường, chưa có biến chứng. Do chưa áp dụng rộng rãi cận lâm sàng trong sàng lọc, chẩn đoán nên kết quả phân loại bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản chưa có đủ căn cứ để đưa vào hệ thống thống kê, báo cáo.

Khám sàng lọc bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản cho phụ nữ cần kết hợp sàng lọc ung thư cổ tử cung bằng VIA/VILI test hoặc làm phết đồ tế bào âm đạo. Tuy nhiên, tỷ lệ TYT xã có thực hiện VIA/VILI test mới đạt 33,2%, tỷ lệ TYT có lấy bệnh phẩm làm phết đồ tế bào âm đạo cũng rất thấp, chỉ đạt 21% [113]. Như vậy, có thể nhận định rằng có rất nhiều phụ nữ được sàng lọc bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản nhưng đã bỏ lỡ cơ hội được sàng lọc ung thư cổ tử cung bằng các biện pháp đơn giản nhưng hiệu quả như VIA/VILI test.

4C.3. Các vấn đề ưu tiên

4C.3.1. Tử vong mẹ, tử vong sơ sinh vẫn ở mức cao

Tử vong mẹ, tử vong sơ sinh sớm vẫn còn ở mức cao, đặc biệt tại vùng khó khăn, vùng dân tộc thiểu số. Tốc độ giảm tỷ suất tử vong mẹ và sơ sinh bị chậm lại. Nguyên nhân là do

14 Vụ Sức khỏe Bà mẹ – Trẻ em, Bộ Y tế (2015). Tổng hợp báo cáo thường niên của các địa phương 2010 – 2014.

thiếu chăm sóc sản khoa cấp cứu (ví dụ như mổ lấy thai cấp cứu, truyền oxytocin để ngừng chảy máu sau sinh, truyền máu), hệ thống chuyển tuyến chưa hiệu quả, và thiếu chăm sóc sơ sinh sớm thiết yếu.

4C.3.2. Suy dinh dưỡng trẻ em, đặc biệt tỷ lệ thấp còi, còn cao

Điều này có liên quan mật thiết với dinh dưỡng của bà mẹ (gồm cả thời gian mang thai) và dinh dưỡng của trẻ em trong giai đoạn sớm, đặc biệt là do tỷ lệ nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn còn thấp. Một yếu tố khác cũng đóng góp vào tình hình suy dinh dưỡng là tiêu chảy liên quan đến sử dụng nước không sạch và thiếu vệ sinh tại hộ gia đình. Hậu quả là cản trở cải thiện thể lực và tầm vóc giống nòi Việt Nam.

4C.3.3. Nhu cầu chưa được đáp ứng về dịch vụ DS-KHHGĐ và CSSKBMTE

Khả năng tiếp cận, cung ứng và sử dụng các dịch vụ DS-KHHGĐ và CSSKBMTE có chất lượng ở một số khu vực và nhóm dân cư đặc thù vẫn còn hạn chế:

- Tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc trước và trong sinh bảo đảm chất lượng ở một số địa phương (vùng đồng bào các dân tộc thiểu số và vùng khó khăn) vẫn còn hạn chế. Một số can thiệp cốt lõi chưa được cung cấp rộng rãi.
- Nhu cầu phòng và sàng lọc để phát hiện di tật bẩm sinh trong và sau khi sinh chưa được đáp ứng bởi các can thiệp dự phòng và sàng lọc hiệu quả chi phí.
- Nhu cầu chưa được đáp ứng về KHHGĐ và vấn đề mang thai ngoài ý muốn chủ yếu do những hạn chế trong việc tiếp cận với các dịch vụ KHHGĐ, nhất là ở một số khu vực và nhóm dân cư như ở các vùng đặc biệt khó khăn, người di cư, vị thành niên, thanh niên chưa lập gia đình, người cao tuổi, người có HIV, người khuyết tật, người ở vùng bị thiên tai và người đồng tính, ...
- Nhu cầu sàng lọc và điều trị các loại ung thư đường sinh sản rất cao, trong khi năng lực của hệ thống y tế rất hạn chế.

4C.3.4. Mất cân bằng giới tính khi sinh và duy trì mức sinh thay thế

Mất cân bằng giới tính khi sinh vẫn tiếp tục tăng cao do áp lực xã hội, văn hóa khiến người muốn sinh con trai để chăm sóc bố mẹ khi già và do thiếu kiểm soát hiệu quả đối với các công nghệ lựa chọn giới.

Mức sinh có dấu hiệu tăng lên, đồng thời khoảng cách chênh lệch mức sinh giữa các khu vực chưa được khắc phục. Duy trì mức sinh thay thế càng dài sẽ càng có lợi cho thúc đẩy phát triển kinh tế xã hội và lợi thế cạnh tranh trong hội nhập quốc tế.

5. Thông tin y tế

5.1. Các mục tiêu của Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015

Mặc dù trong bản kế hoạch 5 năm 2011 – 2015 của ngành y tế, không có mục tiêu cụ thể hoặc các mục tiêu và các chỉ số giám sát liên quan đến các hệ thống thông tin y tế, tuy nhiên tầm quan trọng của thông tin y tế được phản ánh trong yêu cầu về giám sát và đánh giá thực hiện kế

hoạch 5 năm. Hệ thống thông tin y tế không chỉ chịu trách nhiệm theo dõi tiến độ của các chỉ tiêu kế hoạch cơ bản mà còn có trách nhiệm cho giám sát và đánh giá các hoạt động của ngành y tế thông qua một tập hợp các chỉ tiêu đặt ra của Bộ Y tế và Nhóm Đối tác y tế trong Báo cáo chung tổng quan ngành y tế giai đoạn 2011 – 2015. Trong mỗi cấu phần của hệ thống y tế, hệ thống thông tin y tế rất cần thiết cho việc đánh giá nhu cầu (như sự cần thiết phải đầu tư thiết bị y tế), giám sát việc thực hiện các nhiệm vụ và đánh giá tác động. Những phân tích trong phần này chỉ ra mức độ mà hệ thống thông tin y tế đang quản lý để thực hiện các nhiệm vụ cần thiết nói chung và liên quan đến các cấu phần phát triển khác nhau của hệ thống y tế.

5.2. Đánh giá kết quả thực hiện các nhiệm vụ của Kế hoạch 5 năm

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

Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015 quy định các kế hoạch phát triển hệ thống thông tin y tế cấp vĩ mô cũng như các quy định chi tiết về các khía cạnh hoạt động của hệ thống.

Nhiệm vụ 1: Xây dựng kế hoạch phát triển hệ thống thông tin y tế đến 2015 với tầm nhìn 2020 để củng cố và phát triển hệ thống thông tin y tế từ trung ương đến địa phương, bao gồm cả khu vực công và tư nhân

Nhiệm vụ 2: Rà soát và hoàn thiện hệ thống chỉ tiêu y tế, hệ thống báo cáo và tài liệu hướng dẫn về thông tin quản lý y tế (HMIS), hệ thống thông tin bệnh viện, hệ thống dự phòng, kiểm soát bệnh tật, thông tin phục vụ giảng dạy và nghiên cứu

Nhiệm vụ 3: Xây dựng quy định và chế tài phù hợp để thu thập thông tin từ các lĩnh vực y tế tư nhân như số lượng, loại hình, quy mô, các dịch vụ, số lượt KCB và dịch vụ cung cấp

Kết quả thực hiện

Bản Kế hoạch tổng thể phát triển hệ thống thông tin y tế giai đoạn 2014 – 2010 và tầm nhìn đến năm 2030 được Bộ Y tế ban hành theo Quyết định số 3040/QĐ-BYT (2014). Đây là bản kế hoạch đầu tiên được xây dựng một cách bài bản, khoa học phù hợp với khuyến nghị của Tổ chức quốc tế áp dụng tại Việt Nam. Kế hoạch tổng thể phát triển hệ thống thông tin y tế là một trong những hoạt động quan trọng nhất, nhằm bảo đảm hệ thống thông tin y tế được phát triển đồng bộ, vững chắc, theo một lộ trình và định hướng phù hợp từ trung ương đến địa phương, cả khu vực y tế công lập và y tế tư nhân.

Hệ thống chỉ tiêu, sổ sách ghi chép và báo cáo thống kê đối với các đơn vị y tế công lập và tư nhân đã được sửa đổi và tạo hành lang pháp lý đổi mới hệ thống thông tin quản lý y tế. Bộ Y tế đã ban hành hệ thống chỉ tiêu cơ bản ngành y tế (Thông tư số 06/2014/TT-BYT) gồm 88 chỉ tiêu của các lĩnh vực khác nhau, nhiều chỉ tiêu được phân tổ theo giới, theo vùng, dân tộc nhằm nhằm giám sát và đánh giá tình hình bình đẳng giới cũng như đánh giá sự mất công bằng trong việc tiếp cận và sử dụng DVYT. Ngoài ra, danh mục bộ chỉ tiêu cơ bản phân cấp theo các tuyến tỉnh, huyện và xã (Thông tư số 32/2014/TT-BYT) được ban hành nhằm thu thập quản lý thông tin cơ bản phục vụ việc lập kế hoạch tại từng tuyến. Để bảo đảm tính thống nhất của các chỉ tiêu, bộ từ điển chỉ tiêu thống kê y tế đã được ban hành để chuẩn hóa khái niệm, phương pháp tính, nguồn gốc của số liệu, phân tổ chủ yếu, bình luận... để thuận tiện trong việc tra cứu, sử dụng và tính toán các chỉ tiêu y tế (Thông tư số 28/2014/TT-BYT).

Thông tư số 27/2014/TT-BYT của Bộ Y tế quy định hệ thống biểu mẫu thống kê y tế áp dụng đối với cơ sở y tế công lập. Ngoài ra, Thông tư số 29/2014/TT-BYT của Bộ Y tế quy định mẫu báo cáo, nghĩa vụ, trách nhiệm báo cáo thống kê của y tế tư nhân đã được ban hành để bảo đảm thực hiện thống nhất trên phạm vi toàn quốc.

Đối với các tiểu hệ thống thông tin y tế nhiều văn bản đã được ban hành liên quan đến hệ thống chỉ số, hệ thống biểu mẫu báo cáo và tài liệu hướng dẫn đối với hệ thống thông tin y được cổ truyền, HIV/AIDS, YTDP ...

Khó khăn, hạn chế

Trong khi bản kế hoạch tổng thể về hệ thống thông tin được phát triển, hệ thống chỉ tiêu cơ bản và tài liệu hướng dẫn biểu mẫu đối với hệ thống thông tin quản lý được ban hành thì sự chuẩn hóa đối với các tiểu hệ thống thông tin còn chưa đồng bộ. Thực tế việc thực hiện các quy định vẫn còn yếu, đặc biệt là sự tuân thủ của các đơn vị y tế tư nhân.

Thực hiện các quy định, văn bản của Chính phủ liên quan đến lĩnh vực thống kê còn chưa đầy đủ, như Luật thống kê, chính sách về phổ biến thông tin thống kê của Chính phủ (Quyết định số 34/2013/QĐ-TTg) và các Nghị định về hành vi vi phạm hành chính trong lĩnh vực thống kê (Nghị định số 79/2013/NĐ-CP). Ngành y tế còn thiếu văn bản hướng dẫn chi tiết thực hiện văn bản quy phạm pháp luật do Chính phủ mới ban hành. Chế tài thực hiện chế độ thống kê báo cáo đối với khu vực y tế tư nhân chưa thực hiện được gây hạn chế về chất lượng số liệu (tính kịp thời, đầy đủ, chính xác của số liệu).

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

Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015 đề ra các nhiệm vụ chi tiết:

Nhiệm vụ 1: Tăng cường phổ biến thông tin với các hình thức đa dạng và phù hợp với người sử dụng; tăng cường sử dụng thông tin cho quản lý trực tiếp ở từng đơn vị, từng tuyến cung cấp thông tin và sử dụng hoạch định chính sách, quản lý ngành y tế

Nhiệm vụ 2: Xây dựng cơ sở dữ liệu thông tin y tế ở các cấp; tăng cường chất lượng thông tin y tế (đầy đủ, chính xác, kịp thời). Tăng cường khả năng tổng hợp, phân tích và xử lý dữ liệu. Xây dựng cơ chế phản hồi về chất lượng thông tin y tế

Nhiệm vụ 3: Xây dựng hệ thống theo dõi các vấn đề y tế ưu tiên, trong đó có: giám sát, báo cáo, ứng phó và dự báo của các bệnh truyền nhiễm; dữ liệu về các BKLN, ATVSTP; tăng cường quản lý và chia sẻ thông tin từ các CTMTQG về y tế

Kết quả thực hiện

Nhiều ấn phẩm hằng năm là kết quả đầu ra quan trọng của hệ thống thống kê y tế. Niên giám thống kê y tế bao gồm các chỉ tiêu cơ bản phản ánh tình hình đầu tư cho ngành y tế, kết quả hoạt động của các lĩnh vực, chương trình y tế quốc gia, và tình trạng sức khỏe người dân. Báo cáo tổng quan chung ngành y tế (JAHR) là một trong những ấn phẩm góp phần quan trọng trong quá trình xây dựng, hoạch định chính sách ngành y tế và có những phân tích chuyên đề đưa ra khuyến nghị chính sách và các giải pháp ngắn hạn, dài hạn. Niên giám thống kê các bệnh truyền nhiễm được xuất bản thường quy. Bên cạnh các ấn phẩm in ấn dạng sách, sản phẩm thông tin khác ngày càng tăng. Những sản phẩm thông tin về những chính sách mới ban hành,

dịch vụ công, cấp phép hành nghề tư nhân, thông tin để tăng cường hiểu biết của người dân về kiến thức phòng, chữa bệnh... được phổ biến đa dạng thông qua hợp báo, hội nghị, trang báo điện tử hay trên các kênh truyền thông khác.

Việc thu thập thông tin y tế được tổ chức có hệ thống từ Bộ Y tế xuống tận tuyến xã. Hầu hết các thông tin được thu thập thông qua báo cáo định kỳ thông qua hệ thống sổ sách, báo cáo tổng hợp do Bộ Y tế ban hành. Một số thông tin liên quan đến y tế được thu thập từ kết quả các cuộc điều tra của Tổng cục Thống kê. Chính phủ đã phê duyệt phân công cho Bộ Y tế thực hiện năm cuộc điều tra nhằm hiệu chỉnh những số liệu còn thiếu thông qua báo cáo định kỳ. Hiện nay mới có điều tra dinh dưỡng đã tiến hành hằng năm và Bộ Y tế chuẩn bị thực hiện dự án điều tra cơ sở và nhân lực ngành y tế theo sự phân công của Chính phủ.

Thực hiện chế độ báo cáo thống kê tổng hợp của các cơ sở y tế các tuyến và các lĩnh vực đã cải thiện đáng kể. Theo báo cáo những năm gần đây có 100% các Vụ, Cục, Tổng cục, các CTMTQG và 61/63 Sở Y tế thực hiện đầy đủ chế độ báo cáo cho Bộ Y tế.

Số liệu thống kê y tế được sử dụng nhiều trong việc quản lý dịch vụ, quản lý hệ thống y tế, lập kế hoạch, truyền thông và hoạch định chính sách đặc biệt tại tuyến trung ương. Theo khuyến cáo của EU, một số tỉnh đã bước đầu áp dụng xây dựng kế hoạch dựa vào kết quả đầu ra giúp cho việc sử dụng thông tin nhiều hơn và việc dựa vào thông tin phân bổ nguồn lực. Ngoài ra, thông tin đã được sử dụng trong công tác theo dõi, giám sát, đánh giá tác động, mức độ bao phủ, can thiệp của các chương trình, dự án và sử dụng trong nghiên cứu, đào tạo.

Chất lượng số liệu cũng đã từng bước cải thiện thông qua việc đào tạo cán bộ thống kê, tăng cường công tác theo dõi, giám sát và tăng cường sử dụng thông tin tại các tuyến. Năm 2013, Bộ Y tế đã tiến hành điều tra toàn quốc về nhân lực và nhu cầu đào tạo thống kê y tế. Dựa trên kết quả điều tra, Bộ Y tế đã biên soạn tài liệu, tổ chức các lớp tập huấn giảng viên cho 63 tỉnh, thành phố và các đơn vị tuyến trung ương về các kiến thức cơ bản của thống kê, cách thu thập số liệu, tổng hợp báo cáo và tính toán các chỉ tiêu cơ bản ngành y tế theo Thông tư do Bộ Y tế ban hành.

Một hệ thống thông tin giám sát ưu tiên của ngành y tế đang được triển khai, bao gồm hệ thống giám sát BKLN và yếu tố nguy cơ, thực hiện các hoạt động để đo lường gánh nặng bệnh tật như sử dụng mã bệnh tật ICD-10, mã dịch vụ ICD9-CM, ban hành Thông tư số 17/2012/TT-BYT quy định cấp và sử dụng giấy chứng sinh nhằm nâng cao chất lượng thông tin về sinh đẻ. Thông tin về các trường hợp tử vong và nguyên nhân tử vong trong cộng đồng đang được tích hợp vào các hệ thống thông tin quản lý y tế.

Khó khăn, hạn chế

Về phổ biến và sử dụng thông tin: có nhiều nguồn thông tin nhưng cơ chế công bố thông tin chưa rõ ràng, chưa có đầu mối phổ biến số liệu của ngành y tế và các số liệu liên quan từ các ngành khác.

Về sản phẩm và chất lượng thông tin: Năng lực phân tích và sử dụng thông tin còn yếu đối với cả cán bộ thống kê và các cán bộ quản lý. Nhiều số liệu thô được thu thập nhưng có nhiều hạn chế trong việc phân tích sơ bộ thành thông tin ban đầu được sử dụng thường xuyên, cơ chế phản hồi thông tin cho tuyến dưới và việc phân tích sâu thông tin ban đầu thành xu hướng, dự báo, tính toán về gánh nặng bệnh tật. Nguyên nhân là do kiến thức sử dụng số liệu trong phân tích đánh giá của cán bộ y tế còn hạn chế, chưa có cơ sở dữ liệu tại các tuyến gây khó khăn cho việc chia sẻ, sử dụng thông tin.

Chất lượng số liệu nếu xét về mức độ đầy đủ, kịp thời, chính xác, độ phân tổ và đáp ứng nhu cầu của hệ thống thông tin còn nhiều vấn đề cần giải quyết.

Về việc giám sát các vấn đề ưu tiên: Mặc dù một số chương trình can thiệp phòng, chống BKLN đã được triển khai từ năm 2008 và Bộ Y tế đã ban hành danh mục chỉ số giám sát BKLN, hầu hết các chỉ tiêu được thu thập thông qua các cuộc điều tra chuyên biệt. Tuy nhiên, đến nay số liệu về các BKLN còn chưa đầy đủ, thiếu tính tin cậy và không được công bố chính thức. Bộ chỉ số giám sát phòng chống BKLN cần được rà soát và hoàn thiện lồng ghép trong hệ thống thông tin y tế.

Thông tin thu thập tử vong và nguyên nhân tử vong đã được lồng ghép trong hệ thống báo cáo định kỳ của hệ thống thống kê y tế theo Thông tư số 27 năm 2014. Số liệu về tử vong, nguyên nhân chính gây tử vong đang là một trong những bất cập do tại các cơ sở y tế chưa áp dụng mẫu chứng tử theo khuyến nghị của WHO và chưa có kinh phí triển khai các lớp đào tạo chẩn đoán nguyên nhân chính gây tử vong và mã hóa nguyên nhân tử vong theo ICD 10 cho các cán bộ y tế.

5.2.3. Các nhiệm vụ liên quan hiện đại hóa hệ thống thông tin y tế và ứng dụng CNTT

Nhiệm vụ 1: Từng bước hiện đại hóa hệ thống thông tin y tế phù hợp với khả năng tài chính, kỹ thuật và nhu cầu sử dụng của từng tuyến, trong đó có việc nâng cấp phần cứng, phát triển phần mềm, xây dựng các phương thức chia sẻ thông tin, truyền tin, gửi báo cáo, số liệu qua internet...

Kết quả thực hiện

Về phần cứng: Về hạ tầng kỹ thuật công nghệ thông tin y tế, Bộ Y tế và 100% đơn vị thuộc/trực thuộc Bộ, các Sở y tế, các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh có mạng LAN toàn cơ quan và kết nối Internet tốc độ cao; có đủ 100% máy tính cho công chức, viên chức, người lao động có nhu cầu ứng dụng CNTT trong công việc. Bộ Y tế đã thành lập Trung tâm Tích hợp dữ liệu đáp ứng yêu cầu cơ bản về máy chủ cho các hoạt động ứng dụng CNTT của các đơn vị trong cơ quan Bộ.

Về phần mềm: Về triển khai ứng dụng công nghệ thông tin trong công tác quản lý, điều hành của các cơ quan nhà nước về CNTT, tất cả các đơn vị thuộc Bộ sử dụng phần mềm quản lý văn bản và điều hành trên môi trường mạng. Bộ Y tế đã xây dựng hệ thống e-mail công vụ, cấp hộp thư cho 100% công chức, viên chức trong Bộ, hộp thư công vụ cho các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế và các Sở y tế. Tất cả công chức, viên chức tại Bộ Y tế, các Sở y tế đều sử dụng e-mail để trao đổi công việc. Tất cả các lãnh đạo Bộ, các đơn vị thuộc Bộ đã được cấp phát chứng thư số. Bộ Y tế, một số Sở y tế (Đà Nẵng, Thành phố Hồ Chí Minh, Hà Nội, ...) đã áp dụng công nghệ thông tin để cung cấp một số dịch vụ công cộng.

Về các ứng dụng chuyên ngành: Tổng cục Dân số và Kế hoạch gia đình đã xây dựng được cơ sở dữ liệu và biến động dân cư của hơn 90 triệu dân được cập nhật định kỳ và đang chờ nghiên cứu xây dựng kết nối vào hệ thống chung của Bộ Y tế. Cục Quản lý KCB có phần mềm báo cáo thống kê bệnh viện, quản lý hành nghề y tư nhân. Cục Phòng chống HIV/AIDS có phần mềm quản lý bệnh nhân HIV/AIDS và cơ sở dữ liệu HIV/AIDS. Cục YTDP triển khai phần mềm giám sát bệnh truyền nhiễm, quản lý tiêm chủng.

Về ứng dụng công nghệ thông tin trong công tác quản lý khám, chữa bệnh: Bệnh viện các tuyến trung ương, tỉnh, huyện đã triển khai ứng dụng phần mềm tin học quản lý bệnh viện. Thống kê năm 2014, 100% bệnh viện tuyến trung ương, 68% bệnh viện tuyến tỉnh, 61% bệnh viện tuyến huyện đã triển khai hệ thống CNTT quản lý bệnh viện. Các hệ thống này đều có thể kết xuất báo cáo phục vụ công tác quản lý bảo hiểm, tuy nhiên các hệ thống này chưa có khả năng trao đổi thông tin KCB của cá nhân với nhau. Hiện nay, Bộ Y tế đang xây dựng hệ thống trao đổi bệnh án điện tử. Đã hình thành một số hệ thống telemedicine kết nối các bệnh viện, hoạt động hiệu quả như tại Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Việt Đức, Sở y tế của một số thành phố lớn.

Về phương thức chia sẻ thông tin: Về việc cung cấp thông tin cho cộng đồng, ngoài các phương thức truyền thống, Bộ Y tế và các đơn vị thuộc Bộ, 100% các Sở y tế và các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế đều có trang, cổng thông tin điện tử cung cấp các thông tin hữu ích, cập nhật về quản lý, chuyên môn.

Khó khăn, hạn chế

Ứng dụng CNTT còn manh mún, nhỏ, rời rạc, chỉ có một vài hệ thống thông tin của một số lĩnh vực theo ngành dọc; các hệ thống đã xây dựng không có khả năng kết nối, trao đổi thông tin. Điều này làm hạn chế khả năng ứng dụng công nghệ thông tin trong việc thu thập, xử lý, phân tích và phổ biến thông tin.

Chưa có những nền tảng cần thiết cho việc ứng dụng CNTT bài bản, thống nhất, bảo đảm việc kết nối, trao đổi thông tin giữa các hệ thống như danh mục chung, kiến trúc và thiết kế tổng thể hệ thống thông tin y tế, cơ sở dữ liệu tích hợp,

5.3. Các vấn đề ưu tiên

Dựa trên phân tích việc thực hiện kế hoạch 5 năm 2011 – 2015 và thảo luận giữa các bên liên quan, bốn vấn đề ưu tiên trong các hệ thống thông tin y tế cần được nhấn mạnh trong 5 năm tới:

5.3.1. Giám sát, chỉ đạo thực hiện hiệu quả các hoạt động đặt ra trong Bản kế hoạch tổng thể phát triển hệ thống thông tin y tế còn yếu

Giám sát, chỉ đạo thực hiện hiệu quả các hoạt động đặt ra trong Bản kế hoạch tổng thể phát triển hệ thống thông tin y tế còn yếu, chưa đáp ứng đầy đủ nhu cầu thông tin để hoạch định chính sách và lập kế hoạch. Các lĩnh vực cụ thể bao gồm:

- Hệ thống thông tin cốt lõi liên quan thu thập thông tin tử vong và thông tin về nguyên nhân tử vong chưa được đồng bộ theo khuyến cáo của WHO mặc dù thông tin này rất quan trọng trong việc lập kế hoạch (về nhân lực, cơ sở hạ tầng, TTB, ngân sách và được phẩm).
- Hồ sơ bệnh án chưa phù hợp để bảo đảm tính liên tục trong theo dõi sức khỏe, điều trị thích hợp, tránh tai biến, phản ứng có hại và để bảo đảm tính hiệu quả trong chăm sóc sức khỏe. Khai thác thông tin từ hồ sơ bệnh án nhằm phát hiện sai sót chuyên môn hoặc lạm dụng dịch vụ, thuốc... còn chưa được tiến hành thường xuyên.

- Số liệu có sẵn trong hệ thống thông tin y tế chưa được phát huy sử dụng đầy đủ do không được phổ biến cho người nghiên cứu có thể phân tích phù hợp với nhu cầu lập kế hoạch và xây dựng chính sách.
- Số liệu của khu vực y tế tư nhân chưa được báo cáo toàn diện và thường xuyên.

5.3.2. Thực hiện các hoạt động dịch vụ y tế chưa được giám sát đầy đủ

- Thực hiện các hoạt động dịch vụ y tế chưa được giám sát đầy đủ để bảo đảm trách nhiệm giải trình về sử dụng nguồn lực để đạt kết quả mong muốn;
- Thông tin về kết quả hoạt động chưa có sẵn để làm bằng chứng cho cán bộ quản lý hệ thống y tế sử dụng để xác định lĩnh vực cần đổi mới, cải thiện.
- Các chỉ số theo dõi và đánh giá kết quả hoạt động là yếu tố tiên quyết để thực hiện đánh giá kết quả làm việc (trong quản lý nhân lực) và thực hiện hiệu quả chi trả theo kết quả hoạt động và những chính sách tài chính khác.

6. Quản trị hệ thống y tế

Phần này sẽ phân tích thực trạng quản trị hệ thống y tế ở Việt Nam, xác định những vấn đề ưu tiên và khuyến nghị các giải pháp thực hiện trong Kế hoạch 5 năm ngành y tế giai đoạn 2016 – 2020.

6.1. Các mục tiêu và nhiệm vụ của Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015

Mục tiêu tổng quát về quản trị hệ thống y tế của Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015 là “*củng cố và hoàn thiện tổ chức mạng lưới ngành y tế các tuyến; tăng cường năng lực quản lý để đáp ứng nhu cầu đổi mới và phát triển ngành y tế trong giai đoạn mới*”. Để thực hiện mục tiêu này, Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015 đã đề ra các nhóm nhiệm vụ cụ thể sau:

- Cải thiện năng lực và chất lượng chiến lược, quy hoạch, chính sách y tế; bổ sung, hoàn thiện các chính sách, pháp luật về y tế.
- Nâng cao vai trò và năng lực quản lý, lập kế hoạch y tế cả ở trung ương và địa phương.
- Củng cố, hoàn thiện bộ máy tổ chức ngành y tế từ trung ương đến địa phương.
- Tăng cường công tác thanh tra, kiểm tra, giám sát; củng cố, phát triển mạng lưới thanh tra ngành và chuyên ngành y tế các tuyến.
- Tăng cường sự tham gia của các bên liên quan trong quá trình xây dựng, hoạch định chính sách.
- Đẩy mạnh các hoạt động xã hội hóa một cách hợp lý, phát triển y tế tư nhân, đẩy mạnh phối hợp công tư trong y tế.

6.2. Đánh giá kết quả thực hiện các nhiệm vụ của Kế hoạch 5 năm 2011 – 2015

6.2.1. Các nhiệm vụ liên quan đến lập kế hoạch và xây dựng chính sách

Nhiệm vụ 1: Cải thiện năng lực xây dựng chính sách và chất lượng của chiến lược, kế hoạch và chính sách y tế; chỉnh sửa và hoàn thiện các chính sách và văn bản pháp luật trong lĩnh vực y tế

Kết quả thực hiện

Trong 5 năm qua (2011 – 2015), đã có nhiều chiến lược quan trọng định hướng cho hoạt động ngành y tế được ban hành. Chiến lược bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011 – 2020, tầm nhìn đến 2030, được phê duyệt tại Quyết định số 122/QĐ-TTg (2013); Chiến lược quốc gia phát triển ngành dược Việt Nam đến năm 2020 và tầm nhìn đến 2030, được phê duyệt tại Quyết định số 68/QĐ-TTg (2014); Chiến lược dân số và sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011 – 2020, được phê duyệt tại Quyết định số 2013/QĐ-TTg (2011); Chiến lược quốc gia phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các BKLN khác, giai đoạn 2015 – 2025, được phê duyệt tại Quyết định số 376/QĐ-TTg (2015).

Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế, các quy hoạch chuyên ngành đã được xây dựng và ban hành. Hiện nay, ngành y tế đang thực hiện Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020 (Quyết định số 153/2006/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ) và đang trình Thủ tướng Chính phủ phê duyệt quy hoạch cho giai đoạn mới. Thủ tướng Chính phủ cũng ban hành Quy hoạch phát triển mạng lưới khám, chữa bệnh (Quyết định số 30/2008/QĐ-TTg), Quy hoạch tổng thể phát triển dược liệu (Quyết định số 1976/QĐ-TTg)... Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành các quy hoạch lĩnh vực như Quy hoạch phát triển mạng lưới phòng, chống lao và bệnh phổi (QĐ số 2537/QĐ-BYT), Quy hoạch mạng lưới phòng chống ung thư (Quyết định số 4595/QĐ-BYT), Quy hoạch phát triển nhân lực y tế (Quyết định số 816/QĐ-BYT), Quy hoạch mạng lưới các tổ chức pháp y tâm thần (Quyết định số 5151/QĐ-BYT) ...

Bộ Y tế đã giúp Chính phủ xây dựng và trình Quốc hội thông qua một số luật như: Luật Phòng chống tác hại thuốc lá (2012), Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT (2014), hiện đang hoàn thiện dự thảo Luật Dược (sửa đổi) để trình Quốc hội thông qua vào năm 2016.

Bộ Y tế đã trình Chính phủ ban hành các văn bản quy phạm pháp luật quan trọng về cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp y tế công lập (Nghị định số 85/2012/NĐ-CP), về y tế xã, phường, thị trấn (Nghị định số 117/2014/NĐ-CP), quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật An toàn thực phẩm (Nghị định số 38/2012/NĐ-CP), bảo hiểm trách nhiệm trong khám bệnh, chữa bệnh (Nghị định số 102/2011/NĐ-CP); các đề án về giảm tải bệnh viện giai đoạn 2013 – 2020 (Quyết định số 92/2013/QĐ-TTg), phát triển y tế biển đảo đến năm 2020 (Quyết định số 317/2013/QĐ-TTg), thực hiện lộ trình tiến tới BHYT toàn dân giai đoạn 2012 – 2015 và 2020 (Quyết định số 538/2013/QĐ-TTg), Đề án “Khuyến khích đào tạo và phát triển nhân lực y tế các chuyên ngành lao, phong, tâm thần, pháp y và giải phẫu bệnh giai đoạn 2013 – 2020 (Quyết định số 319/2013/QĐ-TTg), thực hiện chế độ luân phiên có thời hạn đối với người hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (Quyết định số 14/2013/QĐ-TTg)... Đây là tiền đề rất quan trọng để triển khai thực hiện các chính sách cụ thể cho hoạt động của ngành y tế.

Bên cạnh đó, Bộ Y tế đã tích cực chủ động xây dựng các văn bản hướng dẫn để thi hành Luật Khám bệnh, chữa bệnh, Luật Hiến ghép mô, bộ phận cơ thể người, Luật Người cao tuổi, Luật Người khuyết tật, Luật An toàn thực phẩm, Luật Giám định tư pháp, Luật Phòng chống tác hại thuốc lá; hoàn thiện các quy trình chuyên môn; phân tuyến kỹ thuật; phân công chỉ đạo tuyến, chuyển tuyến; hướng dẫn chẩn đoán và điều trị; cấp chứng chỉ hành nghề; quản lý chất lượng...

Hàng năm, Bộ trưởng Bộ Y tế đều ban hành kế hoạch xây dựng văn bản quy phạm pháp luật về y tế, giao cụ thể trách nhiệm cho từng Vụ, Cục và thời hạn hoàn thành. Đến 31/12/2013, có 1159 văn bản quy phạm pháp luật về y tế được hệ thống hóa, trong đó có 768 văn bản còn hiệu lực, 262 văn bản cần sửa đổi, bổ sung, thay thế, bãi bỏ hoặc ban hành mới [124]. Đây là khối lượng công việc rất lớn mà Bộ Y tế đã thực hiện và cần tiếp tục thực hiện trong giai đoạn tới.

Khó khăn, hạn chế

Chất lượng công tác xây dựng quy hoạch y tế còn nhiều hạn chế, bất cập. Các quy hoạch đều chưa chú ý đến phân bố theo không gian (không có bản đồ quy hoạch kèm theo). Nội dung các quy hoạch mang tính chất định hướng phát triển, không kèm yêu cầu về nguồn vốn và phân bổ nên tính khả thi chưa cao. Còn chông chéo khái niệm giữa: chiến lược, quy hoạch phát triển, quy hoạch; kế hoạch tổng thể, kế hoạch phát triển. Số lượng quy hoạch nhiều, nhiều cấp lập quy hoạch ở cả trung ương và địa phương, các nội dung có tính quy hoạch nằm ở nhiều văn bản khác nhau (luật, nghị định, đề án, chương trình, kế hoạch hành động). Trình tự lập quy hoạch chưa thống nhất, các quy hoạch chuyên ngành đều do Vụ, Cục chuyên ngành lập. Chưa có kiểm tra, đánh giá, chế tài đối với thực hiện quy hoạch. Kinh phí bảo đảm thực hiện quy hoạch thường không được tính toán đầy đủ mà phụ thuộc vào các dự án hoặc đề án cụ thể. Theo dõi, giám sát thực hiện các quy hoạch chưa được thực hiện đầy đủ nên kết quả thực hiện quy hoạch chưa cao.

Mặc dù trong thời gian qua đã có nhiều luật, nghị định, quyết định trong lĩnh vực y tế được ban hành, tuy nhiên, *tiến độ xây dựng các Thông tư quy định cụ thể để triển khai thực hiện một số chính sách còn chậm*, ví dụ các Thông tư hướng dẫn triển khai Luật Khám bệnh, chữa bệnh, Nghị định số 85/2012/NĐ-CP về đổi mới cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính... dẫn đến các văn bản chậm được thực thi, chính sách chậm đi vào cuộc sống.

Lập kế hoạch xây dựng chiến lược, chính sách, văn bản quy phạm pháp luật tại Bộ Y tế còn có một số hạn chế. Đề xuất xây dựng chính sách còn mang tính chủ quan, chưa xác định được ưu tiên trong xây dựng chính sách. Triển khai thực hiện kế hoạch xây dựng văn bản quy phạm pháp luật đôi khi còn chậm, tỷ lệ hoàn thành theo đúng kế hoạch chưa cao. Ví dụ, năm 2014, tỷ lệ hoàn thành xây dựng văn bản đề án tại Bộ Y tế theo chương trình chính thức chỉ đạt 44% kế hoạch [124].

Quá trình xây dựng các văn bản, chính sách thiếu thông tin, bằng chứng khoa học, nhất là các phân tích chuyên sâu về đánh giá tác động kinh tế-xã hội, phân tích kinh tế y tế, hiệu quả chi phí, đánh giá công nghệ y tế... do các đơn vị chủ trì xây dựng chính sách chưa chủ động yêu cầu cung cấp thông tin từ các đơn vị nghiên cứu, bản thân năng lực của các đơn vị nghiên cứu chưa đáp ứng được yêu cầu. Hoạt động của Ban soạn thảo, tổ biên tập xây dựng chính sách tại Bộ Y tế chưa hiệu quả; thiếu sự phối hợp chặt chẽ giữa các Vụ, Cục của Bộ Y tế và giữa các bộ, ngành.

Tổ chức thực hiện chính sách, chiến lược còn hạn chế. Phổ biến văn bản chính sách tuy đã được thực hiện theo quy trình, tuy nhiên hiệu quả chưa cao do cách phổ biến còn nặng về hình thức, đối tượng được phổ biến còn hẹp. Các chính sách, quy định thiếu các nguồn lực để thực hiện nên chậm đi vào cuộc sống. Ví dụ, Luật Người cao tuổi và các văn bản hướng dẫn có quy định về việc quản lý lập hồ sơ theo dõi người cao tuổi, quy định về tổ chức các buổi khám bệnh riêng cho người cao tuổi tại khoa khám bệnh của bệnh viện đa khoa, chuyên khoa, tuy nhiên ít được triển khai trên thực tế. Thông tư số 07/2013/TT-BYT của Bộ Y tế chính thức công nhận cô đỡ thôn, bản là một chức danh cán bộ y tế, là một loại hình nhân viên y tế thôn bản, được hưởng phụ cấp như quy định của Thủ tướng Chính phủ đối với nhân viên y tế thôn bản, tuy nhiên, rất ít địa phương phân bổ kinh phí cho chức danh này.

Nhiệm vụ 2: Nâng cao vai trò và năng lực quản lý, lập kế hoạch y tế ở cả trung ương và địa phương

Kết quả thực hiện

Nâng cao năng lực quản lý y tế là một trong những nội dung quan trọng được Bộ Y tế chú trọng. Năm 2014, Bộ Y tế thành lập 2 đơn vị đào tạo cán bộ quản lý ngành y tế tại Trường Đại học YTCC và Viện YTCC Thành phố Hồ Chí Minh. Năm 2014, đánh dấu sự phát triển và đổi mới của Bộ Y tế trong công tác đào tạo, bồi dưỡng đội ngũ cán bộ, công chức, viên chức lãnh đạo, quản lý. Sự ra đời của các đơn vị này nhằm trang bị, cập nhật kiến thức, kỹ năng, phương pháp cần thiết trong công tác lãnh đạo, quản lý, điều hành nhất là những kiến thức, kỹ năng về xây dựng kế hoạch, quản lý cán bộ, quản lý kinh tế, quản lý cơ sở hạ tầng, trang thiết bị... nâng cao hiệu quả quản lý, điều hành các cơ sở y tế. Trong 5 năm qua, Bộ Y tế cũng đã tổ chức các lớp tập huấn về nâng cao năng lực quản lý, lập kế hoạch và ngân sách y tế cho cán bộ y tế từ trung ương đến các tỉnh thông qua các Dự án do EC, Quỹ Toàn cầu, GAVI, Quỹ Rockefeller Foundation tài trợ.

Công tác kế hoạch và ngân sách y tế đã có những đổi mới nhất định. Bộ Y tế đã nghiệm thu và công nhận tài liệu Khung kế hoạch và Hướng dẫn xây dựng kế hoạch y tế tuyến tỉnh do Dự án hỗ trợ nâng cao năng lực ngành y tế do Phái đoàn Liên minh châu Âu (EC) tài trợ. Chất lượng xây dựng kế hoạch y tế được cải thiện thông qua hoạt động xây dựng báo cáo chung ngành y tế JAHR hằng năm. Kể từ năm 2010, Bộ Y tế đã thực hiện đánh giá chung về kế hoạch 5 năm của ngành y tế sử dụng bộ công cụ JANS,¹⁵ sau đó bộ công cụ này đã được cập nhật, chỉnh sửa và từng bước áp dụng cho đánh giá kế hoạch y tế tuyến tỉnh hằng năm tại một số địa phương.

Khó khăn, hạn chế

Đổi mới về lập kế hoạch và ngân sách y tế còn chưa đủ mạnh. Chưa có sự gắn kết giữa lập kế hoạch và phân bổ ngân sách theo lĩnh vực ưu tiên, lập ngân sách vẫn chủ yếu dựa theo các chỉ số đầu vào về nhân lực, dân số.

Thông tin, số liệu y tế phục vụ công tác lập kế hoạch vẫn chưa có những chuyển biến đáng kể. Số liệu chưa bảo đảm tính kịp thời, chính xác và tin cậy nên việc xây dựng kế hoạch, quản lý y tế dựa trên bằng chứng còn gặp khó khăn.

¹⁵ JANS (Joint Assessment of National Strategy) là bộ công cụ đánh giá chiến lược, kế hoạch y tế quốc gia được Nhóm Đối tác y tế quốc tế mở rộng (IHP+: International Health Partnership and related initiatives) giới thiệu và triển khai. Việt Nam đã ký kết tham gia thành viên từ năm 2011.

Nhiệm vụ 3: Tăng cường sự tham gia các bên liên quan trong quá trình hoạch định, xây dựng và triển khai chính sách y tế

Kết quả thực hiện

Có những tiến bộ nhất định về tăng cường sự tham gia của các bên liên quan trong quá trình xây dựng các chính sách y tế. Trong quá trình xây dựng văn bản quy phạm pháp luật, Bộ Y tế đều tổ chức xin ý kiến rộng rãi của các các bộ, ngành, Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố, Sở y tế các địa phương, các đối tác phát triển, người dân. Dự thảo các văn bản, chính sách của Bộ Y tế được đăng tải trên cổng thông tin điện tử của Bộ Y tế, cổng thông tin điện tử của Chính phủ để lấy ý kiến các bên liên quan.

Tăng cường vận động chính sách, tuyên truyền, giải thích về chính sách, pháp luật cũng được chú trọng. Đối với các thay đổi chính sách của ngành, nhất là các chính sách có ảnh hưởng trực tiếp đến người dân như Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT, định hướng điều chỉnh giá DVYT, Bộ Y tế đã tổ chức các hội nghị, hội thảo, họp báo đề công bố và giải trình về những thay đổi để tạo sự đồng thuận trong dư luận xã hội. Các hoạt động truyền thông trên các phương tiện truyền thông, đại chúng như “Dân hỏi – Bộ trưởng trả lời”, “Đối thoại chính sách”... cũng là các kênh thông tin quan trọng để hỗ trợ cho mục đích này.

Hoạt động đối thoại với các tổ chức quốc tế, các nhà tài trợ tiếp tục được duy trì trong những năm qua thông qua các tiếp xúc song phương, đa phương. Hợp Nhóm Đối tác y tế (HPG) được duy trì đều đặn hàng quý nhằm chia sẻ thông tin, tăng cường sự hiểu biết của các đối tác phát triển về các chủ trương, chính sách của ngành y tế. Báo cáo tổng quan ngành y tế do Bộ Y tế và Nhóm HPG phối hợp thực hiện, đã được xây dựng và xuất bản từ năm 2007 đến nay là sản phẩm hữu ích cho công tác lập kế hoạch, đối thoại chính sách của ngành.

Khó khăn, hạn chế

Sự tham gia của các bộ, ngành, các tổ chức xã hội trong quá trình xây dựng chính sách còn hạn chế. Mặc dù khi xây dựng các văn bản quy phạm pháp luật các cơ quan soạn thảo đã thực hiện đầy đủ các quy trình xin ý kiến theo luật ban hành văn bản quy phạm pháp luật, tuy nhiên, chưa nhận được sự quan tâm góp ý của các bộ, ngành tổ chức xã hội nghề nghiệp, các ý kiến góp ý có chất lượng còn ít.

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

6.2.2. Các nhiệm vụ liên quan đến tổ chức thực hiện các chính sách

Nhiệm vụ 1: củng cố, hoàn thiện và ổn định bộ máy tổ chức ngành y tế từ trung ương đến địa phương

Kết quả thực hiện

Trong thời gian qua, *bộ máy tổ chức của Bộ Y tế* đã có một số điều chỉnh để đáp ứng nhu cầu quản lý. Theo Nghị định số 63/2012/NĐ-CP của Chính phủ, Bộ Y tế thành lập mới Cục Công nghệ thông tin và Vụ Truyền thông và Thi đua, khen thưởng; chuyển đổi mô hình tổ chức của Vụ Y Dược cổ truyền thành Cục Quản lý Y Dược cổ truyền và Vụ Khoa học và Đào

tạo thành Cục Khoa học Công nghệ và Đào tạo; đổi tên Cục ATVSTP thành Cục An toàn thực phẩm; tổ chức lại Vụ Pháp chế để tập trung thực hiện nhiệm vụ pháp chế.

Một số quy định liên quan đến tổ chức y tế địa phương cũng đã được ban hành. Đáng chú ý là Chính phủ đã ban hành Nghị định số 117/2014/NĐ-CP quy định về Y tế xã, phường, thị trấn, theo đó, TYT xã là đơn vị y tế thuộc TTYT huyện, được thành lập theo đơn vị hành chính; Nghị định cũng quy định cụ thể người làm việc tại TYT xã là viên chức. Bộ Y tế đã ban hành Thông tư quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm YTDP tỉnh, thành phố.

Hệ thống các đơn vị sự nghiệp công lập được đổi mới về cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính sau khi thực hiện Nghị định số 43/2005/NĐ-CP và Nghị định số 85/2012/NĐ-CP của Chính phủ theo hướng chuyển dần sang hình thức đặt hàng, giao nhiệm vụ cung cấp dịch vụ công thay vì giao dự toán trước đây, gắn liền với lợi ích mà đơn vị đã năng động tạo nên bằng nhiều hình thức cung ứng các dịch vụ khác nhau, khuyến khích các đơn vị chủ động tăng thu, giảm dần việc thụ động phụ thuộc vào NSNN. Mới đây, Chính phủ đã ban hành Nghị định số 16/2015/NĐ-CP quy định cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp công lập, thay thế Nghị định số 43/2005/NĐ-CP theo hướng tiếp tục triển khai mạnh việc thực hiện tự chủ.

Khó khăn, hạn chế

Bộ máy tổ chức quản lý hệ thống y tế ở trung ương và địa phương mặc dù đã có đổi mới, nhưng chưa đáp ứng được nhu cầu quản lý hệ thống y tế. Bộ Y tế hiện vẫn quản lý trực tiếp 75 đơn vị sự nghiệp trực thuộc ở các vùng trên cả nước. Số lượng này không thay đổi trong nhiều năm qua. Nhân lực và thời gian dành cho công tác xây dựng, hoạch định chính sách, theo dõi, giám sát hệ thống bị hạn chế, phân tán. Tại địa phương, năng lực tổ chức, điều hành hoạt động y tế của một số địa phương còn yếu; vai trò tham mưu cho cấp ủy, đảng, chính quyền của ngành y tế còn yếu nên chưa huy động được tham gia của các bên liên quan và huy động đủ nguồn lực cần thiết để tổ chức triển khai chính sách, hoạt động chuyên môn y tế.

Các cơ sở khám, chữa bệnh hiện đang tổ chức theo địa giới hành chính, phân tuyến theo trung ương, tỉnh, huyện, xã dẫn đến hành chính hóa hoạt động KCB, không khuyến khích các bệnh viện phát triển, nâng hạng bệnh viện. Người dân chưa được tạo điều kiện thuận lợi khi đi KCB ở tuyến cao hơn theo nhu cầu, tình trạng bệnh tật mà phải chuyển tuyến hành chính. Sự mất cân đối trong cung ứng dịch vụ KCB theo các tuyến, sự thiếu kết nối và chăm sóc liên tục giữa các tuyến trong điều trị, chăm sóc, tư vấn cho người bệnh.

Các cơ sở làm nhiệm vụ dự phòng ở tuyến tỉnh, huyện hiện nay bị phân tán làm nhiều đầu mối (tuyến tỉnh có các trung tâm YTDP, phòng chống HIV/AIDS, phòng chống bệnh bệnh xã hội, chăm sóc sức khỏe sinh sản...) dẫn đến dàn trải, phân tán nguồn lực còn rất hạn chế, khó hợp tác, phối hợp, chia sẻ thông tin giữa YTDP và điều trị, giữa y tế các tuyến xã, huyện, tỉnh và trung ương.

Việc chuyển đổi mô hình tổ chức trong những năm trước đây tạo ra sự mất ổn định về tổ chức, xáo trộn về nhân lực và năng lực cung cấp dịch vụ trong toàn mạng lưới YTCS. Cơ cấu tổ chức bộ máy của các cơ sở y tế, đặc biệt ở tuyến YTCS vẫn chưa được chỉnh sửa, hoàn thiện để đáp ứng với sự thay đổi của mô hình bệnh tật, nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân, xu hướng già hóa dân số.

Năng lực của các cơ sở kiểm định trang thiết bị y tế, kiểm chuẩn chất lượng xét nghiệm, kiểm định thuốc, an toàn thực phẩm còn chưa đáp ứng được nhu cầu của ngành y tế trong bảo đảm chất lượng thuốc, trang thiết bị, vật tư và dịch vụ y tế. Hiện mới chỉ có một số Viện tại Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh (Viện Kiểm nghiệm Thuốc trung ương, Viện Kiểm nghiệm Thuốc thành phố Hồ Chí Minh, Viện Kiểm định vắc xin, sinh phẩm...) có khả năng thực hiện các xét nghiệm, kiểm định chuyên sâu. Mạng lưới các trung tâm kiểm nghiệm thuốc, được phẩm, mỹ phẩm tại các tỉnh chưa hoạt động có hiệu quả do năng lực cán bộ, trang thiết bị và số mẫu kiểm nghiệm, kiểm định thu thập được thấp.

Nhiệm vụ 2: Tăng cường công tác thanh tra, kiểm tra, giám sát; củng cố, phát triển mạng lưới thanh tra ngành và chuyên ngành y tế các tuyến

Kết quả thực hiện

Công tác thanh tra y tế có những chuyển biến nhất định về quy định pháp lý và tổ chức mạng lưới. Chính phủ đã ban hành Nghị định số 122/2014/NĐ-CP về tổ chức và hoạt động của thanh tra y tế, trong đó có các nội dung về tổ chức và hoạt động của các cơ quan thực hiện chức năng thanh tra y tế; thanh tra viên, người được giao nhiệm vụ thanh tra chuyên ngành và cộng tác viên thanh tra y tế; trách nhiệm của các cơ quan, tổ chức, cá nhân trong hoạt động thanh tra y tế. Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 2176/QĐ-TTg phê duyệt Đề án nâng cao năng lực thanh tra y tế đến năm 2020 làm cơ sở cho việc kiện toàn hệ thống thanh tra.

Trong giai đoạn vừa qua, trước những vấn đề tồn tại của ngành y tế, *Bộ Y tế và các địa phương đã tổ chức một số đợt thanh tra chuyên đề*, bao gồm thanh tra công tác quản lý nhà nước về an toàn thực phẩm, hóa chất chế phẩm diệt côn trùng và đồ gia dụng, kinh doanh, sử dụng các sản phẩm dinh dưỡng dùng cho trẻ nhỏ; thanh tra chất lượng nước sinh hoạt tại một số khu vực; thanh tra các cơ sở hành nghề y ngoài công lập; thanh tra thực hiện chính sách pháp luật về BHYT, xã hội hóa, quản lý nhà nước về lĩnh vực dược, đấu thầu thuốc, giá thuốc và sử dụng thuốc, việc thực hiện chế độ thu, chi tài chính và phòng chống tham nhũng, thực hành tiết kiệm, chống lãng phí,... Kết quả thanh tra đã chỉ ra những tồn tại hạn chế, là cơ sở để ngành y tế có những chấn chỉnh trong công tác quản lý, điều hành hoạt động.

Bộ Y tế đã ban hành các tiêu chí, công cụ để tăng cường chất lượng công tác kiểm tra, giám sát tại các cơ sở y tế. Trong lĩnh vực khám, chữa bệnh, Bộ Y tế đã ban hành Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện (Quyết định số 4858/2014/QĐ-BYT). Bộ tiêu chí là cơ sở để các bệnh viện tự nhìn nhận những vấn đề còn yếu trong quản lý chất lượng, xác định các vấn đề ưu tiên cần cải tiến. Từ khi áp dụng Bộ tiêu chí mới này, một số bệnh viện đã có nhiều thay đổi rõ rệt như thực hiện quy tắc ứng xử đúng mực với đồng nghiệp, ân cần chu đáo với người bệnh; thăm khám tỉ mỉ và định bệnh chính xác; xây dựng văn hoá an toàn người bệnh, quan tâm khắc phục lỗi hệ thống và không đổ lỗi cá nhân... Bộ Y tế cũng đã ban hành Tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011-2020 (Quyết định số 4667/2015/QĐ-BYT), là cơ sở để kiểm tra, giám sát và nâng cao chất lượng hoạt động của YTCS.

Bộ Y tế đã có những nỗ lực để tăng cường kiểm tra, giám sát chất lượng dịch vụ y tế, nâng cao trách nhiệm giải trình đối với người dân. Từ năm 2013, Bộ Y tế triển khai thực hiện đường dây nóng tại Bộ Y tế và yêu cầu các đơn vị, địa phương tiếp tục duy trì và đẩy mạnh hoạt động của đường dây nóng để ghi nhận những ý kiến phản ánh của người dân, giám sát thực hiện quy tắc ứng xử của cán bộ công chức, viên chức, tổ chức khen thưởng, động viên, xử lý nghiêm các trường hợp vi phạm.

Khó khăn, hạn chế

Bộ máy tổ chức và nhân lực thanh tra y tế mỏng, mỗi tỉnh chỉ có một vài thanh tra, tuyến huyện không có chức năng thanh tra. Các hoạt động thanh tra, kiểm tra hiện nay chủ yếu mang tính chất bị động, được thực hiện sau khi có các sự việc xảy ra.

Công tác giám sát hoạt động của ngành y tế chưa được quan tâm một cách đúng mức tại cả trung ương và địa phương do thiếu kinh phí, thiếu nhân lực, khối lượng công việc lớn, đối tượng cần kiểm tra, giám sát lớn. Ví dụ, giám sát hành nghề y tế tư nhân còn chưa thường xuyên. Ở đa số các Sở y tế, cán bộ của phòng nghiệp vụ kiêm nhiệm công tác quản lý hành nghề y tế tư nhân nên trong quá trình quản lý các cơ sở hành nghề này rất khó khăn nhất là công tác giám sát, thanh kiểm tra. Có tới 82,5% số Sở Y tế báo cáo thiếu nhân lực cho việc cấp chứng chỉ hành nghề, trong khi số lượng người hành nghề và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải cấp chứng chỉ hành nghề và giấy phép hoạt động là rất lớn [125].

Vai trò kiểm tra, giám sát của cấp ủy đảng, chính quyền địa phương, của các tổ chức xã hội, nghề nghiệp đối với hoạt động y tế chưa được quan tâm thích đáng về nguồn lực và thời gian. Ví dụ, Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT (2014) có nhiều nội dung đổi mới đòi hỏi phải có kế hoạch tuyên truyền, vận động, kiểm tra giám sát cụ thể. Tuy nhiên, nhiều địa phương chỉ ban hành kế hoạch, thiếu kiểm tra, giám sát, đánh giá kết quả thực hiện cụ thể nên các quy định về thực hiện BHYT bắt buộc, theo hộ gia đình chậm được thực hiện.

*Nhiệm vụ 3: **Đẩy mạnh các hoạt động xã hội hóa một cách hợp lý, phát triển y tế tư nhân, đẩy mạnh phối hợp công tư trong y tế***

Kết quả thực hiện

Xã hội hóa y tế là một chủ trương lớn của Đảng và Nhà nước, được thể hiện trong một số văn kiện của Đảng, Quốc hội và quy định cụ thể tại một số Nghị định của Chính phủ (Nghị định số 69/2008/NĐ-CP, Nghị định số 59/2014/NĐ-CP của Chính phủ về Chính sách khuyến khích xã hội hóa đối với các hoạt động trong lĩnh vực giáo dục, dạy nghề, y tế, văn hóa, thể thao, môi trường). Thực hiện chủ trương này, trong thời gian qua, *đã huy động được nhiều nguồn lực đầu tư ngoài NSNN thông qua hình thức liên doanh, liên kết để đầu tư xây dựng cơ sở vật chất, trang thiết bị cho các cơ sở y tế, nhất là các bệnh viện ở trung ương và tuyến tỉnh. Nhờ đó, có thể phát triển kỹ thuật chẩn đoán, điều trị, nâng cao chất lượng cho các cơ sở KCB, nhất là kỹ thuật mới, kỹ thuật cao mà nếu như chờ đợi đầu tư từ NSNN sẽ rất khó khăn; đồng thời góp phần tăng nguồn thu, bổ sung kinh phí hoạt động của các đơn vị, tăng thu nhập cho cán bộ, nhân viên y tế.*

Xã hội hóa y tế bước đầu đáp ứng nhu cầu khám, chữa bệnh ngày càng đa dạng của các tầng lớp nhân dân, nhất là các đối tượng có khả năng chi trả. Người dân, trong đó có cả người nghèo, cận nghèo, trẻ em, đối tượng chính sách xã hội cũng được hưởng lợi vì được sử dụng các dịch vụ y tế, kể cả dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn và được thanh toán.

Xã hội hóa công tác bảo vệ, chăm sóc sức khỏe đã huy động được các ban ngành đoàn thể và người dân tham gia, đặc biệt trong chăm sóc sức khỏe ban đầu. Công tác xây dựng phong trào vệ sinh yêu nước, vệ sinh môi trường, DS-KHHGD, dinh dưỡng, CSSK BMTE đã đem lại nhiều hiệu quả trong chăm sóc sức khỏe cho người dân tại cộng đồng.

Lĩnh vực y tế tư nhân tiếp tục được tạo điều kiện phát triển trong thời gian qua. Cả nước có 183 bệnh viện tư nhân, chiếm 11% tổng số các bệnh viện trong cả nước, trong đó có 06 bệnh viện có vốn đầu tư nước ngoài, hơn 30 000 phòng khám tư nhân và cơ sở dịch vụ y tế [75]. Y tế tư nhân ngày càng đóng vai trò quan trọng trong hệ thống Việt Nam, góp phần đáp ứng yêu cầu cấp bách về khám, chữa bệnh của nhân dân, tạo điều kiện cho người dân không phải đi xa, tiết kiệm được thời gian. Sự phát triển của y tế tư nhân đã bước đầu tác động đến các cơ sở y tế công, tạo sự cạnh tranh lành mạnh về chất lượng phục vụ. Bộ Y tế và các địa phương đã tăng cường công tác quản lý hành nghề y dược tư nhân, như: phổ biến, hướng dẫn việc thực hiện các quy định của pháp luật về hoạt động khám bệnh, chữa bệnh và các quy chế chuyên môn; phổ biến hướng dẫn các thủ tục, quy trình và đẩy nhanh việc cấp chứng chỉ hành nghề, giấy phép hoạt động; tăng cường công tác thanh tra, kiểm tra, đã tổ chức một số đoàn thanh tra liên ngành.

Đầu tư theo hình thức đối tác công tư (PPP) được khuyến khích thực hiện. Chính phủ đã ban hành Nghị định số 15/2015/NĐ-CP về đầu tư theo hình thức đối tác công tư (Nghị định PPP). Mới đây, Chính phủ đã ban hành Nghị quyết số 93/NQ-CP (2014) về một số cơ chế, chính sách phát triển y tế để thực hiện các mô hình đầu tư, liên doanh, liên kết nhằm khuyến khích các thành phần kinh tế tham gia đầu tư cho y tế, hình thành các cơ sở KCB theo hình thức đối tác công-tư. Thí điểm chuyển một số bệnh viện có điều kiện xã hội hóa cao sang hoạt động theo mô hình doanh nghiệp công ích, phi lợi nhuận để đổi mới cơ chế quản lý, nâng cao hiệu quả hoạt động của bệnh viện công.

Khó khăn, hạn chế

Quản lý xã hội hóa còn bất cập, có tình trạng sử dụng quá mức các dịch vụ kỹ thuật được đầu tư từ xã hội hóa do thiếu các cơ chế và hoạt động kiểm tra, giám sát thường xuyên của các cơ quan quản lý.

Y tế tư nhân đã được tạo điều kiện phát triển trong thời gian qua, tuy nhiên *kiểm tra, giám sát hoạt động tư nhân còn chưa được thực thi đầy đủ* do thiếu nguồn nhân lực để thực hiện. Quy định về việc báo cáo, cung cấp thông tin về hoạt động của các cơ sở y tế tư nhân trong nhiều năm qua vẫn không được tuân thủ đầy đủ.

Mặc dù các cơ chế, chính sách về hợp tác công tư trong y tế đã được ban hành, tuy nhiên, *việc triển khai thực hiện đối tác công-tư vẫn còn gặp khó khăn* do đây là lĩnh vực mới, cần có các dự án triển khai thí điểm.

Nhiệm vụ 4: Cải cách thủ tục hành chính

Cải cách hành chính nói chung và cải cách thủ tục hành chính nói riêng là một trong những nội dung quan trọng trong chương trình công tác của Chính phủ và Bộ Y tế. Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 436/QĐ-BYT ban hành kế hoạch cải cách hành chính của Bộ Y tế năm 2014 gồm 8 lĩnh vực: cải cách thể chế, cải cách thủ tục hành chính, cải cách tổ chức bộ máy, xây dựng và nâng cao chất lượng đội ngũ cán bộ công chức, cải cách tài chính công, thực hiện đề án đẩy mạnh cải cách chế độ công vụ, công chức, hiện đại hóa nền hành chính, công tác chỉ đạo điều hành. Tuy nhiên, trong kế hoạch 5 năm giai đoạn 2011 – 2015 chưa đề cập nội dung này. Do phạm vi của cải cách hành chính rất rộng nên trong Báo cáo này chỉ phân tích nội dung về cải cách thủ tục hành chính, được xem như là khâu đột phá của cải cách hành chính và trong tiến trình cải cách hành chính nhà nước.

Kết quả thực hiện

Hiện nay, Bộ Y tế đang quản lý 386 thủ tục hành chính thuộc 15 lĩnh vực trong đó bao gồm 91 thủ tục hành chính, thủ tục xử phạt vi phạm hành chính liên quan tới giấy tờ công dân và các cơ sở dữ liệu liên quan tới quản lý dân cư. Bộ Y tế cũng đã có những biện pháp cụ thể để tăng cường công tác cải cách hành chính như: đã tiến hành đơn giản hóa 211/225 thủ tục hành chính; công khai tất cả 362 thủ tục hành chính thuộc phạm vi quản lý của Bộ Y tế [35]. Triển khai thực hiện Đề án “Xây dựng phương pháp đo lường sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế công” tại 5 bệnh viện và 4 tỉnh, thành phố.

Tại các cơ sở y tế, cải tiến quy trình khám bệnh là khâu đột phá trong cải cách hành chính để nâng cao sự hài lòng của người dân. Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 1313/2013/QĐ-BYT về hướng dẫn quy trình khám bệnh tại các bệnh viện. Sau hơn một năm thực hiện Quyết định cho thấy, quy trình được chuẩn hóa, loại bỏ được những thủ tục không cần thiết và người bệnh đã thấy hài lòng hơn. Quy trình khám bệnh đã giảm từ 12 – 14 bước trước đây xuống còn 4 – 8 bước (tùy theo tính chất của bệnh). Tính chung, thời gian khám bệnh trung bình đã giảm được 48,5 phút so với trước khi triển khai cải tiến quy trình [75].

Khó khăn, hạn chế

Một số đơn vị chưa thực sự quan tâm đến công tác kiểm soát thủ tục hành chính, dẫn đến việc triển khai còn thụ động, chất lượng hoạt động chưa cao. Công tác đánh giá tác động thủ tục hành chính trong các dự thảo văn bản quy phạm pháp luật chưa được thực hiện nghiêm túc ở một số đơn vị. Vẫn còn tình trạng chậm trễ trong công khai thủ tục hành chính. Mặc dù đã có nhiều nỗ lực trong cải cách thủ tục hành chính, tuy nhiên, quy trình KCB tại một số cơ sở y tế vẫn còn phức tạp, cần tiếp tục được cải tiến để đáp ứng kỳ vọng của người dân.

6.3. Các vấn đề ưu tiên

6.3.1. Chất lượng và hiệu lực, hiệu quả của các chính sách, văn bản pháp luật về y tế còn hạn chế

Chính sách y tế (bao gồm các chiến lược, quy hoạch, kế hoạch và các văn bản quy phạm pháp luật) còn chậm được ban hành. Có sự chồng chéo, thiếu nhất quán trong hệ thống các văn bản, chính sách y tế.

Năng lực của cơ quan xây dựng chính sách và các đơn vị nghiên cứu cũng như sự phối hợp giữa các cơ quan, đơn vị này còn hạn chế, thiếu các thông tin, bằng chứng cụ thể, thuyết phục, còn thiếu các đánh giá tác động của các chính sách y tế làm cơ sở cho việc điều chỉnh, hoàn thiện chính sách.

Hiệu lực, hiệu quả của các chính sách y tế chưa cao, nhất là các quy hoạch, kế hoạch do không xác định rõ nguồn lực để thực hiện chính sách ngay trong quá trình xây dựng; thiếu các kế hoạch, chi tiết cụ thể để triển khai xây dựng chính sách; nhận thức của chính quyền một số địa phương, nhất là chính quyền cơ sở đối với công tác y tế còn chưa đầy đủ nên chính sách chậm được thực thi và đi vào cuộc sống.

6.3.2. Tổ chức hệ thống y tế chưa đáp ứng được yêu cầu của tình hình mới

Hiện nay, Bộ Y tế tại trung ương và Sở Y tế tại các địa phương (tham mưu cho Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương) vừa làm chức năng quản lý nhà nước về y tế, vừa trực tiếp quản lý các đơn vị trực thuộc, khối lượng công việc cần thực hiện là rất lớn nên khó phát huy hiệu quả hoạt động, cần phải có sự điều chỉnh để phát huy vai trò quản lý, theo dõi, giám sát hoạt động y tế.

Mạng lưới cơ sở y tế còn dàn trải theo đơn vị hành chính nên hiệu quả hoạt động của một số đơn vị không cao. Chưa có cơ chế khuyến khích, tăng cường liên kết, phối hợp giữa các đơn vị cùng cấp và giữa tuyến trên với tuyến dưới để bảo đảm tính liên tục trong cung ứng dịch vụ y tế.

6.3.3. Hệ thống và cơ chế thanh tra, kiểm tra, giám sát hoạt động y tế chưa phát huy được hiệu quả

Mạng lưới thanh tra y tế còn thiếu về số lượng và hạn chế về năng lực nên chưa trở thành công cụ hữu hiệu để kịp thời phát hiện, ngăn chặn các hành vi vi phạm chính sách, pháp luật về y tế.

Vai trò giám sát của các tổ chức chính trị, tổ chức chính trị xã hội, hội nghề nghiệp trong theo dõi, giám sát, phản biện chính sách, pháp luật y tế còn hạn chế do chưa thiết lập được các cơ chế phối hợp chính thức; bản thân năng lực của các tổ chức cũng còn hạn chế chưa đáp ứng được yêu cầu.

6.3.4. Cải cách thủ tục hành chính trong lĩnh vực y tế còn chưa quyết liệt

Như đã đề cập trong phần phân tích thực trạng, cải cách thủ tục hành chính là một nội dung quan trọng trong chương trình công tác hằng năm của Bộ Y tế và các cơ sở y tế. Đây là lĩnh vực còn những hạn chế cần phải ưu tiên giải quyết trong thời gian tới.

PHẦN HAI. TĂNG CƯỜNG MẠNG LƯỚI Y TẾ CƠ SỞ HƯỚNG TỚI BAO PHỦ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TOÀN DÂN

Giới thiệu

Tăng cường mạng lưới y tế cơ sở và đẩy mạnh CSSKBĐ là một ưu tiên trong chính sách phát triển y tế Việt Nam, là một trong những yếu tố quyết định tạo nên những thành tựu về y tế trong nhiều năm qua.

Mục đích của phần chuyên đề này là đánh giá thực trạng, khuyến nghị phương hướng và các giải pháp chủ yếu về tăng cường mạng lưới YTCS, nhằm đổi mới và đẩy mạnh CSSKBĐ, hướng tới CSSK toàn dân trong dài hạn và trong kế hoạch 5 năm tới.

Các nội dung chính của báo cáo bao gồm:

- Đánh giá thực trạng hoạt động của mạng lưới YTCS, những thành tựu đạt được và những vấn đề cần giải quyết;
- Phân tích và lựa chọn mô hình cung ứng dịch vụ tối ưu của mạng lưới YTCS;
- Đề xuất mục tiêu và các giải pháp tăng cường mạng lưới YTCS nhằm đổi mới và nâng cao hiệu quả cung ứng dịch vụ, hướng tới CSSK toàn dân.

Khái niệm mạng lưới YTCS được sử dụng trong báo cáo này là mạng lưới *bao gồm y tế thôn, bản, xã, phường, quận, huyện, thị xã*;¹⁶ *bao gồm cả y tế công lập và y tế tư nhân*. Đó là hệ thống các tổ chức, thiết chế y tế *trên địa bàn huyện*, có sự kết nối hữu cơ giữa các cơ sở y tế tuyến xã với tuyến huyện, để thực hiện CSSK dựa trên những nguyên tắc và giá trị của CSSKBĐ. Khái niệm này tương đương với khái niệm “*hệ thống y tế huyện*” đang được sử dụng ở nhiều quốc gia [126].

16 Chỉ thị 06-CT/TW ngày 22/1/2002 của Ban Bí thư Trung ương Đảng Cộng sản Việt Nam (2002).

Chương III. Thực trạng mạng lưới y tế cơ sở và CSSKBĐ ở Việt Nam

1. Khung chính sách phát triển mạng lưới YTCS và CSSKBĐ ở Việt Nam

Củng cố mạng lưới YTCS và tăng cường CSSKBĐ từ lâu đã được xác định là những ưu tiên trong chính sách phát triển y tế Việt Nam.

- Từ năm 1975, Chính phủ đã ban hành Nghị quyết số 15-CP của Hội đồng Chính phủ về cải tiến tổ chức y tế địa phương trong đó xác định mạng lưới YTCS có vị trí chiến lược trong CSSK nhân dân vì có thể giải quyết 80% khối lượng phục vụ y tế tại chỗ. Chủ trương này đã luôn được khẳng định và thể hiện trong tất cả các văn bản chính sách của Đảng và Chính phủ trong đó nhấn mạnh công tác CSSKBĐ và củng cố mạng lưới YTCS là nhiệm vụ quan trọng và cấp bách; Nhà nước phải có chính sách đãi ngộ hợp lý đối với mạng lưới YTCS; phải tổ chức các đội y tế lưu động để CSSK cho nhân dân ở những nơi khó khăn, thuộc vùng núi vùng sâu vùng xa; tăng cường kết hợp quân dân y trong thực hiện công tác CSSKBĐ (Nghị quyết số 04 -NQ/HNTW của Hội nghị lần thứ tư Ban Chấp hành Trung ương Đảng khoá VII, Nghị quyết số 37/CP năm 1996; Quyết định số 35/2001/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001 – 2010). Năm 2002, Ban Bí thư Trung ương Đảng đã ban hành *Chỉ thị 06-CT/TW* về củng cố và hoàn thiện mạng lưới YTCS đã nhấn mạnh trách nhiệm của các cấp Ủy đảng, lãnh đạo chính quyền địa phương và các ban ngành đoàn thể trong việc củng cố và hoàn thiện mạng lưới YTCS; củng cố tổ chức, đổi mới phương thức hoạt động, nâng cao chất lượng và hiệu quả của mạng lưới YTCS; chú trọng đào tạo cán bộ tuyến YTCS và có chính sách đãi ngộ phù hợp; có chính sách đầu tư thích hợp để củng cố và hoàn thiện mạng lưới YTCS và bảo đảm kinh phí cho hoạt động thường xuyên của TYT xã, phường.
- Những năm gần đây, khi nhu cầu CSSK tăng nhanh, cơ cấu bệnh tật thay đổi và trước tình trạng mất cân đối của mạng lưới cung ứng dịch vụ, Đảng, Quốc hội và Chính phủ tiếp tục nhấn mạnh nhiệm vụ tăng cường mạng lưới YTCS trong đó Nghị quyết của Đại hội Đảng lần thứ XI (2011) đã đề ra nhiệm vụ: khắc phục tình trạng quá tải ở các bệnh viện, đặc biệt là bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh; hoàn chỉnh mô hình tổ chức và củng cố mạng lưới YTCS; nâng cao năng lực của TYT xã, hoàn thành xây dựng bệnh viện tuyến huyện. Quốc hội cũng đã ban hành riêng một Nghị quyết về đẩy mạnh thực hiện chính sách, pháp luật về BHYT, tiến tới BHYT toàn dân, trong đó xác định đến năm 2020, hoàn thiện việc đầu tư TYT xã ở vùng có điều kiện kinh tế-xã hội khó khăn, vùng có điều kiện kinh tế-xã hội đặc biệt khó khăn (Nghị quyết 68/2013/QH13 của Quốc hội). Hiện thực hóa các chủ trương đường lối của Đảng đối với việc tăng cường YTCS, Chính phủ đã ban hành Chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011 – 2020, tầm nhìn đến năm 2030.¹⁷ Chiến lược này đã đề ra các nhiệm vụ và giải pháp khá toàn diện về củng cố và hoàn thiện mạng lưới YTCS, với các mục tiêu bảo đảm 100% số xã có TYT phù hợp với điều kiện kinh tế-xã hội và nhu cầu KCB từng vùng; nâng cao chất lượng CSSKBĐ; kết hợp hài hòa các hoạt động giữa các đơn vị y tế

17 Quyết định số 122/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ (2013).

trong huyện; thực hiện tốt tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011 – 2020; triển khai quản lý BKLN gắn với CSSKBĐ và CSSK người cao tuổi tại cộng đồng. Mở rộng các hình thức đào tạo và bồi dưỡng để phát triển đội ngũ cán bộ YTCS, ưu tiên đào tạo cán bộ y tế người dân tộc tại chỗ. Xây dựng các chính sách ưu tiên CSSK nhân dân miền núi, vùng sâu, vùng xa, đặc biệt quan tâm tới đồng bào các dân tộc thiểu số, nâng cao khả năng tiếp cận dịch vụ y tế có chất lượng cho nhân dân vùng nghèo, dân tộc thiểu số, vùng sâu, vùng khó khăn. củng cố tổ chức và đổi mới phương thức hoạt động, nâng cao hiệu quả của Ban CSSK nhân dân ở cơ sở; nâng cao nhận thức và tăng cường sự tham gia, phối hợp của chính quyền địa phương, các tổ chức chính trị xã hội, tổ chức xã hội, tổ chức xã hội nghề nghiệp đối với hoạt động CSSKBĐ; thực hiện lồng ghép các chương trình, mục tiêu, đẩy mạnh các hoạt động truyền thông-giáo dục sức khỏe tại cộng đồng.

Thực hiện các định hướng chính sách kể trên, thời gian qua đã có một loạt các quyết định cụ thể về đầu tư phát triển mạng lưới YTCS được ban hành. Cụ thể là:

- Tăng cường đầu tư cho mạng lưới YTCS và CSSKBĐ:
 - Đầu tư xây dựng, cải tạo, nâng cấp bệnh viện huyện và bệnh viện đa khoa khu vực bằng nguồn trái phiếu chính phủ và các nguồn vốn hợp pháp khác giai đoạn 2008 – 2010 (Quyết định số 47/2008/QĐ-TTg).
 - Đầu tư xây dựng TYT xã thuộc vùng khó khăn giai đoạn 2008 – 2010 (Quyết định số 950/QĐ-TTg).
 - Ban hành và thực hiện chuẩn quốc gia về y tế xã giai đoạn 2001 – 2010 (Quyết định số 370/QĐ-BYT) nay được thay thế bằng Bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011 – 2020 theo Quyết định số 4667/QĐ-BYT (2014) để phát triển y tế tuyến xã trong thời gian tới phù hợp với nhu cầu CSSK nhân dân ở từng vùng miền, khu vực, đồng thời bảo đảm hiệu quả nguồn lực y tế.
 - Thực hiện vay vốn ODA và ngân hàng phát triển quốc tế (WB, ADB) thực hiện các dự án hỗ trợ y tế vùng trong đó có các thành phần đầu tư cho tuyến xã và huyện.
- Thực hiện các chính sách đổi mới về tài chính cho mạng lưới YTCS:
 - Chính sách KCB cho người nghèo, bảo đảm công bằng trong y tế theo Quyết định số 139/2002/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ và sau đó đã được sửa đổi, bổ sung một số điều trong Quyết định số 14/2012/QĐ-TTg.
 - Luật BHYT năm 2008 quy định đăng ký KCB BHYT ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến xã, tuyến huyện hoặc tương đương và mở rộng đối tượng tham gia BHYT thông qua quy định NSNN hỗ trợ đóng phí BHYT cho người nghèo, cận nghèo và các đối tượng yếu thế khác.
- Chính sách phát triển và thu hút nhân lực cho mạng lưới YTCS:
 - Thực hiện các chương trình đào tạo nhân lực y tế trong đó ưu tiên đào tạo nhân lực cho các vùng nông thôn và vùng khó khăn, bao gồm Chương trình đào tạo nhân lực y tế theo chế độ cử tuyển cho vùng khó khăn, vùng núi của các tỉnh miền Bắc, miền Trung, Đồng bằng Sông Cửu Long và Tây Nguyên (Nghị định số 134/2006/NĐ-CP và Quyết định số 1544/2007/QĐ-TTg); Chương trình đào tạo liên thông trình độ đại

học, cao đẳng y, dược, trong đó đào tạo bác sĩ 4 năm từ trình độ trung cấp, cao đẳng để về làm việc tại tuyến YTCS (Thông tư số 06/2008/TT-BYT).

- Thực hiện các chế độ khuyến khích về tài chính cho cán bộ y tế và cán bộ tại tuyến YTCS, vùng sâu vùng khó khăn: chế độ phụ cấp ưu đãi theo nghề đối với công chức, viên chức công tác tại các cơ sở y tế công lập (Nghị định số 56/2011/NĐ-CP); chế độ phụ cấp ưu đãi, phụ cấp thu hút cho các cán bộ, viên chức y tế công tác ở vùng có điều kiện kinh tế-xã hội đặc biệt khó khăn (Nghị định số 64/2009/NĐ-CP); chế độ phụ cấp đối với nhân viên y tế thôn bản (Quyết định số 75/2009/QĐ-TTg); chế độ phụ cấp trực, phụ cấp phẫu thuật, thủ thuật và chế độ phụ cấp chống dịch đối với công chức, viên chức trong các CSYT công lập (Quyết định số 73/2011/QĐ-TTg).
- **Đổi mới tổ chức mạng lưới YTCS:**
 - Từ 2004 đến nay, đã có nhiều thay đổi về hình thức tổ chức các đơn vị y tế tuyến huyện qua các Nghị định số 172/2004/NĐ-CP, Nghị định số 14/2008/NĐ-CP cùng các Thông tư hướng dẫn thực hiện. Tuy nhiên, chưa có mô hình tổ chức nào được coi là ưu việt và được thực hiện thống nhất trên toàn quốc. Trong bối cảnh đó, việc ban hành Nghị định số 117/2014/NĐ-CP của Chính phủ quy định về y tế xã, phường, thị trấn, trong đó quy định TYT xã là đơn vị trực thuộc TTYT huyện và nhân lực TYT xã là viên chức đã giúp cho TYT xã chính thức được quản lý và chỉ đạo hoạt động toàn diện theo ngành dọc.

2. Thực trạng tổ chức mạng lưới và cung ứng dịch vụ y tế cơ sở

2.1. Thành tựu và tiến bộ

Về tổ chức mạng lưới y tế cơ sở

Mạng lưới YTCS bao phủ rộng khắp với 460 trên tổng số 693 huyện, quận có mô hình chia tách riêng BVĐK huyện và TTYT huyện chỉ thực hiện chức năng YTDP và quản lý trực tiếp TYT xã. Có 233 TTYT huyện ở 19 tỉnh, thành phố thực hiện 2 chức năng YTDP và KCB. 668/693 huyện ở 62/63 tỉnh có Trung tâm DS-KHHGĐ, chiếm 96,4%; 24/693 huyện ở 4/63 tỉnh đã thành lập chi cục VSATTP, chiếm 3,5%.¹⁸ Trên toàn quốc, có 99% xã, phường, thị trấn đã có nhà trạm; 78% TYT xã có bác sĩ làm việc (bao gồm cả các xã có bác sĩ làm việc từ 3 ngày/tuần trở lên); 96% TYT xã có nữ hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi; 78% thôn, bản, tổ dân phố trong cả nước đã có nhân viên y tế hoạt động, trong đó tỷ lệ này là 95,9% số thôn, bản ở khu vực nông thôn, miền núi [35].

Mô hình phòng khám bác sĩ gia đình đang được thí điểm tại một số địa phương. Năm 2014, đã có 97 phòng khám bác sĩ gia đình tại 8 tỉnh. Tuy nhiên, mô hình này chưa được đánh giá về tính hiệu quả, tính khả thi cho việc mở rộng diện thí điểm.

Về đầu tư phát triển cơ sở vật chất cho mạng lưới YTCS

Cơ sở vật chất của nhiều bệnh viện đa khoa huyện, TTYT và một số phòng khám đa khoa đã được nâng cấp. Tính đến thời điểm năm 2014, cả nước đã có 598 bệnh viện, TTYT huyện và một số phòng khám đa khoa khu vực được cải tạo, mở rộng, nâng cấp về cơ sở vật chất, mua

18 Số liệu từ Vụ Tổ chức cán bộ, Bộ Y tế

sắm bổ sung trang thiết bị hoặc đầu tư xây mới từ các nguồn vốn khác nhau trong đó chủ yếu là từ nguồn trái phiếu chính phủ và các dự án ODA hoặc từ các dự án phát triển y tế vùng vay vốn ngân hàng phát triển (ADB, WB). Đã hoàn thành đưa vào sử dụng 487 bệnh viện huyện (gồm 382 bệnh viện hoàn thành toàn bộ và 205 bệnh viện hoàn thành một số hạng mục đã triển khai) và 84 phòng khám đa khoa khu vực, góp phần tăng số giường bệnh, tăng công suất, năng lực khám bệnh, chữa bệnh cho bệnh viện tuyến huyện.

Một số TYT xã được đầu tư nâng cấp và xây dựng mới từ nguồn ngân sách địa phương, viện trợ (WB, ADB, EC, AP...) và gần đây là Chương trình mục tiêu quốc gia (CTMTQG) xây dựng nông thôn mới. Cho đến nay, đã có 80% xã đạt Chuẩn quốc gia về y tế xã giai đoạn 2001 – 2010 và các địa phương đang tiếp tục thực hiện Bộ Tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011 – 2020 trong CTMTQG xây dựng nông thôn mới và đã có 55% xã đạt tiêu chí này [35].

Nhân lực cho mạng lưới YTCS

Số lượng cán bộ y tế đã tăng rõ rệt từ 259 583 người (2005) lên 424 237 người (2013) [59]. Số liệu từ Niên giám thống kê y tế giai đoạn 2000-2010 cho thấy nhân lực tuyến YTCS đã tăng 44%. Giai đoạn 2010-2013, nhân lực y tế cơ sở tiếp tục tăng thêm 16%, trong đó ở tuyến huyện là 21% và tuyến xã là 9%. Cùng với sự gia tăng về số lượng, chất lượng cán bộ YTCS cũng đã ngày càng được cải thiện với sự gia tăng tỷ lệ cán bộ y tế có trình độ đại học trở lên từ 17% năm 2000 lên 19% năm 2010 và đạt 21,3% vào năm 2013 [59]. Sự gia tăng về số lượng nhân lực y tế tại tuyến huyện đạt ở mức cao nhất trong giai đoạn 5 năm gần đây gắn liền với quá trình thực thi chủ trương đưa bác sĩ về xã, nâng cấp, xây dựng các bệnh viện đa khoa huyện và sắp xếp lại mô hình tổ chức của các đơn vị y tế tuyến huyện.

Từ năm 2013, Việt Nam đã thực hiện Dự án 585 “Thí điểm đưa bác sĩ trẻ về công tác tại vùng khó khăn” (Quyết định số 585/QĐ-BYT) với nhu cầu khoảng 419 bác sĩ về làm việc tại 62 huyện nghèo.¹⁹ Dự án đã tổ chức xây dựng 7 chương trình đào tạo, tuyển dụng và tổ chức đào tạo cho các bác sĩ trẻ tình nguyện. Theo số liệu đến năm 2014, mới chỉ có 81 sinh viên tại các trường đại học y đăng ký tình nguyện tham gia. Tuy nhiên, hiện nay chưa có báo cáo số liệu chính thức về số lượng thực tế bác sĩ tình nguyện về làm việc tại các huyện nghèo theo dự án này.

Tài chính cho mạng lưới YTCS

Về kinh phí đầu tư cho YTCS, trong những năm gần đây đã có các dự án sử dụng nguồn ngân sách nhà nước đầu tư xây dựng nâng cấp cơ sở hạ tầng và TTBYT cho các BVĐK/TTYT huyện, Phòng khám đa khoa khu vực (Quyết định số 47, Quyết định số 225/2005/QĐ-TTg... xem thêm Mục 3B). Ngoài ra, các dự án ODA, các tổ chức phi chính phủ hỗ trợ tài chính cho đầu tư phát triển tuyến YTCS (như Dự án hỗ trợ CSSK cho người nghèo các tỉnh miền núi phía Bắc và Tây Nguyên (HEMA), Hỗ trợ y tế vùng (các tỉnh miền núi phía Bắc; các tỉnh Bắc Trung Bộ; tăng cường dịch vụ KCB tại các tỉnh Tây Bắc; tăng cường công tác trợ giúp người khuyết tật) đã góp phần nâng cao năng lực tuyến YTCS và tăng khả năng tiếp cận với các dịch vụ y tế của người dân ở những vùng khó khăn. Giai đoạn từ 2004 đến nay, trong số trên 41 dự án ODA do Bộ Y tế quản lý thì có 14 chương trình, dự án (3 dự án đã kết thúc) có các hoạt động đầu tư, hỗ trợ lớn cho y tế tuyến cơ sở với tổng số kinh phí khoảng 329 triệu đô la Mỹ (tương đương 6580 tỷ đồng). Trong số đó, có 5 dự án viện trợ không hoàn lại do EC, Quỹ Toàn cầu và GAVI

19 Theo số liệu thống kê của Vụ Tổ chức Cán bộ đến 12/12/2012 về nhu cầu bác sĩ tại 62 huyện nghèo.

tài trợ, 9 dự án ODA vay WB và ADB. Các dự án tập trung hỗ trợ cho các tỉnh thuộc các vùng kinh tế còn gặp nhiều khó khăn, đầu tư cho YTCS còn yếu kém.

Nhà nước đã có nhiều nỗ lực trong thực hiện bao phủ BHYT toàn dân trong đó có việc hỗ trợ mua BHYT cho nhiều nhóm đối tượng góp phần đạt được tỷ lệ bao phủ BHYT trên toàn quốc là 71% vào năm 2014, ước đạt 75,3% cuối năm 2015; trong đó nhóm người nghèo, cận nghèo có BHYT chiếm tỷ lệ 26% tổng số người tham gia BHYT [35].

Theo Quyết định số 797/2012/QĐ-TTg và Quyết định số 705/2013/QĐ-TTg, mức hỗ trợ đóng BHYT cho người thuộc gia đình cận nghèo từ 50% được nâng lên 70% và người cận nghèo thuộc nhóm mới thoát nghèo trong 5 năm, người cận nghèo sinh sống ở các huyện nghèo và huyện được hỗ trợ 100% mức đóng BHYT.

Cung ứng dịch vụ trong mạng lưới YTCS

Dịch vụ y tế dự phòng

Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu được mở rộng tại các cơ sở y tế tuyến xã và huyện. Các chương trình YTDP và các chương trình mục tiêu y tế quốc gia được triển khai và đạt những kết quả nhất định. Cụ thể là:

- *Chương trình phòng chống các dịch, bệnh lây nhiễm* đã duy trì và kiểm soát tốt các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm, không để các vụ dịch bệnh lớn xảy ra (chi tiết xem mục “Phòng chống các bệnh dịch, bệnh truyền nhiễm” trong Phần I, Báo cáo này). Đã đạt được tất cả các chỉ tiêu chuyên môn về phòng chống lao theo kế hoạch đề ra; giảm được số người mắc và chết do HIV/AIDS vào năm 2012 thấp hơn so với các năm trước và đạt được hầu hết các chỉ tiêu kế hoạch đề ra, tiếp tục triển khai rộng các hoạt động can thiệp giảm thiểu tác hại. Tỷ lệ mắc và tử vong của hầu hết các bệnh truyền nhiễm lưu hành như tay-chân-miệng, đại, sốt rét... năm 2014 đều giảm so với năm 2013 và giảm nhiều so với giai đoạn 2010 – 2013, đặc biệt giảm 50% số mắc và tử vong do sốt xuất huyết. Bệnh sởi tăng so với các năm trước và xuất hiện rải rác trên toàn quốc nhưng đã được khống chế hiệu quả với chiến dịch tiêm vắc xin sởi-rubella lớn nhất từ trước đến nay cho trẻ từ 1 – 14 tuổi được triển khai trên toàn quốc từ tháng 9/2014 đến tháng 2/2015 với kế hoạch tiêm chủng cho tổng số 23 triệu trẻ [127].
- *Đã triển khai một số hoạt động phòng chống và quản lý các BKLN*, như bệnh tim mạch, tiểu đường, ung thư, tâm thần trong mạng lưới YTCS, đạt được kết quả ban đầu (đánh giá chung về phòng chống BKLN xem Báo cáo JAHR 2014 và phần I, Báo cáo này). Các hoạt động triển khai thực hiện Luật phòng chống tác hại thuốc lá cũng đã bước đầu được thực hiện ở tuyến YTCS ở một số địa phương.
- *Công tác DS-KHHGD và CSSK sinh sản*: Tính đến năm 2014, đã hoàn thành các chỉ tiêu kế hoạch giao về số bà mẹ được sàng lọc trước sinh, số trẻ sơ sinh được sàng lọc, số mới sử dụng các biện pháp tránh thai như đặt vòng tránh thai, cấy thuốc tránh thai, dùng viên uống tránh thai và sử dụng bao cao su. Tuy nhiên, còn một số chỉ tiêu vẫn chưa đạt được như tỷ lệ sử dụng BPTT hiện đại chưa đạt yêu cầu, chưa đáp ứng được nhu cầu phương tiện tránh thai cho một số nhóm đối tượng, số lượng và cơ cấu sử dụng BPTT chưa bảo đảm duy trì mức sinh thay thế. Nhiều nội dung CSSK sinh sản đã được thực hiện trong mạng lưới YTCS như chuẩn hóa quy trình chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh thiết yếu, nâng

cao năng lực cấp cứu sản khoa cho cán bộ y tế, triển khai mô đẻ, truyền máu và hồi sức sơ sinh tại các bệnh viện huyện miền núi, đào tạo cô đỡ thôn, bản cho vùng đặc biệt khó khăn, đào tạo cán bộ y tế đạt chuẩn người đỡ đẻ có kỹ năng. Các chỉ tiêu CSSK bà mẹ trẻ em được cải thiện và đạt mức kế hoạch đề ra vào thời điểm năm 2014 bao gồm tỷ lệ phụ nữ có thai được quản lý thai là 96,4%; tỷ lệ phụ nữ đẻ được khám thai ≥ 3 lần trong 3 thời kỳ là 89,6%; tỷ lệ phụ nữ đẻ được tiêm 2 mũi vắc xin phòng uốn ván là 95,7%; tỷ lệ phụ nữ đẻ do cán bộ được đào tạo hỗ trợ là 97,5%; tỷ lệ bà mẹ/trẻ sơ sinh được chăm sóc sau sinh là 89,9%; tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi thể cân nặng/tuổi là 15,0%.

- *Công tác vệ sinh môi trường và nâng cao sức khỏe* cũng đã được đưa vào các CTMTQG như Chương trình nước sạch và vệ sinh môi trường nông thôn giai đoạn 2012 – 2015; Chương trình Quốc gia và Kế hoạch chương trình quốc gia về an toàn vệ sinh lao động giai đoạn 2011 – 2015; Dự án vệ sinh nông thôn thuộc Chương trình mục tiêu quốc gia nước sạch và vệ sinh môi trường nông thôn giai đoạn 2012 – 2015.

Dịch vụ khám chữa bệnh

Người dân đã tiếp cận và sử dụng nhiều hơn dịch vụ KCB tại mạng lưới YTCS, nhờ việc thực hiện một số giải pháp nâng cấp và cải thiện về cơ sở vật chất, TTB, tài chính. Một số dịch vụ kỹ thuật, thuốc thuộc tuyến trên cũng đã dần được triển khai tới tận tuyến huyện, xã. Kết quả là có sự gia tăng đáng kể việc sử dụng dịch vụ KCB tại bệnh viện đa khoa huyện, phòng khám đa khoa khu vực và TYT xã. Theo kết quả khảo sát mức sống dân cư qua các năm, tỷ lệ lượt người sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú tại bệnh viện đa khoa huyện năm 2010 là 17,6%, cao hơn so với tỷ lệ 11,9% vào năm 2004; số lượt điều trị nội trú tại các bệnh viện đa khoa huyện đã gia tăng đạt tỷ lệ 38,2% vào năm 2010, so với 35,4% vào năm 2004. Tuy nhiên, tại TYT xã, tỷ lệ lượt KCB ngoại trú lại giảm từ 26% vào năm 2008 xuống 23,8% vào năm 2012 [107].

Tính đến năm 2014, đã triển khai KCB BHYT tại 80% tổng số TYT xã, tỷ lệ thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu tại TYT xã chiếm 41% và tại bệnh viện huyện chiếm 45% tổng số thẻ đăng ký KCB ban đầu [128].

Hoạt động KCB bằng YHCT tiếp tục phát triển. Năm 2014, các cơ sở KCB tuyến huyện và xã đã thành lập các tổ YHCT. Tỷ lệ điều trị ngoại trú bằng YHCT so với tổng điều trị ngoại trú chung ở tuyến xã là 26,8% [35].

2.2. Khó khăn, hạn chế và nguyên nhân

Mạng lưới YTCS đã đạt được nhiều thành tựu trong lĩnh vực phòng chống dịch, kiểm soát các bệnh lây nhiễm, trong công tác DS-KHHGD và chăm sóc sức khỏe sinh sản, tuy nhiên vẫn tồn tại không ít hạn chế trong cung ứng dịch vụ CSSKBĐ, khám và xử trí các bệnh thông thường ngay trong cộng đồng. Các hạn chế và nguyên nhân được phân tích dưới đây lần lượt theo từng cấu phần của hệ thống y tế:

2.2.1. Về quản lý, điều hành

Tổ chức mạng lưới YTCS thiếu ổn định và thống nhất. Quyết định thay đổi mô hình tổ chức và cơ chế quản lý đối với mạng lưới YTCS tới 3 lần trong vòng 10 năm đã tạo ra sự không ổn định và thiếu thống nhất về tổ chức mạng lưới YTCS trên toàn quốc, tác động tới hiệu quả sử dụng nhân lực y tế, giảm khả năng cung ứng dịch vụ lồng ghép, toàn diện và liên tục.

Cụ thể là:

- Việc chia tách, thành lập cơ quan làm nhiệm vụ cung ứng dịch vụ KCB và cơ quan làm nhiệm vụ phòng bệnh khiến mạng lưới YTCS khó phối hợp để cung ứng các dịch vụ lồng ghép, toàn diện và liên tục, khó đáp ứng sự thay đổi nhanh chóng về mô hình bệnh tật từ các bệnh truyền nhiễm sang các BKLN và các vấn đề sức khỏe liên quan tới già hóa dân số.
- Việc chia tách thành nhiều đơn vị đã làm phân tán và giảm hiệu quả sử dụng các nguồn lực. Cụ thể là, nguồn nhân lực chuyên môn có trình độ vốn đã thiếu ở tuyến huyện và xã, đặc biệt là ở khu vực nông thôn và vùng khó khăn, sau khi chia tách, bị dàn trải, lại càng thiếu hụt hơn. Nguồn vốn đầu tư cho cơ sở vật chất, TTB của mạng lưới YTCS vốn hạn hẹp sau khi chia tách lại càng ít hơn, do phải tăng đầu tư xây dựng và trang bị cho các đơn vị mới chia tách.

Tổ chức cung ứng dịch vụ bị phân mảnh, chưa thực hiện tốt chăm sóc lồng ghép, toàn diện và liên tục: thiếu liên kết và phối hợp giữa YTDP và KCB, giữa các tuyến trong điều trị, giữa cơ sở y tế nhà nước và tư nhân. Thiếu cơ chế lồng ghép giữa các chương trình MTYTQG, đặc biệt là các chương trình phòng chống các BKLN. Việc thực hiện các hoạt động phòng chống BKLN được thực hiện theo chương trình dọc và quản lý bởi các đầu mối khác nhau, không thống nhất ở các địa phương [129], thiếu gắn kết giữa các cơ sở YTDP và cơ sở KCB, giữa các tuyến trong phát hiện người bệnh, điều trị và quản lý người bệnh. Các BKLN chính có chung các yếu tố nguy cơ, có chung nhiều giải pháp can thiệp để kiểm soát yếu tố nguy cơ nhưng không có sự phối hợp, lồng ghép giữa các chương trình.

2.2.2. Về nhân lực

Thiếu nhân lực và nhân lực chưa được đào tạo đáp ứng nhu cầu, đặc biệt là đào tạo trong lĩnh vực phòng chống và kiểm soát các BKLN. Các bệnh viện huyện và TTYT thiếu nhân lực có trình độ chuyên môn chuyên khoa sâu. Tỷ lệ nhân viên y tế thôn bản được đào tạo theo quy định mới chỉ đạt ở mức khoảng 69%; số lượng cô đỡ thôn bản mới đáp ứng được khoảng 1/5 nhu cầu thực tế tại các vùng khó khăn [130].

Mất cân đối trong phân bố nhân lực y tế giữa thành thị và nông thôn. Khu vực nông thôn chiếm 72,6% tổng dân số, nhưng chỉ chiếm 41% số bác sĩ và 18% số dược sĩ.

2.2.3. Về tài chính

Thiếu hụt và mất cân đối trong phân bổ nguồn tài chính giữa tuyến trên và YTCS. Tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB BHYT tại tuyến xã, huyện là 72% nhưng tỷ trọng sử dụng quỹ BHYT chỉ là 32%; trong khi con số tương ứng ở tuyến tỉnh và trung ương là 28% và 68%. Ngân sách nhà nước không đủ để phân bổ theo định mức và không phân bổ theo nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân, mà phân bổ theo đầu vào (Ngân sách cấp chỉ đáp ứng 82% tổng chi cho con người tại bệnh viện huyện; gần 30% TYT xã không được cấp đủ mức chi thường xuyên tối thiểu theo quy định). Trong khi đó, định mức chi thường xuyên cho TYT xã theo Thông tư số 119/2002/TTLT-BTC-BYT hướng dẫn nội dung thu, chi và mức chi thường xuyên của TYT xã với mức chi không còn phù hợp và không bảo đảm cho các hoạt động thường xuyên của TYT xã.

Đầu tư cho các TYT xã chưa đáp ứng yêu cầu. Hiện còn 3,7% xã chưa có nhà trạm hoặc mới chỉ là nhà tạm, 25,2% TYT xã dột nát, xuống cấp (25,2%),²⁰ rất nhiều TYT xã cần được xây mới và nâng cấp nhưng trong 10 năm gần đây hầu như không có sự đầu tư đồng bộ nào cho TYT xã về cơ sở vật chất, TTBYT. Đến nay, vẫn chưa xác định được các nguồn vốn ổn định để thực hiện Quyết định số 950/2007/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ về tăng cường đầu tư xây dựng TYT xã thuộc vùng khó khăn giai đoạn 2008 – 2010. Đề án Hỗ trợ phát triển Trung tâm YTDP tuyến huyện giai đoạn 2007 – 2010 được phê duyệt tại Quyết định số 1402/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ cũng chưa được bố trí nguồn vốn riêng để thực hiện. Nguồn đầu tư cho TYT xã chủ yếu là do các địa phương tự sắp xếp, hoặc do Bộ Y tế huy động từ các dự án viện trợ nước ngoài, nên thiếu ngân sách duy tu, bảo dưỡng, nâng cấp thường xuyên.

Đầu tư lệch trọng tâm. Trong khi mạng lưới YTCS vẫn đang thiếu các TTB, thuốc và các điều kiện cơ bản cho các hoạt động phòng bệnh, nâng cao sức khỏe, CSSK chủ động tại nhà và cộng đồng thì vẫn có xu hướng tăng cường đầu tư các TTB hiện đại và đắt tiền như siêu âm, điện tim, máy xét nghiệm tự động, mặc dù thiếu các điều kiện để có thể sử dụng một cách có hiệu quả các TTB đó.

Tài chính cho CSSKBĐ và các dịch vụ y tế khác bị phân đoạn và có những khoảng trống: các chương trình y tế được quản lý riêng biệt theo từng chương trình với các nguồn kinh phí riêng nên làm hạn chế tính chủ động của các đơn vị YTCS trong bảo đảm thực hiện lồng ghép các hoạt động chuyên môn phù hợp với thực trạng nhu cầu CSSK địa phương. Mặt khác, nhiều dịch vụ y tế không được chi trả hoặc không được chi trả đầy đủ, không bảo đảm cho một số hoạt động chuyên môn ngoài trạm như dịch vụ tư vấn điều trị, CSSK tại gia đình, giám sát dịch bệnh, vệ sinh môi trường và kiểm tra VSATTP..., tiền hỗ trợ phương tiện đi lại, xăng cho các nhân viên y tế v.v...

Phương thức chi trả không khuyến khích năng suất và hiệu quả (từ nguồn ngân sách cũng như từ BHYT): Việc áp dụng các phương thức chi trả tại tuyến YTCS chưa phù hợp trong đó có những bất cập từ phương thức chi trả theo định suất, mức chi trả cho cùng dịch vụ thuộc danh mục BHYT khác nhau giữa các tuyến. Phương thức cấp kinh phí cho hoạt động thường xuyên của các đơn vị y tế ở tuyến YTCS chưa dựa trên nhu cầu CSSK và năng lực thực tế mà vẫn dựa trên số giường bệnh (với bệnh viện) và số lượng nhân lực y tế (với YTDP).

Việc theo dõi, đánh giá tính chi phí hiệu quả chưa được thực hiện khi đầu tư các TTB hoặc kỹ thuật mới tại các đơn vị tuyến YTCS nơi đang được xác định là tuyến cung cấp chủ yếu các dịch vụ CSSKBĐ. Hiện nay, việc mở rộng đầu tư các TTB đắt tiền như CT-Scanner, siêu âm màu 4D tại các BV huyện; máy siêu âm, điện tim và xét nghiệm tự động tại các TYT xã đang được triển khai thực hiện ở nhiều địa phương qua các chương trình dự án nhưng chưa thực hiện đánh giá về tính chi phí hiệu quả, về các điều kiện và khả năng sử dụng có hiệu quả các TTBYT đó tại tuyến YTCS là nơi phải ưu tiên cho các dịch vụ CSSKBĐ, phòng bệnh và nâng cao sức khỏe.

2.2.4. Về thuốc, trang thiết bị

Nhiều TYT không có đủ thuốc điều trị theo danh mục quy định. Nghiên cứu của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế năm 2011 cho thấy TYT chỉ có được 30% số thuốc thuộc nhóm thuốc cho CSSKSS [131]. Việc cung ứng thuốc cho các TYT xã ở một số tỉnh miền núi có nhiều

20 Bộ Y tế (2012). Thống kê báo cáo của 63 tỉnh, thành phố về thực trạng cơ sở vật chất TYT tuyến xã.

bất cập, danh mục thuốc không bảo đảm, đặc biệt là các thuốc, hóa chất cho phòng chống dịch. Có tới 44,9% TYT xã luôn thiếu thuốc trong danh mục quy định, số thuốc thiếu trung bình là 5 loại thuốc.

Trang thiết bị y tế tại nhiều TYT không đáp ứng nhu cầu CSSK. Theo báo cáo của Cục Quản lý KCB (năm 2011), có tới 45,8% TYT thiếu trang thiết bị hoặc TTB cũ, hỏng không sử dụng được [132]. Một nghiên cứu điều tra về năng lực của TYT xã tại 4 tỉnh miền núi cũng cho thấy trung bình có tới 31,2% số TYT xã không đủ các TTB thông thường theo quy định mà nguyên nhân chính là do hỏng hóc và không được sửa chữa, bổ sung kịp thời và chỉ có 25,9% có đầy đủ các TTBYT theo danh mục có thể hoạt động được. Trang thiết bị văn phòng cũng bị thiếu tại 41,1% TYT xã, ảnh hưởng tới hoạt động chung của trạm.

Một trong những nguyên nhân dẫn tới thiếu TTBYT là do tình trạng chậm cập nhật văn bản hướng dẫn. Cho tới nay, danh mục TTBYT theo Quyết định số 1020/2004/QĐ-BYT chưa được cập nhật nên TYT xã không thể thực hiện được các dịch vụ kỹ thuật theo quy định về phân tuyến chuyên môn kỹ thuật trong Thông tư 43/2013/QĐ-BYT.

2.2.5. Về cung ứng dịch vụ

Năng lực cung ứng dịch vụ (phòng bệnh, KCB, quản lý sức khỏe, CSSK dựa vào cộng đồng) yếu và có sự khác biệt lớn giữa các vùng; chất lượng dịch vụ, nhất là ở tuyến dưới, thấp và chưa được kiểm soát. TYT xã chỉ thực hiện được 52,2% số lượng các dịch vụ theo phân tuyến kỹ thuật. Nguyên nhân không thực hiện được các dịch vụ còn lại là do thiếu cán bộ hoặc cán bộ chưa được đào tạo, tập huấn để cung ứng các dịch vụ đó (chiếm 52,7%), hoặc do không có TTB hoặc TTB bị cũ, hỏng không sử dụng được (chiếm 45,8%) [132].

Cung ứng dịch vụ điều trị của mạng lưới YTCS hạn chế và không hiệu quả dẫn đến quá tải ở bệnh viện tuyến trên. Công suất sử dụng giường bệnh của một số bệnh viện tuyến huyện dưới 60% [133]. Có tới 54 – 65% số bệnh nhân đến bệnh viện tuyến trung ương với các bệnh có thể chẩn đoán và điều trị tại tuyến dưới, tỷ lệ này cao tới >80% đối với chuyên khoa nhi và sản phụ khoa. Hiệu quả hoạt động của TYT xã thấp thậm chí cả ở những địa phương đã cung cấp trang thiết bị đắt tiền như siêu âm, máy điện tim tới tận TYT xã.

Chất lượng dịch vụ của tuyến YTCS, đặc biệt là tại các TYT xã còn nhiều hạn chế. Ngoài việc không bảo đảm về cơ sở vật chất, trang thiết bị và thuốc tại các TYT xã, sự hạn chế về năng lực chuyên môn của các cán bộ y tế tại TYT xã là một nguyên nhân quan trọng ảnh hưởng tới chất lượng dịch vụ tại các TYT xã. Theo nghiên cứu đánh giá về năng lực TYT xã ở một số tỉnh cho thấy tỷ lệ bác sĩ không nắm được các kiến thức về CSSK sinh sản, phát hiện tai biến và xử trí ban đầu, xử trí tăng huyết áp, tiêu chảy còn rất cao, đặc biệt là ở các TYT xã miền núi [134]. Tình trạng kê đơn, sử dụng thuốc không hợp lý tại các TYT xã cũng là một vấn đề cần quan tâm. Một nghiên cứu khác được thực hiện năm 2012 về tình hình sử dụng thuốc cho nhóm bệnh nhân có BHYT tại TYT xã cho thấy tỷ lệ đơn được kê đơn kháng sinh cho trẻ em không đúng dạng bào chế là 21%, đặc biệt ở tỉnh vùng Tây Nguyên là 37,7% [135].

2.2.6. Về hệ thống thông tin y tế

Hệ thống thông tin y tế của tuyến YTCS còn nhiều bất cập và chưa hỗ trợ cho công tác quản lý, lập kế hoạch y tế và cung ứng dịch vụ một cách có hiệu quả. Hiện nay, tuyến YTCS chưa ứng dụng công nghệ thông tin trong công tác thu thập, lưu trữ, phân tích, báo cáo và quản

lý thông tin một cách thống nhất. Mặt khác, hệ thống thông tin y tế hiện nay ở tuyến YTCS cũng không đủ khả năng giúp quản lý sức khỏe và theo dõi, điều trị với các nhóm đối tượng nguy cơ, bệnh nhân cần được theo dõi quản lý tại các tuyến và tại cộng đồng, gia đình giúp thực hiện CSSK một cách liên tục, toàn diện.

2.3. Những thách thức đối với mạng lưới YTCS

Bên cạnh những khó khăn, hạn chế nói trên, mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế nói chung và YTCS nói riêng đang phải đối mặt với nhiều thách thức. Đó là:

- *Già hóa dân số, sự gia tăng BKLN* đòi hỏi cao hơn sự CSSK toàn diện lồng ghép và liên tục cùng với sự xuất hiện và diễn biến khó lường của một số dịch bệnh mới làm cho nhu cầu CSSK và chi phí y tế tăng.
- *Gia tăng các yếu tố nguy cơ* do tác động của quá trình công nghiệp hóa, đô thị hóa, trong đó lối sống không lành mạnh (hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia, thiếu vận động, dinh dưỡng không hợp lý), ô nhiễm môi trường đang là các yếu tố nguy cơ hàng đầu của nhiều bệnh, tật. Việt Nam là một trong những nước có tỷ lệ người hút thuốc, tiêu thụ rượu, bia cao trong khu vực. Việt Nam cũng phải đối phó với các vấn đề sức khỏe liên quan đến biến đổi khí hậu, là một trong 10 nước chịu ảnh hưởng nặng nề nhất của sự dâng lên của mực nước biển.
- *Chi phí CSSK tăng nhanh, trong khi nguồn lực có hạn*: Chi y tế bình quân đầu người tăng nhanh với tốc độ bình quân 10,5%/năm giai đoạn 2007-2012 (hiệu chỉnh theo giá thực tế sử dụng chỉ số giảm phát đối với dịch vụ y tế). Năm 2013, tính bình quân mỗi người Việt Nam chi 111 USD cho y tế, tăng hơn gấp đôi so với năm 2007. Việt Nam mới trở thành quốc gia thuộc nhóm nước có thu nhập bình quân đầu người ở mức trung bình thấp. Năm 2013, với mức thu nhập bình quân đầu người 1901 đô-la Mỹ tính theo tỷ giá hối đoái bình quân hằng năm, Việt Nam xếp thứ 132/183 quốc gia [136]. Về tổng chi toàn xã hội cho y tế, mặc dù Việt Nam chi tới 6% GDP cho CSSK nhưng mức chi y tế bình quân đầu người của Việt Nam cũng chỉ xếp thứ 127/191 quốc gia [137]. NSNN chi cho y tế có xu hướng bị cắt giảm trong những năm gần đây. Tỷ lệ chi từ NSNN cho y tế mới đạt 8%, thấp hơn mục tiêu đề ra vào năm 2015 là 10% NSNN dành cho y tế.

3. Các vấn đề ưu tiên

Dựa trên kết quả phân tích các vướng mắc và hạn chế của mạng lưới YTCS nêu trên, nhằm tăng cường mạng lưới YTCS, thực hiện tốt hơn công tác CSSKBĐ, cung ứng dịch vụ lồng ghép, liên tục, có hiệu quả hướng tới bao phủ CSSK toàn dân, những vấn đề sau đây được coi là vấn đề ưu tiên cần khắc phục trong thời gian 5 – 10 năm tới:

3.1. Năng lực thực hiện các nhiệm vụ phòng bệnh, quản lý sức khỏe, cung ứng dịch vụ KCB của mạng lưới YTCS còn nhiều hạn chế cả về số lượng dịch vụ kỹ thuật cũng như chất lượng dịch vụ, chưa tạo được niềm tin cho người dân về chất lượng dịch vụ CSSK tại tuyến YTCS. Nguyên nhân chủ yếu là thiếu các điều kiện cần thiết về nhân lực y tế, tài chính, thuốc, trang thiết bị y tế, cơ sở vật chất để mạng lưới YTCS có thể cung cấp được các dịch vụ CSSKBĐ có chất lượng:

- Sự hạn chế về trình độ chuyên môn, năng lực tổ chức sự tham gia CSSK của cộng đồng do nhân lực YTCS chưa được đào tạo, chưa có cơ chế bổ sung kiến thức và kỹ năng chuyên môn dựa trên nhu cầu CSSKBĐ thực tế tại tuyến YTCS.
- Mạng lưới YTCS chưa được đầu tư một cách đồng bộ; các đề án đầu tư cho YTCS thiếu kinh phí và chưa có cơ chế giám sát, theo dõi, đánh giá tính hiệu quả đầu tư.
- Thiếu các công cụ và phương thức bảo đảm chất lượng và hiệu quả trong cung ứng dịch vụ CSSK tại tuyến huyện và xã (xác định phạm vi các dịch vụ cần được cung ứng tại tuyến xã và huyện, các quy định về quy trình chuyên môn, hướng dẫn lâm sàng, giám sát kiểm tra chất lượng dịch vụ...).
- Cơ chế phân bổ kinh phí và chi trả cho dịch vụ chưa tạo động lực tăng cường cung cấp dịch vụ CSSKBĐ, phòng bệnh và nâng cao sức khỏe, đặc biệt là chưa bảo đảm được nguồn kinh phí cho các hoạt động thường xuyên của các TYT xã theo chức năng nhiệm vụ hiện nay.

3.2. Hiệu quả hoạt động của mạng lưới YTCS còn thấp, chưa có khả năng bảo đảm thực hiện chăm sóc lồng ghép và liên tục, đặc biệt là đối với các bệnh mạn tính và các BKLN. Tính chủ động của mạng lưới YTCS chưa cao trong việc đáp ứng với nhu cầu CSSK của các nhóm đối tượng người dân tại cộng đồng. **Nguyên nhân** chính là do:

- Mô hình tổ chức và chức năng, nhiệm vụ của các cơ sở y tế tuyến huyện và xã thiếu ổn định và chưa hợp lý.
- Thiếu sự kết nối, phối hợp và hỗ trợ giữa các tuyến nhằm bảo đảm tính hệ thống của cả mạng lưới cung ứng DVYT; chưa thực hiện tốt sự phối hợp, lồng ghép giữa KCB và YTDP trong cung ứng dịch vụ CSSKBĐ nhằm đáp ứng với những thách thức mới về thay đổi mô hình bệnh tật, già hóa dân số và sự thay đổi về nhu cầu CSSK của người dân.
- Chưa có cơ chế phù hợp để thúc đẩy CSSK tại gia đình và cộng đồng là các hoạt động có hiệu quả chi phí cao. Cơ chế chuyển tuyến trong CSSK còn thiếu linh hoạt và kém hiệu quả.

3.3. Quản lý, điều hành mạng lưới YTCS còn nhiều hạn chế, mà nguyên nhân là do:

- Thiếu định hướng chung về đổi mới mạng lưới YTCS trong tình hình mới và chưa có kế hoạch cụ thể đổi mới cung ứng dịch vụ y tế dựa trên nền tảng CSSKBĐ trong kế hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế và kinh tế-xã hội ở các địa phương.
- Ban chỉ đạo CSSKBĐ chưa thể hiện được đầy đủ vai trò trong tham gia xây dựng kế hoạch và giám sát thực hiện công tác CSSKBĐ và nâng cao sức khỏe ở các địa phương. Sự phối hợp liên ngành trong CSSK ở cơ sở bị suy yếu và kém hiệu quả.
- Công tác tham mưu, lập kế hoạch y tế còn hạn chế trong khi việc theo dõi đánh giá hoạt động của mạng lưới YTCS còn nhiều bất cập do thiếu các công cụ hiệu quả và phù hợp để đánh giá hiệu quả công việc của các đơn vị và cá nhân. Công tác chỉ đạo, hướng dẫn và giám sát về chuyên môn của các cơ sở y tế tuyến trên đối với hoạt động của mạng lưới YTCS còn nhiều hạn chế.
- Hệ thống thông tin y tế còn rất yếu và chưa có sự kết nối giữa các tuyến.

Chương IV. Xác định mô hình cung ứng dịch vụ của mạng lưới YTCS

1. Sự cần thiết của việc đổi mới cung ứng dịch vụ y tế dựa trên các giá trị của chăm sóc sức khỏe ban đầu, hướng tới bao phủ CSSK toàn dân

Mục tiêu hàng đầu của hệ thống y tế mà chúng ta đang hướng tới là thực hiện bao phủ CSSK toàn dân, tức là bảo đảm để mọi người dân khi cần đều có thể sử dụng các dịch vụ nâng cao sức khỏe, dự phòng, điều trị, phục hồi chức năng và chăm sóc giảm nhẹ có chất lượng và hiệu quả, đồng thời bảo đảm rằng việc sử dụng các dịch vụ này không làm cho người sử dụng gặp phải khó khăn tài chính. Để thực hiện mục tiêu này, hệ thống y tế cần phải dựa trên nền tảng của CSSKBD, trong đó tăng cường năng lực của mạng lưới YTCS là yếu tố quyết định.

CSSKBD hiện nay được hiểu rộng hơn so với hơn 30 năm trước. Theo Tổ chức Y tế thế giới, quan điểm về CSSKBD cần được hiểu theo hướng: (i) chuyển đổi và điều chỉnh hệ thống y tế hiện có để giải quyết các vấn đề sức khỏe cho mọi người dân nhằm thực hiện mục tiêu bao phủ CSSK toàn dân và chương trình bảo đảm an sinh sức khỏe; (ii) đáp ứng một cách toàn diện đối với những mong đợi và nhu cầu từ phía người dân, mở rộng phạm vi quan tâm tới các yếu tố nguy cơ và bệnh; (iii) coi trọng nâng cao kỹ thuật phù hợp, thuốc phù hợp và chất lượng dịch vụ; (iv) không tách biệt CSSKBD và KCB, mà kết hợp giữa CSSKBD và KCB tại bệnh viện với vai trò điều phối CSSK toàn diện ở tất cả các tuyến, thực hiện CSSK liên tục; và (v) xác định CSSKBD là không rẻ mà đòi hỏi cần phải được đầu tư thỏa đáng do hiệu quả đầu tư cho CSSKBD cao hơn so với các phương án đầu tư khác [138].

CSSKBD hiện nay còn được hiểu là các giá trị và nguyên tắc cho định hướng phát triển của một hệ thống y tế [138]. Đó là: tiếp cận phổ cập các dịch vụ chăm sóc và bao phủ trên cơ sở nhu cầu; cam kết thực hiện công bằng trong y tế như một phần của định hướng phát triển công bằng xã hội; sự tham gia của cộng đồng trong việc xác định và thực hiện các chương trình nghị sự về sức khỏe; tiếp cận liên ngành đối với sức khỏe [139].

Tổng kết 30 năm thực hiện Tuyên ngôn Alma Ata, năm 2008, Tổ chức Y tế thế giới đã khuyến cáo các quốc gia tiến hành cải cách CSSKBD với **bốn nội dung chính hội tụ các giá trị cốt lõi của CSSKBD, đó là:**

- i. *Cải cách bao phủ CSSK toàn dân* nhằm nâng cao công bằng trong CSSK: là những cải cách bảo đảm cho hệ thống y tế đạt được công bằng về y tế, xã hội mà trước hết là sự chuyển đổi của một hệ thống y tế hướng tới tiếp cận cho toàn dân, trong đó bảo đảm tính sẵn có của dịch vụ y tế, loại trừ được các rào cản trong tiếp cận dịch vụ y tế của người dân và thực hiện bảo đảm an sinh sức khỏe;
- ii. *Cải cách cung ứng dịch vụ y tế* làm cho hệ thống y tế hướng tới con người và lấy con người làm trung tâm: tổ chức lại hệ thống cung ứng DVYT trong đó lấy CSSKBD làm nền tảng hướng tới nhu cầu và mong đợi của người dân; làm cho DVYT phù hợp hơn và mang tính xã hội mà kết quả đầu ra của nó là mang lại sức khỏe tốt hơn cho mọi người dân;

- iii. *Cải cách chính sách công cộng* nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe của cộng đồng, bảo đảm cộng đồng khỏe mạnh hơn thông qua việc lồng ghép các hoạt động YTCC với CSSKBĐ và hướng tới các chính sách công cộng có lợi cho sức khỏe mang tính liên ngành;
- iv. *Cải cách sự lãnh đạo*: Thay vì sử dụng quá mức phương pháp hành chính mệnh lệnh, hoặc phó mặc thị trường bằng hình thức lãnh đạo toàn diện, có sự tham gia của cộng đồng và các bên liên quan, thì *làm cho cơ quan y tế đáng tin cậy hơn*.

Việc xây dựng hệ thống y tế lấy CSSKBĐ làm nền tảng đang được tiến hành ở nhiều nước [140],[141],[142],[143], và là một xu hướng chung để nâng cao tính hiệu quả, khả năng tiếp cận, chất lượng của dịch vụ với mức chi trả có thể chấp nhận, *hướng tới bao phủ CSSK toàn dân*.

Đổi mới cung ứng dịch vụ y tế dựa trên các giá trị của CSSKBĐ sẽ ***góp phần ngăn ngừa và khắc phục những bất cập trong cung ứng dịch vụ y tế*** đang làm suy giảm tính công bằng và hiệu quả của cả hệ thống y tế. Những bất cập đó là ***chăm sóc ngược***, người có khả năng chi trả sử dụng nhiều dịch vụ hơn người không có khả năng chi trả; chi công cho y tế có lợi hơn cho người giàu so với người nghèo; ***nghèo hóa do sử dụng dịch vụ y tế***, do thiếu bảo vệ về tài chính và chi trả từ tiền túi còn phổ biến, dẫn đến chi phí thảm họa; ***chăm sóc đứt đoạn và phân mảnh***; chuyên khoa hóa quá mức của các nhà cung ứng dịch vụ cùng với các chương trình y tế với cách tiếp cận hẹp đã thúc đẩy xu hướng chăm sóc theo các cá nhân và chú trọng tới bệnh mà không chú trọng tới các yếu tố nguy cơ; ***chăm sóc không an toàn, lệch hướng***, nguồn lực tập trung vào dịch vụ chữa bệnh với chi phí lớn, coi nhẹ phòng bệnh và nâng cao sức khỏe (là những yếu tố có tiềm năng ngăn chặn tới 70% gánh nặng bệnh tật), đồng thời thiếu khả năng giảm thiểu tác động xấu đối với sức khỏe do các yếu tố liên quan đến các ngành khác [138].

Theo khuyến cáo của Liên hợp quốc, để thực hiện *bao phủ CSSK toàn dân* có hiệu quả và bền vững, cần có một hệ thống y tế “nhạy bén, ứng xử có trách nhiệm, cung cấp dịch vụ CSSKBĐ một cách toàn diện, bao phủ toàn bộ các khu vực địa lý, gồm cả các khu vực vùng xa và khu vực nông thôn, quan tâm đặc biệt tới khả năng tiếp cận của những nhóm dân cư có nhu cầu lớn nhất, với nguồn nhân lực y tế có kỹ năng phù hợp, được đào tạo tốt và có tâm lòng nhân ái, cũng như có năng lực thực hiện các giải pháp YTCC, bảo vệ sức khỏe, giải quyết các yếu tố quyết định đối với sức khỏe thông qua các chính sách liên ngành, bao gồm việc nâng cao hiểu biết của người dân về sức khỏe” [144]. Nói cách khác, cần phải *xây dựng hệ thống y tế lấy CSSKBĐ làm nền tảng, hay phát triển hệ thống y tế dựa trên các giá trị của CSSKBĐ*, như khuyến cáo của WHO [145].

2. Xác định mô hình cung ứng dịch vụ của mạng lưới YTCS

Cụm từ “***Mô hình cung ứng dịch vụ của mạng lưới YTCS***” được sử dụng trong chương này để chỉ sự mô tả một cách khái quát và làm nổi bật các tính chất của dịch vụ CSSK của mạng lưới YTCS, dựa trên việc vận dụng các nguyên tắc và giá trị của CSSKBĐ. Giá trị cốt lõi của CSSKBĐ mà một hệ thống y tế cần phải xem xét đến bao gồm các khía cạnh như công bằng trong y tế là yếu tố quan trọng của công bằng xã hội; *độ bao phủ; lấy con người làm trung tâm*; tiếp cận theo hướng bảo vệ cộng đồng; có sự tham gia của tất cả các bên có liên quan; dựa trên cơ sở khoa học; gắn với trách nhiệm cá nhân; tính tự quyết định và tự lực [145]. Như vậy, có thể xác định một cách đại thể ***mô hình cung ứng dịch vụ của mạng lưới YTCS là “Mô hình cung ứng dịch vụ y tế lấy CSSKBĐ làm nền tảng”***.

3. Các thuộc tính cơ bản của mô hình cung ứng dịch vụ y tế lấy CSSKBĐ làm nền tảng

Tổng hợp các tài liệu nghiên cứu và kết quả hội thảo về YTCS những năm gần đây, đặc biệt là Hội thảo quốc gia về tăng cường YTCS do Bộ Y tế tổ chức tại Huế, tháng 3/2015, chúng tôi đề xuất **mô hình cung ứng dịch vụ y tế lấy CSSKBĐ làm nền tảng** với các thuộc tính cơ bản có liên quan chặt chẽ và tác động qua lại với nhau sau đây:

- Cung ứng dịch vụ lấy con người là trung tâm.
- Bảo đảm công bằng trong tiếp cận dịch vụ.
- Cung ứng dịch vụ toàn diện, tăng cường năng lực phòng chống và kiểm soát BKLN.
- Chăm sóc lồng ghép, liên tục.
- Bảo đảm chất lượng dịch vụ.
- Sự tham gia của cộng đồng và phối hợp liên ngành.
- Được quản lý, hướng dẫn chuyên môn, giám sát thực hiện tốt.

Dưới đây sẽ phân tích chi tiết hơn về nội hàm của các thuộc tính trên.

3.1. Cung ứng dịch vụ y tế lấy con người là trung tâm

Cung ứng dịch vụ y tế lấy con người là trung tâm là cách tiếp cận của chăm sóc hướng tới các cá nhân, gia đình, cộng đồng và coi họ vừa là một thành viên tham gia vào hoạt động CSSK và cũng vừa là đối tượng phục vụ của cả hệ thống y tế [146]. Bản chất của CSSK lấy con người là trung tâm là đáp ứng đúng nhu cầu và mong đợi của cá nhân, gia đình và cộng đồng một cách nhân văn và có tính toàn diện, hướng tới mục tiêu CSSK để có được cộng đồng dân cư khỏe mạnh chứ không phải chỉ hướng đến chăm sóc, điều trị khi bị bệnh. Cung ứng dịch vụ lấy con người là trung tâm yêu cầu người dân phải có được các kiến thức và sự hỗ trợ mà họ cần để có thể ra quyết định và tham gia trong việc tự CSSK cho bản thân. Việc xác định nhu cầu và các vấn đề về sức khỏe của người dân trên địa bàn để mạng lưới YTCS có kế hoạch đáp ứng một cách kịp thời và linh hoạt là hết sức cần thiết; cần gắn CSSK với nâng cao phúc lợi, xóa đói giảm nghèo; xây dựng cộng đồng an toàn.

3.2. Bảo đảm công bằng trong tiếp cận dịch vụ

Để thực hiện công bằng trong tiếp cận dịch vụ y tế, cần bảo đảm tính sẵn có, khả năng tiếp cận, giá cả hợp lý của dịch vụ y tế và cơ chế bảo vệ về tài chính cho các đối tượng yếu thế trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế. Tính sẵn có của dịch vụ y tế cần được nhìn nhận không phải chỉ tại cơ sở y tế mà còn phải là chủ động đưa dịch vụ y tế tới gần dân, trong đó chú trọng tới hình thức CSSK tại cộng đồng.

3.3. Cung ứng dịch vụ toàn diện, ưu tiên phòng chống và kiểm soát BKLN

Mô hình cung ứng dịch vụ y tế hoạt động tốt cần phải có tính *toàn diện*, bao gồm cung cấp các dịch vụ dự phòng, điều trị, phục hồi chức năng, chăm sóc giảm nhẹ, nâng cao sức khỏe; trong đó chú trọng tới cả những tương tác giữa các yếu tố sinh học, hành vi và tâm lý xã hội,

theo nhu cầu của từng cá nhân và cộng đồng. Mạng lưới YTCS phải có khả năng ứng phó tốt hơn đối với xu hướng gia tăng BKLN cùng với diễn biến khó lường của một số dịch bệnh mới.

3.4. Chăm sóc lồng ghép, liên tục

Chăm sóc lồng ghép là nói đến việc cung ứng các dịch vụ y tế theo cách bảo đảm cho mọi người dân được nhận các dịch vụ CSSK một cách liên tục từ các dịch vụ nâng cao sức khỏe, phòng bệnh, chẩn đoán, điều trị, quản lý bệnh, phục hồi chức năng đến chăm sóc giảm nhẹ ở các tuyến khác nhau và các cấp độ chăm sóc khác nhau (cá nhân, hộ gia đình và cộng đồng) theo nhu cầu và theo suốt cả vòng đời của họ [146]. Tính liên tục còn nói đến sự liên tục về mối liên hệ trong chăm sóc, điều trị giữa một bệnh nhân với một hoặc nhiều thầy thuốc, sự liên tục trong chia sẻ, cung cấp thông tin liên quan đến CSSK cho người bệnh và gia đình để hỗ trợ họ ra quyết định lựa chọn dịch vụ CSSK, cũng như liên tục trong quản lý các vấn đề sức khỏe để đáp ứng nhu cầu chăm sóc thay đổi của bệnh nhân và người dân.

3.5. Bảo đảm chất lượng dịch vụ

Chất lượng dịch vụ CSSKBD là nói đến việc bảo đảm các nguồn lực đầu vào cho cung ứng dịch vụ y tế, bao gồm đội ngũ nhân lực y tế làm công tác CSSKBD được đào tạo, cơ sở vật chất bảo đảm, có đủ trang thiết bị y tế và thuốc, cơ chế tài chính phù hợp để đáp ứng nhu cầu CSSK của người dân.

3.6. Sự tham gia của cộng đồng và phối hợp liên ngành

Mô hình cung ứng dịch vụ y tế lấy CSSKBD làm nền tảng đòi hỏi phải có sự tham gia tích cực của cá nhân, gia đình, cộng đồng và chính quyền các cấp cũng như các ban ngành đoàn thể trong xác định các vấn đề sức khỏe ưu tiên của cộng đồng, xác định các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe, xây dựng các chương trình can thiệp, chiến lược làm giảm các yếu tố nguy cơ và thực hiện các hoạt động nâng cao sức khỏe.

3.7. Mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế được quản lý, hướng dẫn chuyên môn, giám sát thực hiện tốt

Mô hình cung ứng dịch vụ y tế lấy CSSKBD làm nền tảng đòi hỏi phải có các chính sách và khuôn khổ pháp lý ổn định, một cơ cấu tổ chức ngành y tế được sắp xếp hợp lý trên cơ sở được hướng dẫn và giám sát về mặt chuyên môn để bảo đảm hoạt động và quản lý hiệu quả, ứng phó nhanh và linh hoạt với các thách thức liên quan đến sức khỏe nhân dân.

4. Mô hình tổ chức mạng lưới YTCS

Với các thuộc tính của mô hình cung ứng dịch vụ y tế lấy CSSKBD làm nền tảng như vừa đề cập thì các dịch vụ CSSK cần phải được cung ứng một cách toàn diện, liên tục, dựa theo nhu cầu và chăm sóc xuyên suốt toàn bộ vòng đời; các dịch vụ này không chỉ là các dịch vụ chăm sóc ở tuyến ban đầu mà còn bao gồm cả các dịch vụ được cung ứng ở cả các tuyến trên, trong đó có sự kết nối với các dịch vụ chăm sóc ở tuyến ban đầu; chăm sóc cần phải được thực hiện ở các cấp độ khác nhau, bao gồm từ cấp độ của cá nhân, đến cấp độ gia đình và cả cộng đồng.

Mô hình tổ chức của mạng lưới YTCS cần bảo đảm những nguyên tắc sau: Tổ chức mạng lưới YTCS *phải là một hệ thống*, được sắp xếp theo địa bàn dân cư để tăng cường khả năng tiếp cận và đáp ứng tốt nhất nhu cầu CSSK của nhân dân, bảo đảm sự kết nối hữu cơ giữa các cơ sở y tế trên địa bàn huyện (bao gồm sự kết nối giữa TYT xã với TTYT huyện/BV huyện và các cơ sở y tế tư nhân) và với các cơ sở y tế tuyến trên; dựa trên nguyên tắc hỗ trợ xây dựng mối quan hệ, có sự gắn kết giữa điều trị và dự phòng trong mô hình tổ chức của y tế tuyến huyện (mô hình TTYT huyện thực hiện cả hai chức năng khám chữa bệnh và y tế dự phòng) và bảo đảm cung ứng dịch vụ mang tính hợp tác xuyên suốt giữa tuyến ban đầu và các tuyến trên cũng như có sự gắn kết với các ngành khác.

Về chức năng nhiệm vụ của cơ sở y tế tuyến huyện, xã: Việc thực hiện cung ứng dịch vụ y tế có tính lồng ghép và lấy con người là trung tâm phải bảo đảm được nguyên tắc là tăng khả năng tiếp cận, hướng tới bao phủ CSSK toàn dân, khuyến khích chăm sóc ban đầu và chăm sóc dựa vào cộng đồng; có sự liên hệ chặt chẽ các đơn vị tuyến trên, với chăm sóc chuyên khoa... Như vậy, chức năng của các cơ sở y tế tuyến huyện, xã là phối hợp và có sự tương tác hai chiều với các đơn vị y tế tuyến trên để cung ứng các dịch vụ CSSK toàn diện, liên tục, bao gồm nâng cao sức khỏe, phòng bệnh, chẩn đoán, điều trị, quản lý bệnh, phục hồi chức năng và chăm sóc giảm nhẹ ở các cấp độ chăm sóc khác nhau của cá nhân, gia đình và cộng đồng. Chức năng nhiệm vụ của các TYT xã cần được xây dựng theo đặc thù của ba vùng (vùng 1, vùng 2, vùng 3) dựa trên quy định phân vùng của Tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn 2010 – 2020 để đáp ứng mong đợi và mô hình sử dụng dịch vụ y tế của người dân ở các vùng.

Về phạm vi dịch vụ được cung ứng ở từng tuyến: Phải xác định phạm vi gói dịch vụ y tế cần được cung ứng ở mỗi tuyến, bao gồm cả ở hộ gia đình và cộng đồng. Gói dịch vụ y tế này cần phải bao gồm cả các dịch vụ dự phòng và điều trị, được xây dựng dựa trên mô hình bệnh tật và nhu cầu CSSK của người dân, cũng như phải xem xét đến tính hiệu quả chi phí. Để bảo đảm việc sử dụng hợp lý dịch vụ y tế, cần xây dựng các hướng dẫn điều trị chuẩn cho các bệnh thường gặp để phục vụ cho chẩn đoán, điều trị và quản lý bệnh. Việc xác định gói dịch vụ cũng sẽ là cơ sở để thanh toán chi phí dịch vụ y tế. Cần chú trọng tới hình thức chăm sóc chủ động tại cộng đồng. Vì vậy, cần tổ chức để cung ứng các dịch vụ này cho cá nhân người bệnh/gia đình không chỉ tại cơ sở y tế mà còn tại gia đình/cộng đồng dựa trên nhu cầu chăm sóc và mong đợi của người dân.

Về nhân lực y tế của cơ sở y tế tuyến huyện, xã: Một trong các nguyên tắc quan trọng cho việc thực hiện mô hình cung ứng dịch vụ y tế lấy CSSKBD làm nền tảng là phải bảo đảm nguồn nhân lực y tế được đào tạo có đủ kiến thức và kỹ năng để làm việc ở tuyến ban đầu với cách tiếp cận làm việc theo nhóm và CSSK dựa vào cộng đồng. Các chương trình đào tạo phải được thiết kế theo cách bắt buộc các học viên phải có khả năng làm việc như là một thành viên của nhóm nhiều chuyên ngành (multidisciplinary team) và chú trọng tới nội dung đào tạo theo cách tiếp cận của y học gia đình. Đội ngũ nhân lực này cần phải được xác định rõ chức năng nhiệm vụ, mô tả công việc cụ thể cũng như yêu cầu cần đạt được về mặt năng lực của từng đối tượng nhân lực theo cách tiếp cận làm việc nhóm, CSSK dựa vào cộng đồng, và được giám sát hỗ trợ về mặt chuyên môn. Cần đổi mới chương trình đào tạo theo hướng đào tạo dựa trên yêu cầu về năng lực, đáp ứng nhu cầu CSSK và mô hình bệnh tật; triển khai chương trình đào tạo liên tục cho đội ngũ nhân lực y tế làm công tác CSSKBD theo các chương trình đào tạo được đổi mới.

Về tài chính y tế cho cơ sở y tế tuyến huyện, xã: Để bảo đảm các dịch vụ y tế được cung ứng có tính toàn diện, lồng ghép và theo hướng lấy CSSKBĐ làm nền tảng thì cần bảo đảm đủ nguồn tài chính cho YTCS hoạt động với phương thức chi trả phù hợp theo phương thức khoán định suất để khuyến khích cung ứng hợp lý các dịch vụ CSSKBĐ, trong đó chú trọng tới các dịch vụ phòng bệnh và nâng cao sức khỏe. Tài chính cho hoạt động của cơ sở y tế tuyến huyện, xã cần phải được Nhà nước bảo đảm và phải được cấp dựa trên kết quả hoạt động nhằm khuyến khích cơ sở y tế hoạt động.

Về thuốc, trang thiết bị y tế, cơ sở vật chất cho cơ sở y tế tuyến huyện, xã: Thuốc cho hoạt động của các cơ sở y tế tuyến huyện, xã cũng cần phải được bảo đảm cung ứng đầy đủ dựa trên mô hình bệnh tật của cộng đồng và các hướng dẫn điều trị chuẩn đã được xây dựng. Các trang thiết bị y tế cũng cần phải được trang bị đầy đủ dựa trên phạm vi dịch vụ y tế được cung ứng ở tuyến huyện, xã nhằm bảo đảm cho cán bộ y tế có đủ điều kiện để làm việc. Cơ sở vật chất của cơ sở y tế tuyến huyện, xã cần được nâng cấp bảo đảm cho việc thực hiện tốt chức năng nhiệm vụ cũng như tạo niềm tin cho người dân vào cơ sở y tế.

5. Các điều kiện cần có để thực hiện mô hình cung ứng dịch vụ y tế lấy CSSKBĐ làm nền tảng

5.1. Các thách thức

Mô hình cung ứng dịch vụ y tế lấy CSSKBĐ làm nền tảng là một định hướng quan trọng để nâng cao chất lượng, hiệu quả, khả năng tiếp cận dịch vụ với mức chi trả có thể chấp nhận, nhằm thực hiện bao phủ CSSK toàn dân. Tuy nhiên, để thay đổi được cách thức cung ứng dịch vụ y tế theo hướng lồng ghép và lấy con người là trung tâm, lấy CSSKBĐ làm nền tảng, thì chúng ta cần phải vượt qua rất nhiều thách thức. Đó là:

- *Những thách thức từ góc độ hệ thống:* đó là các hệ thống chính sách, phương thức quản trị hiện tại đang chủ yếu dựa trên cách tiếp cận theo bệnh tật, cấu trúc tổ chức của mạng lưới y tế đang tạo ra sự phân mảnh và thiếu sự gắn kết giữa các tuyến và không hỗ trợ cho việc hợp tác đa ngành.
- *Những thách thức từ góc độ con người:* đội ngũ nhân viên y tế hiện tại đang hoạt động theo xu hướng chuyên khoa hóa và tìm cách để tạo sự khác biệt riêng trong hoạt động của họ mà chưa chú trọng tới cách tiếp cận làm việc theo nhóm mang tính đa lĩnh vực, trong đó phải coi bệnh nhân và cộng đồng là một trong những đối tác bình đẳng trong quá trình chăm sóc. Một thách thức nữa từ phía góc độ con người cũng cần được đề cập đến đó là *chưa có sự thống nhất* trong nhận thức về sự cần thiết của mô hình cung ứng dịch vụ y tế lấy CSSKBĐ làm nền tảng là định hướng phát triển của hệ thống y tế để thực hiện mục tiêu bao phủ CSSK toàn dân.
- *Những thách thức từ góc độ tổ chức:* đó là các bên liên quan chưa phối hợp *chặt chẽ* để thực hiện mục đích chung là nâng cao phúc lợi và sức khỏe của người dân.

5.2. Các điều kiện cần có cho việc thực hiện

Thứ nhất, nâng cao nhận thức và năng lực lãnh đạo quản lý để thay đổi quan điểm và cách tiếp cận trong cung ứng dịch vụ y tế theo hướng lấy CSSKBĐ là nền tảng và lấy con người là trung tâm. Cần xác định rõ vai trò và trách nhiệm của các ngành trong việc tham gia

giải quyết các yếu tố nguy cơ có tác động bất lợi với sức khỏe của người dân. Hoàn thiện cơ chế bảo đảm sự tham gia của cộng đồng trong hoạt động CSSK. Cần phải chủ động cung cấp kiến thức để hỗ trợ các cá nhân và cộng đồng tự biết cách chăm sóc và kiểm soát sức khỏe của chính mình; gắn kết và tạo điều kiện để họ được tham gia vào các hoạt động CSSK cũng như lập kế hoạch.

Thứ hai, củng cố chức năng quản trị và thực hiện trách nhiệm giải trình, trong đó củng cố hệ thống chính sách bảo đảm tính nhất quán ở cả cấp độ quốc gia và địa phương theo hướng thực hiện mục tiêu cung ứng dịch vụ y tế lồng ghép và lấy con người là trung tâm, đáp ứng nhu cầu CSSK của người dân; thực hiện kiểm tra, giám sát định kỳ việc triển khai các chính sách cũng như hoạt động của hệ thống cung ứng dịch vụ y tế.

Thứ ba, cần định hướng lại mô hình cung ứng dịch vụ y tế, bảo đảm các dịch vụ y tế được cung ứng theo hướng chăm sóc toàn diện, có sự cân bằng giữa chăm sóc ban đầu và chăm sóc dựa vào bệnh viện; các dịch vụ y tế được cung ứng hợp lý, hiệu quả và được chi trả theo phương thức khuyến khích cung ứng các dịch vụ phòng bệnh, điều trị ban đầu, nâng cao sức khỏe và chăm sóc dựa vào cộng đồng. Cần chuyển đổi từ hình thức chú trọng điều trị nội trú sang chăm sóc ngoại trú và áp dụng nguyên tắc cung ứng dịch vụ lồng ghép cùng với việc áp dụng hệ thống chuyển tuyến hiệu quả.

Thứ tư, cần phải chú trọng nguyên tắc hợp tác trong cung ứng dịch vụ y tế dựa trên nhu cầu của người dân ở tất cả các tuyến để bảo đảm thực hiện chăm sóc liên tục cũng như khuyến khích các hoạt động để có sự phối kết hợp và lồng ghép giữa các thầy thuốc với nhau (thầy thuốc trong cùng một cơ sở y tế, giữa thầy thuốc của cơ sở y tế nhà nước và cơ sở y tế tư nhân, thầy thuốc của cơ sở y tế ở các tuyến khác nhau) và tạo dựng được một mạng lưới hiệu quả giữa ngành y tế với các ngành khác.

Thứ năm, cần xây dựng môi trường cho việc thay đổi mô hình cung ứng dịch vụ y tế theo hướng lồng ghép và lấy con người là trung tâm. Môi trường này bao gồm những thay đổi về khung chính sách, cơ chế tài chính, định hướng lại về phát triển nguồn nhân lực y tế. Ngoài ra, phải có sự cam kết cao về chính trị, sự vào cuộc của tất cả các bên liên quan và năng lực lãnh đạo của các nhà quản lý các cấp. Nếu không có môi trường như vậy thì bốn điều kiện vừa đề cập ở trên không thể thực hiện được.

PHẦN BA. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Chương V. Các vấn đề ưu tiên trong kế hoạch 5 năm ngành y tế giai đoạn 2016 – 2020 và khuyến nghị giải pháp

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

1.1. Các vấn đề sức khỏe ưu tiên

Các ưu tiên về sức khỏe được lựa chọn dựa trên các tiêu chí như gánh nặng bệnh tật, quy mô tác động, khả năng can thiệp và công bằng. Trong 5 năm tới, các vấn đề sức khỏe cần ưu tiên quan tâm là:

- **Sự gia tăng của gánh nặng bệnh tật do các BKLN**, đặc biệt tăng huyết áp và các bệnh tim mạch, ung thư, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản. Nhận thức và thực hành của người dân về phòng chống các bệnh này còn hạn chế và năng lực của hệ thống y tế chưa đáp ứng nhu cầu đang gia tăng.
- **Các bệnh truyền nhiễm vẫn tiếp tục là một thách thức** với hệ thống y tế, đặc biệt HIV/AIDS, bệnh lao, sốt rét, sốt xuất huyết, bệnh chân tay miệng, bệnh dại, các bệnh có thể phòng bằng vắc xin và các dịch bệnh mới nổi. Việc kiểm soát các bệnh này ngày càng phức tạp do hệ thống giám sát dịch bệnh yếu, mức kháng thuốc cao, biến đổi khí hậu, toàn cầu hóa và tính khó dự báo của bệnh mới nổi.
- **Sự gia tăng tác động của các yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe** ngoài phạm vi quyền lực và khả năng đáp ứng của ngành y tế như tình trạng già hóa dân số, biến đổi khí hậu và các vấn đề liên quan đến quá trình đô thị hóa, công nghiệp hóa và toàn cầu hóa, bao gồm cả gia tăng tình trạng ô nhiễm môi trường, thay đổi hành vi lối sống theo hướng bất lợi cho sức khỏe và các tệ nạn xã hội. Để giải quyết những vấn đề này, đòi hỏi phải có những nỗ lực trong phối hợp liên ngành trong việc thực hiện các chiến lược dự phòng và nâng cao sức khỏe cho cả các đối tượng khỏe mạnh.
- **Khoảng cách bất bình đẳng** giữa các vùng miền và các nhóm kinh tế xã hội về tình trạng sức khỏe, gánh nặng bệnh tật và khả năng tiếp cận dịch vụ CSSK chưa thu hẹp lại. Cần thực hiện các can thiệp hiệu quả, phù hợp hơn, tập trung ưu tiên cho các khu vực và đối tượng dễ tổn thương ở các vùng có điều kiện địa lý và kinh tế khó khăn. Trọng tâm ưu tiên là các vấn đề sức khỏe bà mẹ, trẻ em như tử vong mẹ, tử vong trẻ em đặc biệt là trẻ sơ sinh, chu sinh, suy dinh dưỡng trẻ em, nhất là với thể thấp còi.

1.2. Định hướng các giải pháp

- Thực hiện chiến lược tiếp cận toàn diện bao gồm kiểm soát các yếu tố nguy cơ; dự phòng, phát hiện bệnh sớm và điều trị, quản lý bệnh liên tục và lâu dài dựa vào cộng đồng để định hình nhu cầu tương lai cho các dịch vụ đối với các BKLN. Các giải pháp can thiệp cần được xây dựng phù hợp với bối cảnh cụ thể của từng tỉnh, huyện trên cơ sở kiến tạo môi trường để thúc đẩy lối sống lành mạnh nâng cao sức khỏe, ưu tiên đầu tư cho dự phòng, tăng cường chăm sóc sức khỏe ban đầu thực hiện phòng, chống BKLN. Đối tượng cho các chương trình này cần bắt đầu ngay từ đối tượng trẻ em bởi việc dự phòng cho các đối tượng này mang lại hiệu quả cao trong việc giảm gánh nặng bệnh tật trong tương lai.

- Đổi mới mô hình tổ chức và mô hình cung ứng dịch vụ CSSKBĐ ở tuyến cơ sở theo hướng toàn diện, liên tục, tăng cường kết nối giữa điều trị với dự phòng, giữa YTCS với tuyến trên. Tiếp tục tăng cường đầu tư đồng bộ và bền vững cho tuyến YTCS, nhất là ở các khu vực khó khăn cả về cơ sở vật chất và nhân lực.
- Tăng cường năng lực hệ thống giám sát phòng chống dịch bệnh, bảo đảm sẵn sàng cả về trang thiết bị và nhân lực chủ động đối phó và khống chế dịch bệnh. Tiếp tục triển khai có hiệu quả công tác tiêm chủng mở rộng, từng bước bổ sung thêm các vắc xin mới vào chương trình.
- Tăng cường phối hợp liên ngành trong việc ứng phó biến đổi khí hậu, quy hoạch sản xuất công nghiệp, đánh giá và giám sát tác động ô nhiễm môi trường do các hoạt động công nghiệp hoá, đô thị hoá, tuyên truyền giám sát thực hiện thay đổi hành vi, lối sống, dự phòng và kiểm soát các yếu tố nguy cơ BKLN và phòng chống dịch bệnh.
- Xây dựng các quy định và tăng cường giám sát của tuyến trung ương, xây dựng khuôn khổ hành động và trách nhiệm của các địa phương. Nâng cao năng lực của hệ thống y tế trong kiểm soát tác động của biến đổi khí hậu (phát triển khả năng dự báo, thúc đẩy sự tham gia của cộng đồng, bảo đảm tính sẵn sàng trong dự phòng, ứng phó và phục hồi sau thiên tai, thảm họa).
- Tiếp tục thực hiện các Mục tiêu Thiên niên kỷ, bắt đầu triển khai các mục tiêu phát triển bền vững, quan tâm các đối tượng bà mẹ, trẻ em và người cao tuổi. Đặc biệt, cần nghiên cứu cơ chế và xem xét lộ trình phù hợp lồng ghép các chương trình mục tiêu quốc gia về y tế vào trong các hoạt động CSSKBĐ thường xuyên ở tuyến YTCS.

2. Nhân lực y tế

2.1. Các vấn đề ưu tiên

2.1.1. Kế hoạch nhân lực y tế chưa dựa trên bằng chứng

Kế hoạch nhân lực y tế chưa phù hợp để bảo đảm sự cân bằng giữa nhu cầu về nhân lực của hệ thống y tế và đầu ra của các cơ sở đào tạo nhân lực y tế.

Thiếu các thông tin về nguồn nhân lực y tế cần thiết để lập kế hoạch và phát triển các chính sách một cách hiệu quả.

2.1.2. Chất lượng nhân lực y tế chưa đáp ứng nhu cầu CSSK cho người dân

Chất lượng và lĩnh vực đào tạo

- Đào tạo dựa trên năng lực và công tác bảo đảm chất lượng của các cơ sở và chương trình đào tạo chưa được thực hiện hiệu quả.
- Giảng viên tại nhiều trường cao đẳng y tế có trình độ dưới đại học.
- Nhiều sinh viên đại học y thiếu năng lực để theo chương trình đào tạo (đặc biệt các sinh viên được tuyển sinh từ vùng khó khăn).

- Năng lực quản lý của cán bộ quản lý của hệ thống y tế và năng lực của cán bộ thống kê y tế còn yếu do chưa được đào tạo chuyên môn trong các lĩnh vực này.
- Nhu cầu đào tạo các chuyên gia về tư vấn, truyền thông, thống kê y tế, kiểm nghiệm chất lượng thuốc.

Phân bổ nhân lực y tế

- Phân bổ nhân lực y tế chưa cân đối giữa các vùng, khu vực địa lý do khó khăn trong tuyển dụng và giữ cán bộ y tế có chất lượng cao tại vùng khó khăn, đặc biệt ở các cơ sở y tế tuyến huyện, xã.
- Chênh lệch về số lượng và chất lượng nhân lực y tế giữa khu vực điều trị và dự phòng và giữa các chuyên ngành.
- Chế độ đãi ngộ, cụ thể lương và phụ cấp quá thấp, không tương xứng với thời gian học tập, công sức lao động, môi trường lao động, điều kiện làm việc vất vả, đặc biệt với cán bộ YTDP và tuyến cơ sở.
- Cơ hội học tập và nâng cao trình độ không nhiều đặc biệt ở khu vực nông thôn, miền núi.

2.2. Khuyến nghị giải pháp

2.2.1. Các giải pháp liên quan kế hoạch nhân lực y tế

- Trong kế hoạch bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe cho giai đoạn tiếp theo (2016 – 2020) cần đưa ra các mục tiêu và nhiệm vụ liên quan đến vấn đề nhân lực y tế cụ thể và phù hợp với kế hoạch phát triển nhân lực của ngành đến năm 2020 và tầm nhìn 2030 và bảo đảm hệ thống thu thập số liệu thường niên để theo dõi và đánh giá được việc thực hiện các nhiệm vụ đó một cách chính xác.
- Xây dựng tiêu chuẩn về kỹ năng và năng lực cần thiết cho từng loại nhân viên y tế, cụ thể hóa trong Đề án vị trí việc làm của các đơn vị và áp dụng các tiêu chuẩn này vào nâng cao chất lượng các chương trình đào tạo, bao gồm cả đào tạo liên tục. Bảo đảm các tiêu chuẩn đạt yêu cầu của khu vực Đông Nam Á và quốc tế.
- Sửa đổi Luật khám bệnh, chữa bệnh, quy định cấp chứng chỉ hành nghề có thời hạn thay vì cấp một lần như hiện nay. Một trong các điều kiện chính để cấp lại chứng chỉ hành nghề là tham gia các khóa đào tạo liên tục. Đồng thời, nên có lộ trình để tổ chức thi cấp chứng chỉ hành nghề cho những người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh để bảo đảm đáp ứng được mức năng lực cơ bản cho dù được đào tạo ở đâu và theo hình thức nào.

2.2.2. Các giải pháp liên quan chất lượng nhân lực y tế

Chất lượng và nội dung đào tạo

- Bộ Y tế tiếp tục làm việc với Bộ Giáo dục và Đào tạo và các cơ quan liên quan để hoàn thiện hệ thống chính sách theo hướng thực hiện công khai, công bằng các quy định về các tiêu chuẩn, tiêu chí, điều kiện cụ thể trong tuyển sinh, đào tạo nhân lực y tế của các cơ sở đào tạo.

- Tiếp tục cải thiện chất lượng đào tạo tại các cơ sở đào tạo nhân lực y tế: Ngành y tế cần tập trung đào tạo bác sĩ đa khoa, áp dụng tiếp cận y học gia đình, tiếp tục thực hiện đề án đào tạo cử tuyển, đào tạo theo địa chỉ; Triển khai kiểm định chất lượng giáo dục cho các chương trình đào tạo khối ngành khoa học sức khỏe, đặc biệt cần có các tiêu chí về đào tạo dựa trên năng lực và thực hành bệnh viện.
- Tăng cường giám sát đào tạo tại các cơ sở đào tạo nhân lực y tế, tập trung vào công tác đào tạo liên thông, liên kết, đào tạo cử tuyển, đào tạo theo địa chỉ sử dụng, công tác tuyển sinh, bảo đảm chất lượng đào tạo. Tổ chức kiểm định, giám sát, đánh giá đào tạo liên tục tại các đơn vị, cơ sở y tế.
- Trong thời gian tới, cần nghiên cứu và đưa ra lộ trình cho việc tổ chức kỳ thi quốc gia để cấp chứng chỉ hành nghề khả thi trong tình hình thực tế nhưng theo kịp các tiêu chuẩn của nhiều nước trên thế giới.
- Nâng cao năng lực cho cán bộ thông kê, cán bộ kế hoạch tại các cấp thông qua các khóa đào tạo tại chỗ, ngắn hạn và hình thức đào tạo chính quy.

Phân bổ nhân lực y tế

- Bảo đảm tính nghiêm túc và tuân thủ tốt các qui định trong tuyển dụng, sử dụng, thực thi các chính sách ưu đãi cũng như trong tổ chức đào tạo liên tục (bao gồm cả lĩnh vực chuyên môn và quản lý). Các cơ sở y tế cần có kế hoạch đào tạo liên tục và phát triển nghề nghiệp cho đội ngũ nhân lực. Có chính sách, chế độ hỗ trợ để khuyến khích đồng thời với qui định bắt buộc cán bộ YTCS tham gia đào tạo liên tục, tăng cường hình thức đào tạo và hỗ trợ liên tục tại nơi làm việc cho cán bộ y tế xã.
- Chính sách ưu tiên tuyển dụng không thể chỉ của ngành mà các tỉnh thiếu nhân lực cần phải chủ động xây dựng chính sách, chế độ ưu đãi riêng của mình cho bác sĩ, dược sĩ đại học và một số nhân viên y tế bậc đại học, sau đại học khác tùy theo yêu cầu đặc thù của địa phương.
- Thực hiện hiệu quả các chính sách nhân lực đã ban hành và hoàn thiện các chính sách về sử dụng và đãi ngộ, cần có chế độ về lương và phụ cấp phù hợp, ví dụ gắn với kết quả công việc, điều kiện làm việc (tại các vùng khó khăn, thực hiện các công việc không có cơ hội có thêm thu nhập...).

3. Tài chính y tế

3.1. Các vấn đề ưu tiên

3.1.1. Thiếu phối hợp, nhất quán, đồng bộ trong các chính sách tài chính y tế làm hạn chế hiệu quả của các chính sách

- Thiếu mục tiêu chiến lược về tài chính y tế để định hướng xây dựng chính sách tài chính y tế.
- Thiếu thông tin về tài chính công.

- Một số kế hoạch và chính sách tài chính y tế chưa được điều chỉnh phù hợp với những thay đổi trong các ưu tiên của hệ thống y tế và các vấn đề nổi lên trong quá trình chuyển đổi.
- Một số lĩnh vực ưu tiên trong hệ thống y tế chưa được phân bổ đủ kinh phí như hệ thống thống kê và báo cáo, đào tạo liên tục.

3.1.2. Hiệu quả sử dụng nguồn tài chính còn hạn chế

- Thiếu hiệu quả trong hệ thống y tế do các cơ chế khuyến khích hiện có chưa phù hợp và chính sách về tự chủ tài chính chưa đầy đủ.
- Thiếu hiệu quả do việc ít dựa trên bằng chứng khi xây dựng và thực hiện chính sách, đặc biệt là trong xây dựng gói quyền lợi bảo hiểm y tế xã hội và sử dụng các hướng dẫn thực hành lâm sàng dựa trên bằng chứng.
- Việc quản lý điều hành BHYT thiếu các điều kiện cần thiết để thực hiện chức năng mua dịch vụ mang tính chiến lược, thiếu các tiêu chuẩn bảo đảm xác định sự phù hợp về y tế, và thiếu ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý và phát hiện gian lận BHYT.

3.1.3. Mức độ bảo vệ tài chính chưa đủ

- Tỷ lệ chi từ tiền túi của hộ gia đình không giảm.
- Tỷ lệ dân số được bao phủ BHYT tăng chưa đủ nhanh.
- Chiều sâu của bao phủ BHYT chưa đủ do phạm vi gói dịch vụ BHYT không được xây dựng dựa trên đánh giá nhu cầu của người dân.
- Mức độ bảo vệ tài chính do BHYT hiện nay chưa đủ, một phần do thiếu hiệu quả trong cung cấp dịch vụ y tế, mặt khác do thiếu hiểu biết về gói quyền lợi, hoặc khó khăn trong tiếp cận dịch vụ cần thiết.

3.2. Khuyến nghị giải pháp

3.2.1. Các giải pháp về xây dựng chiến lược tài chính y tế

- Xây dựng một chiến lược tổng thể về tài chính y tế có xác định rõ mục tiêu, tiêu chí cần đạt của hệ thống tài chính y tế Việt Nam cũng như các giải pháp đồng bộ, hiệu quả để đạt được mục tiêu đó.
- Xây dựng kế hoạch hợp lý để sử dụng và giám sát, đánh giá việc sử dụng nguồn tài chính được huy động từ quỹ phòng, chống tác hại thuốc lá và những nguồn thu mới như phí bảo vệ môi trường hoặc thuế tiêu thụ đặc biệt đối với rượu bia. Vận động tăng tiếp thu thuế tiêu thụ đặc biệt đối với thuốc lá.
- Tăng cường chính sách tài chính y tế và đầu tư phù hợp để nâng cao chất lượng và giảm chênh lệch trong chất lượng dịch vụ y tế tại tuyến y tế huyện, xã.

3.2.2. Các giải pháp nâng cao hiệu quả trong sử dụng nguồn tài chính y tế

Sử dụng hiệu quả nguồn tài chính công, đặc biệt là nguồn BHYT bằng các biện pháp cụ thể như:

- Rà soát bằng chứng được sử dụng để lựa chọn các thuốc, vật tư y tế và dịch vụ kỹ thuật được đưa vào danh mục được BHYT chi trả; áp dụng các phương pháp đánh giá dựa trên bằng chứng như đánh giá công nghệ y tế đối với các công nghệ mới và đánh giá nhu cầu chăm sóc sức khỏe.
- Công khai gói quyền lợi BHYT cho người dân, thực hiện các biện pháp giảm các khoản thu chênh lệch của cơ sở y tế đối với bệnh nhân BHYT.
- Tăng cường theo dõi giám sát các khoản được BHYT thanh toán cho cơ sở y tế và chi phí KCB BHYT thông qua hệ thống thông tin dữ liệu KCB BHYT.
- Điều chỉnh phương thức chi trả phù hợp trong giai đoạn quá độ chuyển sang phương thức thanh toán mới, bắt đầu từ việc xây dựng hệ thống thu thập thông tin chính xác hơn về chi phí thực tế để cung cấp dịch vụ y tế dựa trên các hệ thống kế toán chi phí thường xuyên tại một số loại cơ sở y tế khác nhau, và sử dụng kết quả để điều chỉnh giá dịch vụ y tế cho phù hợp hơn. Xây dựng các tiêu chuẩn dịch vụ, đặc biệt đối với dịch vụ chẩn đoán và thuốc đắt tiền.
- Tăng cường hiệu quả cơ chế thanh tra, kiểm tra, xử phạt.
- Với việc Quỹ BHYT mới chỉ chi trả cho các dịch vụ KCB (theo Luật BHYT) thì các dịch vụ CSSKBĐ đang được chi trả từ 3 nguồn: (i) NSNN (phân bổ ngân sách chi thường xuyên cho các TYT và các TTYTDP, cấp ngân sách theo các chương trình mục tiêu y tế); (ii) BHYT; và (iii) chi tiền túi. Để bảo đảm các dịch vụ CSSKBĐ được chi trả từ nguồn tài chính công (NSNN và BHYT) thì trước mắt cần xác định rõ gói dịch vụ CSSKBĐ bao gồm những gì và được nguồn tài chính nào chi trả. Về lâu dài, các dịch vụ CSSKBĐ cho cá nhân cần được đưa vào gói dịch vụ do BHYT chi trả với các phương thức chi trả khác nhau.
- Có giải pháp hiệu quả kiểm soát và khắc phục những tác động không mong muốn của tự chủ bệnh viện, như tăng tính minh bạch, công khai của tài chính bệnh viện công. Xây dựng bộ chỉ số theo dõi, đánh giá hiệu suất hoạt động của các bệnh viện công lập đi đôi với việc tăng cường hệ thống quản lý thông tin bệnh viện.
- Xây dựng và ban hành hướng dẫn điều trị chuẩn quốc gia cho các bệnh thường gặp.

3.2.3. Các giải pháp nâng cao mức bảo vệ tài chính y tế

- Tăng độ bao phủ BHYT (tỷ lệ người dân có BHYT) một cách hiệu quả, thông qua việc tăng mức trợ cấp mệnh giá BHYT cho người cận nghèo. Tăng áp lực chính trị để các địa phương đạt mục tiêu tăng độ bao phủ BHYT.
- Triển khai BHYT theo hộ gia đình có lộ trình. Tăng cường hệ thống cơ sở dữ liệu thông tin, trong đó thúc đẩy việc sử dụng mã số định danh cá nhân, đặc biệt mã số định danh cá nhân từ cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư.

4. Dược, vắc xin, sinh phẩm và các chế phẩm máu

4.1. Các vấn đề ưu tiên

4.1.1. Cản trở đối với sự sẵn có, khả năng chi trả và khả năng tiếp cận với TTY

- Thuốc sản xuất trong nước chưa khai thác hết tiềm năng trong cung cấp thuốc thiết yếu chất lượng tốt, giá rẻ để đáp ứng nhu cầu CSSK nhân dân Việt Nam.
- Chênh lệch trong tính sẵn có và khả năng tiếp cận với thuốc thiết yếu ở những tuyến y tế khác nhau, đặc biệt ở vùng xa, vùng sâu.
- Giá một số loại thuốc vẫn còn cao, cản trở khả năng tiếp cận của người dân. Cơ chế giám sát giá thuốc chưa đáp ứng nhu cầu quản lý nhà nước. Một số cơ chế kiểm soát giá thuốc chưa được khai thác đầy đủ.

4.1.2. Sử dụng thuốc chưa bảo đảm an toàn, hợp lý

- Vẫn còn tình trạng sử dụng TTY không hợp lý, không hiệu quả ở các tuyến y tế.
- Hoạt động dược lâm sàng tại các cơ sở điều trị còn thiếu và yếu và chưa được quan tâm đúng mức.
- Cơ chế kiểm soát và điều phối trong quá trình lựa chọn thuốc để đưa vào các danh mục thuốc và giám sát việc sử dụng thuốc còn yếu.
- Nguy cơ kháng thuốc chống vi trùng đang gia tăng do kê đơn thuốc quá mức cần thiết và sử dụng thuốc chống vi trùng không hợp lý trong cả y tế và thú y. Tồn dư kháng sinh trong chuỗi thức ăn và trong đất và nước ở mức đáng báo động và cần được giám sát thường quy.
- Các cơ sở y tế vẫn thiếu năng lực và cơ chế để báo cáo và quản lý phản ứng có hại của thuốc và sai sót trong dùng thuốc. Sử dụng thuốc an toàn vẫn là một vấn đề nan giải của các cơ sở y tế.

4.1.3. Quản lý chất lượng thuốc YHCT, sinh phẩm và dịch vụ truyền máu chưa đồng bộ

- Nguồn lực để thực hiện công tác kiểm nghiệm thuốc trong nước còn hạn chế trong khi số lượng mặt hàng thuốc ngày càng tăng, ứng dụng công nghệ sản xuất mới và hoạt chất mới.
- Công tác kiểm soát nguồn gốc và chất lượng dược liệu sử dụng trong sản xuất thuốc đông y còn chưa được thực hiện tốt.
- Các quy định về chất lượng và an toàn truyền máu và sản phẩm máu cần được tăng cường. Hệ thống cảnh giác truyền máu chưa được thành lập.

4.2. Khuyến nghị giải pháp

4.2.1. Các giải pháp nhằm giảm cản trở đối với sự sẵn có, khả năng tiếp cận và việc sử dụng thuốc thiết yếu

- Cần có định hướng cho các doanh nghiệp trong việc xây dựng lộ trình sản xuất thuốc trong nước có ưu tiên đáp ứng nhu cầu CSSK người dân, đặc biệt đối với BKLN.
- Triển khai hợp tác với các nhà tài trợ song phương để thúc đẩy chuyển giao công nghệ nhằm phát triển và sản xuất các thuốc thiết yếu được đánh giá là quan trọng đối với sức khỏe nhân dân.
- Tăng cường hệ thống quản lý chất lượng của Cục Quản lý Dược và phổ biến thông tin cho người dân về các hành động bảo đảm chất lượng được thực thi.
- Thực hiện đánh giá, khảo sát thường quy chất lượng của một rổ thuốc thiết yếu và phổ biến các kết quả.
- Tiếp tục tổ chức thực hiện hiệu quả phong trào “Người Việt Nam ưu tiên sử dụng thuốc Việt Nam”.
- Thiết lập hệ thống mua sắm trung ương và cơ chế đấu thầu thuốc tập trung để bảo đảm tính sẵn có của thuốc thiết yếu trong hệ thống y tế công và bảo đảm mua sắm thuốc khu vực tư nhân và giảm thiểu chênh lệch giá thuốc giữa các cơ sở y tế và các địa phương.
- Xây dựng cơ chế cung cấp thuốc thiết yếu ở các vùng xa vùng sâu.
- Tăng cường hệ thống giám sát giá thuốc bằng các điều tra thường xuyên về giá thuốc trong khu vực tư nhân, và giám sát giá mua sắm thuốc trong khu vực nhà nước. Tiếp tục đánh giá tính hợp lý của giá kê khai và kê khai lại và giá thắng thầu thông qua so sánh với giá tham khảo quốc tế và giá tham khảo trong nước (từ kết quả điều tra). Công bố kết quả điều tra thường xuyên mức giá thuốc trong nước và chênh lệch giá tối thiểu, tối đa.
- Xem xét lại cơ chế kiểm soát giá thuốc trong quá trình sửa đổi Luật Dược, đặc biệt trong việc xác định đơn vị nào chịu trách nhiệm và được giao thẩm quyền giám sát và quản lý giá thuốc. Luật và các văn bản hướng dẫn cần có quy định bắt buộc báo cáo giá bán lẻ của khu vực tư nhân và giá mua sắm trong khu vực công lập.
- Thực thi chính sách quốc gia về thuốc generic.

4.2.2. Các giải pháp thúc đẩy sử dụng thuốc an toàn, hợp lý

- Thống nhất lựa chọn thuốc thiết yếu bằng việc sử dụng Hội đồng thuốc và điều trị quốc gia làm cơ chế chủ chốt để lựa chọn thuốc thiết yếu dựa trên bằng chứng.
- Thẻ chế hóa việc giám sát sử dụng và chi trả cho thuốc được BHXH thanh toán.
- Thành lập cơ chế đánh giá công nghệ y tế đối với thuốc thiết yếu.
- Xây dựng chương trình đào tạo và tài liệu đào tạo dược lâm sàng để đáp ứng nhu cầu phát triển.

- Đề án phát triển hệ thống quốc gia về thông tin thuốc và theo dõi phản ứng có hại của thuốc. Đầu tư nâng cấp 2 trung tâm quốc gia thông tin thuốc và theo dõi phản ứng có hại của thuốc tại Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh.
- Phát triển các tài liệu hướng dẫn thực hành tốt kê đơn thuốc.
- Đẩy mạnh hoạt động dược lâm sàng tại các cơ sở điều trị.
- Sửa đổi và bổ sung các quy định về thực hành tốt nhà thuốc và tăng cường thực thi các quy định đó.
- Sửa đổi và bổ sung hoặc xây dựng các thông tư và quy định hướng dẫn mới trong lĩnh vực cảnh giác dược, thông tin thuốc và quảng cáo thuốc.

4.2.3. Các giải pháp về quản lý chất lượng thuốc tân dược, thuốc YHCT, sinh phẩm và dịch vụ truyền máu chưa đồng nhất

- Tăng cường năng lực của hệ thống thanh tra dược.
- Lộ trình phát triển thể chế là một phần của quá trình chuẩn bị gia nhập PIC/s.
- Quá trình chuẩn bị gia nhập PIC/s.
- Phát triển danh mục thuốc generic và lộ trình bắt buộc thực hiện các tiêu chuẩn tương đương sinh học, sinh khả dụng (Sửa đổi Thông tư số 08/2010/TT-BYT).
- Phát triển 3 phòng xét nghiệm mới để kiểm nghiệm và đánh giá tương đương sinh học tại vùng Bắc Trung Bộ, Nam Trung Bộ và Đông Nam Bộ.
- Phát triển năm trung tâm kiểm nghiệm thuốc tại năm vùng: miền núi phía bắc, đồng bằng và duyên hải miền Bắc, miền Trung, Tây Nguyên và Đông Nam Bộ trên cơ sở nâng cấp các trung tâm kiểm nghiệm thuốc tỉnh trong vùng.
- Đầu tư, nâng cấp và hiện đại hóa hai trung tâm đánh giá tương đương sinh học và sinh khả dụng của thuốc trong Viện Kiểm nghiệm thuốc trung ương và Viện Kiểm nghiệm thuốc Thành phố Hồ Chí Minh.
- Đầu tư, nâng cao và hoàn thiện nhân lực, trang thiết bị, cơ sở hạ tầng của Viện Kiểm định quốc gia vắc xin và sinh phẩm y tế nhằm bảo đảm cơ sở hiện đại, đồng nhất có đáp ứng các tiêu chuẩn quốc tế.
- Tổ chức lại hệ thống cung cấp dịch vụ truyền máu.
- Tăng cường thanh tra, kiểm tra, bảo đảm an toàn chất lượng đối với thuốc đông y.

5. Cơ sở hạ tầng và trang thiết bị y tế

5.1. Các vấn đề ưu tiên

5.1.1. Những hạn chế trong lập kế hoạch và kiểm soát đầu tư cơ sở vật chất và trang thiết bị y tế

- Quy hoạch công trình và trang thiết bị y tế còn phân tán và chưa được cập nhật.

- Các công trình và TTB do y tế tư nhân đầu tư chưa được tính đầy đủ trong quy hoạch ngành y tế, và đầu tư của khu vực y tế tư nhân ít khi tuân thủ quy hoạch ngành.

5.1.2. Chưa bảo đảm chất lượng, kiểm chuẩn, kiểm định TTB tại các cơ sở y tế

- Các cơ chế kiểm chuẩn, ngoại kiểm chưa được thực hiện tại tất cả các cơ sở y tế.
- Thiếu hệ thống tiêu chuẩn (hướng dẫn điều trị, phác đồ điều trị) dựa trên bằng chứng để xác định khi nào nên và không nên sử dụng những trang thiết bị/công nghệ y tế khác nhau. Thiếu cơ chế để xác định trong điều kiện nào nên đầu tư hoặc không nên đầu tư một loại trang thiết bị y tế (đánh giá công nghệ y tế).
- Chất lượng của trang thiết bị sản xuất trong nước chưa đủ để đáp ứng nhu cầu nội địa hoặc để đạt các tiêu chuẩn khu vực (ASEAN) và quốc tế để hỗ trợ xuất khẩu.

5.2. Khuyến nghị giải pháp

5.2.1. Xây dựng quy hoạch và cấp kinh phí để đầu tư cơ sở hạ tầng và TTBYT theo kế hoạch đầu tư dựa trên bằng chứng

- Xây dựng cơ sở dữ liệu theo địa lý về mô hình bệnh tật, khả năng đáp ứng của các cơ sở y tế (theo phân tuyến kỹ thuật) trong cùng địa bàn hành chính, trong đó có tình trạng TTBYT liên quan dịch vụ, nhằm hỗ trợ lập kế hoạch công trình và TTBYT.
- Xây dựng quy hoạch cơ sở vật chất và trang thiết bị phù hợp với nhu cầu hiện nay và nhu cầu được dự báo, đặc biệt đối với chăm sóc sản khoa, nhi khoa, chẩn đoán, quản lý và phục hồi chức năng đối với BKLN.
- Xem xét chi phí đầu vào và bảo dưỡng cơ sở hạ tầng và trang thiết bị, cũng như tiềm năng sử dụng công suất hiện có so với mô hình bệnh tật, nhằm bảo đảm quy hoạch không đơn giản chỉ là kế hoạch xây dựng cơ sở y tế cho mỗi địa bàn.
- Sắp xếp cơ chế cấp tài chính phù hợp để thực hiện hiệu quả các kế hoạch đầu tư cơ sở hạ tầng và TTBYT đã xây dựng dựa trên bằng chứng về nhu cầu và tình trạng TTB. Trong việc cấp kinh phí, tính đến tình trạng đầu tư của y tế tư nhân, nhu cầu giảm chênh lệch vùng về khả năng cung cấp dịch vụ, đặc biệt tại tuyến y tế huyện và xã, và đối với các huyện nghèo nhất và vùng biên đảo.

5.2.2. Tăng cường các biện pháp bảo đảm chất lượng, an toàn trong sử dụng TTBYT

- Ưu tiên đầu tư thành lập và nâng cao năng lực mạng lưới các trung tâm kiểm định, kiểm chuẩn.
- Xây dựng và ban hành các văn bản quy định bắt buộc trong kiểm định, kiểm chuẩn các TTBYT thuộc 5 nhóm thiết bị ảnh hưởng trực tiếp đến tính mạng bệnh nhân chưa được quản lý nhưng chưa được đưa vào danh mục bắt buộc phải kiểm định (thiết bị phòng mổ, chẩn đoán hình ảnh, thiết bị theo dõi bệnh nhân và thiết bị can thiệp).
- Xây dựng các tiêu chuẩn kỹ thuật về cơ sở vật chất, TTBYT cho khu vực biên đảo và khu vực miền núi.

5.2.3. Đổi mới phương thức đầu tư và tổ chức sản xuất TTBYT trong nước

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

6. Dịch vụ y tế dự phòng và y tế công cộng

6.1. Các vấn đề ưu tiên

6.1.1. Các bệnh không lây nhiễm đang gây gánh nặng bệnh tật và tử vong lớn nhất và gia tăng nhanh, tuy nhiên chưa kiểm soát hiệu quả và chưa được quan tâm đầu tư

- Kiểm soát các yếu tố nguy cơ, dự phòng bệnh chưa mang lại hiệu quả cao. Các hành vi nguy cơ như hút thuốc, lạm dụng rượu bia,... vẫn còn phổ biến trong cộng đồng. Tỷ lệ người được phát hiện và quản lý điều trị bệnh còn thấp.
- Hoạt động thiếu sự lồng ghép, chưa tiếp cận theo cả chu trình vòng đời. Các dịch vụ y tế tại tuyến YTCS vẫn chưa đáp ứng được yêu cầu quản lý, chăm sóc người mắc BKLN một cách liên tục và lâu dài.
- Kinh phí cho hoạt động rất thiếu và bị cắt giảm nhiều qua các năm.

6.1.2. Một số dịch, bệnh truyền nhiễm tác động lớn đến sức khỏe người dân chưa được kiểm soát hiệu quả

- Các bệnh dịch đã có vắc xin dự phòng nhưng vẫn có nguy cơ bùng phát trở lại.
- Một số dịch bệnh lưu hành với tỷ lệ mắc cao như bệnh tay-chân-miệng, sốt xuất huyết. Tử vong do mắc bệnh dại vẫn ở mức cao.
- HIV/AIDS và viêm gan vi rút vẫn là các vấn đề sức khỏe cộng đồng đáng quan ngại.
- Kiểm soát bệnh lao và sốt rét có nguy cơ không bền vững, đặc biệt là vấn đề kháng thuốc.
- Các bệnh nguy hiểm và mới nổi liên tục xuất hiện trên thế giới và có nguy cơ xâm nhập vào nước ta.

6.1.3. Các yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe liên quan đến môi trường, lối sống chưa được kiểm soát tốt

- Tỷ lệ bao phủ nhà tiêu hợp vệ sinh vẫn có sự chênh lệch lớn giữa các vùng miền. Vẫn còn tỷ lệ đáng kể các hộ gia đình chưa có nhà tiêu.
- Tình trạng ngộ độc thực phẩm diễn biến phức tạp, đặc biệt là mắc và tử vong do các vụ ngộ độc dưới 30 người.
- Công tác y tế trường học vẫn còn rất hạn chế, chưa được quan tâm đầu tư đúng mức mặc dù số lượng trẻ em, học sinh, sinh viên chiếm gần 1/3 dân số và nhu cầu giáo dục lối sống, chăm sóc, nâng cao sức khỏe của nhóm đối tượng này là rất lớn.

- Biến đổi khí hậu và thiên tai phức tạp và khó dự báo; phát triển công nghiệp đòi hỏi những biện pháp xử lý vệ sinh công nghiệp.

6.2. Khuyến nghị giải pháp

Mục tiêu chung

- Không chế tốc độ gia tăng tiến tới làm giảm tỷ lệ mắc bệnh, tàn tật và tử vong sớm do các BKLN, trong đó ưu tiên phòng, chống các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản.
- Giảm tỷ lệ mắc và tử vong do các bệnh truyền nhiễm, không chế kịp thời dịch bệnh, không để dịch lớn xảy ra.
- Từng bước kiểm soát các yếu tố có hại đến sức khỏe liên quan đến môi trường, an toàn thực phẩm, lối sống và hành vi của người dân.

6.2.1. Giải pháp về tăng cường hệ thống

- Củng cố, hoàn thiện và phát triển mạng lưới YTDP theo hướng tinh giản đầu mối ở cấp tỉnh, huyện. Phát triển các trung tâm YTDP tỉnh đạt chuẩn quốc gia. Thực hiện mô hình TTYT huyện hai chức năng.
- Củng cố và hoàn thiện về mô hình TYT xã phù hợp với tiêu chí quốc gia về y tế xã theo đặc thù vùng miền để bảo đảm cung cấp được các dịch vụ về truyền thông, giáo dục nâng cao sức khỏe, về YTDP, khám, chữa bệnh ban đầu, quản lý một số BKLN tại cộng đồng.

6.2.2. Giải pháp về chuyên môn

- Tăng cường năng lực YTDP và YTCS để kiểm soát yếu tố nguy cơ, dự phòng bệnh không lây nhiễm; các biện pháp chuyên môn để tăng tỷ lệ phát hiện sớm và bảo đảm việc điều trị, quản lý, chăm sóc liên tục và lâu dài cho người mắc bệnh tại cộng đồng.
- Duy trì và tăng cường năng lực hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm, năng lực cốt lõi thực hiện Điều lệ y tế quốc tế (IHR) 2005 để dự phòng, cảnh báo, phát hiện sớm và đáp ứng với những sự kiện YTCC có thể có nguy cơ đối với sức khỏe của người Việt Nam.
- Thực hiện các giải pháp chuyên môn (như hướng dẫn, quy trình chuẩn...) hiệu quả nhằm kiểm soát được các dịch bệnh sốt xuất huyết, tay-chân-miệng, bệnh lây truyền từ động vật (kể cả bệnh dại), HIV/AIDS và viêm gan vi rút.
- Thực hiện kế hoạch hành động quốc gia phòng chống và kiểm soát bệnh viêm gan vi rút. Vận động huy động nguồn lực và hỗ trợ chính trị. Tiếp tục tăng cường tiêm phòng viêm gan B để đạt được mục tiêu của khu vực là tỷ lệ nhiễm viêm gan B ở nhóm 5 tuổi dưới 1%, đảm bảo an toàn tiêm chủng và truyền máu, và thúc đẩy giảm tác hại ở những người tiêm chích ma túy. Mở rộng việc xét nghiệm chẩn đoán sớm viêm gan vi rút bảo đảm chất lượng, và mở rộng tiếp cận với các phác đồ điều trị hiệu quả do WHO khuyến cáo, đặc biệt là với những người viêm gan B và C mạn tính.
- Xây dựng các giải pháp chuyên môn để kiểm soát tình trạng lao kháng thuốc, sốt rét kháng thuốc; có chính sách đặc thù phòng chống lao, sốt rét cho các vùng núi, dân tộc thiểu số...

- Duy trì và tăng cường các chức năng của hệ thống quản lý quốc gia về vắc xin. Xây dựng các chính sách và giải pháp chuyên môn để bảo đảm mọi trẻ em đều được tiêm chủng đầy đủ theo quy định và đúng lịch. Có những giải pháp hiệu quả để tăng khả năng tiếp cận với dịch vụ tiêm chủng tại các vùng sâu, vùng xa, vùng đặc biệt khó khăn như tổ chức tiêm chủng lưu động, tiêm chủng tại nhà.
- Triển khai hiệu quả công tác y tế trường học theo hướng xây dựng trường học nâng cao sức khỏe để phát triển các hành vi có lợi cho sức khỏe, kiểm soát bệnh tật học đường và kiểm soát những bệnh đang có nguy cơ gia tăng ở học sinh (như rối loạn tâm thần học đường).

6.2.3. Giải pháp về truyền thông

- Tăng cường các hoạt động truyền thông vận động chính sách; truyền thông thay đổi hành vi, chú trọng hành vi rửa tay với xà phòng, phòng chống dịch bệnh; tiêm chủng, truyền thông nguy cơ; xây dựng kế hoạch tổng thể quốc gia về truyền thông; có cơ chế phối hợp hiệu quả giữa ngành y tế và các cơ quan thông tin đại chúng trong thông tin, truyền thông.

6.2.4. Giải pháp về tài chính

- Ưu tiên đầu tư kinh phí cho chương trình phòng chống các BKLN, Ngân sách nhà nước tập trung cho các hoạt động giám sát, dự phòng, phát hiện sớm bệnh. Có cơ chế chính sách để bảo đảm cung cấp các dịch vụ dự phòng, phát hiện sớm, quản lý điều trị bệnh không lây nhiễm liên tục và lâu dài tại tuyến y tế cơ sở, đặc biệt là tuyến xã.
- Ưu tiên đầu tư nguồn lực cho các hoạt động YTDP, phòng, chống dịch bệnh; tiêm chủng; phòng chống HIV/AIDS, sốt xuất huyết, lao, sốt rét; an toàn thực phẩm; sức khỏe trường học.
- Việt Nam sẽ không còn hưởng sự hỗ trợ của GAVI sau 5 năm nữa. Ngân sách thực hiện tiêm chủng mở rộng cần được nhà nước quản lý để duy trì các hoạt động tiêm chủng mở rộng.

6.2.5. Khuyến nghị các giải pháp dài hạn

- Nghiên cứu và đề xuất các quy định để bảo đảm các trẻ em được tiêm chủng đầy đủ trước khi đi học.
- Nghiên cứu và đề xuất việc thành lập Quỹ nâng cao sức khỏe cộng đồng, huy động vốn thông qua những khoản đóng góp bắt buộc từ những doanh nghiệp sản xuất và kinh doanh thuốc lá, rượu, bia và những sản phẩm khác có hại cho sức khỏe nhằm tài trợ trực tiếp các hoạt động phòng, chống BKLN và các yếu tố nguy cơ sức khỏe khác.
- Xem xét việc xây dựng Luật Phòng bệnh dựa trên việc lồng ghép toàn diện các lĩnh vực và nội dung YTDP (phòng chống bệnh truyền nhiễm, BKLN, truyền thông thay đổi hành vi nâng cao sức khỏe và sức khỏe nghề nghiệp).

7. Dịch vụ khám, chữa bệnh, y học cổ truyền và phục hồi chức năng

7.1. Các vấn đề ưu tiên

7.1.1. Tổ chức hệ thống y tế chưa đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân một cách hiệu quả, hiệu suất

- Tổ chức mạng lưới cung ứng dịch vụ KCB chưa phù hợp để bảo đảm cung ứng dịch vụ một cách hiệu quả đáp ứng nhu cầu CSSK của người dân.
- Chế độ an sinh xã hội và chăm sóc sức khỏe người cao tuổi chưa được quan tâm và đầu tư đầy đủ để đáp ứng với nhu cầu tăng nhanh do già hoá dân số.

7.1.2. Năng lực để cung ứng các dịch vụ KCB cơ bản không đều giữa các vùng

- Năng lực chuyên môn kỹ thuật và khả năng cung ứng dịch vụ ở tuyến tỉnh và huyện, đặc biệt ở miền núi phía Bắc và các khu vực khó khăn chưa bảo đảm chất lượng và hiệu quả. Vẫn còn những khoảng trống trong năng lực cung ứng các dịch vụ cơ bản ở một số địa phương.

7.1.3. Quản lý chất lượng dịch vụ KCB chưa đáp ứng nhu cầu

Hệ thống quản lý chất lượng dịch vụ đã được xây dựng nhưng nhiều cơ chế, quy định, hướng dẫn vẫn chưa được ban hành hoặc thực hiện, trong đó có:

- Cơ chế đánh giá chất lượng độc lập.
- Cơ chế cấp chứng chỉ hành nghề chưa bảo đảm chất lượng;
- Thiếu cơ sở cho việc đánh giá chất lượng lâm sàng vì thiếu hướng dẫn chuẩn.
- Thiếu cơ chế cần thiết (cạnh tranh, minh bạch thông tin về chất lượng và mức độ hài lòng của bệnh nhân) để thúc đẩy cải tiến chất lượng dịch vụ.
- Thiếu các cơ chế để quản lý, kiểm soát có hiệu quả chất lượng, tính an toàn của dịch vụ YHCT.

7.1.4. Tình trạng quá tải bệnh viện tuyến cuối và sử dụng không hết công suất ở tuyến dưới vẫn chưa được giải quyết hoàn toàn

Tình trạng quá tải vẫn chưa được giải quyết triệt để ở các bệnh viện tuyến cuối, do chưa bảo đảm chất lượng dịch vụ y tế tuyến cơ sở và các thói quen và hành vi sử dụng dịch vụ y tế của người dân.

7.2. Khuyến nghị giải pháp

7.2.1. Về tổ chức mạng lưới cung ứng dịch vụ

- *Tổ chức mạng lưới cung ứng dịch vụ KCB với yêu cầu:* phù hợp với mô hình bệnh tật, trên cơ sở dự báo nhu cầu, giảm thiểu sự chênh lệch về chuyên môn, năng lực kỹ thuật và chất lượng dịch vụ, sự mất cân đối về vùng, miền, tăng cường năng lực cho chăm sóc

sức khỏe ban đầu và YTCS. Xây dựng quy hoạch mạng lưới KCB 2016-2025 và tầm nhìn 2030, bao gồm cả mạng lưới YHCT và PHCN.

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

7.2.2. Các giải pháp nâng cao năng lực cung ứng dịch vụ KCB ở một số vùng khó khăn, tăng khả năng tiếp cận dịch vụ đối với một số nhóm đối tượng, nhóm dịch vụ, một số vùng miền

- Đầu tư thêm nguồn lực và giám sát, thúc đẩy việc chuyển giao kỹ thuật ở tất cả các tỉnh, thành phố, thực hiện luân phiên cán bộ y tế.
- Xây dựng chuẩn năng lực khám, chữa bệnh ở tuyến xã.

Đáp ứng nhu cầu CSSK người cao tuổi

- Nghiên cứu xây dựng chiến lược dài hạn để tăng cường hệ thống an sinh xã hội, mở rộng và đa dạng hoá các dịch vụ CSSK người cao tuổi.
- Tiếp tục triển khai và nhân rộng các mô hình có hiệu quả về tư vấn CSSK người cao tuổi tại cộng đồng trong khi nghiên cứu thử nghiệm các mô hình nhà dưỡng lão theo hình thức xã hội hoá.
- Tăng cường đào tạo nhân lực y tế, nhân viên xã hội và có các chương trình huấn luyện, hướng dẫn người nhà tham gia công tác CSSK người cao tuổi tại gia đình, cộng đồng.

7.2.3. Về quản lý và nâng cao chất lượng

- Hoàn thiện hệ thống quản lý chất lượng dịch vụ KCB cấp quốc gia, cấp địa phương và cấp cơ sở KCB; xây dựng đề án thành lập tổ chức chứng nhận chất lượng KCB độc lập; bổ sung phương pháp và công cụ đo lường, đánh giá chất lượng dịch vụ KCB.
- Xây dựng cơ chế khuyến khích nâng cao chất lượng cả về tài chính và phi tài chính, thiết lập giải thưởng chất lượng quốc gia đối với các cơ sở KCB.
- Điều chỉnh Luật KCB, đặc biệt các nội dung liên quan đến quản lý hành nghề KCB theo hướng đánh giá thực chất năng lực của người hành nghề, cấp và cấp lại chứng chỉ hành nghề gắn với đào tạo liên tục.
- Hoàn thiện hệ thống đánh giá phản hồi của người dân về chất lượng dịch vụ KCB.
- Hoàn thiện và áp dụng cả 3 phương thức chi trả phù hợp, có cơ chế nhằm làm giảm sử dụng dịch vụ KCB thông qua việc thúc đẩy áp dụng các biện pháp dự phòng bệnh tật và nâng cao sức khỏe;
- Xây dựng các hướng dẫn lâm sàng quốc gia. Quy định cụ thể trong việc ra chỉ định sử dụng các TTB đắt tiền, kỹ thuật cao. Đối với những bệnh chưa có hướng dẫn lâm sàng quốc gia, yêu cầu các cơ sở y tế phải tự xây dựng hướng dẫn bằng văn bản để phục vụ kiểm tra chất lượng và thanh toán BHYT.
- Xây dựng các hướng dẫn lâm sàng và tăng cường quản lý, giám sát bảo đảm chất lượng, tính an toàn và hiệu quả của YHCT trong KCB ở một số lĩnh vực YHCT có thể mạnh.

- Phát triển các kỹ thuật PHCN liên quan đến điều trị, giải quyết các khó khăn trong cơ chế thanh toán để tạo điều kiện phát triển các dịch vụ PHCN, cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân và người tàn tật. Mở rộng các chương trình PHCN dựa vào cộng đồng mang lại hiệu quả cao.

7.2.4. Về giảm quá tải bệnh viện

- Thực hiện quyết liệt Đề án giảm quá tải bệnh viện, *xây dựng bổ sung một số đề án góp phần giảm tải bệnh viện.*
- Mở rộng Đề án bệnh viện vệ tinh đến tất cả các tỉnh.
- Xây dựng cơ chế xem xét đánh giá tác động của một số chính sách về quản lý, tài chính, BHYT liên quan đến quá tải bệnh viện.

8. Dịch vụ dân số, KHHGĐ, CSSKSS, bà mẹ trẻ em

8.1. Các vấn đề ưu tiên

8.1.1. Tử vong mẹ, tử vong sơ sinh vẫn còn ở mức cao

Tử vong mẹ, tử vong sơ sinh sớm vẫn còn ở mức cao, đặc biệt tại vùng khó khăn, và vùng dân tộc thiểu số. Tốc độ giảm tỷ suất tử vong mẹ và sơ sinh bị chậm lại. Nguyên nhân là do thiếu chăm sóc sản khoa cấp cứu, hệ thống chuyển tuyến chưa hiệu quả, và thiếu chăm sóc sơ sinh sớm thiết yếu.

8.1.2. Suy dinh dưỡng trẻ em, đặc biệt thể thấp còi, còn cao

Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi vẫn còn rất cao do dinh dưỡng kém ở bà mẹ mang thai và trẻ em trong giai đoạn sớm, đặc biệt do tỷ lệ nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ còn thấp. Tình trạng một số vùng, một số nhóm dân cư chưa sử dụng nước sạch, chưa đảm bảo vệ sinh môi trường dẫn đến trẻ bị tiêu chảy cũng đóng góp vào suy dinh dưỡng trẻ em.

8.1.3. Nhu cầu chưa được đáp ứng về dịch vụ DS-KHHGĐ, CSSKSS, nhất là ở các địa bàn khó khăn

Khả năng tiếp cận, cung ứng và sử dụng các dịch vụ DS-KHHGĐ và CSSKSS có chất lượng ở một số khu vực và nhóm dân cư đặc thù vẫn còn hạn chế:

- Tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc trước và trong sinh có chất lượng ở một số địa phương (vùng đồng bào các dân tộc thiểu số và vùng khó khăn) vẫn còn hạn chế.
- Nhu cầu chưa được đáp ứng về dịch vụ chăm sóc SKSS, phương tiện tránh thai, dịch vụ KHHGĐ còn cao ở một số nhóm dân cư yếu thế gồm vị thành niên và thanh niên chưa lập gia đình, người di cư, người có HIV, người tàn tật, người bị ảnh hưởng của thiên tai, người hành nghề mại dâm, người đồng tính...
- Nhu cầu về phát hiện sớm và điều trị các ung thư sinh dục còn cao trong khi năng lực của hệ thống y tế còn hạn chế.

- Nhu cầu phòng tránh và phát hiện các dị tật bẩm sinh trước và trong thời gian mang thai bằng các dịch vụ dự phòng và sàng lọc sớm có hiệu quả chi phí cao vẫn chưa được đáp ứng.

8.1.4. Mất cân bằng giới tính khi sinh

Mất cân bằng giới tính khi sinh vẫn tiếp tục tăng cao do áp lực xã hội, văn hóa khiến người dân muốn sinh con trai để chăm sóc bố mẹ khi già và do thiếu kiểm soát hiệu quả đối với các công nghệ lựa chọn giới.

8.2. Khuyến nghị giải pháp

8.2.1. Giải pháp chung

Tăng cường sự quan tâm chỉ đạo của các cấp, các ngành, các địa phương cho công tác DS-KHHGĐ, CSSKSS, SKBMTE. Đầu tư kinh phí thoả đáng cho các hoạt động này và nghiên cứu cơ chế lồng ghép, phối kết hợp với các hoạt động CSSKBĐ ở tuyến cơ sở.

8.2.2. Thúc đẩy các can thiệp giảm tử vong mẹ và trẻ sơ sinh

- Tuyên truyền, vận động nhằm tăng cường sự quan tâm lãnh đạo, chỉ đạo, điều hành của các cấp ủy đảng, chính quyền các cấp về thực hiện các mục tiêu sức khỏe bà mẹ, trẻ em, phòng chống suy dinh dưỡng.
- Tiếp tục hoàn thiện các chính sách trong lĩnh vực DS-KHHGĐ, CSSKSS và SKBMTE, đặc biệt là chính sách thu hút bác sĩ chuyên ngành sản, nhi về công tác tại các vùng khó khăn, chính sách đối với cô đỡ thôn bản.
- Khuyến khích các sáng kiến thông qua các tiếp cận văn hóa phù hợp với phong tục tập quán của từng dân tộc, hỗ trợ phụ nữ dân tộc thiểu số tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế sẵn có và thân thiện để giảm tử vong mẹ và sơ sinh.
- Đẩy mạnh việc thẩm định các trường hợp tử vong mẹ và tử vong sơ sinh để tìm nguyên nhân và rút ra bài học kinh nghiệm để xây dựng các giải pháp can thiệp.
- Tiếp tục tập trung thực hiện các can thiệp đã được chứng minh có hiệu quả trong CSSK, giảm tử vong bà mẹ và trẻ sơ sinh.
- Tăng cường kiểm tra giám sát việc thực hiện quy trình chuyển bệnh nhân cấp cứu sản khoa và sơ sinh; quy trình phòng ngừa, phát hiện và xử lý các trường hợp cấp cứu sản khoa và sơ sinh; quy trình phối hợp giữa các bác sĩ chuyên khoa sản, nhi và các chuyên khoa, các đơn vị chăm sóc tích cực.

8.2.3. Thực hiện các biện pháp nhằm giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi

- Xây dựng kế hoạch dài hạn và trung hạn nhằm thực hiện chính sách dinh dưỡng tập trung vào giảm tỷ lệ SDD thấp còi. Tiếp tục hoàn thiện các chính sách trong lĩnh vực cải thiện dinh dưỡng bà mẹ trẻ em.
- Tuyên truyền, vận động nhằm tăng cường mối quan tâm của lãnh đạo trong hướng dẫn, chỉ đạo thực hiện các mục tiêu phòng chống SDD.

- Tiếp tục tập trung triển khai các can thiệp đã được chứng minh là có hiệu quả cải thiện dinh dưỡng bà mẹ trẻ em.
- Tăng cường huy động cộng đồng tham gia vào việc cải thiện dinh dưỡng cho bà mẹ trước và trong khi mang thai và bổ sung dinh dưỡng cho trẻ em ở mọi lứa tuổi.

8.2.4. Tăng cường khả năng tiếp cận các dịch vụ dân số, SKSS

Chăm sóc trước và trong sinh có chất lượng

- Tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe để nâng cao hiểu biết và nhận thức về nhu cầu của người dân với các dịch vụ CSSKSS.
- Vận động xây dựng và thực hiện chính sách, chế độ đãi ngộ cho cô đỡ thôn bản.
- Tiếp tục tập trung vào việc thực hiện các can thiệp có hiệu quả.
- Xem xét lại việc phân công chức năng nhiệm vụ của các chức danh chuyên môn trong lĩnh vực sản và nhi khoa.
- Thực hiện các chính sách hỗ trợ phụ nữ dân tộc thiểu số sinh con tại các cơ sở y tế.

Đẩy mạnh tầm soát các dị dạng, bệnh, tật bẩm sinh

- Tiếp tục triển khai các can thiệp cơ bản có hiệu quả chi phí cao như bổ sung axit folic, tiêm vitamin K, tuyên truyền về tránh sử dụng rượu bia, hạn chế sử dụng thuốc trong quá trình mang thai, tiêm vắc xin phòng *rubella*,...
- Hoàn thiện quy trình, quy chuẩn, lựa chọn kỹ thuật sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh. Đào tạo tập huấn kiến thức về sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh cho cán bộ, cộng tác viên dân số thực hiện tuyên truyền, vận động tại cộng đồng.
- Kiện toàn các trung tâm sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh tại các vùng, miền, khu vực, các đơn nguyên sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh tại các bệnh viện tuyến tỉnh. Từng bước chuyển giao kỹ thuật sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh cho tuyến tỉnh.
- Hỗ trợ phụ nữ mang thai và trẻ sơ sinh trong tiếp cận và thực hiện các dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh. Tổ chức việc theo dõi, phát hiện sớm bệnh, tật của trẻ em. Xây dựng chính sách hỗ trợ, tổ chức điều trị và hướng dẫn rèn luyện, phục hồi chức năng cho trẻ em.
- Tuyên truyền, giáo dục trên các kênh truyền thông, chú trọng việc tuyên truyền tư vấn trực tiếp cho các nhóm đối tượng có nguy cơ cao sinh ra trẻ em bị dị tật hoặc bệnh bẩm sinh.
- Mở rộng các hoạt động tư vấn và kiểm tra sức khỏe tiền hôn nhân. Tiếp tục triển khai các giải pháp can thiệp giảm tỷ lệ tảo hôn, kết hôn cận huyết thống, đặc biệt đối với một số nhóm dân tộc thiểu số có tập quán kết hôn trong họ tộc.

- Xây dựng, thử nghiệm và triển khai một số mô hình can thiệp tại cộng đồng nhằm giảm thiểu các yếu tố xã hội tác động đến nguyên nhân giảm tuổi thọ bình quân khỏe mạnh.

Bảo đảm cung cấp dịch vụ KHHGĐ, CSSKSS cho các nhóm đối tượng và địa bàn ưu tiên

- Tập trung triển khai các can thiệp để giảm nhu cầu không được đáp ứng về dịch vụ DS-KHHGĐ, CSSKSS trong các nhóm dễ bị tổn thương như vị thành niên, thanh niên chưa kết hôn, người di cư, người nhiễm HIV, người tàn tật, nạn nhân của các vụ thiên tai thảm họa, mại dâm và đồng tính.
- Tăng cường lồng ghép giữa các dịch vụ SKSS và dịch vụ phòng chống HIV/AIDS.
- Lồng ghép, tổ chức lại và nâng cấp hệ thống cung cấp phương tiện tránh thai và dịch vụ CSSKSS. Tổ chức cung ứng dịch vụ KHHGĐ, CSSKSS phù hợp với mức sinh của từng vùng.
- Mở rộng và nâng cao chất lượng mạng lưới cung ứng dịch vụ KHHGĐ về phương diện cơ sở vật chất trang thiết bị và kỹ năng chuyên môn; phát triển hướng dẫn kỹ thuật và giám sát việc tuân thủ. Hoàn thiện tiêu chuẩn kỹ thuật và tăng cường quản lý chất lượng PTTT và hàng hóa SKSS/KHHGĐ.
- Nhanh chóng chuyển mô hình cung cấp miễn phí các phương tiện tránh thai sang thu phí một phần; chỉ cung cấp miễn phí cho một số đối tượng cần hỗ trợ xã hội. Khuyến khích và tạo điều kiện cho các tổ chức, cá nhân, các tổ chức tư nhân, phi chính phủ, các tổ chức xã hội nghề nghiệp tham gia trong công tác truyền thông, tư vấn, cung cấp dịch vụ dân số, KHHGĐ, sản xuất và cung cấp các PTTT.
- Triển khai có hiệu quả chính sách khuyến khích (tài chính và phi tài chính) cho những người cung cấp các dịch vụ DS-KHHGĐ.
- Thay đổi thông điệp truyền thông về KHHGĐ thành “*mỗi gia đình hãy nên đẻ hai con*” để bảo đảm duy trì mức sinh thấp hợp lý, ổn định quy mô và cơ cấu dân số phù hợp.

8.2.5. Can thiệp hiệu quả để giảm thiểu mất cân bằng giới tính khi sinh

- Tăng cường, nâng cao hiệu quả truyền thông, giáo dục chuyển đổi hành vi về bình đẳng giới, mất cân bằng giới tính khi sinh, giá trị của trẻ em gái và vị trí, vai trò của nữ giới trong sự phát triển bền vững của gia đình và xã hội.
- Tăng cường kiểm tra, giám sát nhằm ngăn chặn các hành vi lựa chọn giới tính khi sinh theo quy định của pháp luật hiện hành. Xử lý nghiêm các hành vi lựa chọn giới tính khi sinh để giáo dục, răn đe, tạo dư luận xã hội sớm ngăn chặn các hành vi này.
- Chủ động xây dựng và thực hiện các chính sách hỗ trợ nâng cao vai trò, vị thế của phụ nữ và trẻ em gái, đặc biệt là trẻ em gái trong các gia đình sinh con gái một bề và cha mẹ của các em.

9. Hệ thống thông tin y tế

9.1. Các vấn đề ưu tiên

9.1.1. Giám sát, chỉ đạo thực hiện hiệu quả các hoạt động trong Kế hoạch tổng thể phát triển hệ thống thông tin y tế còn yếu

- Hệ thống thông tin cốt lõi liên quan tới thu thập thông tin tử vong và thông tin về nguyên nhân tử vong, ghi nhận các bệnh mạn tính chưa được thực hiện đồng bộ dẫn đến thiếu các thông tin quan trọng cho lập kế hoạch y tế.
- Hồ sơ bệnh án chưa phù hợp để bảo đảm tính liên tục và tính hiệu quả trong theo dõi sức khỏe, tránh tai biến. Thông tin từ hồ sơ bệnh án chưa được khai thác và phân tích phục vụ cho đổi mới hệ thống thông tin y tế.
- Số liệu có sẵn trong hệ thống thông tin y tế chưa được phát huy sử dụng đầy đủ do không được phổ biến cho người nghiên cứu có thể phân tích phù hợp với nhu cầu lập kế hoạch và xây dựng chính sách.
- Số liệu của khu vực y tế tư nhân chưa được báo cáo toàn diện và thường xuyên.

9.1.2. Hoạt động cung ứng dịch vụ y tế chưa được giám sát đầy đủ

Các chỉ số theo dõi và đánh giá kết quả hoạt động là yếu tố tiên quyết để đánh giá kết quả làm việc (trong quản lý nhân lực) và thực hiện hiệu quả chi trả theo kết quả hoạt động và những chính sách tài chính khác. Hệ thống các chỉ số theo dõi và đánh giá hoạt động hiện chưa được thực thi làm cản trở khả năng của hệ thống y tế và các cơ quan, đơn vị chịu trách nhiệm trong việc sử dụng nguồn lực để đạt được mục tiêu. Các thông tin này chưa sẵn có cho các nhà quản lý y tế trong việc xác định các lĩnh vực cần cải thiện.

9.2. Khuyến nghị giải pháp

9.2.1. Các giải pháp liên quan tới thực hiện Kế hoạch tổng thể phát triển hệ thống thông tin y tế

- Các giải pháp nhằm tăng cường các tiêu hệ thống thông tin chủ chốt (nguyên nhân tử vong và ghi nhận các bệnh mạn tính): thẩm định chất lượng số liệu, cung cấp cơ chế phản hồi chất lượng số liệu; tổ chức điều tra hiệu chỉnh số liệu từ báo cáo định kỳ.
- Các giải pháp nhằm củng cố hệ thống hồ sơ bệnh án: định kỳ rà soát đồng bộ hóa công cụ thu thập, hợp lý hóa hồ sơ bệnh án, biểu mẫu ban đầu và biểu mẫu báo cáo tại các cơ sở y tế.
- Các giải pháp về phổ biến thông tin.
- Các giải pháp về tăng cường sự tuân thủ của khu vực tư nhân trong hệ thống thông tin y tế.
- Tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin: xây dựng các nền tảng cần thiết cho việc xây dựng hệ thống thông tin y tế tích hợp của ngành y tế; xây dựng, triển khai sử dụng hiệu

quả trên toàn quốc hệ thống thông CNTT phục vụ công tác thống kê y tế (phần mềm, cơ sở dữ liệu, hạ tầng).

9.2.2. Các giải pháp liên quan tới xây dựng và ứng dụng các chỉ số đánh giá thực hiện công việc (KPI)

- Xây dựng đề án hệ thống thông tin y tế giám sát và đánh giá thực hiện kế hoạch 5 năm và hằng năm.

10. Quản trị hệ thống y tế

10.1. Các vấn đề ưu tiên

10.1.1. Chất lượng và hiệu lực, hiệu quả của các chính sách, văn bản pháp luật về y tế còn hạn chế

- Chính sách y tế còn chậm được xây dựng và ban hành; nội dung còn có sự trùng chéo, chưa bảo đảm nhất quán.
- Năng lực của cơ quan xây dựng chính sách và các đơn vị nghiên cứu cũng như sự phối hợp giữa các cơ quan, đơn vị này còn hạn chế, thiếu các thông tin, bằng chứng cụ thể, thuyết phục, các đánh giá tác động của các chính sách y tế đối với các bên liên quan.
- Hiệu lực, hiệu quả của các chính sách y tế chưa cao do chưa xác định rõ nguồn lực để thực hiện; thiếu các kế hoạch triển khai và nhận thức của chính quyền một số địa phương chưa đầy đủ.

10.1.2. Tổ chức hệ thống y tế chưa đáp ứng được yêu cầu của tình hình mới

- Hiện nay, Bộ Y tế và Sở y tế vừa làm chức năng quản lý nhà nước về y tế, vừa cung ứng dịch vụ, dẫn đến không tách bạch chức năng, nhiệm vụ và quá tải công việc.
- Mạng lưới cơ sở y tế được tổ chức chủ yếu theo đơn vị hành chính hơn là một tổng thể hệ thống y tế làm hạn chế tính liên tục trong cung ứng dịch vụ y tế; cản trở sự điều phối giữa các đơn vị, gây tốn kém và không hiệu quả do chồng chéo trong cung ứng dịch vụ và sử dụng năng lực không hiệu quả.

10.1.3. Hệ thống và cơ chế thanh tra, kiểm tra, giám sát hoạt động y tế chưa phát huy được hiệu quả

- Mạng lưới thanh tra y tế còn thiếu về số lượng và hạn chế về năng lực.
- Vai trò giám sát của các tổ chức chính trị, tổ chức chính trị xã hội, hội nghề nghiệp để bảo đảm trách nhiệm giải trình còn hạn chế do yếu về năng lực và thiếu cơ chế điều phối.

10.1.4. Cải cách thủ tục hành chính trong lĩnh vực y tế còn chưa quyết liệt

- Cải cách thủ tục hành chính trong lĩnh vực y tế còn hạn chế và chưa đáp ứng yêu cầu của sự thay đổi nhanh chóng của tình hình kinh tế xã hội.

10.2. Khuyến nghị giải pháp

10.2.1. Nâng cao chất lượng xây dựng và hiệu quả thực hiện chính sách y tế

- Tăng cường sự phối hợp giữa các cơ quan chủ trì xây dựng chính sách và các đơn vị nghiên cứu để có được các thông tin, số liệu, bằng chứng thuyết phục cho hoạch định chính sách. Nâng cao năng lực của các cơ quan, đơn vị nghiên cứu xây dựng chính sách dựa vào bằng chứng.
- Sửa đổi, bổ sung quy chế làm việc của Bộ Y tế để đưa nội dung liên quan đến công tác xây dựng pháp luật vào thành một trong các tiêu chí để đánh giá chất lượng hoạt động của các đơn vị. Tập trung ưu tiên đầu tư thời gian, nguồn lực và các điều kiện cần thiết khác bảo đảm cho công tác xây dựng, tổ chức triển khai thực hiện và theo dõi, đánh giá thi hành chính sách, văn bản sau khi được ban hành.
- Huy động sự tham gia, vào cuộc của chính quyền các địa phương trong việc triển khai thực hiện văn bản, chính sách, nhất là các vấn đề mang tính xã hội, cần sự phối hợp liên ngành. Các nội dung, chỉ tiêu quan trọng cần đưa vào nghị quyết của các cấp ủy Đảng, kế hoạch phát triển kinh tế-xã hội hằng năm của địa phương để làm cơ sở theo dõi, giám sát và gắn trách nhiệm của chính quyền với hoạt động y tế.

10.2.2. Đổi mới phương thức quản lý và tổ chức hoạt động của mạng lưới các cơ sở y tế tại trung ương và địa phương

- *Cần có những chuyển biến trong tổ chức quản lý hệ thống y tế tại trung ương và địa phương.* Bộ Y tế cần tiếp tục phân cấp, phân quyền, tăng cường thực hiện tự chủ, giảm bớt số đơn vị sự nghiệp trực thuộc. Ưu tiên thích đáng nhân lực có năng lực phân tích, tổng hợp, hoạch định chính sách, quản lý hệ thống y tế. Nâng cao vai trò của Sở y tế, nhất là trách nhiệm giải trình của Giám đốc Sở y tế trong công tác tham mưu, tổ chức thực hiện, kiểm tra giám sát hoạt động y tế tại địa phương.
- *Cần có những thay đổi về tổ chức mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế* để đáp ứng với sự thay đổi mô hình bệnh tật, già hóa dân số, nhu cầu CSSK của người dân tăng lên khi điều kiện kinh tế- xã hội phát triển, khả năng tiếp cận về địa lý thuận lợi hơn trước rất nhiều.
- Các cơ sở KCB không nhất thiết phân theo tuyến hành chính mà cần theo xếp hạng bệnh viện, khuyến khích các bệnh viện phát triển kỹ thuật, nâng hạng bệnh viện, kể cả các bệnh viện huyện hiện nay. Các cơ sở YTDP ở cấp tỉnh, huyện gần được sắp xếp, thu gọn đầu mối để nâng cao hiệu quả hoạt động. YTCS cần được đổi mới toàn diện về mô hình hoạt động, cơ chế tài chính, mở rộng phạm vi cung ứng dịch vụ, tăng cường quản lý sức khỏe cho người dân, nhất là người mắc các bệnh mạn tính, người cao tuổi. Tăng cường giám sát, hỗ trợ giữa các tuyến, giữa các cơ sở làm nhiệm vụ dự phòng và KCB để có thể cung ứng dịch vụ chăm sóc toàn diện, liên tục.
- *Tăng cường năng lực và chất lượng hoạt động của lĩnh vực kiểm định, kiểm chuẩn* trang thiết bị, kiểm định thuốc và theo dõi ADR, kiểm định an toàn thực phẩm theo hướng thành lập các trung tâm theo vùng, tránh dàn trải theo hành chính cấp tỉnh, để dẫn đến thiếu hụt nguồn lực đầu tư, nhân lực và hiệu quả hoạt động thấp.

10.2.3. Phát huy vai trò và nâng cao hiệu quả giám sát hoạt động y tế của các cơ quan thanh tra, kiểm tra và của các tổ chức xã hội nghề nghiệp

- *Tiếp tục kiện toàn và tăng cường năng lực cho mạng lưới thanh tra y tế, nhất là các thanh tra chuyên ngành để có đủ khả năng kiểm tra việc thực hiện các quy định của pháp luật, chính sách y tế và xử lý các hành vi vi phạm pháp luật trong y tế.*
- *Xây dựng các cơ chế để tăng cường hoạt động giám sát nhân dân thông qua Mặt trận Tổ quốc Việt Nam, các tổ chức đoàn thể chính trị- xã hội và các hội nghề nghiệp đối với công tác y tế.* Thực tế cho thấy, nếu chỉ có ngành y tế thực hiện giám sát, kiểm tra hoạt động sẽ không bảo đảm đủ nhân lực, thời gian nên sự tham gia của các tổ chức xã hội, nghề nghiệp là rất cần thiết.
- *Bổ sung các quy định, tăng cường phối hợp giữa Bộ Y tế và các tổ chức xã hội, nghề nghiệp (ví dụ Tổng hội Y học Việt Nam, Hội Dược học, Hội Khoa học Kinh tế y tế, Hội Trang thiết bị y tế...) trong quá trình xây dựng, theo dõi, giám sát thực hiện chính sách.* Các cơ quan xây dựng văn bản, chính sách cần chủ động cung cấp thông tin và xin ý kiến phản biện cho dự thảo chính sách. Có các quy định về phản hồi chính sách, đăng tải rộng rãi các phản hồi của cơ quan soạn thảo chính sách về các ý kiến góp ý cho các bên liên quan.

10.2.4. Tiếp tục đẩy mạnh cải cách thủ tục hành chính trong lĩnh vực y tế

- *Tiếp tục rà soát các văn bản quy phạm pháp luật trong lĩnh vực y tế và các quy định, quy trình, quy chế có tính chất pháp quy để đơn giản hóa hoặc loại bỏ các thủ tục không còn phù hợp, không cần thiết.*
- *Đơn giản hóa thủ tục, quy trình KCB, đẩy mạnh ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý các thủ tục hành chính trong các cơ sở y tế, nhất là các cơ sở khám, chữa bệnh để giảm phiền hà, tạo thuận lợi cho người dân trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế.*
- *Tăng cường công tác thông tin, truyền thông và phát huy sự giám sát của Mặt trận tổ quốc các cấp, các tổ chức chính trị, chính trị xã hội, nghề nghiệp, người dân, doanh nghiệp và báo chí đối với cải cách thủ tục hành chính trong lĩnh vực y tế.*

Chương VI. Khuyến nghị về tăng cường mạng lưới YTCS

Dựa trên đánh giá thực trạng và phân tích mô hình cung ứng dịch vụ lấy CSSKBĐ làm nền tảng, các khuyến nghị tăng cường mạng lưới YTCS để đẩy mạnh CSSKBĐ bao gồm các mục tiêu và các giải pháp đổi mới cung ứng dịch vụ và tăng cường mạng lưới YTCS.

1. Mục tiêu

1.1. Mục tiêu chung

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

1.2. Mục tiêu cụ thể

1. Tăng cường các nguồn lực cho mạng lưới YTCS thông qua nâng cao năng lực, động lực của nhân lực y tế một cách phù hợp, tăng nguồn lực tài chính, khả năng sẵn có về thuốc, TTB và điều kiện cơ sở vật chất cần thiết.

2. Nâng cao năng lực và hiệu quả hoạt động của mạng lưới YTCS thông qua điều chỉnh chức năng, nhiệm vụ, tổ chức và cơ chế hoạt động của TYT xã, TTYT huyện/bệnh viện huyện; đổi mới cơ chế tài chính và các biện pháp thúc đẩy sự phối hợp giữa các cơ sở và các tuyến y tế, bảo đảm thực hiện cung ứng dịch vụ CSSK toàn diện, liên tục và lồng ghép.

3. Nâng cao năng lực lãnh đạo, quản trị hoạt động của mạng lưới YTCS, tăng cường hệ thống thông tin quản lý, đổi mới công tác lập kế hoạch, theo dõi, giám sát, đánh giá gắn với kết quả hoạt động của mạng lưới YTCS.

2. Các giải pháp

2.1. Lãnh đạo, quản lý

- *Nâng cao nhận thức về sự cần thiết đổi mới, tăng cường mạng lưới YTCS:* nâng cao nhận thức và trách nhiệm của các cấp ủy đảng, chính quyền các cấp về vai trò và tầm quan trọng của mạng lưới YTCS - ***nền tảng của hệ thống y tế quốc gia***. Xác định việc tăng cường mạng lưới YTCS để thực hiện mô hình cung ứng dịch vụ lấy con người là trung tâm, CSSKBĐ làm nền tảng là nhiệm vụ trọng tâm hàng đầu của ngành y tế, cần được thực hiện liên tục, bền vững theo một tầm nhìn dài hạn, dựa vào cơ sở lý luận vững chắc, xuất phát từ thực tiễn và những điều kiện hiện có ở từng địa phương.
- *Xây dựng và ban hành các chính sách, kế hoạch về tăng cường mạng lưới YTCS:* Bộ Y tế trình Chính phủ *Kế hoạch tổng thể tăng cường mạng lưới YTCS để đẩy mạnh CSSKBĐ, hướng tới bao phủ CSSK toàn dân*. Bộ Y tế kiến nghị đưa các mục tiêu, chỉ tiêu, nhiệm vụ cụ thể về tăng cường mạng lưới YTCS vào nghị quyết của Đảng, chiến lược, chính

sách và kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội của cả nước, từng địa phương, 5 năm và hằng năm.

- *Thực hiện tốt các chính sách về tăng cường mạng lưới YTCS đã được ban hành:* Tổ chức thực hiện tốt và tiếp tục hoàn thiện các chính sách, văn bản hiện có liên quan đến tổ chức và hoạt động của mạng lưới YTCS, như: Bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã đến 2020; Thông tư số 43/2013/TT-BYT của BYT quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; Thông tư số 40/2015/TT-BYT của BYT hướng dẫn đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu và chuyên tuyến khám, chữa bệnh BHYT; các dự án liên quan đến tăng cường mạng lưới YTCS, v.v.
- *Rà soát và điều chỉnh các chính sách công có tác động lớn tới mạng lưới YTCS,* nhất là chính sách tự chủ tài chính; quy định về phối hợp liên ngành trong xây dựng và triển khai chính sách y tế.
- *Xây dựng và thực hiện cơ chế, giải pháp phối hợp, lồng ghép* giữa các đơn vị y tế, các tuyến y tế, các chương trình y tế và giữa lĩnh vực điều trị và dự phòng. Quy định mối quan hệ và trách nhiệm chỉ đạo chuyên môn của bệnh viện, TTYT huyện đối với các TYT xã.
- *Phát huy vai trò của y tế tư nhân:* xây dựng và thực hiện các chính sách, cơ chế phát huy vai trò và bảo đảm chất lượng của y tế tư nhân, phối hợp y tế công và tư trong cung ứng dịch vụ CSSKBD.
- *Tiếp tục củng cố Ban chỉ đạo CSSK* các cấp tại địa phương, tăng cường vai trò, nghĩa vụ, trách nhiệm và có sự phân công nhiệm vụ cụ thể cho các ban, ngành đoàn thể, các tổ chức xã hội, cộng đồng và người dân.
- *Xây dựng và chuẩn hóa hệ thống thông tin y tế* cũng như xây dựng quy định về kết nối thông tin giữa cơ sở y tế các tuyến nhằm thực hiện cung ứng dịch vụ y tế lồng ghép và liên tục, phục vụ cho quản lý hoạt động của mạng lưới YTCS. Xác định nhiệm vụ của TYT xã và TTYT huyện/BV huyện trong việc thu thập và xử lý thông tin, nhằm phát hiện nhu cầu CSSK nhân dân ở địa phương. Đổi mới công tác thống kê y tế, ứng dụng công nghệ thông tin của TTYT huyện và các TYT xã trong quản lý sức khỏe và trong việc xác định nhu cầu và xây dựng kế hoạch CSSK tại cộng đồng, tiến tới kết nối thông tin giữa các tuyến.
- *Xây dựng và ban hành các quy định liên quan đến việc thực hiện chức năng giải trình* để bảo đảm tính công khai minh bạch trong quản lý cung ứng dịch vụ y tế. Có cơ chế giám sát thường xuyên, định kỳ hoạt động của mạng lưới YTCS. Dựa vào Bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã để xây dựng, hoàn thiện các chỉ báo hỗ trợ cho việc tăng cường giám sát, đánh giá quá trình thực hiện.

2.2. Đổi mới tổ chức và cơ chế hoạt động của mạng lưới YTCS

- *Điều chỉnh lại chức năng, nhiệm vụ* của YTCS để hoạt động như một thể thống nhất, một trung tâm (hub) kết nối với các cơ sở y tế chuyên khoa tuyến trên, phù hợp với mô hình CSSK liên tục, lồng ghép, lấy CSSKBD làm nền tảng trong bối cảnh chuyển đổi dịch tễ học và thay đổi mô hình bệnh tật, tình trạng già hóa dân số, công nghiệp hóa, đô thị hóa, toàn cầu hóa và biến đổi khí hậu.

- *Xác định phạm vi cung ứng dịch vụ của mạng lưới YTCS, trong đó có xem xét đến tính đặc thù phù hợp với các vùng miền khác nhau.*
- *Quy hoạch mạng lưới YTCS theo từng vùng, miền cho phù hợp với sự thay đổi về chức năng nhiệm vụ. Hoàn thiện và thực hiện mô hình TTYT huyện thực hiện 2 chức năng YTDP và KCB. Duy trì và củng cố mô hình phòng khám đa khoa khu vực ở vùng miền núi, vùng sâu, vùng xa. Đa dạng hóa các hình thức cung ứng dịch vụ y tế để thực hiện chăm sóc chủ động: cung ứng dịch vụ y tế tại cơ sở y tế huyện, xã; tổ chức cung ứng dịch vụ y tế lưu động, vận chuyển bệnh nhân tới cơ sở y tế có chuyên môn phù hợp...*
- *Nhân rộng mô hình TYT quân dân y, phòng khám quân dân y ở khu vực biên giới, hải đảo, vùng sâu, vùng xa. Củng cố và phát triển và hướng dẫn hoạt động của y tế trường học, y tế cơ quan, xí nghiệp... theo hướng tăng cường CSSKBĐ.*
- *Tiếp tục củng cố, mở rộng đội ngũ nhân viên y tế thôn bản, phát triển cô đỡ thôn bản ở các vùng dân tộc thiểu số, vùng còn khó khăn.*
- *Phát triển mô hình phòng khám bác sĩ gia đình ở những nơi có điều kiện. Lồng ghép mô hình bác sĩ gia đình và cách tiếp cận của y học gia đình vào các hoạt động CSSKBĐ của mạng lưới y tế cơ sở.*

2.3. Đổi mới cung ứng dịch vụ của mạng lưới YTCS

- *Đổi mới hình thức cung ứng DVYT: tăng cường quản lý sức khỏe, chăm sóc giảm nhẹ và phục hồi chức năng tại nhà, tại cộng đồng, đặc biệt đối với các BKLN. Thực hiện chủ trương “Phòng bệnh hơn chữa bệnh”, tăng cường công tác TTGDSK để thay đổi hành vi của người dân, từ thụ động sang chủ động trong chăm sóc, bảo vệ sức khỏe cho bản thân và cho cộng đồng. Áp dụng mô hình quản lý sức khỏe hộ gia đình.*
- *Mở rộng phạm vi cung ứng dịch vụ tại tuyến huyện, xã và bảo đảm CSSK thường xuyên, liên tục, toàn diện, gắn phòng bệnh, nâng cao sức khỏe với KCB, phục hồi chức năng, kết hợp y dược học hiện đại với y dược học cổ truyền. Cung ứng các dịch vụ lồng ghép, phối hợp đối với cả 3 nhóm bệnh (bệnh lây nhiễm, không lây nhiễm và tai nạn thương tích). Tạo điều kiện để mở rộng các hình thức CSSK dựa vào cộng đồng ở tuyến cơ sở.*
- *Nâng cao năng lực trong khám, phát hiện, sàng lọc, chuyển người bệnh lên tuyến trên linh hoạt, hiệu quả, và tiếp nhận, theo dõi, điều trị người bệnh từ tuyến trên chuyển về, đặc biệt là đối với các bệnh KLN.*

2.4. Phát triển nhân lực phù hợp với yêu cầu hoạt động của mạng lưới YTCS

- *Rà soát, xác định nhu cầu nhân lực về số lượng, trình độ chuyên môn và cơ cấu của mạng lưới YTCS để xây dựng và triển khai kế hoạch đáp ứng nhu cầu nhân lực cho mạng lưới YTCS phù hợp với mô hình cung ứng dịch vụ y tế lấy CSSKBĐ làm nền tảng, đáp ứng sự thay đổi về nhu cầu CSSK do sự biến đổi dịch tễ học.*
- *Đa dạng hóa các loại hình đào tạo nhân lực y tế làm công tác CSSKBĐ, đặc biệt ở khu vực khó khăn, ưu tiên người địa phương. Tăng cường đào tạo chuyên ngành; đào tạo y học gia đình; điều dưỡng thực hành, cô đỡ thôn bản ở vùng dân tộc thiểu số, ưu tiên người địa phương, người dân tộc thiểu số. Tiếp tục thực hiện chính sách đào tạo cử tuyển, đào tạo liên thông để tăng cường nhân lực cho vùng khó khăn.*

- *Đổi mới chương trình và nội dung đào tạo* cho đội ngũ nhân lực y tế làm công tác CSSKBĐ theo cách tiếp cận dựa trên năng lực và nhóm làm việc để đáp ứng sự thay đổi về nhu cầu CSSK, thay đổi mô hình bệnh tật trong đó BKLN chiếm đa số và vấn đề già hóa dân số; chú trọng mô hình đào tạo y học gia đình cho đội ngũ làm công tác CSSKBĐ ở tuyến xã.
- *Thực hiện đào tạo liên tục*, đào tạo qua thực hành, hướng dẫn chuyên môn, chuyển giao kỹ thuật của các cơ sở y tế tuyến trên cho mạng lưới YTCS, để đáp ứng nhu cầu CSSK tại mạng lưới YTCS hiện nay. Cung cấp các cầm nang chuyên môn cho cán bộ, nhân viên y tế xã và thôn bản. Chú trọng thực hiện chương trình đào tạo cho cán bộ, nhân viên y tế trước khi về làm việc tại mạng lưới YTCS.
- *Thực hiện các giải pháp tăng cường nhân lực cho mạng lưới YTCS*: thực hiện nghiêm quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh về 18 tháng thực hành tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trước khi được cấp chứng chỉ hành nghề, đặc biệt là đối với các cán bộ y tế mới tốt nghiệp. Cần thực hiện quy định trách nhiệm xã hội đối với những cán bộ y tế mới tốt nghiệp sau 18 tháng thực hành về làm việc theo nghĩa vụ tại mạng lưới YTCS. Tiếp tục thực hiện chế độ luân phiên có thời hạn, TTYT/BV huyện luân phiên viên chức y tế về TYT xã và ngược lại.
- *Triển khai hiệu quả các chính sách thu hút và duy trì nguồn nhân lực y tế* cho mạng lưới YTCS. Bổ sung, hoàn thiện và nâng cao chính sách đãi ngộ đặc biệt cho cán bộ y tế công tác tại vùng núi, vùng sâu, vùng xa, vùng khó khăn, vùng đồng bào dân tộc thiểu số. Tôn vinh những cán bộ, nhân viên y tế có thành tích công tác tại mạng lưới YTCS.

2.5. Tăng cường đầu tư và đổi mới cơ chế tài chính cho mạng lưới YTCS

- *Tài chính công* (NSNN, BHYT, ODA) *phải là nguồn tài chính chủ yếu* cho mạng lưới YTCS. Nhà nước (trung ương và địa phương) có trách nhiệm bảo đảm đầu tư về CSVC, TTB, nhân lực, thuốc thiết yếu, kinh phí chi thường xuyên cho mạng lưới YTCS để tạo bước đột phá trong việc cung cấp các dịch vụ CSSKBĐ có chất lượng. Huy động sự hỗ trợ tài chính, kỹ thuật của các tổ chức, cá nhân trong, ngoài nước. Tăng tỷ trọng phân bổ ngân sách một cách phù hợp cho y tế tuyến huyện, xã.
- *Đổi mới cơ chế tài chính theo hướng tạo động lực* cho cán bộ, nhân viên y tế để thực hiện CSSKBĐ; đồng thời bảo vệ tài chính cho người sử dụng dịch vụ tại mạng lưới YTCS, nhất là các đối tượng dễ bị tổn thương; và đặc biệt là góp phần nâng cao chất lượng, hiệu quả hoạt động và ứng xử có trách nhiệm của hệ thống y tế.
- *Đẩy nhanh lộ trình BHYT toàn dân*, hỗ trợ người cận nghèo, người làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp, diêm nghiệp tham gia BHYT.
- *Đổi mới phương thức phân bổ NSNN* cho mạng lưới YTCS theo hướng dựa trên kết quả hoạt động và kết quả đầu ra. *Đổi mới phương thức chi trả BHYT* theo định suất để nâng cao hiệu quả sử dụng quỹ BHYT tại mạng lưới YTCS và khuyến khích cung ứng các dịch vụ CSSKBĐ.
- Mở rộng hình thức nhà nước đặt hàng và kết hợp công tư trong cung cấp các dịch vụ YTCC. Cần có các chính sách khuyến khích và tăng cường sự gắn kết của y tế tư nhân trong cung ứng các dịch vụ CSSKBĐ.

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

- Chú trọng thực hiện công tác truyền thông, phổ biến kiến thức về bệnh tật và các yếu tố nguy cơ để hỗ trợ các cá nhân và cộng đồng tự biết cách chăm sóc và kiểm soát sức khỏe của chính mình cũng như có lựa chọn đúng trong sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
- Tăng cường hoạt động truyền thông định hướng cộng đồng nhằm cung cấp thông tin về những đổi mới trong cung ứng dịch vụ y tế để từng bước tạo niềm tin cho người dân đối với ngành y tế nói chung và đối với việc nâng cao chất lượng dịch vụ y tế ở tuyến y tế cơ sở.

PHỤ LỤC. CÁC CHỈ SỐ THEO DÕI, GIÁM SÁT

Các chỉ số giám sát	Đơn vị	Phân tổ	Năm						Loại chỉ số	Nguồn thông tin	
			2010	2011	2012	2013	2014	2015 (KH)			
Các chỉ số đầu vào và quá trình											
Tài chính y tế, nhân lực và cơ sở hạ tầng											
Tổng chi cho y tế so với GDP	%	Toàn quốc	6,36	6,20	5,97	n/a	n/a	..		BỘ Y TẾ - TKYTQG	
Tỷ lệ chi tiêu công cho y tế trong tổng chi y tế	%	Toàn quốc	46,55	45,23	42,56	n/a	n/a	(≥50%)		BỘ Y TẾ - TKYTQG	
Tổng chi y tế bình quân đầu người hằng năm (giá hiện hành)	1000 VND	Toàn quốc	1579	1963	2184	n/a	n/a	..		BỘ Y TẾ - TKYTQG	
		Toàn quốc			936,0	n/a	n/a			TCTK-VHLSS	
		ĐBSH	890,4		1162,8	n/a	n/a	..			
		TDMNPB	454,8		684,0	n/a	n/a	..			
		BTBDHMT	642,0		808,8	n/a	n/a	..			
		Tây Nguyên	656,4		789,6	n/a	n/a	..			
Tỷ lệ chi trực tiếp từ tiền túi của hộ gia đình cho chăm sóc y tế trong tổng chi tiêu y tế	%	Đông Nam Bộ	939,6		981,6	n/a	n/a	..			
		ĐBSCL	741,6		1003,2	n/a	n/a	..			
		Toàn quốc								BỘ Y TẾ - TKYTQG	
Số bác sĩ trên 10 000 dân	Trên 10 000 dân	Toàn quốc	7,2	7,33	7,46	7,61	7,8*	8,0 (8,0)	Kế hoạch 5 năm	BỘ Y TẾ - NGTKYT	
Số được sĩ đại học trên 10000 dân	Trên 10 000 dân	Toàn quốc	1,8	1,9	1,96	2,12	2,15	2,2 (1,8)	Kế hoạch 5 năm	BỘ Y TẾ - NGTKYT	

Báo cáo chung tổng quan ngành y tế (JAHR) năm 2015

Các chỉ số giám sát	Đơn vị	Phân tổ	Năm						Loại chỉ số	Nguồn thông tin
			2010	2011	2012	2013	2014	2015 (KH)		
Số giường bệnh nội trú trên 10 000 dân (không bao gồm TYT xã)	Trên 10 000 dân	Công lập	21,7	22,5	23,5	24,2	23	(23)	Kế hoạch 5 năm	BỘ Y TẾ - NGTKYT
		Tư nhân	..	..	1,1	1,1	1,0	..	..	MSA
Tỷ lệ TYT xã/phường có bác sĩ	%	Toàn quốc	70,0	71,9	73,5	75	78,0*	78 (80)	Kế hoạch 5 năm	BỘ Y TẾ - NGTKYT
		ĐBSH	75,7	77,5	78,7	82,5	n/a	..	..	
		TDMNPB	61,9	63,5	66,4	67,3	n/a	..	..	
		BTBDHMT	66,2	66,0	68,8	69,0	n/a	..	..	
		Tây Nguyên	57,8	66,5	69,7	75,7	n/a	..	..	
		Đông Nam Bộ	80,5	85,0	83,4	69,0	n/a	..	..	
		ĐBSCL	80,7	82,2	87,2	75,7	n/a	..	..	
Tỷ lệ TYT xã/phường có hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi	%	Toàn quốc	95,6	95,3	96,4	96,0	98,0*	96 (>95)	Kế hoạch 5 năm	BỘ Y TẾ - NGTKYT
		ĐBSH	92,5	95,3	92,2	93,3	n/a	..	..	
		TDMNPB	95,3	89,7	95,1	91,3	n/a	..	..	
		BTBDHMT	96,6	90,5	94,5	96,1	n/a	..	..	
		Tây Nguyên	96,7	99,2	97,0	99,6	n/a	..	..	
		Đông Nam Bộ	97,5	100,0	99,1	99,2	n/a	..	..	
		ĐBSCL	97,3	99,1	96,7	100,0	n/a	..	..	

Các chỉ số giám sát	Đơn vị	Phân tổ	Năm					Loại chỉ số	Nguồn thông tin
			2010	2011	2012	2013	2014	2015 (KH)	
Tỷ lệ thôn, bản có nhân viên y tế thôn bản hoạt động (nông thôn)	%	Toàn quốc	97,5	96,9	96,6	91,5	n/a	95,9 (90)	BỘ Y TẾ - NGTKYT
		ĐBSH	98,4	97,9	98	96,1	n/a	..	
		TDMNPB	97,8	96,2	96,3	94,0	n/a	..	
		BTBDHMT	98,2	98	97,9	88,9	n/a	..	
		Tây Nguyên	97,2	98	98,1	92,1	n/a	..	
		Đông Nam Bộ	99,9	99,9	96,6	100,0	n/a	..	
Tỷ lệ xã đạt Tiêu chí quốc gia về y tế (Tiêu chí mới áp dụng từ năm 2011 nhưng số liệu năm 2011 – 2012 lần lượt tiêu chí cũ và mới)	%	ĐBSCL	92,4	92,5	90,8	81,9	n/a	..	
		Toàn quốc	80,1 (2001 – 2010)	76,8	73,4	42 (50)	55*	60 (60) (2011 – 2020)	BỘ Y TẾ - NGTKYT
		ĐBSH	91,1	89,6	90,3	36,6	n/a	..	
		TDMNPB	74,3	61,9	53	29,2	n/a	..	
		BTBDHMT	73,8	72,5	68,5	36,8	n/a	..	
		Tây Nguyên	64,7	61,1	61,9	37,2	n/a	..	
Số cơ sở bán lẻ thuốc trên 10 000 dân	Trên 10 000 dân	Đông Nam Bộ	87,5	90,2	90,7	66,9	n/a	..	
		ĐBSCL	86,5	88,6	87,1	43,1	n/a	..	
		Toàn quốc	5,0	4,6	4,4	4,5	4,7		Cục Quản lý Dược (NGTKYT)
Chỉ số đầu ra									
Tiếp cận dịch vụ y tế, dịch vụ an toàn và bảo đảm chất lượng									
Số lượt khám bệnh trên 10 000 dân	Trên 10 000 dân	Toàn quốc	3980	3988		4555		..	BỘ Y TẾ - NGTKYT
Số lượt người bệnh điều trị nội trú trên 10 000 dân	Trên 10 000 dân	Toàn quốc	1370	1374		1488		..	BỘ Y TẾ - NGTKYT

Các chỉ số giám sát	Đơn vị	Phân tổ	Năm					Loại chỉ số	Nguồn thông tin
			2010	2011	2012	2013	2014	2015 (KH)	
Số ngày điều trị trung bình của 1 đợt điều trị nội trú	Số ngày	Toàn quốc	7,35	6,83	6,89	6,92		..	BỘ Y TẾ - NGTKYT
		Trung ương	10,3	9,41	9,51	9,51		..	
		Ngành	11	6,55	8,53	8,53		..	
		Tỉnh và huyện	7,1	6,61	6,57	6,60		..	
Tỷ lệ dân số KCB trong 12 tháng qua	%	Toàn quốc	40,9		39,2		n/a		TCTK - Điều tra mức sống dân cư
Các chỉ số đầu ra									
Độ bao phủ, tác động của can thiệp, các yếu tố và hành vi nguy cơ									
Tỷ lệ phụ nữ đẻ được khám thai ít nhất 3 lần, mỗi kỳ một lần	%	Toàn quốc	79,2	86,7	89,4	84,5	n/a	>90 hoặc (80 hoặc 87*)	BỘ Y TẾ - CTMTQG, KH hành động quốc gia*
Tỷ lệ phụ nữ có thai được tiêm phòng đủ mũi vắc xin uốn ván	%	Toàn quốc	93,5	94,6	95,5	95,7	82,2 (MICS)	...	BỘ Y TẾ - CTMTQG
Tỷ lệ trẻ em dưới 1 tuổi được tiêm chủng đầy đủ (7 loại vắc xin năm 2010 và 8 loại vắc xin từ 2011 – 2013)	%	Toàn quốc	94,6	96,0	95,9	91,4	>90*	>90 (>90 cho 8 vaccines)	BỘ Y TẾ - CTMTQG
		ĐBSH	98,6	98,2	97,7	94,0	n/a	>95	
		TDMNPB	94,5	94,5	95,5	90,6	n/a	>90	
		BTBDHMT	97,3	95	97,1	90,9	n/a	>95	
		Tây Nguyên	93,8	95,4	96,5	81,8	n/a	>90	
		Đồng Nam Bộ	94,1	96,8	93,3	93,0	n/a	>90	
		ĐBSCL	88,1	94,8	95	91,6	n/a	>90	

Các chỉ số giám sát	Đơn vị	Phân tổ	Năm						Loại chỉ số	Nguồn thông tin	
			2010	2011	2012	2013	2014	2015 (KH)			
Tỷ lệ phụ nữ đẻ được cán bộ y tế đỡ	%	Toàn quốc	97,1	97,2	97,9	97,8	98	98 (96 hoặc 98*)	MDG, CTMTQG, Kế hoạch hành động quốc gia *	BỘ Y TẾ - CTMTQG	
Tỷ lệ bà mẹ và trẻ sơ sinh được chăm sóc sau sinh	%	Toàn quốc	87,8	87,2	87,3	87,9	91,2	(85)	CTMTQG	BỘ Y TẾ - CTMTQG	
Tỷ lệ bao phủ BHYT	%	Toàn quốc	60,3	65,0	66,4	68,5	71,0*	75,3 (70)		BỘ Y TẾ	
Tỷ lệ bệnh nhân nội và ngoại trú có thể BHYT hoặc được miễn phí	%	Toàn quốc	66,7	..	72,1		n/a	..		TCTK - Điều tra mức sống hộ gia đình	
		Nhóm nghèo	74,1	..	81,5		n/a				
		Cận nghèo	61,2	..	67,7		n/a				
		Trung bình	60,4	..	66,6		n/a				
		Khá	66,6	..	69,4		n/a				
		Nhóm giàu nhất	70,9	..	75,3		n/a				
Tỷ lệ sử dụng BPTT ở phụ nữ 15 – 49 tuổi	%	Toàn quốc	78	78,2	76,2	77,2	75,7	70,1	CTMTQG	TCTK- Điều tra biến động DS-KHHGĐ, MICS 2014	
Các chỉ số tác động											
Tình trạng sức khỏe											
Tuổi thọ trung bình	Tuổi	Toàn quốc	72,9	73,0	73,0	73,1	73,2	73,3 (74)	Kế hoạch 5 năm	TCTK, Tổng điều tra dân số và Điều tra biến động DS-KHHGĐ	
		Nam	70,3	70,4	70,4	70,5	70,6	..			
		Nữ	75,7	75,8	75,8	75,9	76,0	..			
Mức giảm tỷ lệ sinh hằng năm	‰	Toàn quốc	Giảm 0,5	Giảm 0,5	Tăng 0,3	Tăng 0,1	Tăng 0,2	Giảm 1,0 (Giảm 0,1)	Kế hoạch 5 năm	TCTK, Điều tra biến động DS-KHHGĐ	

Báo cáo chung tổng quan ngành y tế (JAHR) năm 2015

Các chỉ số giám sát	Đơn vị	Phân tổ	Năm					Loại chỉ số	Nguồn thông tin
			2010	2011	2012	2013	2014	2015 (KH)	
Tổng tỷ suất sinh (TFR): Số con bình quân một phụ nữ tuổi sinh đẻ dựa trên tỷ suất sinh đặc trưng theo tuổi	Số con	Toàn quốc	2,00	1,99	2,05	2,10	2,09	2,1 (1,9)	TCTK, Tổng điều tra dân số và Điều tra biến động DS-KHHGĐ
		ĐBSH	2,04	2,06	2,11	2,11	2,30	..	
		TDMNPB	2,22	2,21	2,31	2,18	2,56	..	
		BTBDHMT	2,21	2,21	2,32	2,37	2,31	..	
		Tây Nguyên	2,63	2,58	2,43	2,49	2,30	..	
		Đông Nam Bộ	1,68	1,59	1,57	1,83	1,56	..	
Tỷ số tử vong mẹ (MMR)	Trên 100 000 trẻ đẻ sống	ĐBSCL	1,80	1,80	1,92	1,92	1,84	..	
		Toàn quốc	..	..	..	..	..	58,3 (58,3)	MDG, Kế hoạch 5 năm
Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi (IMR)	Trên 1000 trẻ đẻ sống	Toàn quốc	15,8	15,5	15,4	15,3	14,9	14,7 (14,8)	MDG, Kế hoạch 5 năm
		ĐBSH	12,3	12,5	12,3	12,2	11,8	..	
		TDMNPB	24,3	23	23,5	23,2	22,4	..	
		BTBDHMT	17,1	17,1	17,1	17,0	16,6	..	
		Tây Nguyên	26,8	24,3	26,4	26,1	25,9	..	
		Đông Nam Bộ	9,6	9,3	9,2	9,1	8,8	..	
Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi (U5MR)	Trên 1000 trẻ đẻ sống	ĐBSCL	12,6	12,2	12	12,0	11,6	..	
		Toàn quốc	23,8	23,3	23,2	23,1	22,4	22,1 (19,3)	MDG, Kế hoạch 5 năm
Tỷ lệ phát hiện bệnh lao (các thể)	Trên 100 000 dân	Toàn quốc	113,9	114	117	113,9	n/a		TCTK - SPCFP
									BỘ Y TẾ - NGTKYT

Các chỉ số giám sát	Đơn vị	Phân tổ	Năm						Loại chỉ số	Nguồn thông tin
			2010	2011	2012	2013	2014	2015 (KH)		
Tỷ lệ phát hiện lao phổi (AFB+)	Trên 100 000 dân	Toàn quốc	52,7 (60,0)	57,7	57,5			..		BỘ Y TẾ - CTMTQG (NGTKYT 2011)
Tỷ lệ điều trị khỏi lao phổi AFB+ mới (DOTS)	Trên 100 000 dân	Toàn quốc	90,5	90,8	91,1		90,5	..		BỘ Y TẾ - CTMTQG
Tỷ lệ người hút thuốc lá (trên 18 tuổi)	%	Toàn quốc	47,4	..	..	..	..	..		BỘ Y TẾ
Tỷ lệ hộ gia đình nông thôn có nhà tiêu hợp vệ sinh	%	Toàn quốc		55	57	60	63	(68,5%)	CTMTQG	CTMTQG
Tỷ lệ hộ gia đình nông thôn sử dụng nguồn nước hợp vệ sinh	%	Toàn quốc		79,7	80,5	82,5	84,5	(78,5%)	CTMTQG	CTMTQG
Tỷ lệ hộ gia đình nông thôn sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh	%	Toàn quốc	51,4	71,4 (63)		67	(74)	(65)	MDG	BỘ Y TẾ - CTMTQG (JMP)
Tỷ lệ hộ gia đình nông thôn sử dụng nước uống hợp vệ sinh	%	Toàn quốc	75	89,4 (90)		94	(89)	(85)	MDG	BỘ Y TẾ - CTMTQG (JMP)
Tỷ lệ các cơ sở y tế xử lý chất thải rắn y tế theo quy định	%	Toàn quốc	..	..			..	(80)	Kế hoạch 5 năm	BỘ Y TẾ
Tỷ lệ phụ nữ 15 – 49 tuổi có nhu cầu KHHGĐ chưa được đáp ứng	%	Toàn quốc	..	4,3	..	..	6,1		MDG	TCTK - MICS

Báo cáo chung tổng quan ngành y tế (JAHR) năm 2015

Các chỉ số giám sát	Đơn vị	Phân tổ	Năm						Loại chỉ số	Nguồn thông tin
			2010	2011	2012	2013	2014	2015 (KH)		
Tỷ lệ mới mắc sốt xuất huyết trong năm	Trên 100 000 dân	Toàn quốc	146,69	78,08	96,98	74,78	31,7	88,8		BỘ Y TẾ - CTMTQG
Tỷ lệ mới mắc sốt rét trong năm	Trên 100 000 dân	Toàn quốc	62	51,6	49	39	27	(<15 vào 2020)		BỘ Y TẾ - CTMTQG
Tỷ lệ hiện mắc phong	Trên 100 000 dân	Toàn quốc	0,04	0,04	0,03	..	n/a	(0,2)		BỘ Y TẾ - CTMTQG
Tỷ lệ phát hiện mắc phong mới trong năm	Trên 100 000 dân	Toàn quốc	0,41	0,43	0,34	0,29	n/a	(0,3)		BỘ Y TẾ - CTMTQG
Tỷ lệ tăng dân số	%	Toàn quốc	1,07	1,05	1,08	1,07	1,08	1,07 (0,93)		TCTK - Niên giám thống kê
Dân số	Triệu người	Toàn quốc	86,9	87,86	88,81	89,76	90,73	91,7 (<93,0)		TCTK - Tổng điều tra dân số và Điều tra biến động DS-KHHGĐ
		ĐBSH	19,9	20,1	20,3	20,5	20,7	..		
		TDMNPB	11,2	11,3	11,4	11,5	11,7	..		
		BTBDHMT	19,0	19,1	19,2	19,4	19,5	..		
		Tây Nguyên	5,2	5,3	5,4	5,4	5,5	..		
		Đông Nam Bộ	14,5	14,8	15,1	15,5	15,8	..		
		ĐBSCL	17,3	17,3	17,4	17,4	17,5	..		
		Thành thị	26,5	27,8	28,6	28,9	30,0	..		
Tỷ lệ phát hiện nhiễm HIV	Trên 100 000 dân	Toàn quốc	15,9	16,1	15,9	12,9	..	..		BỘ Y TẾ - CTMTQG
Tỷ lệ hiện nhiễm HIV/AIDS	Trên 100 000 dân	Toàn quốc	211,3	224,4	237,5	242,2	246,9	252,2 (<300,0)		BỘ Y TẾ - CTMTQG

Các chỉ số giám sát	Đơn vị	Phân tổ	Năm					Loại chỉ số	Nguồn thông tin
			2010	2011	2012	2013	2014	2015 (KH)	
Ngộ độc thực phẩm	Số ca mắc	Toàn quốc	5397	4700	5541	5558	5203	4273	BỘ Y TẾ - CTMTQG
	Số vụ	Toàn quốc	173	148	168	167	194	140	
	Số tử vong	Toàn quốc	49	27	34	28	43	20	
Tỷ lệ SDD thể nhẹ cân ở trẻ dưới 5 tuổi	%	Toàn quốc	17,5	16,8	16,2	15,3	14,5	14,1 (15)	Viện Dinh dưỡng quốc gia
		ĐBSH	14,6	14,2	11,8	10,9	10,2	..	
		TDMNPB	22,1	21,2	20,9	19,5	19,8	..	
		BTBDHMT	19,8	17,8	19,5	16,5	17,0	..	
		Tây Nguyên	24,7	23,8	25	21,8	22,6	..	
		Đông Nam Bộ	10,7	11,3	11,3	8,0	8,4	..	
		ĐBSCL	16,8	15,4	14,8	13,8	13,0	..	
Tỷ lệ SDD thể thấp còi ở trẻ dưới 5 tuổi	%	Toàn quốc	29,3	27,5	26,7	25,9	24,9	24,2 (26)	Viện Dinh dưỡng Quốc gia
		ĐBSH	25,5	24,8	21,9	20,8	20,3	..	
		TDMNPB	33,7	32,4	31,9	30,6	30,7	..	
		BTBDHMT	31,4	29,7	31,2	27,7	28,1	..	
		Tây Nguyên	35,2	35	36,8	32,9	34,9	..	
		Đông Nam Bộ	19,2	21,5	20,7	16,5	18,3	..	
		ĐBSCL	28,2	26,8	26	24,5	24,0	..	

Báo cáo chung tổng quan ngành y tế (JAHR) năm 2015

Các chỉ số giám sát	Đơn vị	Phân tổ	Năm						Loại chỉ số	Nguồn thông tin
			2010	2011	2012	2013	2014	2015 (KH)		
Tỷ số giới tính khi sinh	Số trẻ trai/100 trẻ gái	Toàn quốc	111,2	111,9	112,3	113,8	112,2	112,8 (≤113)	TCTK – Niên giám thống kê	
		ĐBSH	116,2	122,4	120,9	124,6	118,0	..		
		TDMNPB	109,9	110,4	108,2	112,4	116,1	..		
		BTBDHMT	114,3	103,3	112,1	112,3	105,5	..		
		Tây Nguyên	108,2	104,3	98,4	114,1	108,0	..		
		Đông Nam Bộ	105,9	108,8	111,9	114,2	108,9	..		
ĐBSCL			108,3	114,9	111,5	103,8	114,1	..		
Bảo vệ tài chính										
Tỷ lệ hộ gia đình chịu chi phí thăm hoạ (chi tiêu tiền túi vượt quá 40% khả năng chi trả)	%	Toàn quốc	3,3		2,5		2,3	..		Trường Đại học Y Hà Nội và Tổ chức Y tế thế giới, phân tích số liệu Điều tra mức sống dân cư

Ghi chú: ĐBSH (Đồng bằng sông Hồng); TDMNPB (Trung du và Miền núi phía Bắc); BTBDHMT (Bắc Trung Bộ và Duyên hải Miền Trung); ĐBSCL (Đồng bằng sông Cửu Long).

Tài liệu tham khảo

1. Thủ tướng Chính phủ. Tình hình kinh tế-xã hội năm 2015 và 5 năm 2011 – 2015; phương hướng, nhiệm vụ 5 năm 2016 – 2020 và năm 2016. Hà Nội, Việt Nam: 2015.
2. Tổng cục Thống kê. Tình hình kinh tế xã hội năm 2015. <https://www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=621&ItemID=15507>. Hà Nội, Việt Nam: GSO, 2016.
3. Bộ Ngoại giao. Báo cáo tình hình kinh tế thế giới và đánh giá quốc tế về kinh tế Việt Nam. Hà Nội, Việt Nam: 2015.
4. Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội. Báo cáo kết quả thực hiện Chương trình Mục tiêu quốc gia giảm nghèo 2011 – 2015. Hà Nội, Việt Nam: MOLISA, 2015.
5. Tô Minh Dũng. Toàn cầu hóa với hội nhập kinh tế quốc tế. <http://tpc.danang.gov.vn/vn/Ban-tin-Cong-Thuong-Quy-I-nam-2015/Toan-cau-hoa-voi-hoi-nhap-kinh-te-quoc-te-nd1006.html>. 2015.
6. Bộ Kế hoạch Đầu tư. Báo cáo sơ kết tình hình thực hiện Nghị quyết 13-NQ/TU' về đầu tư kết cấu hạ tầng. Hà Nội, Việt Nam: MPI, 2015.
7. Kỳ Duyên. Việt Nam vô địch về đàm phán hội nhập. Báo điện tử Vnexpress <http://kinhdoanhvnexpressnet/tin-tuc/doanh-nghiep/viet-nam-vo-dich-ve-dam-phan-hoi-nhap-3270521html> 2015.
8. Ủy ban Tư vấn về các vấn đề thương mại quốc tế. Phân tích những tác động bất lợi tiềm tàng của TPP đối với Việt Nam. <http://www.trungtamwto.vn/tpp/phan-tich-nhung-bat-loi-tiem-tang-cua-tp-voi-viet-nam>. Hà Nội: Trung tâm WTO, Phòng Thương mại và Công nghiệp Việt Nam (VCCI). 2015.
9. Bộ Công thương. Báo cáo thị trường xuất khẩu của Việt Nam giai đoạn 2010 – 2014 và định hướng thị trường xuất khẩu Việt Nam 2015 – 2020, chiến lược đến năm 2030. Hà Nội, Việt Nam: 2014.
10. Sönke Kreft, David Eckstein, Lisa Junghans, Candice Kerestan, Ursula Hagen. Global Climate Risk Index 2015: Who suffers most from extreme weather events? Weather-related Loss Events in 2013 and 1994 to 2013. Bonn: Germanwatch, 2014.
11. Phạm Văn Tân, Ngô Đức Thành. Biến đổi khí hậu ở Việt Nam: Một số kết quả nghiên cứu, thách thức và cơ hội trong hội nhập quốc tế. Tạp chí Khoa học ĐHQGHN, Các Khoa học Trái đất và Môi trường. 2013;29(2):42-5.
12. Hy Văn Lương. Urbanization, Migration, and Poverty: Hồ Chí Minh City in Comparative Perspective. <https://muse.jhu.edu/books/9789971695804?auth=0>. 2009.
13. World Health Organization. World Health Statistics 2014. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2014.
14. Tổng cục Thống kê. Điều tra biến động dân số và KHHGD. Hà Nội: GSO, các năm.
15. Tổng cục Thống kê. Báo cáo kết quả chủ yếu điều tra dân số và nhà ở giữa kỳ thời điểm 1/4/2014. Hà Nội: 2014.
16. Tổng cục Thống kê. Niên giám thống kê qua các năm. Hà Nội: GSO, các năm.
17. Bộ Y tế. Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2015 và giai đoạn 2011 – 2015, các nhiệm vụ chủ yếu năm 2016 và giai đoạn 2016 – 2020. Hà Nội, Việt Nam: MOH, 2016.
18. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, United Nations Population Division. Trends in Maternal Mortality: 1990 – 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: 2015.
19. Viện Dinh dưỡng quốc gia. Số liệu thống kê về tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em qua các năm. <http://viendinhduong.vn/news/vi/106/61/0/a/so-lieu-thong-ke-ve-tinh-trang-dinh-duong-tre-em-qua-cac-nam.aspx> Hà Nội: Viện Dinh dưỡng; 2015.

20. Tổng cục Thống kê, Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc. Báo cáo sơ bộ kết quả Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ Việt Nam 2014. GSO, 2014.
21. Viện Dinh dưỡng quốc gia. Điều tra giám sát dinh dưỡng và điều tra trọng điểm năm 2010. Hà Nội, Việt Nam: Viện Dinh dưỡng, 2011.
22. Bộ Y tế. Niên giám thống kê y tế năm 2013. Hà Nội, Việt Nam: 2015.
23. World Health Organization. WHO Global Health Estimates (GHE). Disease and injury country mortality estimates, 2000–2012. Geneva: WHO, 2014.
24. Tổng cục Dân số - Kế hoạch hoá gia đình - Bộ Y tế. Hội nghị Tổng kết công tác DS-KHHGĐ năm 2014 và triển khai kế hoạch năm 2015 Hà Nội, Việt Nam 2015 [cited 2015].
25. World Health Organization. Global health observation (GHO) data repository. Country data and statistics. Vietnam: country NCD profile. http://www.who.int/nmh/countries/vnm_en.pdf?ua=1, cited 26 March 2015. Geneva: 2014.
26. Bệnh viện Nội tiết trung ương. Báo cáo kết quả điều tra dịch tễ học bệnh đái tháo đường toàn quốc năm 2012. Hà Nội, Việt Nam: 2014.
27. Cục Quản lý Khám chữa bệnh - Bộ Y tế. Kết quả điều tra STEPS Việt Nam năm 2009 – 2010, Báo cáo tóm tắt. Hà Nội, Việt Nam: 2011.
28. Trường Đại học Y tế công cộng. Kết quả điều tra quốc gia liên trường về tai nạn thương tích năm 2010 (VNIS). Hà Nội: HSPH, 2012.
29. Văn phòng đại diện Tổ chức Y tế thế giới tại Việt Nam. Báo cáo toàn cầu của WHO về Kêu gọi hành động phòng chống đuối nước tại Việt Nam. <http://www.wpro.who.int/vietnam/mediacentre/releases/2014/worlddrowningreport/vi/>. Hà Nội, Việt Nam: Văn phòng đại diện Tổ chức Y tế thế giới tại Việt Nam, 2014.
30. Angkurawaranon C, Jiraporncharoen W, Chenthanakij B, Doyle P, Nitsch D. Urban environments and obesity in southeast Asia: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. PLoS One. 2014;9(11):e113547.
31. Son PT, Quang NN, Viet NL, Khai PG, Wall S, Weinehall L, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Vietnam-results from a national survey. J Hum Hypertens. 2012;26(4):268 – 80.
32. Tirschwell DL, Ton TG, Ly KA, Van Ngo Q, Vo TT, Pham CH, et al. A prospective cohort study of stroke characteristics, care, and mortality in a hospital stroke registry in Vietnam. BMC Neurol. 2012;12:150.
33. Van Minh H, Xuan Tran B. Assessing the household financial burden associated with the chronic non-communicable diseases in a rural district of Vietnam. Glob Health Action. 2012;5:17.
34. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2015. Geneva: WHO, 2015.
35. Bộ Y tế. Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2014, một số nhiệm vụ và giải pháp trọng tâm năm 2015, giai đoạn 2016 – 2020. Hà Nội, Việt Nam: Bộ Y tế, 2015.
36. Văn phòng đại diện Tổ chức Y tế thế giới tại Việt Nam. Sốt rét: Thông tin cần biết (cập nhật tháng 12 năm 2014). <http://www.wpro.who.int/vietnam/topics/malaria/factsheet/vi/>. Hà Nội, Việt Nam: Văn phòng đại diện Tổ chức Y tế thế giới tại Việt Nam, 2014.
37. World Health Organization. World Malaria Report. Geneva: WHO, 2015.
38. Văn phòng đại diện Tổ chức Y tế thế giới tại Việt Nam. Bệnh tay-chân-miệng. Thông tin cần biết. http://www.wpro.who.int/vietnam/topics/hand_foot_mouth/factsheet/vi/. Hà Nội, Việt Nam: Văn phòng đại diện Tổ chức Y tế thế giới tại Việt Nam, 2012.
39. Văn phòng đại diện Tổ chức Y tế thế giới tại Việt Nam. Bệnh lây truyền từ động vật sang người. Thông tin cần biết. <http://www.wpro.who.int/vietnam/topics/zoonoses/factsheet/vi/>. Hà Nội, Việt Nam: Văn phòng đại diện Tổ chức Y tế thế giới tại Việt Nam, 2013.

40. Tổng cục Thống kê. Dự báo dân số Việt Nam 2009 – 2034. Hà Nội, Việt Nam: Tổng cục Thống kê, 2011.
41. Quỹ Dân số Liên hợp quốc. Già hoá dân số và người cao tuổi ở Việt Nam: Thực trạng, dự báo và một số khuyến nghị chính sách. Hà Nội, Việt Nam: 2011.
42. Tổng cục Thống kê. Niên giám thống kê năm 2013. Hà Nội, Việt Nam: GSO, 2014.
43. Tổng cục Thống kê. Niên giám thống kê năm 2014. Hà Nội, Việt Nam: GSO, 2015.
44. CECODES, VFF-CRT, UNDP. Chỉ số hiệu quả quản trị và hành chính công cấp tỉnh ở Việt Nam (PAPI) 2014: Đo lường từ kinh nghiệm thực tiễn của người dân. Hà Nội, Việt Nam: 2015.
45. Nguyễn Hồng Sơn, Trần Quang Tuyền. Công nghiệp hoá và hiện đại hoá ở Việt Nam: các tiêu chí và mức độ hoàn thành. Tạp chí Những vấn đề kinh tế và chính trị thế giới. 2014;5(217):30 – 44.
46. Bộ Tài nguyên và Môi trường. Kịch bản biến đổi khí hậu, nước biển dâng cho Việt Nam. [http://iasvn.org/upload/files/8CN9TBHP5OKich ban Bien doi khi hau.pdf](http://iasvn.org/upload/files/8CN9TBHP5OKich%20ban%20bien%20doi%20kh%C3%91%20hau.pdf). Hà Nội, Việt Nam: 2009.
47. Ủy ban thường vụ Quốc hội. Báo cáo giám sát về việc thực hiện chính sách, pháp luật về phòng, chống biến đổi khí hậu ở đồng bằng Sông Cửu Long. Báo cáo tại kỳ họp thứ 7 Quốc hội khoá XIII. Hà Nội, Việt Nam: 2014.
48. Mạnh Cường. Những con số về thiên tai. <http://www.vacne.org.vn/nhung-con-so-ve-thien-tai/212286.html> Hà Nội, Việt Nam: Hội bảo vệ thiên nhiên và môi trường Việt Nam; 2014 [cited 12/08/2015].
49. P.V. Ô nhiễm nguồn nước Việt Nam vượt mức kiểm soát. Báo điện tử Vietnamnet <http://vietnamnetvn.vn/khoa-hoc/171093/o-nhiem-nguon-nuoc-viet-nam-vuot-muc-kiem-soat.html>. 2014.
50. Yale center for Enviromental Law and Policy YU, Center for International Earth Science Information Network CU. 2014 Environmental Performance Index (EPI), Full Report and Analysis. http://epi.yale.edu/files/2014_epi_report.pdf. New York: 2014.
51. Văn phòng đại diện Tổ chức Y tế thế giới tại Việt Nam. Việt Nam và WHO cùng nhau làm việc để làm cho thực phẩm an toàn từ nông trại đến bàn ăn. http://www.wpro.who.int/vietnam/mediacentre/releases/2015/world_health_day_2015_press_release/vi/ 2015.
52. Văn phòng đại diện Tổ chức Y tế thế giới tại Việt Nam. An toàn thực phẩm: thông tin cơ bản. http://www.wpro.who.int/vietnam/topics/food_safety/factsheet/vi/ 2015.
53. Văn phòng đại diện Tổ chức Y tế thế giới tại Việt Nam. Thuốc lá: những thông tin cơ bản về thuốc lá. <http://www.wpro.who.int/vietnam/topics/tobacco/factsheet/vi/> 2015.
54. Văn phòng đại diện Tổ chức Y tế thế giới tại Việt Nam. WHO kêu gọi các Chính phủ cần hành động nhiều hơn nữa nhằm phòng chống bệnh tật và tử vong liên quan tới chất có cồn. http://www.wpro.who.int/vietnam/mediacentre/shortnews/2014/who_vtn_short_26052014_global_alcohol_report/vi/ 2014.
55. Văn phòng đại diện Tổ chức Y tế thế giới tại Việt Nam. Hồ sơ quốc gia về quản lý lạm dụng rượu, bia của Việt Nam. http://www.wpro.who.int/vietnam/mediacentre/shortnews/2014/vnm_vn_version.pdf?ua=1. 2014.
56. Viện Dinh dưỡng quốc gia. Điều tra lượng muối tiêu thụ từ khẩu phần ăn và các nguồn ở người trưởng thành tuổi từ 25-64 tuổi, 2010. Hà Nội, Việt Nam: NIN, 2011.
57. Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội. Báo cáo kết quả công tác phòng chống mại dâm, cai nghiện ma túy và quản lý sau cai năm 2014 và phương hướng, nhiệm vụ trọng tâm năm 2015. 2015.
58. Yu G, Clatts MC, Goldsamt LA, Giang LM. Substance use among male sex workers in Vietnam: Prevalence, onset, and interactions with sexual risk. Int J Drug Policy. 2014.
59. Bộ Y tế. Niên giám thống kê y tế. Hà Nội, Việt Nam: MOH, các năm.

60. Ban điều hành phát triển nguồn nhân lực y tế - Bộ Y tế. Báo cáo đổi mới, qui hoạch và quản lý về nguồn nhân lực y tế. Hà Nội, Việt Nam: Bộ Y tế, 2013.
61. Thùy Giang. Bộ Y tế lên tiếng về chủ trương “hãm phanh” đào tạo nhân lực. <http://www.vietnamplus.vn/bo-y-te-len-tieng-ve-chu-truong-ham-phanh-dao-tao-nhan-luc/296613.vnp>. Vietnam Plus. 2014.
62. Bộ Y tế. Báo cáo viện trợ ODA do Bộ Y tế quản lý. Hà Nội, Việt Nam: MOH, 2015.
63. World Bank. International Development Association Project Appraisal Document: Health Professionals Education and Training for Health System Reforms Project. Hanoi, Vietnam: WB, 2014.
64. Lê Vũ Anh. Đánh giá thực trạng đào tạo nhân lực y tế Việt Nam. Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội, 2013.
65. Nguyễn Minh Lợi. Đề xuất một số giải pháp trong đào tạo nhân lực y tế hiện nay. Tạp chí Y học Thực hành, 2012;6(824).
66. The Partnership for Health Advancement in Vietnam. Situational Analysis of Clinical Internships in Vietnam for Medical Doctors and Recommendations for Creating a National Standardized Clinical Internship Program. Hanoi, Vietnam: HAIVN, 2015.
67. Fan AP, Tran DT, Kosik RO, Mandell GA, Hsu HS, Chen YS. Medical education in Vietnam. Med Teach. 2012;34(2):103 – 7.
68. Bộ Y tế. Niên giám thống kê y tế năm 2010. Hà Nội, Việt Nam: 2012.
69. Tổng cục thống kê. Y tế Việt Nam qua tổng điều tra cơ sở kinh tế, hành chính, sự nghiệp 2012. Hà Nội, Việt Nam: Nhà xuất bản Thống kê; 2014.
70. Trần Quốc Kham, Đinh Hồng Dương. Đánh giá kết quả đào tạo cử tuyển tại 34 tỉnh (2007-2011). Tạp chí Y Dược học quân sự. 2014;9:39 – 42.
71. Sở Y tế tỉnh Tuyên Quang. Báo cáo tại Hội nghị tổng kết Dự án tăng cường năng lực y tế cơ sở năm 2015. <http://soytetuyenquang.gov.vn/c81s60/20340/hoi-nghi-tong-ket-du-an-tang-cuong-nang-luc-y-te-co-so-nam-2015/>. 2015.
72. Ủy ban thường vụ quốc hội. Báo cáo kết quả giám sát “Việc thực hiện chính sách, pháp luật về giảm nghèo, giai đoạn 2005 – 2012”. Hà Nội, Việt Nam: 2014.
73. Nguyễn Thanh Long, Vũ Sinh Nam. Nhân lực Y tế dự phòng: thực trạng, thách thức và giải pháp. Tạp chí Y học Dự phòng. 2013;12/2013.
74. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế. Báo cáo nghiên cứu “Phân tích các yếu tố ảnh hưởng tới khả năng thu hút và duy trì nhân lực y tế ở khu vực miền núi”. Hà Nội: 2012.
75. Cục Quản lý Khám chữa bệnh - Bộ Y tế. Báo cáo tổng kết công tác khám, chữa bệnh năm 2014. Hà Nội, Việt Nam: 2015.
76. Bộ Y tế. Báo cáo thực hiện chương trình, dự án “Chương trình phát triển nguồn nhân lực Y tế” Quý 4 năm 2014. Hà Nội, Việt Nam: Bộ Y tế, 2014.
77. Bộ y tế. Báo cáo tiến độ cấp chứng chỉ hành nghề và giấy phép hoạt động đối với các bệnh viện của Nhà nước. Hà Nội, Việt Nam: 2014.
78. Quảng Thái. Thu hút nhân lực cho y tế cơ sở không chỉ bằng vật chất. <http://daibieunhandan.vn/default.aspx?tabid=74&NewsId=298502>. Truy cập ngày 25/4/2015. Báo điện tử Đại biểu nhân dân. 2013.
79. Phạm Trí Dũng, Phùng Thanh Hùng, Phạm Quỳnh Anh. Bàn luận phương pháp nghiên cứu và một số kết quả của các luận văn thạc sỹ tại trường Đại học Y tế công cộng về sự hài lòng với công việc của nhân viên y tế trong bệnh viện. Tạp chí Y học Thực hành, 2014;3(907):48 – 51.
80. Tran BX, Van Hoang M, Nguyen HD. Factors associated with job satisfaction among commune health workers: implications for human resource policies. Glob Health Action. 2013;6:1 – 6.

81. Dung Anh Tran. Job satisfaction of preventive medicine workers in northern Vietnam: a multi-method approach: Queensland University of Technology, Australia; 2015.
82. Tran Thi Mai Oanh, editor Attraction to and Retention of health workforce in disadvantaged areas: A case study of policy implementation. Second Annual Global Healthcare Conference (GHC 2013); 2013; Singapore: Global Science and Technology Forum.
83. Bộ Y tế, Tổ chức Y tế thế giới. Tài khoản y tế quốc gia thực hiện ở Việt Nam thời kỳ 1998-2012. Hà Nội: 2014.
84. Hoang Van Minh, Nguyen Thi Kim Phuong. Household financial burden of health expenditure in Vietnam. Hanoi, Vietnam: WHO, 2015.
85. Bộ Y tế. Báo cáo tóm tắt kết quả đầu tư từ nguồn trái phiếu Chính phủ cho các dự án y tế từ 2008 – 2012 và dự kiến phân bổ 2013 – 2016. Hà Nội, Việt Nam: 2015.
86. Nguyễn Nam Liên, Tài chính cho y tế cơ sở ở Việt Nam và đổi mới phương thức phân bổ ngân sách nhà nước cho y tế cơ sở. Bài trình bày tại Hội nghị “Tăng cường y tế cơ sở, phục vụ CSSKBD, hướng tới bao phủ CSSK toàn dân”, Huế, 24-25/3/2015; Huế, Việt Nam.
87. Cục Quản lý Dược. Báo cáo tổng kết công tác năm 2014 và kế hoạch 2015. Hà Nội, Việt Nam: 2015.
88. Viện Chiến lược và Chính sách y tế, Cục Quản lý Dược - Bộ Y tế. Đánh giá thực hiện Chính sách quốc gia về thuốc giai đoạn 1996 – 2010. Hà Nội: 2011.
89. Viện Kiểm nghiệm thuốc trung ương. Báo cáo công tác kiểm tra, giám sát chất lượng thuốc năm 2012 và định hướng năm 2013 Hà Nội, Việt Nam: 2013.
90. Trung tâm DI & ADR quốc gia. Báo cáo hoạt động năm 2015. Tại Hội nghị “Tổng kết hoạt động cảnh giác dược năm 2015” ngày 16/11/2015 tại Hà Nội. Available from: <http://canhgiacduoc.org.vn/>. Hà Nội: 2015.
91. Wertheim HF, Chandna A, Vu PD, Pham CV, Nguyen PD, Lam YM, et al. Providing impetus, tools, and guidance to strengthen national capacity for antimicrobial stewardship in Viet Nam. PLoS Med. 2013;10(5):e1001429.
92. Tổ chức Y tế thế giới, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế. Khảo sát về tính sẵn có và giá thuốc thiết yếu ở Việt Nam, 2011-2012. Hà Nội, Việt Nam: WHO, 2015.
93. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế. Điều tra nhu cầu một số TTB ở các bệnh viện công lập trên toàn quốc. Hà Nội, Việt Nam: HSPI, 2013.
94. Viện Trang thiết bị và Công trình Y tế. Nghiên cứu thực trạng, nhu cầu trang thiết bị y tế thiết yếu cho khám, chữa bệnh ở bệnh viện đa khoa và đề xuất các giải pháp. Hà Nội, Việt Nam: MOH, 2014.
95. Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế. Niên giám thống kê bệnh truyền nhiễm các năm 2010 – 2013. Hà Nội, Việt Nam: 2014.
96. Bộ Y tế. Quyết định số 319/QĐ-BYT về việc ban hành Kế hoạch Phòng, chống dịch bệnh truyền nhiễm năm 2015. Hà Nội, Việt Nam: Bộ Y tế; 2015.
97. Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế. Báo cáo công tác Truyền thông – Chỉ đạo tuyến năm 2014. Hà Nội, Việt Nam: MOH, 2015.
98. Vietnam Administration of HIV/AIDS Control. Vietnam AIDS Response Progress Report data for 2014. Hanoi, Vietnam: VAAC, 2015.
99. Socialist Republic of Vietnam. Vietnam AIDS Response Progress Report 2014. Following up the 2011 Political Declaration on HIV/AIDS. Reporting period January 2012-December 2013. Hanoi, Vietnam: 2014.
100. Cục Quản lý môi trường y tế - Bộ Y tế. Báo cáo kết quả hoạt động 2014, phương hướng nhiệm vụ 2015 và giai đoạn 2016 – 2020. Hà Nội, Việt Nam: 2015.

101. Cục Quản lý Môi trường Y tế - Bộ Y tế. Thống kê tử vong do tai nạn thương tích năm 2012. Hà Nội, Việt Nam: 2013.
102. Bộ Y tế. Báo cáo tình hình thực hiện nhiệm vụ công tác về biến đổi khí hậu của ngành y tế 2010 – 2014. Hà Nội, Việt Nam: 2015.
103. Cục Y tế Dự phòng - Bộ Y tế. Báo cáo hoạt động phòng chống hội chứng viêm da dày sừng bàn tay, bàn chân 2014. Hà Nội, Việt Nam: 2015.
104. Cục Y tế Dự phòng - Bộ Y tế. Báo cáo kết quả Y tế trường học năm 2014, kế hoạch năm 2015, tóm tắt tiến độ triển khai giai đoạn 2011 – 2015. Hà Nội, Việt Nam: 2015.
105. Cục Quản lý Khám chữa bệnh - Bộ Y tế. Báo cáo kết quả thực hiện Đề án giảm quá tải bệnh viện giai đoạn 2013 – 2014. Hà Nội, Việt Nam: 2015.
106. Cục Quản lý Khám chữa bệnh - Bộ Y tế. Báo cáo tổng kết công tác PHCN năm 2013 và phương hướng nhiệm vụ năm 2014 và giai đoạn 2014 – 2020. Hà Nội, Việt Nam: 2014.
107. Tổng cục Thống kê. kết quả khảo sát mức sống dân cư năm 2002 – 2012. Hà Nội: GSO, 2013.
108. Cục Quản lý Khám chữa bệnh - Bộ Y tế. Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện. Hà Nội, Việt Nam: Nhà xuất bản Y học; 2014.
109. Cục Quản lý Khám chữa bệnh - Bộ Y tế. Báo cáo kết quả cải tiến quy trình khám bệnh, cải cách thủ tục hành chính của các bệnh viện. Hà Nội, Việt Nam: 2015.
110. Bộ Y tế. Báo cáo tổng kết công tác tiếp nhận và xử lý thông tin của người dân qua đường dây nóng ngành y tế năm 2014. Hà Nội, Việt Nam: 2015.
111. Đinh Thái Hà. Một số vấn đề về cung ứng PTTT và dịch vụ KHHGD/SKSS. Tạp chí Dân số và Phát triển. 2015; Xuất bản ngày 31/03/2015.
112. Vụ Sức khỏe Bà mẹ Trẻ em - Bộ Y tế. Báo cáo kết quả khảo sát thực trạng và năng lực cung cấp dịch vụ mạng lưới CSSKSS Việt Nam 2010. Hà Nội, Việt Nam: 2010.
113. Vụ Sức khỏe Bà mẹ Trẻ em - Bộ Y tế. Báo cáo khảo sát cập nhật tình hình mạng lưới CSSKSS 2013. Vụ SKBM-TE, 2013. Hà Nội, Việt Nam: 2013.
114. Vụ Sức khỏe Bà mẹ Trẻ em - Bộ Y tế. Báo cáo hệ thống chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em. Hà Nội, Việt Nam: 2014.
115. Tổng cục Dân số và Kế hoạch hoá gia đình - Bộ Y tế. Điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên lần thứ hai (SAVYII): Kết quả chủ yếu. Tạp chí Dân số và Phát triển. 2010;6(111).
116. Bộ Kế hoạch và Đầu tư. Báo cáo mục tiêu phát triển Thiên niên kỷ: Việt Nam 2/3 chặng đường thực hiện các mục tiêu phát triển Thiên niên kỷ, hướng tới năm 2015. Hà Nội, Việt Nam: 2010.
117. Tổng cục Thống kê. Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2009, các kết quả chủ yếu. Hà Nội, Việt Nam: 2010.
118. Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, Heuton KR, et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990 – 2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2014;384(9947):980 – 1004.
119. UNICEF, WHO. Fulfilling the Health Agenda for Women and Children - the 2014 report. Country Profile for Vietnam. 2014.
120. Viện Chiến lược và chính sách Y tế. Điều tra tử vong mẹ và tử vong sơ sinh ở Việt Nam. Hà Nội, Việt Nam: HSPI, 2009.
121. Trường Đại học Y khoa Thái Bình. Điều tra tử vong mẹ và tử vong sơ sinh tại 14 tỉnh miền núi phía Bắc và Tây nguyên. Thái Bình, Việt Nam: 2009.
122. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Level & Trends in Child Mortality Report 2015. New York: UNICEF, 2015.
123. Liu L, Johnson HL, Cousens S, Perin J, Scott S, Lawn JE, et al. Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. Lancet. 2012;379(9832):2151 – 61.

124. Vụ Pháp chế - Bộ Y tế. Báo cáo tổng kết công tác năm 2014, kế hoạch năm 2015. Hà Nội, Việt Nam: 2015.
125. Hội nghề nghiệp y tế tư nhân tỉnh Hải Dương. Báo cáo tạo Hội thảo “Kinh nghiệm tham gia giám sát các cơ sở hành nghề y tế tư nhân” tổ chức tại thành phố Hải Dương ngày 15/4/2014. Hải Dương: 2014.
126. Tarimo E. Towards a healthy district : organizing and managing district health systems based on primary health care Geneva: WHO, 1991.
127. Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế. Báo cáo tổng kết công tác y tế dự phòng năm 2014. Hà Nội, Việt Nam: 2015.
128. Bộ Y tế, Nhóm Đối tác y tế. Báo cáo chung Tổng quan ngành y tế năm 2013 - hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân. Hà Nội: 2013.
129. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế. Báo cáo đánh giá thực hiện kế hoạch Chương trình phòng chống đái tháo đường giai đoạn 2010 – 2013. Hà Nội, Việt Nam: 2013.
130. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế. Đánh giá kết quả 10 năm triển khai thực hiện Chỉ thị 06-CT/TW và đề xuất giải pháp về củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở trong thời gian tới. Hà Nội, Việt Nam: HSPI, 2012.
131. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế. Đánh giá việc thực hiện chức năng nhiệm vụ của TYT xã tại các vùng miền. Hà Nội, Việt Nam: 2011.
132. Cục Quản lý Khám chữa bệnh - Bộ Y tế. Báo cáo kết quả công tác khám, chữa bệnh năm 2011 và những giải pháp nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh năm 2012. Hà Nội, Việt Nam: 2012.
133. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế. Báo cáo đánh giá tình trạng quá tải bệnh viện ở các tuyến. Hà Nội, Việt Nam: HSPI, 2009.
134. Trần Thị Mai Oanh. Đánh giá việc thực hiện các chức năng, nhiệm vụ của một số trạm y tế xã khu vực miền núi. Hà Nội, Việt Nam: Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, 2011.
135. Hoàng Thị Thu Oanh và cộng sự. Thực trạng sử dụng thuốc cho nhóm bệnh nhân bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã. Tạp chí Y học Thực hành. 2012;7(830).
136. Worl Bank. GDP per capita (current US\$). <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD:WB>; 2015.
137. World Health Organization. The World Health Statistics 2015. Geneva: WHO, 2015.
138. World Health Organization. The World Health Report 2008. Primary Health Care: Now More Than Ever. Geneva: WHO, 2008.
139. World Health Organization. The World Health Report 2003: Shaping the future. Geneva: WHO, 2003.
140. Department of Health and Ageing - Australian Government. Building 21st Century Primary Health Care System. Australia's First National Primary Health Care Strategy. Australia: 2010.
141. Ireland's Minister for Health. Future Health. A Strategic Framework for Reform of the Health Service 2012 – 2015. Ireland: 2012.
142. Pan American Health Organization. Renewing Primary Health Care in the Americas: A Position Paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO) Washington, D.C: PAHO, 2007.
143. Ministry of Health of New Zealand. Trends in Service Design and New Models of Care: A Review. New Zealand: 2010.
144. United Nations. United Nations General Assembly Resolution A/67/L.36: Global Health and Foreign Policy, Sixty-seventh session, 53rd Plenary meeting. New York: UN, 2012.
145. World Health Organization. Western Pacific Regional Strategy for Health Systems Based on the Values of Primary Health Care. Geneva: WHO, 2010.
146. World Health Organization. WHO Global Strategy on People-centred and Integrated Health Services. Geneva: WHO, 2015.

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

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

BÁO CÁO CHUNG TỔNG QUAN NGÀNH Y TẾ NĂM 2015

Tăng cường y tế cơ sở
hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân

Chịu trách nhiệm xuất bản

TỔNG GIÁM ĐỐC
CHU HÙNG CƯỜNG

Chịu trách nhiệm nội dung

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP
BSCKI. NGUYỄN TIẾN DŨNG

Biên tập: ThS. Lê Thị Kim Trang

Sửa bản in: Kim Trang

Trình bày bìa: Nguyệt Thu

Thiết kế nội dung: Công ty Cổ phần In Hưng Việt

In 300 cuốn, khổ A4 tại Công ty Cổ phần In Hưng Việt
Số đăng ký kế hoạch xuất bản:....-2016/CXBIPH/...-.../YH
Số xuất bản:.../QĐ-YH ngày... tháng 6 năm 2016
In xong và nộp lưu chiểu quý II năm 2016.
Mã số sách chuẩn quốc tế ISBN: