

Y TẾ CƠ SỞ VÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TOÀN DÂN

- Vai trò của y tế cơ sở trong chăm sóc sức khỏe ban đầu
- Thực trạng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu tại các địa bàn cư trú của đồng bào dân tộc thiểu số rất ít người
- Mô hình tổ chức mạng lưới y tế cơ sở đảm bảo tính lồng ghép trong chăm sóc sức khỏe ban đầu
- Sự cần thiết của đổi mới cung ứng dịch vụ y tế tuyến cơ sở
- Chủ động chăm sóc sức khỏe ban đầu tại y tế cơ sở là yếu tố quyết định hiệu quả phòng, chống bệnh không lây
- Đổi mới phương thức phân bổ ngân sách nhà nước đối với y tế cơ sở
- Kinh nghiệm đầu tư và đào tạo nguồn nhân lực cho y tế cơ sở tại tỉnh Thừa Thiên - Huế
- Vai trò của y tế cơ sở đối với đảm bảo công bằng trong chăm sóc sức khỏe
- Sáng kiến cô đỡ thôn bản: giải pháp về nhân lực y tế vùng miền núi khó khăn ở Việt Nam
- Tăng cường dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tại tuyến y tế cơ sở - kinh nghiệm từ tổ chức marie stopes international Việt Nam
- Thực trạng khám, cấp giấy chứng nhận sức khỏe và quản lý sức khỏe lái xe đường bộ
- Tin tức



TỔNG BIÊN TẬP

GS. TS. Lê Quang Cường

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

ThS. Vũ Thị Minh Hạnh

BAN BIÊN TẬP

TS. Trần Thị Mai Oanh

TS. Nguyễn Khánh Phương

TS. Khương Anh Tuấn

TÒA SOẠN

Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

Ngõ A36 Hồ Tùng Mậu - Mai Dịch

Cầu Giấy - Hà Nội

Tel: (04) 3846 1590

(04) 3823 4167

Fax: (04) 3823 2448

Email: tapchichinhsachyte@hspi.org.vn

Giấy phép xuất bản số:

197/GP-BTTTT cấp ngày 23/6/2014

In 2400 cuốn khổ 20,5x29,5

Chế bản in tại:

Công ty Hoàng Minh

MỤC LỤC

	Trang
Y TẾ CƠ SỞ VÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TOÀN DÂN	1
▪ Vai trò của y tế cơ sở trong chăm sóc sức khỏe ban đầu	1
<i>GS. TSKH. Phạm Mạnh Hùng</i>	
▪ Thực trạng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu tại các địa bàn cư trú của đồng bào dân tộc thiểu số rất ít người	10
<i>ThS. Vũ Thị Minh Hạnh, ThS. Trần Xuân Lương và cộng sự</i>	
▪ Mô hình tổ chức mạng lưới y tế cơ sở đảm bảo tính lồng ghép trong chăm sóc sức khỏe ban đầu	19
<i>TS. Phạm Văn Tác</i>	
▪ Sự cần thiết của đổi mới cung ứng dịch vụ y tế tuyến cơ sở	29
<i>TS. Nguyễn Hoàng Long</i>	
▪ Chủ động chăm sóc sức khỏe ban đầu tại y tế cơ sở là yếu tố quyết định hiệu quả phòng, chống bệnh không lây	32
<i>ThS. BS. Trần Xuân Lương</i>	
▪ Đổi mới phương thức phân bổ ngân sách nhà nước đối với y tế cơ sở	36
<i>TS. Nguyễn Nam Liên</i>	
<hr/>	
DIỄN ĐÀN CHÍNH SÁCH Y TẾ	42
▪ Kinh nghiệm đầu tư và đào tạo nguồn nhân lực cho y tế cơ sở tại tỉnh Thừa Thiên - Huế	42
<i>PGS.TS. Nguyễn Dung</i>	
▪ Vai trò của y tế cơ sở đối với đảm bảo công bằng trong chăm sóc sức khỏe	44
<i>TS. Trần Thị Mai Oanh, ThS. Dương Đức Thiện</i>	

	Trang
▪ Sáng kiến cô đỡ thôn bản: giải pháp về nhân lực y tế vùng miền núi khó khăn ở Việt Nam	48
<i>TS. Dương Văn Đạt</i>	
▪ Tăng cường dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tại tuyến y tế cơ sở - kinh nghiệm từ tổ chức Marie Stopes International Việt Nam	55
<i>BS. Đinh Thị Nhuận</i>	
▪ Thực trạng khám, cấp giấy chứng nhận sức khỏe và quản lý sức khỏe lái xe đường bộ	58
<i>TS. Khương Anh Tuấn, ThS. Trần Xuân Lương, TS. Nguyễn Thị Minh Hiếu, ThS. Trịnh Ngọc Thành</i>	

TIN TỨC

▪ Hội nghị quốc tế "tăng cường y tế cơ sở cho chăm sóc sức khỏe ban đầu, hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân"	66
<i>ThS. Vũ Thúy Nga</i>	

VAI TRÒ CỦA Y TẾ CƠ SỞ TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU

GS. TSKH. Phạm Mạnh Hùng¹

Tóm tắt

Y tế cơ sở là những đơn vị y tế gần dân nhất, phát hiện bệnh sớm nhất và giải quyết hầu hết những chứng bệnh đơn giản cho người dân; là nơi tích hợp chặt chẽ giữa y học dự phòng và y học điều trị, thể hiện đầy đủ đường lối chăm sóc sức khỏe toàn diện phòng bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng và nâng cao sức khỏe; là nơi thể hiện cụ thể nhất và rõ rệt nhất định hướng công bằng với chi phí tiết kiệm nhất đối với người dân trong chăm sóc sức khỏe. Do vậy cần đổi mới nhận thức về vai trò, vị trí của y tế cơ sở gắn với chăm sóc sức khỏe ban đầu từ cách nhìn theo phân cấp hành chính sang phân loại theo chức năng. Phải gắn kết việc hoàn thiện và củng cố y tế cơ sở với thực hiện nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu và luôn luôn đề cao chất lượng của y tế cơ sở. Gắn chặt xây dựng và phát triển y tế cơ sở cùng với nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu là một hoạt động mang tính chiến lược của y tế Việt Nam.

Vai trò của y tế cơ sở trong chăm sóc sức khỏe ban đầu

Tuyên ngôn Alma Ata ra đời năm 1978 được xem như một mốc quan trọng đánh dấu mở đầu cho thời kỳ mới của chăm sóc sức khỏe (CSSK) cộng đồng mang tính toàn cầu. Lần đầu tiên Tổ chức Y tế thế giới (TCYTTG) có hướng dẫn cụ thể về nội dung của chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ) hướng đến cộng đồng, điều mà trước đó còn ít được quan tâm hoặc chỉ được quan tâm ở một số nước. Như chúng ta đều biết trong tuyên ngôn này, lần đầu tiên TCYTTG đã công bố định nghĩa về “Sức khỏe”. Theo đó, sức khỏe là trạng thái thoải mái về thể chất lẫn tinh thần, chứ không chỉ là không có bệnh và tật. Phải khách quan mà nói thì Việt Nam đã làm quen với khái niệm này từ 32 năm trước. Bằng chứng là ngày 27 tháng 3 năm 1946, ngay khi cách mạng Việt Nam còn đang trong giai đoạn

rất khó khăn, Chủ tịch Hồ Chí Minh đã viết trên báo Cứu Quốc bài báo với nhan đề: “Sức khỏe và thể dục”. Trong đó Người đưa ra khái niệm: “Khí huyết lưu thông, tinh thần thoải mái. Thế là sức khỏe”. Chính Chủ tịch Hồ Chí Minh là người đã xây dựng nền móng cho một nền y tế Việt Nam với chính sách ưu tiên hàng đầu là chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ), chăm sóc sức khỏe toàn diện tại Việt Nam từ những ngày đầu của chính thể cách mạng. Cũng chính vì vậy, trước khi có tuyên ngôn Alma Ata, ngay lúc xây dựng Chủ nghĩa xã hội (CNXH) ở miền Bắc, chúng ta đã có một hệ thống y tế nông thôn dựa vào các hợp tác xã nông nghiệp (lúc đó hơn 90% dân số là nông dân) và đã thực hiện những nội dung của CSSKBĐ. Hơn thế, xuất phát từ

¹ Phó CT chuyên trách Hội đồng Khoa học các cơ quan Đảng TW, Chủ tịch Tổng hội Y học Việt Nam.

kinh nghiệm thực tiễn, Việt Nam còn bổ sung thêm hai nội dung để CSSKBĐ có 10 nội dung. Hai nội dung được Việt Nam bổ sung là: quản lý sức khỏe và kiến toàn mạng lưới y tế cơ sở để thực hiện CSSKBĐ. Chính nhờ đường lối đúng đắn đó mà ở miền Bắc, mặc dù trong những điều kiện khó khăn do chiến tranh phá hoại của Mỹ gây ra, y tế bấy giờ được coi là một trong hai bông hoa của CNXH. Tuyên ngôn Alma Ata là sự hướng dẫn mang tính hệ thống và toàn cầu về nội dung CSSK cộng đồng, nhưng đồng thời cũng là minh chứng khẳng định sự đúng đắn của đường lối y tế ở Việt Nam dưới sự lãnh đạo của Đảng.

Trong những năm đầu tiên của sự nghiệp đổi mới, khi chuyển đổi cơ chế kinh tế bao cấp triệt để và kế hoạch hóa tập trung sang kinh tế thị trường định hướng Xã hội chủ nghĩa (XHCN), y tế nông thôn rơi vào khủng hoảng do các hợp tác xã nông nghiệp - chỗ dựa chính của các trạm y tế xã - bị tan rã. Nhưng chúng ta đã kịp thời đưa ra chủ trương phục hồi y tế cơ sở. Nghị quyết hội nghị lần thứ 4 Ban chấp hành Trung ương Đảng khóa VII đã chỉ rõ: *“Củng cố y tế cơ sở là nhiệm vụ cấp bách hiện nay. Nhà nước phải chăm lo xây dựng và có chính sách đãi ngộ hợp lý với cán bộ y tế cơ sở”*². Quyết định số 58/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ban hành ngày 3 tháng 2 năm 1994 đã quy định *“Một số vấn đề về tổ chức và chế độ chính sách đối với y tế cơ sở”* đã được nhiều người ví như *“một trận mưa rào cho vùng nắng hạn lâu ngày”*³. Chỉ thị 06/CT-TW của Ban Bí thư Trung ương khóa VIII ban hành ngày 20 tháng 01 năm 2002 đã chỉ rõ: *“Mạng lưới y tế cơ sở (gồm y tế thôn/bản, xã/phường, quận/huyện) là tuyến y tế trực tiếp gần dân nhất, đảm bảo cho mọi người dân được chăm sóc sức khỏe cơ bản với chi phí thấp, góp phần thực hiện công bằng xã hội, xóa đói giảm nghèo, xây dựng nếp sống văn hoá,*

trật tự an toàn xã hội, tạo niềm tin của nhân dân với chế độ XHCN”. Nhờ những quyết sách kịp thời này, trong những năm qua, y tế cơ sở trong cả nước đều được tăng cường cán bộ, cơ sở hạ tầng cả về số lượng lẫn chất lượng. Với sự có mặt của bác sỹ tại hơn 60% số xã trong toàn quốc, y tế là ngành đầu tiên đã đưa cán bộ có trình độ đại học về nông thôn, mở đầu cho bước chuyển biến mới về chất của cán bộ cấp xã ở nông thôn Việt Nam. Việc phát triển mạnh mẽ y tế xã và y tế thôn/bản kết hợp với việc hình thành mô hình Trung tâm y tế huyện ra đời trong những năm cuối của thập kỷ 80 theo chỉ đạo của Bộ Y tế tại công văn số 2521/BYT-TC ngày 25 tháng 5 năm 1988⁵ và triển khai rộng rãi trong toàn quốc theo Nghị định 01/NĐ-CP ngày 3 tháng 1 năm 1998⁶, trong thập kỷ 90 và những năm đầu của thế kỷ XXI là một thể hiện sinh động về thực hiện chiến lược CSSKBĐ hay y tế phổ cập.

Chúng ta cần đánh giá một cách toàn diện và đầy đủ về mô hình này trước khi có các quyết sách điều chỉnh và thay đổi trong tình hình mới nhằm làm cho y tế cơ sở ngày một vững mạnh. Hiện nay phong trào *“xây dựng y tế xã đạt chuẩn quốc gia”* đã trở thành một phong trào sâu rộng trong y tế cơ sở của cả nước. Chúng ta cần tiến hành sơ kết và tiếp tục đẩy mạnh cuộc

² Đảng Cộng sản Việt Nam: Nghị quyết hội nghị lần thứ 4 Ban chấp hành Trung ương Đảng khóa VII về: “Những vấn đề cấp bách trong sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân”. (1993)

³ Thủ tướng Chính phủ: Quyết định 58/Ttg ngày 3 tháng 2 năm 1994.

⁴ Đảng Cộng sản Việt Nam: Chỉ thị 06/CT-TW của Ban Bí thư BCHTW khoá IX ban hành ngày 22/01/2002 về: “củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở”

⁵ Bộ Y tế: công văn số 2521/BYT-TC ngày 25/5/1988: “hướng dẫn làm thí điểm và tổ chức hoạt động của Trung tâm y tế huyện, thị”.

⁶ Chính phủ: Nghị định 01/NĐ-CP ngày 3 tháng 1 năm 1998 về hệ thống tổ chức y tế địa phương.

vận động “xây dựng y tế xã đạt chuẩn quốc gia” thành một hoạt động quan trọng và thường xuyên của tuyến y tế cơ sở như Chỉ thị 06/CT-TW của Ban Bí thư TW khoá IX đã chỉ ra. Gần đây khi xuất hiện phong trào xây dựng nông thôn mới, phong trào đạt chuẩn quốc gia về y tế xã đã được nâng lên thành phong trào “xây dựng tiêu chí quốc gia về y tế xã”. Có thể nói, trong suốt tiến trình của y tế Việt Nam, mặt trận y tế nông thôn mà ngày nay chúng ta nói rộng hơn là y tế cơ sở luôn luôn được coi là nền tảng/xương sống của y tế Việt Nam. Tuy chưa có một định nghĩa chính thức về y tế cơ sở, nhưng theo nội dung của Chỉ thị 06/CT-TW thì y tế cơ sở được xem là bao gồm y tế tuyến huyện, y tế tuyến xã và thôn ấp.

Y tế cơ sở bao gồm những đơn vị y tế gần dân nhất, phát hiện bệnh sớm nhất và giải quyết hầu hết những chứng bệnh đơn giản (gần 80% bệnh tật). Y tế thôn/bản với những nhân viên y tế sống ngay trong cộng đồng dân cư, sát với địa bàn dân cư nhất. Tuyến y tế này giúp người dân phát hiện bệnh tật sớm nhất (đặc biệt là việc phát hiện bệnh dịch và báo dịch bệnh) và là tuyến mà đại bộ phận người dân đặc biệt là dân ở nông thôn, vùng sâu vùng xa tiếp cận thường xuyên và sớm nhất với các dịch vụ y tế mặc dù ở đây chỉ có kỹ thuật CSSKBD. Theo sự phân cấp hành chính ở Việt Nam, xã là một đơn vị hành chính hoàn chỉnh thấp nhất, có khoảng trên dưới 10.000 dân. Tại tuyến này mọi chủ trương, chính sách của Đảng và Nhà nước nói chung và y tế nói riêng được triển khai một cách cụ thể nhất và trực tiếp tác động đến người dân. Vì vậy trạm y tế xã trong thời kỳ bao cấp hoạt động như một đơn vị y tế dân lập (dân góp, dân nuôi), đã được chuyển thành đơn vị kỹ thuật tuyến đầu tiên của hệ thống y tế Nhà nước, có nhiệm vụ thực hiện các dịch vụ kỹ thuật CSSKBD mà người dân có thể tiếp cận được.

Y tế cơ sở là nơi thể hiện cụ thể nhất và rõ rệt nhất định hướng công bằng trong chăm sóc sức khoẻ. Hiện nay, 70% dân số vẫn sống ở nông thôn, trong đó có nhiều vùng cách xa trung tâm đô thị. Theo thống kê, Việt Nam còn khoảng 10% (năm 2010)⁷ dân số là người nghèo, đại bộ phận trong số này lại sống ở nông thôn. Do đó y tế cơ sở là nơi phần lớn người nghèo tiếp cận với các dịch vụ CSSK. Xây dựng và phát triển y tế cơ sở là một chiến lược gắn liền với CSSK người nghèo và công cuộc xóa đói giảm nghèo. Ngoài ra, ở nước ta trải qua các thời kỳ kháng chiến, nông thôn là căn cứ địa chính của cách mạng, là địa bàn chính thực hiện chiến tranh nhân dân, nông dân là đội quân cách mạng chủ lực, phần đông các đối tượng chính sách xã hội lại sống ở nông thôn. Thực hiện CSSK ở cơ sở chính là phục vụ những đối tượng đã đóng góp nhiều công sức vào thắng lợi của cách mạng, góp phần thực hiện đạo lý “uống nước nhớ nguồn” của dân tộc.

Công bằng là một mục tiêu bất di bất dịch của y tế Việt Nam, đó cũng là điểm chính yếu thể hiện tính chất XHCN của nền y tế Việt Nam. Nhưng tiếp cận đến công bằng tuyệt đối theo nội dung là người có bệnh như nhau thì được chữa chạy như nhau dù cho ở bất kỳ địa vị xã hội nào, bất kỳ địa phương nào là một quá trình, không phải một lúc mà đạt tới như ý muốn. Do vậy tiêu chí quan trọng nhất và phù hợp nhất với định hướng công bằng ở thời điểm hiện nay là mọi người dân đều có thể tiếp cận và được chăm sóc tại các cơ sở y tế và bởi cán bộ y tế có đào tạo. Theo cách hiểu về tiêu chí này thì mạng lưới y tế cơ sở có tính gần dân sẽ là nơi thể hiện rõ nhất định hướng công bằng.

⁷ Nguyễn Tấn Dũng :”Đảm bảo ngày càng tốt hơn an sinh xã hội và phúc lợi xã hội là một nội dung chủ yếu của chiến lược phát triển kinh tế xã hội năm 2011 - 2020.” Tạp chí Cộng sản, số 285 (9/2010), tr.4.

Y tế cơ sở là nơi tích hợp chặt chẽ giữa y học dự phòng và y học điều trị, thể hiện đầy đủ đường lối chăm sóc sức khỏe toàn diện (phòng bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng và nâng cao sức khỏe). Ở các tuyến thôn/bản, xã và huyện, việc thực hiện y tế dự phòng cùng với việc sơ cứu, phát hiện, điều trị bệnh gắn chặt với nhau trong từng công việc cụ thể cũng như từng nhiệm vụ của cán bộ y tế. Một bác sỹ công tác ở xã hay huyện vừa phát hiện bệnh tật sớm, điều trị cấp cứu tốt, xử trí tốt nhưng còn phải làm công tác tư vấn sức khỏe cho người dân, tuyên truyền về vệ sinh phòng bệnh và biết phát động phong trào vận động quần chúng nhân dân trong CSSK. Chính vì vậy ở các đơn vị y tế cơ sở xuất hiện khái niệm CSSKBD hay y tế phổ cập (hiện nay TCYTTG còn đưa ra khái niệm bao phủ y tế toàn dân). Ngoài ra, để có một xã hội khỏe mạnh thì mỗi người dân phải mạnh khỏe và biết tự bảo vệ sức khỏe - đây là phương thức quan trọng nhất trong CSSK. Nhưng người dân không dễ gì có được những kiến thức thông thường về CSSK, về sơ cứu các tai nạn thường xảy ra ở cộng đồng. Cán bộ y tế cơ sở nhất là tuyến y tế thôn/bản và tuyến xã có thể giúp họ một cách hiệu quả nhất trong việc truyền đạt các kiến thức đó. Bởi vậy y tế cơ sở chính là trường học lớn và rộng khắp về tự bảo vệ sức khỏe.

Đơn vị y tế cơ sở phát triển và cung cấp được các dịch vụ có chất lượng cho người dân sẽ tạo ra sự tiết kiệm rất lớn cho người dân trong chăm sóc sức khỏe. Đó chẳng những là do phát hiện bệnh sớm, dễ chữa hơn là lúc bệnh đã nặng mà còn do giảm chi phí đi lại, ăn ở nhất là đối với người nghèo khi phải xa nhà để chữa bệnh. Một nền y tế tốt không những chỉ khám chữa bệnh tốt mà còn phải làm giảm bớt những gánh nặng trong chi phí khám chữa bệnh của người dân, góp phần xóa đói giảm nghèo. Vì vậy củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở còn gắn chặt

với xóa đói giảm nghèo, nhất là ở nông thôn, vùng sâu, vùng xa. Ngoài ra, mọi chủ trương, chính sách của Đảng và Nhà nước về CSSK đều được triển khai đến mọi người dân, vì vậy y tế cơ sở chính là nơi thực hiện trực tiếp và cũng là nơi kiểm nghiệm tính đúng đắn của các chủ trương, chính sách đó. Chính thông qua hoạt động của y tế cơ sở, tính ưu việt hoặc các bất cập yếu kém của các chủ trương, chính sách y tế được phát hiện và dựa trên các bằng chứng từ y tế cơ sở, các nhà hoạch định chính sách về y tế mới có những điều chỉnh để các chủ trương, chính sách phù hợp nhất với thực tiễn.

Phương hướng xây dựng và phát triển y tế cơ sở ở nước ta trong thời gian tới

Phải gắn kết việc hoàn thiện và củng cố y tế cơ sở với thực hiện nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu và luôn luôn đề cao chất lượng của y tế cơ sở. Trước hết cần xác định CSSKBD là nội dung kỹ thuật mà y tế cơ sở phải thực hiện. Nếu không củng cố nhận thức CSSKBD là nội dung hoạt động của y tế cơ sở thì khi xây dựng nền y tế trong cơ chế thị trường định hướng XHCN, y tế cơ sở rất dễ mất phương hướng do tác động của những mặt trái của cơ chế thị trường (đặc biệt là khuynh hướng chỉ chú trọng đến chữa bệnh và đầu tư công nghệ cao chạy theo lợi nhuận). Khi nói tới CSSKBD cần tránh một số nhận thức chưa đầy đủ là: (1) về mặt học thức, trong xã hội (cả người dân lẫn thầy thuốc bao gồm cả cán bộ quản lý) vẫn thường ngộ nhận rằng kiến thức chuyên sâu đặc biệt là y học điều trị chuyên sâu, khó hơn nhiều và cao siêu hơn nhiều so với những kiến thức về CSSKBD. Thường có một sự ngộ nhận rằng so với y học chuyên sâu nội dung của CSSKBD là “*bất biến*” và luôn luôn chỉ là những giải pháp mang tính cộng đồng và giản đơn. Vì vậy những người làm công tác CSSKBD thường bị coi là kém cỏi và tầm thường so với những người làm

y học chuyên sâu đặc biệt là điều trị với kỹ thuật cao; (2) những nhà hoạch định chính sách cũng chưa hiểu đầy đủ về CSSKBĐ và giá trị của các giải pháp mang tính cộng đồng; thường cho rằng nội dung và giải pháp của CSSKBĐ là giản đơn, không cần nhiều trang thiết bị, không cần nghiên cứu, tìm tòi và khuyến khích làm phong phú thêm nội dung và giải pháp của nó. Thực ra CSSKBĐ là sự tích hợp một cách khoa học giữa kiến thức của y học điều trị và y học dự phòng để thực hiện tại cộng đồng, trong lĩnh vực này tuyệt nhiên không thể có sự tích hợp một cách tùy tiện hay ngẫu hứng. Ngoài ra y học càng phát triển chuyên sâu thì nội dung CSSKBĐ càng được đổi mới cả về nội dung lẫn giải pháp. Vì vậy trong khi thực hiện CSSKBĐ chúng ta phải định kỳ tổng kết và làm phong phú thêm nội dung cụ thể của CSSKBĐ (ví dụ vấn đề CSSK người già ở cộng đồng, quản lý cộng đồng với các bệnh mạn tính như đái tháo đường, viêm nghẽn phổi mạn tính, hen, viêm thoái hóa khớp...), đặc biệt là các giải pháp như quản lý sức khỏe theo hộ gia đình, áp dụng bảo hiểm y tế ở cơ sở (không những trong chữa bệnh mà cả trong khám bệnh định kỳ để phát hiện bệnh sớm ở cộng đồng), mô hình bác sỹ gia đình, y tế tại các nhà chung cư cao tầng ở đô thị. Nếu không tổ chức và chăm lo đến việc làm phong phú nội dung CSSKBĐ mà cứ nghĩ rằng nội dung CSSKBĐ là “*bất biến*” thì CSSKBĐ sẽ mất đi sức sống học thuật của nó và làm cho nó bị tàn lụi trước những mặt trái của cơ chế thị trường trong y tế. Trong tình hình hiện nay, khi thực hiện những cơ chế thị trường, rất dễ mắc phải khuynh hướng phát triển y tế toàn cục (từ trung ương đến cơ sở) theo xu thế chữa bệnh là chính, coi nhẹ phòng bệnh và CSSKBĐ. Muốn khắc phục khuynh hướng này cần tăng cường nhận thức về CSSKBĐ và xác định CSSKBĐ là nội dung chính trong hoạt động dịch vụ của các đơn vị y tế cơ sở.

Xây dựng và phát triển y tế cơ sở là để thực hiện công bằng trong CSSK, nhưng nếu y tế cơ sở không mang lại hiệu quả về chuyên môn (khám chữa bệnh, phòng bệnh) và hiệu quả về kinh tế thì bản thân nó cũng không thực hiện được mục tiêu công bằng. Y tế cơ sở là nơi thể hiện rõ nét nhất định hướng công bằng trong CSSK, nhưng công bằng chỉ có khi những người dân được tiếp cận với các dịch vụ y tế ở tuyến cơ sở ngày càng có chất lượng cao.

Phải chống tư tưởng qua loa đại khái trong xây dựng và phát triển y tế cơ sở, đồng thời cũng phải chống bệnh thành tích, chạy theo số lượng về các chỉ tiêu của y tế cơ sở như một số địa phương đã mắc khi xây dựng các xã đạt chuẩn y tế quốc gia hoặc đưa bác sỹ về xã.

Đổi mới nhận thức về vai trò, vị trí của y tế cơ sở gắn với chăm sóc sức khỏe ban đầu từ cách nhìn theo phân cấp hành chính sang phân loại theo chức năng. Trước đây chúng ta đưa ra khái niệm y tế cơ sở dựa trên sự phân tuyến y tế theo phân cấp hành chính: tuyến y tế trung ương (gồm các cơ sở trực thuộc Bộ quản lý, tuyến y tế tỉnh và tuyến y tế cơ sở bao gồm tuyến huyện, tuyến xã và thôn ấp). Cách phân tuyến này có nhiều ưu điểm trong sự quản lý hành chính và phù hợp với thời kỳ bao cấp. Ngày nay trong nền kinh tế thị trường định hướng XHCN, một nét cơ bản nhất trong chuyển đổi y tế là chuyển từ hình thái phục vụ thuần túy sang hình thái dịch vụ có sự đan xen của các yếu tố thị trường (hàng hóa, cạnh tranh, lợi nhuận và giá trị đồng tiền) với các yếu tố nhân đạo và XHCN trong CSSK. Nói đến phục vụ thường ít tính đến sự hạch toán kinh tế, chỉ cốt đạt mục tiêu đề ra, thường không tính đến điều kiện và đức tính hy sinh của người thầy thuốc (là yếu tố và tiêu chí duy nhất đánh giá sự phục vụ). Nhưng khi nói tới dịch vụ thì người ta bắt buộc nói tới hạch toán, thu đủ chi...; hơn nữa, ngoài sự hy sinh

của thầy thuốc còn phải nói tới sự trao đổi giữa thầy thuốc và người bệnh và sự trao đổi này dựa trên những điều kiện nhất định mang tính trao đổi qua lại với nhau và bị thị trường chi phối. Nếu chỉ quan niệm y tế cơ sở với nội dung CSSKBĐ dựa trên phân tuyến hành chính thì cách hiểu này chỉ phù hợp với hình thái phục vụ mà chưa thích hợp với các hình thái dịch vụ. Quan niệm y tế cơ sở với nội dung CSSKBĐ theo phân tuyến hành chính thường mang lại sự phân bố mạng lưới cứng nhắc, mà không đạt được một nguyên tắc phân bố mạng lưới linh hoạt theo cụm dân cư (ở đâu có dân sinh sống ở đấy phải có y tế cơ sở). Hơn nữa rất dễ rơi vào tình trạng Nhà nước hóa tất cả các đơn vị y tế cơ sở trong khi hiện nay các dịch vụ y tế tư nhân nhỏ lẻ cũng đang hình thành và phát triển tại nhiều cụm dân cư.

Quan niệm y tế cơ sở với nội dung CSSKBĐ theo phân tuyến hành chính còn mang lại nhược điểm và hạn chế ở chỗ chỉ nặng về quản lý hành chính mà không coi trọng quản lý kỹ thuật trong CSSKBĐ để ngày một cải tiến và phát triển. Đây là chưa nói đến cách hiểu trên sự phân tuyến hành chính còn mang tư tưởng cấp trên cấp dưới. Để có một bước tiến mới, cần đổi mới nhận thức về vai trò, vị trí y tế cơ sở với nội dung CSSKBĐ. Theo chúng tôi từ cách phân tuyến, chúng ta phải nhận thức y tế cơ sở với nội dung CSSKBĐ là một bộ phận chức năng trong cấu trúc y tế. Cụ thể là trước đây y tế có 4 chức năng trụ cột: phòng bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng và nâng cao sức khỏe, thì ngày nay y tế gồm 5 trụ cột chức năng: phòng bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng, nâng cao sức khỏe và y tế cơ sở với nội dung CSSKBĐ. Y tế cơ sở với nội dung CSSKBĐ là một bộ phận cấu thành mang tính chức năng trong cấu trúc của một nền y tế và là sự tích hợp khoa học của cả 4 cấu thành còn lại (phòng bệnh, chữa bệnh,

phục hồi chức năng và nâng cao sức khỏe). Khi chuyển đổi cách nhìn nhận y tế cơ sở với nội dung CSSKBĐ từ hành chính hóa sang chức năng hóa, chúng ta sẽ tổ chức nó phù hợp với chức năng chứ không phải là ép cho nó chức năng để phù hợp với tổ chức hành chính (tức là sinh ra chức năng trước rồi mới sinh ra tổ chức hay là thành lập tổ chức y tế cơ sở phải phù hợp với chức năng CSSKBĐ), như vậy sẽ linh hoạt và mềm dẻo phù hợp với những gì mà chúng ta đang xây dựng cơ chế thị trường định hướng XHCN. Cần lưu ý rằng bản thân một mình khái niệm y tế cơ sở thường đã bị coi nhẹ, bản thân một mình khái niệm CSSKBĐ cũng bị coi nhẹ. Khi gắn kết hai khái niệm với nhau nếu không chuyển đổi cách nhìn và từ đó mà chuyển đổi tổ chức thì chúng lại càng dễ bị coi nhẹ và bị lấn át trước những mặt trái của cơ chế thị trường trong phát triển y tế.

Củng cố và phát triển mạng lưới y tế cơ sở với nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu phải theo nguyên tắc gần dân, bám sát dân: có nghĩa là mạng lưới y tế cơ sở với nội dung CSSKBĐ càng phải tiến đến sát các cụm dân cư. Ở đâu có dân ở đấy có mạng lưới y tế cơ sở với nội dung CSSKBĐ để sao cho mọi người dân khi ốm đau, bệnh tật đều có thể tiếp cận ngay tại nơi cư trú với nhân viên y tế đã qua đào tạo. Phải mở rộng mạng lưới đến các doanh nghiệp, các trường học, các cơ sở sản xuất khác, chứ không chỉ hạn chế tại các cơ sở theo y tế huyện hay y tế xã. Nhân viên y tế thôn/bản, nhân viên y tế trong các doanh nghiệp và các trường học là những người sống hoặc sinh hoạt trong cụm dân cư nên nắm chắc sức khoẻ của từng hộ gia đình, từng cá nhân. Họ có chức năng truyền thông giáo dục sức khoẻ, hướng dẫn việc phòng bệnh, sơ cứu, chuyển lên các tuyến trên các trường hợp cần điều trị, theo dõi việc uống thuốc của bệnh nhân thuộc chương trình mục tiêu do y tế

cấp trên cung cấp... Thậm chí ở những thôn/bản xa trạm y tế xã cần có nữ hộ sinh thôn/bản để đỡ những ca đẻ thường. Lâu dài chúng ta phải tiến đến xây dựng mạng lưới bác sỹ gia đình (mỗi bác sỹ sẽ chăm sóc một số hộ gia đình hoặc một số người nhất định trong cụm dân cư). Đây là một hình thức thể hiện đầy đủ vai trò của y tế phổ cập và CSSKBD.

Hết sức coi trọng khâu nhân lực cho y tế cơ sở với nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu và coi đây là khâu cốt yếu: Muốn đảm bảo hoạt động của mạng lưới gần dân, thì phải chăm lo việc đào tạo cán bộ với nhiều loại hình sao cho phù hợp các đặc điểm các vùng khác nhau (ví dụ: miền núi vẫn cần đào tạo loại hình y sỹ, nhưng đồng bằng và đô thị phải nghĩ đến mở rộng đào tạo bác sỹ gia đình). Bên cạnh việc phủ kín các chức danh chính cho trạm y tế xã, trung tâm y tế huyện (bác sỹ, điều dưỡng, y sỹ, nữ hộ sinh hay y sỹ sản - nhi, y sỹ đông y hoặc lương y, dược sỹ trung cấp...) thì cần phải thực hiện các giải pháp đào tạo đặc thù cho địa phương (cô đỡ thôn/bản, y sỹ đa khoa cho các tỉnh miền núi; bác sỹ gia đình cho các đô thị). Cần nhanh chóng xác định loại hình bác sỹ gia đình cũng như chức năng, nhiệm vụ và chương trình đào tạo loại hình này. Phải chống tư tưởng cho rằng bác sỹ gia đình là những người không cần chuyên sâu hoặc không giỏi về tay nghề. Thực ra đây là một chuyên ngành y học mà hơn bất cứ chuyên ngành khác ở chỗ, nó đòi hỏi sự tổng hợp nhuần nhuyễn giữa kiến thức, lòng say mê nghề nghiệp, kinh nghiệm và từng trải. Có như vậy mới phát hiện được bệnh tật sớm ở cộng đồng, đặc biệt là những bệnh nguy hiểm để tranh thủ được những giờ phút “vàng” cho việc cấp cứu ở các cơ sở chuyên sâu và mang lại hiệu quả cao đối với việc cứu chữa ở bệnh viện. Trước mắt, trong khi chưa phát triển được việc đào tạo bác sỹ gia đình theo chương trình dài

hạn tại các trường đại học y cần tiến hành đào tạo chuyên khoa I cho các bác sỹ đã và đang công tác tại xã. Trong hình thức đào tạo phải kết hợp dài hạn với ngắn hạn, đào tạo liên tục, kết hợp trung ương với địa phương... nhưng phải chuẩn hóa ở cấp quốc gia về chương trình các loại hình đào tạo và được Nhà nước công nhận về ngạch bậc. Cần phát huy vai trò của y tế tư nhân ngay tại các cấp y tế cơ sở để tận dụng nguồn lực này, đặc biệt là những người đã từng công tác trong ngành y tế nay về nghỉ và đang cư trú trong địa bàn dân cư. Đào tạo nhân lực phải đi đôi với việc sử dụng và đãi ngộ. Trong kinh tế thị trường, mặc dù chúng ta đã nhấn mạnh cụm từ kèm theo là: “*định hướng XHCN*”, nhưng như vậy không có nghĩa là đã loại bỏ ngay được một cách dễ dàng những mặt trái của kinh tế thị trường. Sự cách biệt giữa thành thị và nông thôn hiện nay vẫn còn một khoảng cách khá xa. Nếu không có một chính sách đãi ngộ thích hợp với cán bộ y tế cơ sở thì sự thu hút của thành thị sẽ làm cho y tế cơ sở ngày càng rơi vào tình trạng thiếu hụt nghiêm trọng nguồn nhân lực đặc biệt là đội ngũ bác sỹ.

Tăng cường đầu tư cho y tế cơ sở với nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu. Y tế cơ sở dễ bị coi nhẹ và chưa được ưu tiên trong đầu tư tài chính, nhưng khi có nguồn kinh phí lại thường đầu tư dàn trải và ít tính đến hiệu quả. Vì vậy phải luôn nhấn mạnh đến sự quan tâm xây dựng cơ chế tài chính theo hướng có nguồn đầu tư riêng và ưu tiên đầu tư tài chính từ nguồn Nhà nước cho y tế cơ sở. Hiện nay việc đầu tư cho y tế cơ sở thường được bố trí lẫn vào đầu tư cho y tế dự phòng, trong khi đầu tư cho y tế dự phòng cũng chưa được bố trí đủ theo chỉ tiêu mà Quốc hội đã giao. Mặt khác mạng lưới y tế cơ sở rất rộng lớn, không thể cùng một lúc đầu tư dàn trải mà phải xác định trọng điểm. Ví dụ, cần nhắc nên chẳng huyện nào cũng có bệnh

viện hay nên quy hoạch xây dựng bệnh viện liên huyện (hiện nay ở nhiều địa phương, mạng lưới giao thông liên lạc ngày một tốt hơn, hơn nữa bệnh viện phải có một số giường và một lượng bệnh nhân đủ lớn thì phục vụ mới đỡ tốn kém và trình độ tay nghề cũng như kinh nghiệm của thầy thuốc mới có thể nâng cao). Trạm y tế phường ở các đô thị lớn, nơi đã có bệnh viện liệu có cần bố trí bàn đỡ đẻ và có cần bố trí nữ hộ sinh hay không? Trong khi đó lại phải phủ kín việc cung cấp cô đỡ thôn/bản cùng gói đẻ sạch cho tất cả các thôn/bản xa xôi hẻo lánh ở miền núi. Một điều kiện để tiến hành trang bị kỹ thuật là phải có cán bộ biết sử dụng thiết bị y tế, có như vậy mới tránh được lãng phí.

Kết luận

Gắn chặt xây dựng và phát triển y tế cơ sở cùng với nội dung CSSKBĐ là một hoạt động mang tính chiến lược của y tế Việt Nam. Công việc này có ý nghĩa to lớn về mặt CSSK, làm cho người dân dễ tiếp cận với các dịch vụ y tế, phát hiện bệnh tật sớm và xử trí kịp thời, thực hiện CSSKBĐ và giáo dục sức khỏe. Xây dựng và phát triển y tế cơ sở còn mang ý nghĩa về chính trị trên nhiều mặt: an sinh xã hội, công bằng xã hội, an ninh chính trị, vận động quần

chúng, xây dựng chính quyền cơ sở... Gắn kết và củng cố vai trò, vị trí của y tế cơ sở với nội dung CSSKBĐ tạo ra mối cân bằng hợp lý với các hoạt động khác (đặc biệt là đang có xu thế thiên lệch về phát triển công nghệ cao trong điều trị) trong các dịch vụ CSSK là một cuộc đấu tranh đầy cam go và là một biểu hiện của việc giữ vững những nguyên tắc của CNXH trong nền y tế vận hành theo kinh tế thị trường định hướng XHCN ở nước ta hiện nay. Vì vậy trước mắt cũng như lâu dài, công việc này phải được quan tâm và có kế hoạch cụ thể để thực hiện thắng lợi. Đề nghị Chính phủ cho phép Bộ Y tế thành lập những cơ quan chức năng (cả quản lý lẫn sự nghiệp) chuyên về y tế cơ sở và CSSKBĐ và xác định y tế cơ sở cùng CSSKBĐ là một chức năng cấu thành quan trọng vào loại bậc nhất trong cấu trúc nền y tế Việt Nam. Tiếp nối Chỉ thị 06-CT/TW ngày 22/01/2002 của Ban Chấp hành Trung ương Đảng về củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở thì việc ra đời một văn bản (nghị quyết, chỉ thị...) của lãnh đạo cấp cao Đảng và Nhà nước về gắn kết và xây dựng, phát triển y tế cơ sở với nội dung CSSKBĐ trong tình hình hiện nay là một yêu cầu tất yếu./.

THỰC TRẠNG CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU TẠI CÁC ĐỊA BÀN CƯ TRÚ CỦA ĐỒNG BÀO DÂN TỘC THIỂU SỐ RẤT ÍT NGƯỜI

ThS. Vũ Thị Minh Hạnh⁸, ThS. Trần Xuân Lương⁹ và CS

Tóm tắt

Mạng lưới y tế cơ sở đảm nhận nhiệm vụ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ) đã được bao phủ rộng khắp trên toàn quốc song mới chỉ đáp ứng được một phần nhỏ những nhu cầu cần được CSSK của một bộ phận dân cư, vẫn còn số đông đồng bào các dân tộc thiểu số rất ít người chưa được thụ hưởng hoặc thụ hưởng chưa đầy đủ các dịch vụ CSSK thiết yếu. Các dịch vụ y tế chăm sóc sức khỏe phụ nữ và trẻ em, khám chữa bệnh ban đầu tại các địa bàn cư trú của đồng bào các dân tộc rất ít người ở mức thấp hơn đáng kể so với mặt bằng chung trong toàn quốc. Nhu cầu CSSKBĐ mang tính đặc thù của mỗi dân tộc thiểu số rất ít người còn chưa được quan tâm do các chính sách CSSK chưa có sự điều chỉnh linh hoạt để phù hợp với đặc thù văn hóa của từng dân tộc. Khoảng cách địa lý và thói quen không đến các cơ sở y tế khi có bệnh là hai rào cản lớn nhất đối với đồng bào các dân tộc thiểu số rất ít người hiện nay.

Đặt vấn đề

Ở Việt Nam, hệ thống Y tế được chia làm 3 tuyến: tuyến trung ương, tuyến tỉnh/thành phố và tuyến cơ sở. Y tế cơ sở (YTCS) được xác định bao gồm: y tế huyện/quận/thị xã/thành phố trực thuộc tỉnh và y tế xã/phường/thị trấn. YTCS có vị trí chiến lược đặc biệt quan trọng trong hệ thống Y tế Việt Nam bởi đây là đơn vị kỹ thuật y tế gần dân nhất, phát hiện sớm nhất những vấn đề sức khỏe cộng đồng, giải quyết 80% khối lượng dịch vụ y tế, đặc biệt là với những dịch vụ CSSK ban đầu, là nơi thể hiện rõ nhất sự công bằng trong chăm sóc sức khỏe, nơi trực tiếp thụ hưởng và kiểm chứng các chủ trương, chính sách của Đảng và Nhà nước về y tế.

Việt Nam với 54 dân tộc, trong đó có 53 dân tộc thiểu số chiếm 14,27% dân số cả nước[1].

Trong 53 dân tộc thiểu số, 16 dân tộc có quy mô dân số <10.000 người đã được Chính phủ xếp vào nhóm dân tộc thiểu số rất ít người cần có các chính sách ưu đãi đặc biệt trong phát triển kinh tế xã hội[2]. Các dân tộc thiểu số có quy mô dân số không đồng đều, cư trú phân tán ở hầu hết các tỉnh, thành trong toàn quốc; di sản văn hoá đa dạng, mang bản sắc riêng, rất độc đáo đạt tầm quốc gia, quốc tế nhưng trình độ dân trí và trình độ phát triển kinh tế - xã hội không đều nhau, đặc biệt trong sinh hoạt, vẫn còn chịu ảnh hưởng nặng nề của nhiều phong tục, tập quán lạc hậu. Xuất phát từ bối cảnh trên,

⁸ Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Bộ Y tế.

⁹ Biên tập viên Tạp chí Chính sách Y tế.

với sự hỗ trợ tài chính của Tổ chức Pathfinder International tại Việt Nam; Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Bộ Y tế đã phối hợp với Vụ Địa phương I, Ủy ban Dân tộc tiến hành nghiên cứu “*Đánh giá nhanh về thực trạng mạng lưới cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu và mức độ tiếp cận của đồng bào dân tộc thiểu số rất ít người tại một số địa phương*”. Mục tiêu nghiên cứu bao gồm: (1) Đánh giá thực trạng mạng lưới cung cấp dịch vụ CS SKBD tại các địa bàn cư trú của đồng bào dân tộc thiểu số rất ít người; (2) Phân tích khả năng tiếp cận dịch vụ CS SKBD và tình trạng sức khỏe cùng những vấn đề sức khỏe ưu tiên của họ; (3) Nhận diện rào cản và các nhu cầu chưa được đáp ứng; (4) Đề xuất một số giải pháp hỗ trợ nhằm tăng cường mức độ tiếp cận với dịch vụ CS SKBD, cải thiện tình trạng sức khỏe cho đồng bào các dân tộc thiểu số rất ít người.

Trong khuôn khổ của bài báo này, chúng tôi đề cập đến những thông tin về thực trạng tổ chức mạng lưới và khả năng cung cấp dịch vụ CSSKBD cùng khả năng tiếp cận, một số rào cản và các nhu cầu chưa được đáp ứng của đồng bào các dân tộc thiểu số rất ít người trên cơ sở đó một số nhóm giải pháp hỗ trợ góp phần cải thiện tình trạng sức khỏe cho nhóm dân cư này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành với 13 dân tộc rất ít người, trong đó 5 dân tộc có số dân dưới 1.000 người (Bố Y, Pu péo, Si la, BRâu, Rơ Măm), 5 dân tộc có số dân từ trên 1.000 đến 5.000 người (Lô Lô, Cờ Lao, La Hủ, Mảng, Cống) và 3 dân tộc có số dân từ trên 5.000 đến 10.000 người (Pa Thên, Lự, Chứt). Có 5 dân tộc La Hủ, Lự, Mảng, Cống và Si La cư trú tại tỉnh Lai Châu; 5 dân tộc Pa thên, Lô Lô, Cơ Lao, Bố Y và Pu Péo cư trú tại tỉnh Hà Giang; 1 dân tộc Chứt cư trú tại tỉnh Quảng Bình và 2 dân tộc BRâu và Rơ Măm cư trú tại tỉnh Kon Tum [1].

Nghiên cứu hồi cứu kết hợp với mô tả cắt ngang, thu thập thông tin định tính và định lượng; quan sát thực trạng cơ sở vật chất (CSVC), trang thiết bị (TTB) và hoạt động cung cấp dịch vụ CS SKBD tại Trạm y tế xã. Nghiên cứu được thực hiện tại 10 huyện, 15 xã và 15 thôn/bản có đồng đồng bào dân tộc thiểu số rất ít người cư trú nhất tại 4 tỉnh nêu trên.

Thu thập thông tin bằng Biểu mẫu thống kê tại các cơ sở y tế thuộc địa bàn nghiên cứu, nhập và xử lý thông tin bằng chương trình EXCEL. Thông tin định tính được gỡ băng và tóm tắt theo nhóm chủ đề. Thông tin định lượng thu được từ phỏng vấn nhân viên y tế thôn/bản và đại diện hộ gia đình của 13 dân tộc thiểu số rất ít người được làm sạch, nhập bằng phần mềm Epi Data và xử lý bằng phần mềm SPSS.

Kết quả và bàn luận

1. Thực trạng mạng lưới và khả năng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu

Tổ chức mạng lưới của YTCS hiện đã phủ kín tại hầu hết địa bàn cư trú của đồng bào các dân tộc thiểu số rất ít người. Tỷ lệ thôn bản có nhân viên y tế cao hơn so với mặt bằng chung của cả nước (89,7% đến 100% so với 82,9%). Trong 13 dân tộc được khảo sát, chỉ có dân tộc Cờ Lao là không có nhân viên y tế bản. Độ tuổi trung bình của nhân viên y tế bản tại các địa bàn nghiên cứu là 24 tuổi; đa số nhân viên y tế thôn/bản là nam giới (68,6%).

Về nhân lực tham gia CS SKBD: Số bác sỹ tại đơn vị y tế huyện thuộc địa bàn khảo sát chỉ bằng 1/2 so với mặt bằng chung của các huyện trong cả nước. Trung tâm y tế (TTYT) huyện Ngọc Hồi (KonTum) nơi có dân tộc Brâu cư trú nên chỉ có 6 bác sỹ làm việc. Số bác sỹ làm việc tại tuyến huyện của 8 huyện còn lại cũng chỉ phổ biến ở mức từ 15-25 người trong khi phải

đảm nhiệm cả 2 nhiệm vụ là khám chữa bệnh và phòng bệnh.

Tỷ lệ trạm y tế xã (TYTX) có bác sỹ ở đa số các địa bàn khảo sát đều thấp hơn so với mức trung bình trong toàn quốc (trừ huyện Sa Thầy, Ngọc Hồi và Minh Hóa). Huyện Tam Đường (Lai Châu) nơi có dân tộc Lự hiện chưa có TYTX nào có bác sỹ. Huyện Mường Tè (Lai Châu) nơi cư trú của 4 dân tộc (Mảng, La Hủ, Cống, Si La) cũng chỉ có 1/14 xã có bác sỹ. Các huyện còn lại cũng chỉ có từ 25 đến 50% số TYTX có bác sỹ trong khi tỷ lệ chung của cả nước là 71,9%.

Hiện toàn quốc đã có 95,3% TYTX đã có Nữ hộ sinh/Y sỹ Sản Nhi (NHS/YSSN) là chức danh chuyên môn rất cần thiết đối với TYTX để đảm nhiệm các hoạt động CSSK bà mẹ, trẻ em. Nhưng tại các huyện khảo sát, chỉ có Ngọc Hồi và Quang Bình là đã phủ kín chức danh này cho tất cả các TYTX. Huyện Tam Đường còn 2/14 TYTX chưa có NHS/YSSN. Huyện Quỳnh Bạ đã có với gần 1/2 số TYTX (5/11); huyện Mèo Vạc đã có gần 1/5 số TYTX (3/16). Các huyện còn lại có độ bao phủ của chức danh chuyên môn này tại TYTX hoặc ở mức không đáng kể (Sa Thầy mới có 2/11 TYTX; Minh Hóa mới có 1/16 TYTX) hoặc còn chưa có với tất cả các TYTX trên địa bàn (Mường Tè và Ngọc Hồi).

Cô đỡ thôn bản cũng là một chức danh chuyên môn rất quan trọng tại những vùng có điều kiện tự nhiên, kinh tế, xã hội khó khăn và đặc biệt khó khăn nơi cư trú của các dân tộc thiểu số rất ít người. Kết quả nghiên cứu cho thấy độ bao phủ của Cô đỡ thôn/bản tại các địa bàn nghiên cứu còn thấp và chưa đồng đều. Tam Đường là huyện có độ bao phủ của chức danh này rộng nhất (70,5% số bản); tiếp đến là Sa Thầy (18,7%); Minh Hóa (15,7%) và Ngọc Hồi (7,3%). Tại các huyện vùng núi cao của tỉnh Hà Giang, độ bao

phủ của Cô đỡ thôn/bản hoặc không đáng kể (Mèo Vạc 0,1%; Mường Tè 2,4%) hoặc còn bỏ trống (Quỳnh Bạ, Quang Bình).

Điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị và kinh phí hoạt động của các đơn vị y tế tuyến huyện, xã tại những địa bàn nghiên cứu đều đã đạt được ở mức trung bình so với mặt bằng chung trong cả nước. Trang thiết bị của đa số các bệnh viện đa khoa (BVĐK) huyện được khảo sát đã đạt ở mức trên 70 đến 90% so với danh mục TTB theo quy định của Bộ Y tế. Kinh phí đầu tư trung bình/giường bệnh/năm tại thời điểm năm 2013 phổ biến ở mức từ trên 55 đến 67 triệu đồng, nhiều gấp 1,2 - 1,5 lần so với mức đầu tư trung bình của toàn quốc năm 2010 (41,7 triệu đồng)[3]. Trung tâm Y tế Dự phòng ở một số huyện mặc dù đã được tách ra thành đơn vị độc lập giống như BVĐK huyện song điều kiện cơ sở vật chất hiện còn đang rất khó khăn, đa số đều chưa có trụ sở làm việc trừ huyện Mèo Vạc.

TYTX của các địa phương có đồng bào dân tộc thiểu số rất ít người đều đã được xây dựng kiên cố với danh mục TTB phổ biến đạt từ 50 đến 70% so với quy định của Bộ Y tế. Nhưng chưa được trang bị những thiết bị cần thiết hỗ trợ hữu hiệu cho việc chẩn đoán và điều trị như máy siêu âm, máy xét nghiệm một số chỉ số cơ bản... Đáng chú ý, tại một số TYTX, điều kiện về điện, nước, cơ sở vật chất hiện còn rất khó khăn thiếu thốn, chưa đáp ứng được nhu cầu bảo quản và vận hành các TTB thiết yếu.

100% nhân viên y tế bản tại các địa phương có dân tộc Mảng, Cống, Pà Thên, Brâu cư trú và 42,9% nhân viên y tế bản tại địa bàn có người Mo Rai cư trú đã được trang bị túi cứu thương. Nhưng 75% nhân viên y tế thôn/bản nhận xét tình trạng có túi cứu thương nhưng thiếu cơ số thuốc; 50% nhận xét hiện còn thiếu và 2,3% nhân viên y tế thôn/bản cho biết không

có dụng cụ sơ cấp cứu. Tình trạng này rất phổ biến tại các địa bàn của một số dân tộc như: Mảng, Chứt, Pà Thên...

Về thực trạng cung cấp dịch vụ CS SKBD: Khả năng cung cấp dịch vụ CS SKBD của mạng lưới YTCS tại những địa bàn khảo sát còn nhiều bất cập, hạn chế và thấp hơn nhiều so với mặt bằng chung của toàn quốc nhất là với dịch vụ KCB ở tuyến xã. Tại các thôn/bản, nhân viên y tế thôn/bản đã trực tiếp cung cấp cho đồng bào các dân tộc thiểu số rất ít người một số dịch vụ CS SKBD thiết yếu. Có tới 91,7% nhân viên y tế thôn/bản đã thực hiện tuyên truyền giáo dục sức khỏe tại cộng đồng; 88,4% đã hướng dẫn các biện pháp phòng chống dịch bệnh; 86% hướng dẫn về CSSK BMTE và KHHGD; 85,1% hướng dẫn thực hiện các chương trình y tế (Tiêm chủng, Phòng chống suy dinh dưỡng, Phòng chống HIV/AIDS...); 78,5% quản lý và sử dụng túi y tế thôn/bản; 74,4% thực hiện sơ cấp cứu và chăm sóc bệnh thông thường...

2. Thực trạng tiếp cận dịch vụ CS SKBD

Với dịch vụ truyền thông giáo dục sức khỏe: Có từ 70 đến 90% và từ 20 đến 40% hộ gia đình các dân tộc thiểu số rất ít người tại những địa bàn nghiên cứu đã từng được tiếp cận với nhân viên TYTX và y tế thôn/bản để được chỉ dẫn về cách điều trị (86,9% và 24,9% với người lớn; 83,6% và 27,2% với trẻ nhỏ); được khám thai (85% và 24,1%); được phòng tránh thai (79,8% và 29,8%); được chăm sóc trẻ sơ sinh (74,7% và 26%) và phòng chống dịch bệnh (74,1% và 40,3%)... Vẫn còn một tỷ lệ không nhỏ hộ gia đình tìm đến với thầy cúng, thầy mo khi có người bị bệnh (14,5% với người lớn và 12,5% với trẻ em) và 10% số hộ đã từng tham khảo ý kiến già làng/trưởng họ về các biện pháp phòng ngừa dịch bệnh.

Với các dịch vụ CS SKSS BMTE, KHHGD và Y tế dự phòng:

Tỷ lệ phụ nữ mang thai được khám thai đầy đủ 3 lần của 8/13 dân tộc khảo sát ở mức thấp hơn so với tỷ lệ này của toàn quốc vào năm 2011 (82,6%). Đặc biệt có 4 dân tộc tỷ lệ phụ nữ mang thai được khám thai đầy đủ 3 lần thấp hơn rất nhiều như dân tộc Mảng (29,5%), Cống (30,2%), Chứt (55%) và Bô Y (58%). Tỷ lệ phụ nữ được khám phụ khoa trong năm còn rất thấp với số đông các dân tộc thiểu số rất ít người. Đáng chú ý với dân tộc Mảng, không có phụ nữ nào được khám phụ khoa trong năm 2013.

Tỷ lệ phụ nữ mang thai được nhân viên y tế hỗ trợ khi sinh con chỉ đạt mức trung bình, thậm chí còn rất thấp: Si La (65%), Rơ Măm (52%), Cống (50%), Pu Páo (40%), Mảng (12%). Cả 13 dân tộc trong diện khảo sát không có dân tộc nào đạt được mức trung bình của toàn quốc (năm 2011) về tỷ lệ phụ nữ sinh con có sự hỗ trợ của nhân viên y tế (97%).

Tỷ lệ trẻ em dưới 1 tuổi được tiêm chủng đầy đủ chỉ đạt ở mức phổ biến từ 60 đến 90%, trong đó có 6 dân tộc đã đạt từ 90% trở lên, bao gồm dân tộc Lự (96,5%), Pà Thên, Cờ Lao (95%), Cống (92%), La Hủ và Si La (90%). Đặc biệt với dân tộc Mảng, tỷ lệ tiêm chủng cho trẻ em dưới 1 tuổi hiện đang ở mức thấp nhất trong 13 dân tộc được khảo sát (56,3%); tiếp đến là dân tộc Chứt (65,2%); dân tộc Lô Lô (69,8%)... trong khi tỷ lệ này của cả nước năm 2011 là 96%. Tỷ lệ trẻ em từ 6 đến 36 tháng tuổi được uống Vitamin A 2 lần/năm tương đối cao, hầu hết đều đạt từ 90 đến 100%. Cá biệt có dân tộc Mảng đạt ở mức thấp hơn (85%).

Tỷ lệ cặp vợ chồng sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại không đồng đều và có sự chênh lệch đáng kể giữa các dân tộc được khảo sát; 4 dân tộc Pà Thên, Lự, Si La và Brâu có tỷ

lệ các cặp vợ chồng sử dụng biện pháp tránh thai hiện đại cao trên 70%, trong khi dân tộc Mảng chỉ có 40% và dân tộc Lô Lô 33,2%.

3. Các yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe, những rào cản trong tiếp cận dịch vụ và nhu cầu chưa được đáp ứng trong CSSKBD của đồng bào dân tộc thiểu số rất ít người

- **Tập quán làm nhà ở sát vách rừng/cửa rừng:** Đồng bào các dân tộc thiểu số rất ít người có tập quán sản xuất, canh tác dựa hoàn toàn vào nương rẫy, họ thường làm chòi ở ngay sát cửa rừng, vách rẫy, thậm chí dân tộc Chứt ở Quảng Bình trước đây còn ở trong cửa hang là những nguy cơ phơi nhiễm với các bệnh sốt rét, sốt xuất huyết...

- **Làm rẫy ở xa nhà và sống trong rẫy dài ngày:** Có 10/13 dân tộc thiểu số rất ít người được khảo sát gắn liền với phương thức sản xuất nương rẫy (trừ các dân tộc Pà Thẻn, Bô Y, Lự). Vào thời điểm mùa vụ bà con thường ở luôn trong rẫy từ 10-15 ngày/đợt (dân tộc Rơ Măm, Brâu), thậm chí 2 tháng/đợt (dân tộc Cống, Si La, Chứt). Trẻ em kể cả vừa sinh cũng phải theo mẹ vào sống ở trong rẫy. Vì vậy các hoạt động về CS SK BMTE nhất là về tiêm chủng mở rộng, khám phụ khoa, khám thai, cấp phát các phương tiện tránh thai... ở những vùng này thường gặp rất nhiều khó khăn.

- **Chăn nuôi gia súc dưới sàn nhà hoặc thả rông và phóng uế bừa bãi:** Các dân tộc thiểu số rất ít người chăn nuôi gia súc ngay dưới gầm sàn hoặc thả rông (trừ một số dân tộc như: Brâu, Lự, Pà Thẻn, Bô Y...). Họ quan niệm thả rông thịt gia súc, gia cầm mới ngon nên nhất định không chăn nuôi bằng chuồng trại (dân tộc Cống, Si La). Đa số họ không có nhà vệ sinh hoặc có (do Nhà nước chi kinh phí hỗ trợ) thì cũng không có thói quen sử dụng hoặc không có nước để sử dụng vào mùa khô hạn thường

kéo dài 6 tháng/năm. Bởi vậy họ thường phóng uế bừa bãi gây ô nhiễm môi trường và tiềm ẩn nhiều nguy cơ mắc các bệnh về tiêu hóa.

- **Lạm dụng rượu:** Sử dụng rượu vượt ngưỡng cho phép là hiện tượng phổ biến đối với hầu hết các dân tộc thiểu số rất ít người. Uống rượu đã trở thành thói quen hàng ngày của mọi người dân trong bản từ già đến trẻ không phân biệt phụ nữ hay nam giới. Họ có thể thiếu cơm chứ không thể thiếu rượu (dân tộc Chứt, Mảng). Cả bản tự nấu rượu, bình quân một hộ gia đình thuộc dân tộc Chứt thường nấu khoảng 90 đến 100 lít rượu/tháng. Vào những dịp giáp hạt khi được nhà nước cấp phát gạo cứu đói, có bà con mang đổi ngay lấy rượu uống. Hành vi này tiềm ẩn nhiều nguy cơ mắc các bệnh về loạn thần, ung thư, tiêu hóa và chấn thương...

- **Uống nước lã, không nằm màn, ăn gỏi sống, không tắm giặt/tắm khô:** Đây là những tập quán gây nhiều bất lợi đối với sức khỏe của hầu hết các dân tộc thiểu số rất ít người trong cả nước kể cả với những dân tộc có mức độ phát triển kinh tế, xã hội tương đối cao như Pà Thẻn, Brâu. Nguồn nước sinh hoạt của họ thường bị ô nhiễm và chưa được xử lý, do vậy việc uống nước lã lại càng có nhiều nguy hại hơn nữa. Dân tộc Rơ Măm có thói quen ăn gỏi sống trong điều kiện nguồn nước và vệ sinh môi trường không đảm bảo. Dân tộc Mảng có thói quen không tắm giặt bằng nước mà chỉ tắm khô cũng là một nguy cơ mắc bệnh tật không thể xem nhẹ.

- **Điều kiện địa hình chia cắt, giao thông đi lại khó khăn:** Đa số các dân tộc thiểu số rất ít người trong cả nước đều cư trú tại các địa bàn có địa hình hiểm trở, giao thông không thuận lợi (trừ dân tộc Brâu, Pà Thẻn), cách xa trung tâm xã, trung tâm huyện hàng chục km và cách xa trung tâm tỉnh hàng trăm km vì vậy thường gặp nhiều khó khăn khi có nhu cầu cần được CSSK tại các cơ sở y tế.

• **Khoảng cách từ nhà đến các cơ sở y tế xa hơn nhiều so với mức trung bình của các xã vùng khó khăn:** Khoảng cách từ nhà đến bệnh viện Đa khoa tỉnh của dân tộc Rơ Măm là 98 km, dân tộc Mảng 87,5 km, dân tộc Bô Y 40 km và gần nhất là dân tộc Lự 15 km. Ô tô và xe máy là 2 phương tiện mà đồng bào thường sử dụng để di chuyển đến bệnh viện Đa khoa tỉnh. Khoảng cách từ nhà đến bệnh viện Đa khoa huyện của dân tộc La Hủ trên 100 km, của dân tộc Rơ Măm 65 km, dân tộc Chứt 45 km, dân tộc Pu Péo 30 km và dân tộc Lô Lô 29 km. Có 3 dân tộc (Cống, Cơ lao, Brâu) cách xa từ 20 - 25 km và 4 dân tộc (Bô Y, Pà Thên, Si La, Lự) cách xa bệnh viện Đa khoa huyện dưới 20 km. Xe máy là phương tiện chủ yếu được đồng bào sử dụng để di chuyển đến bệnh viện Đa khoa huyện. Cá biệt dân tộc Lô Lô mặc dù ở cách xa khoảng 29 km nhưng vẫn có một tỷ lệ đáng kể đi bộ (11,2%) và đi xe đạp (44,4%) đến bệnh viện Đa khoa huyện. Khoảng cách từ nhà đến Phòng Khám Đa khoa khu vực của 4 dân tộc Mảng, Pà Thên, Brâu, Rơ Măm trung bình 6 km và họ thường đi bằng xe máy và xe đạp để đến địa điểm này. Với TYTX, thường cách nhà trung bình là 10 km và đồng bào thường đi đến đó bằng cả xe máy, xe đạp và đi bộ (với đồng bào ở các tỉnh miền núi phía Bắc). Cá biệt có một số bản của dân tộc La Hủ hiện đang ở cách xa TYTX từ 20-30 km và đồng bào thường chỉ đi bộ hoặc đi xe đạp đến trạm vì không có xe máy.

• **Tập quán lạc hậu trong CSSK đã và đang tồn tại dai dẳng:** Kết hôn sớm, sinh con lần đầu dưới 18 tuổi. Có 4/13 dân tộc được khảo sát hiện vẫn có tình trạng tảo hôn mang tính phổ biến, đó là: Rơ Măm (kết hôn từ 14-15 tuổi), dân tộc Chứt (kết hôn từ 15-16 tuổi), dân tộc Pu Péo và dân tộc Mảng (kết hôn từ 15-17 tuổi). Tuổi mang thai lần đầu của mỗi dân tộc thường có sự khác biệt; dân tộc Pu Péo có trung bình

tuổi mang thai lần đầu cao nhất (24 tuổi), tiếp đến 6 dân tộc có tuổi trung bình mang thai lần đầu là 20 (Pà Thên, Bô Y, Lô Lô, Cờ Lao, Si La, Lự). Số còn lại có tuổi trung bình mang thai lần đầu dưới 20 tuổi, trong đó tuổi mang thai lần đầu thấp nhất là các dân tộc Chứt, Brâu, Cống (18 tuổi). 4 dân tộc có tỷ lệ những người mang thai lần đầu dưới 18 tuổi cao gồm: Brâu (41,6%), Chứt (30,8%), Cống (28,6%) và Mảng (26,3%); tỷ lệ này cao hơn rất nhiều so với mức trung bình trong toàn quốc năm 2013: 4,7% [5].

Có 11/13 dân tộc được khảo sát hiện vẫn còn đa số phụ nữ sinh con tại nhà. Tỷ lệ này cao từ 90% trở lên với một số dân tộc như Pu Péo, Cống, La Hủ, Si La, Lô Lô, Mảng, Chứt. Tỷ lệ này thấp hơn với một số dân tộc còn lại như Lự (53,6%), Rơ Măm (48%), Cơ Lao (30%) song vẫn cao hơn nhiều lần so với mặt bằng chung trong toàn quốc (7,4%). Tập quán sinh con tại nhà khác nhau ở mỗi dân tộc. Dân tộc Cống thường quây cao và cho người phụ nữ đẻ ngồi ở góc nhà do mẹ và mẹ vườn đỡ. Dân tộc Bô Y cho đẻ ở ngoài sân và thường kiêng không mua tã lót đồ dùng từ trước, chờ sinh xong mới mua. Dân tộc Cờ Lao cho đẻ ngoài sân và chỉ mẹ và chị mới được đỡ. Dân tộc Si La, La Hủ, Lự đẻ tại nhà nhưng không sử dụng gói đẻ sạch. Dân tộc Mảng đẻ tại nhà do chồng hoặc mẹ vườn đã có 7-8 con đỡ. Dân tộc Chứt đẻ ở lán ngoài sân 3 ngày, 3 đêm không được vào nhà do mẹ vườn cao tuổi đỡ và cất rón bằng que nứa. Dân tộc Rơ Măm đẻ ở chòi ngoài vườn do mẹ vườn đỡ... Tập quán sinh con tại nhà đa dạng nêu trên luôn tạo ra sức ép, níu giữ phụ nữ có thai không đến sinh ở cơ sở y tế đồng thời tiềm ẩn nhiều yếu tố gây ảnh hưởng bất lợi đến sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh của các dân tộc thiểu số rất ít người. Dân tộc Mảng, số trẻ sinh ra hàng năm chỉ vừa bằng số người chết và tuổi thọ hiện đang rất thấp, chỉ đạt 40-45 tuổi.

• **Hiểu biết về bảo vệ sức khỏe và nâng cao sức khỏe rất hạn chế:** Trình độ học vấn thấp, hạn chế về khả năng giao tiếp bằng tiếng phổ thông, thiếu điện lưới quốc gia... nên đa số đồng bào dân tộc thiểu số rất ít người thường gặp khó khăn trong tiếp cận với các kênh thông tin truyền thông giáo dục sức khỏe. Cá biệt có những địa phương bà con chỉ quan tâm đến các chương trình giải trí mà không quan tâm đến các thông tin về bảo vệ sức khỏe và nâng cao sức khỏe. Chính vì vậy, hầu hết họ không có những hiểu biết cần thiết và chủ động trong phòng bệnh cũng như chữa bệnh. Thẻ BHYT là công cụ hữu ích giúp bà con tăng thêm khả năng tiếp cận với dịch vụ KCB song vẫn còn một tỷ lệ đáng kể (45% và 80%) hộ gia đình tại địa bàn nghiên cứu hiểu và hiểu chưa đầy đủ về các quyền lợi cũng như quy định khi sử dụng thẻ BHYT.

• **Nhờ người đi xin thuốc ở TYTX khi bị ốm:** là hiện tượng tương đối phổ biến đối với đồng bào dân tộc thiểu số rất ít người trong toàn quốc. Khi bị bệnh, bà con thường không đến khám ở TYTX mà chỉ nhờ người ra xin thuốc, họ không cần biết là mình bị bệnh gì cũng như không cần biết đến những chỉ định điều trị của nhân viên y tế. Đặc biệt, một số dân tộc: Mảng, La Hủ, Chứt một người có thể đi xin thuốc điều trị cho nhiều người trong cùng một lần đến TYTX và họ thường không bằng lòng thậm chí còn tỏ thái độ ty nạnh khi nhân viên y tế cấp phát số lượng thuốc và các loại thuốc khác nhau theo từng bệnh nhân.

• **Mời thầy cúng khi bị ốm:** Hầu hết các dân tộc thiểu số rất ít người hiện vẫn còn tập quán mời thầy mo, thầy cúng khi bị ốm, tuy nhiên với từng dân tộc mức độ có thể khác nhau. Người dân tộc La Hủ, Mảng, Cống, Si La, Pu Páo, Chứt, Rơ Măm khi có dấu hiệu bất thường về sức khỏe thường tìm đến thầy mo, thầy cúng tại

bản để nhờ hóa giải, chỉ khi nào bệnh có diễn biến nặng hơn thì họ mới đến các cơ sở y tế trên địa bàn để được KCB. Cá biệt có một số dân tộc Pà Thẻn, Bô Y chỉ tìm đến thầy cúng khi bị bệnh nặng sau khi đã đến KCB tại các cơ sở y tế mà vẫn không thuyên giảm.

• **Nhận phương tiện tránh thai nhưng không sử dụng:** Đa số các dân tộc được khảo sát đều không có thói quen sử dụng các biện pháp tránh thai nhất là với các dân tộc ở miền núi phía Bắc và dân tộc Chứt ở Quảng Bình. Khi được cấp phát các biện pháp tránh thai họ vẫn nhận nhưng không áp dụng và phụ nữ các dân tộc thiểu số rất ít người thường có đông con do đẻ sớm, đẻ dày, đẻ nhiều. Điều kiện CSSK bà mẹ, trẻ em cũng vì vậy mà bị hạn chế.

• **Khả năng chi trả hạn chế:** Tỷ lệ hộ gia đình gặp khó khăn và rất khó khăn khi sử dụng dịch vụ KCB tương đối cao, nhất là khi đi các cơ sở y tế ở tuyến trên: trên 70% đối với BVĐK tỉnh; 37,5% với BVĐK huyện; 16,7% đối với Phòng Khám Đa khoa khu vực và 5,8% với TYTX. Đây chính là một trở ngại lớn, cản trở khả năng tiếp cận với dịch vụ CSSK có chất lượng của đồng bào các dân tộc thiểu số rất ít người, nhất là với dịch vụ KCB tại các cơ sở y tế tuyến trên.

• **Khó khăn khi giao tiếp bằng tiếng phổ thông:** Sự khác biệt về ngôn ngữ giao tiếp cũng là một trong những rào cản làm hạn chế khả năng tiếp cận dịch vụ CSSK của đồng bào các dân tộc thiểu số rất ít người nhất là với một số dân tộc cư trú ở các khu vực có điều kiện địa hình bị chia cắt, cô lập như: Cờ Lao, Lô Lô, Rơ Măm...

Kết luận

Mạng lưới YTCS, mặc dù đã được bao phủ rộng khắp và không ngừng được củng cố, hoàn thiện tại địa bàn các dân tộc thiểu số rất ít người,

nhieu dịch vụ CS SKBD đã ngày càng đến được gần với người dân hơn, song các cơ sở y tế tuyến huyện, xã tại những khu vực này hiện cũng đang phải đối mặt với nhiều khó khăn, thách thức như: chưa đồng bộ về mô hình tổ chức; thiếu nhân lực y tế đặc biệt là với nhân lực y tế trình độ chuyên môn cao, điện, nước, cơ sở vật chất hiện còn rất khó khăn chưa đáp ứng được nhu cầu bảo quản và vận hành các TTB thiết yếu, thiếu những thiết bị cần thiết hỗ trợ hữu hiệu cho việc chẩn đoán và điều trị. Khả năng cung cấp dịch vụ CS SKBD nhất là về KCB vẫn còn nhiều hạn chế, chưa đáp ứng được nhu cầu thiết yếu của người dân ở địa phương. Mức độ tiếp cận với các dịch vụ CS SKSS BMTE, KHHGD và phòng bệnh không đồng đều, nhiều chỉ số thấp hơn đáng kể so với mức trung bình toàn quốc. Các tập quán làm nhà ở sát vật rừng/cửa rừng; làm rẫy ở xa nhà và sống trong rẫy dài ngày; chăn nuôi gia súc dưới sàn nhà hoặc thả rông và phóng uế bừa bãi; lạm dụng rượu bia; uống nước lã, không nằm màn, ăn gói sống, không tắm giặt là những yếu tố nguy cơ trong tiếp cận dịch vụ CSSKBD của đồng bào dân tộc thiểu số rất ít người. Điều kiện địa hình chia cắt, giao thông đi lại khó khăn; khoảng cách từ nhà đến các cơ sở y tế xa hơn nhiều so với mức trung bình của các xã vùng khó khăn; thói quen và tập quán lạc hậu trong CSSK đã và đang tồn tại dai dẳng; tập quán sinh đẻ tại nhà; hiểu biết về bảo vệ sức khỏe và nâng cao sức khỏe rất hạn chế; nhờ người đi xin thuốc ở TYTX khi bị ốm; mời thầy cúng khi bị ốm; nhận phương tiện tránh thai nhưng không sử dụng; khả năng chi trả hạn chế và khó khăn khi giao tiếp bằng tiếng phổ thông là những rào cản trong tiếp cận dịch vụ CS SKBD của đồng bào dân tộc thiểu số rất ít người.

Khuyến nghị

1. Một số giải pháp tăng cường khả năng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu tại địa bàn có đồng bào dân tộc thiểu số rất ít người

Tại các thôn bản: Triển khai các khóa tập huấn hàng năm, thường xuyên cập nhật kiến thức, kỹ năng chuyên môn cho nhân viên y tế thôn bản. Tập huấn đào tạo Cô đỡ thôn bản ngay tại địa phương để phủ kín cho các buôn, làng nhất là ở những địa bàn có dân tộc thiểu số rất ít người với tỷ lệ sinh tại nhà cao như: Pu Péo, Lô Lô, Mảng, La Hủ, Cống, Si La, Chút, Rơ Măm. Chọn Cô đỡ thôn/bản là người có uy tín, người có tuổi, từng là mẹ vườn có nhiều kinh nghiệm, người nhiệt tình, có sức khỏe, kỹ năng giao tiếp tốt... Các Cô đỡ thôn bản cần được trang bị những kiến thức, kỹ năng cần thiết để có thể tiếp cận, truyền thông, tư vấn cho phụ nữ về cách thức CSSK BMTE và sàng lọc phát hiện giúp chuyển tuyến kịp thời các trường hợp có nguy cơ tai biến khi sinh. Hỗ trợ nguồn lực để trang bị đầy đủ túi y tế thôn/bản có cơ sở thuốc thiết yếu cùng trang thiết bị sơ cấp cứu, bơm kim tiêm... Trang bị xe máy cho nhân viên y tế thôn bản ở những bản cách xa TYTX. Trang bị loa cầm tay cho các bản có địa hình hiểm trở, bị chia cắt, chưa có nhà văn hóa và bộ dụng cụ truyền thông cho những bản đã có nhà văn hóa và cách xa TYT để nhân viên y tế thôn bản hàng tháng thực hiện truyền thông giáo dục sức khỏe cho người dân địa phương nâng cao nhận thức thay đổi hành vi có lợi cho sức khỏe, như: Phòng chống dịch bệnh, phòng chống suy dinh dưỡng, làm mẹ an toàn, kế hoạch hóa gia đình, quyền lợi và thủ tục khi sử dụng thẻ BHYT, xóa bỏ tập tục tảo hôn và hôn nhân cận huyết thống.

Tại trạm y tế xã: thành lập các Phân trạm của TYTX tại những bản cách xa >15km có

điều kiện địa hình hiểm trở, giao thông đi lại khó khăn để tăng cường khả năng cung cấp và tăng mức độ tiếp cận dịch vụ CS SKBD cho bà con. Ban hành các chính sách ưu đãi trong đào tạo, tuyển dụng và đãi ngộ dành cho nhân viên TYTX nhất là với các xã ở vùng đặc biệt khó khăn và là người của đồng bào dân tộc thiểu số rất ít người. Nâng cấp nhà trạm, mở rộng thêm một số phòng chức năng, hỗ trợ xây dựng nhà công vụ cho nhân viên TYTX để phục vụ chỗ ở cho những người không phải là người địa phương hoặc từ tuyến luân phiên có thời hạn về Trạm. Trang bị xe máy cho nhân viên và bộ thiết bị truyền thông cho TYTX.

Tại Phòng Khám Đa khoa khu vực: Tăng cường nhân lực có trình độ chuyên môn cao, chú trọng đào tạo liên tục và đào tạo mới một số kỹ thuật chuyên sâu giúp nhân viên của PKĐKKV tại địa bàn có dân tộc thiểu số rất ít người có thể cập nhật những kiến thức, kỹ năng chuyên môn nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ của cơ sở. Hỗ trợ xây dựng nhà công vụ cho nhân viên PKĐKKV và trang bị một số thiết bị thiết yếu giúp nâng cao hiệu quả KCB tại xã như: máy siêu âm đen trắng, máy xét nghiệm một số chỉ số cơ bản.

Tại Bệnh viện Đa khoa huyện: Ban hành và triển khai thực hiện một số chính sách ưu đãi nhằm thu hút, giữ chân nhân viên y tế có trình độ chuyên môn cao: hỗ trợ cấp đất hoặc được mua đất giá rẻ để làm nhà, ưu đãi trong đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn cùng các chế độ đãi ngộ khác... Hỗ trợ nguồn lực (trang thiết bị truyền thông; tài liệu tuyên truyền với nhiều hình ảnh, có cả chữ dân tộc; phương tiện đi lại...) để tăng cường hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe tại các thôn bản thuộc vùng đặc biệt khó khăn vào thời điểm thích hợp (không phải vào lúc mùa vụ sản xuất) nhằm giúp người dân nâng cao nhận thức, thay đổi các

tập quán thói quen lạc hậu trong sản xuất, sinh hoạt và CSSSK. Hỗ trợ nguồn lực (trang thiết bị, thuốc và phương tiện đi lại...) triển khai KCB lưu động tại thôn bản ở xa TYTX và BVĐK huyện theo định kỳ 2 lần/năm với những danh mục như: khám phụ khoa, khám thai, khám sức khỏe định kỳ, tư vấn về phòng bệnh, KCB... và vào những thời điểm thích hợp không phải mùa vụ sản xuất... Huy động nhân lực của Hội Cựu Thày thuốc và Hội Thày thuốc trẻ tại các địa phương cùng tham gia vào các hoạt động cung cấp dịch vụ lưu động tại cộng đồng.

2. Một số giải pháp hỗ trợ tăng cường mức độ tiếp cận dịch vụ CSSK cho đồng bào dân tộc thiểu số

Điều chỉnh linh hoạt giữa các địa bàn về danh mục chi trả của BHYT theo hướng mở rộng thêm các dịch vụ được thanh toán trong KCB ở tuyến YTCS nhất là tuyến xã sao cho phù hợp với nhu cầu của đồng bào các dân tộc thiểu số rất ít người. Hỗ trợ phụ nữ mang thai sinh con tại cơ sở y tế theo đúng Chính sách Dân số - KHHGD. Hỗ trợ chi phí đi lại cho phụ nữ khám thai đủ các lần theo quy định và hỗ trợ tiền ăn, tiền đi lại cho bệnh nhân đi KCB tại TYTX (BHYT hiện chưa hỗ trợ chi trả cho khoản chi này). Hỗ trợ cung cấp nước sạch và làm nhà vệ sinh hợp tiêu chuẩn, xây chuồng chăn nuôi gia súc... nhằm đảm bảo vệ sinh môi trường cho đồng bào các dân tộc thiểu số.

3. Giải pháp huy động nguồn lực để thực thi các giải pháp

Trong bối cảnh giảm mạnh đầu tư công giai đoạn 2016-2020 theo định hướng của Chính phủ, để thực thi được các giải pháp hỗ trợ nêu trên cần thiết phải huy động được nguồn lực từ nhiều phía, bao gồm: Nguồn ngân sách Nhà nước thuộc các Đề án hỗ trợ phát triển kinh tế

xã hội cho vùng đồng bào các dân tộc thiểu số rất ít người theo tinh thần của Nghị định số 05/2011/NĐ-CP; nguồn viện trợ quốc tế; nguồn

hỗ trợ từ các Tổ chức phi chính phủ trong nước và quốc tế; các tổ chức xã hội từ thiện; các Hội nghề nghiệp.../.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tổng cục Thống kê (2010), *Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2009*.
2. Nghị định số 05/2011/NĐ-CP của Chính phủ ngày 14 tháng 01 năm 2011 về *Công tác dân tộc*.
3. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, 2012, *Đánh giá kết quả 10 năm triển khai thực hiện Chỉ thị số 06-CT/TW*.
4. Hoàn, L.Q., B.T. Tâm, T.T.M. Oanh, cộng sự (2000), *Đánh giá thực trạng đào tạo nhân viên y tế thôn bản hiện nay*. Viện Chiến lược và Chính sách y tế, Bộ Y tế, Hà Nội.
5. Tổng cục Thống kê (2011), *Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ 2011*, Hà Nội.

MÔ HÌNH TỔ CHỨC MẠNG LƯỚI Y TẾ CƠ SỞ ĐẢM BẢO TÍNH LỒNG GHÉP TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU

TS. Phạm Văn Tác¹⁰

Tóm tắt

Mạng lưới y tế cơ sở là tuyến y tế gần dân, chăm sóc sức khỏe với chi phí thấp, là nơi thể hiện sự công bằng, hiệu quả, chính sách ưu việt của Đảng và Nhà nước ta; trải qua các thời kỳ phát triển kinh tế - xã hội, mạng lưới y tế cơ sở đã nhiều lần thay đổi nhưng mô hình tổ chức, cơ chế quản lý vẫn còn có những bất cập chưa đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân. Nhằm hạn chế các bất cập, chông chéo trong tổ chức và cơ chế quản lý điều hành, song song với tăng cường lãnh đạo, chỉ đạo của các cấp ủy Đảng, chính quyền địa phương đòi hỏi phải có các giải pháp tổ chức mạng lưới y tế cơ sở một cách đồng bộ về tổ chức, cơ chế quản lý, cũng như chức năng nhiệm vụ của đơn vị y tế cơ sở; đồng thời phải tăng cường năng lực chuyên môn cho cán bộ y tế cơ sở kèm theo các chế độ chính sách phù hợp khuyến khích cán bộ y tế có trình độ chuyên môn giỏi đến làm việc và gắn bó lâu dài với y tế cơ sở đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe ban đầu và nâng cao sức khỏe nhân dân.

Đặt vấn đề

Hệ thống y tế ở nước ta được thiết lập ngay từ khi đất nước giành được độc lập dân tộc và thống nhất đất nước, đến nay hệ thống tổ chức y tế bao gồm 4 tuyến: Tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện và tuyến xã; mạng lưới y tế cơ sở được xác định có các đơn vị y tế tuyến huyện và tuyến xã (bao gồm cả y tế thôn, bản). Trải qua mỗi giai đoạn, thời kỳ phát triển kinh tế - xã hội của đất nước, mô hình tổ chức và hoạt động của mạng lưới y tế cơ sở có những thay đổi nhất định, đã có những đóng góp to lớn trong công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân đáp ứng yêu cầu của công cuộc bảo vệ và xây dựng đất nước.

Chỉ thị số 06-CT/TW ngày 22/01/2002 của Ban Bí thư đã chỉ rõ: (1) Nhận thức đầy đủ về

vai trò của y tế cơ sở và trách nhiệm lãnh đạo, chỉ đạo của các cấp ủy đảng, chính quyền; tập trung ở hai điểm (i) Mạng lưới y tế cơ sở gồm y tế thôn, bản, xã, phường, thị trấn, quận, huyện, thị xã; đây là tuyến y tế gần dân, chăm sóc sức khỏe với chi phí thấp, là nơi thể hiện sự công bằng, chính sách ưu việt của Đảng và Nhà nước ta. (2) Củng cố tổ chức, đổi mới phương thức hoạt động, nâng cao chất lượng và hiệu quả của mạng lưới y tế cơ sở; tập trung ở ba điểm (i) Củng cố tổ chức và đổi mới phương thức hoạt động của Ban chăm sóc sức khỏe nhân dân, tăng cường phối hợp liên ngành; (ii) Xây dựng và ban hành chính sách ưu tiên chăm sóc sức khỏe nhân dân vùng miền núi, vùng khó khăn; (iii) Xây dựng chuẩn quốc gia về y tế cơ sở, nâng

¹⁰ Vụ trưởng Vụ Tổ chức cán bộ, Bộ Y tế.

cao năng lực chuyên môn và y đức, quản lý và phát huy vai trò của y tế ngoài công lập. (3) Tăng cường cán bộ và trang bị kỹ thuật cho mạng lưới y tế cơ sở; tập trung ở ba điểm (i) Mở rộng các hình thức đào tạo, ưu tiên đào tạo cán bộ người dân tộc tại chỗ; (ii) Bảo đảm đủ chức danh cán bộ trạm y tế; (iii) Có chính sách đãi ngộ thích hợp. (4) Có chính sách đầu tư thích hợp để củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở; tập trung ở ba điểm (i) Có kế hoạch điều chỉnh phân bổ ngân sách; (ii) Đảm bảo kinh phí hoạt động thường xuyên của trạm y tế xã; (iii) Phát triển bảo hiểm y tế ở nông thôn, đặc biệt chú ý đến người nghèo, đối tượng chính sách. (5) Nâng cao trách nhiệm của các ngành, đoàn thể trong việc củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở, thể hiện ở hai điểm (i) Xây dựng các văn bản pháp luật và chính sách liên quan, tăng cường kiểm tra giám sát, nâng cao hiệu quả đầu tư; (ii) Ban Khoa giáo Trung ương và Ban Cán sự Đảng Bộ Y tế có trách nhiệm hướng dẫn, kiểm tra, đánh giá định kỳ báo cáo Ban Bí thư Trung ương Đảng.

Kết luận số 43-KL/TW ngày 01/4/2009 của Bộ Chính trị về 3 năm thực hiện Nghị quyết 46-NQ/TW về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới và 5 năm thực hiện Chỉ thị số 06-CT/TW về củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở đã nêu: “*Mô hình tổ chức hệ thống y tế còn chưa phù hợp và không ổn định, nhất là hệ thống y tế cơ sở và y tế dự phòng*”, “*Tổ chức sắp xếp hệ thống y tế công, đặc biệt là y tế cơ sở, tạo mô hình hợp lý và ổn định dựa trên quản lý theo ngành đối với y tế địa phương...*”

Thông báo Kết luận số 126-TB/TW ngày 01/4/2013 của Ban Bí thư về 10 năm thực hiện Chỉ thị số 06-CT/TW, ngày 22/01/2002 của Ban Bí thư khóa IX về củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở đã nêu: “*...Mô hình tổ chức thay*

đổi nhiều, cơ chế quản lý còn bất cập... Định biên và cơ cấu nhân lực trạm y tế xã chưa đủ để có thể đáp ứng được các nhiệm vụ... Đầu tư cho y tế cơ sở chưa đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhân dân...”, “Cần xác định rõ việc củng cố hoàn thiện và nâng cao chất lượng y tế cơ sở là điều kiện cần thiết để phòng bệnh, nâng cao sức khỏe, khám chữa bệnh; góp phần ổn định và phát triển kinh tế - xã hội bền vững, bảo đảm công bằng xã hội... Hoàn thiện chức năng, nhiệm vụ, mô hình tổ chức, cơ chế quản lý y tế cơ sở; bổ sung, điều chỉnh, ban hành các chính sách phù hợp với tình hình và yêu cầu mới bảo đảm ổn định, phát huy hiệu quả nguồn lực, khuyến khích cán bộ y tế công tác tại tuyến cơ sở...”

Vì vậy, đã đến lúc cần thiết phải xem xét thực trạng và đề xuất các giải pháp tổ chức mạng lưới y tế cơ sở bảo đảm điều kiện thực hiện các hoạt động cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân, để mọi người dân, trong đó có các đối tượng chính sách và người nghèo đều được hưởng dịch vụ chăm sóc sức khỏe có chất lượng ngay tại cơ sở.

Thực trạng mô hình tổ chức mạng lưới y tế cơ sở từ năm 2009 đến nay

- **Đối với y tế huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh:** Thực hiện theo hướng dẫn tại Thông tư liên tịch số 03/2008/TTLT-BYT-BNV ngày 25/4/2008 của Bộ Y tế - Bộ Nội vụ, trên địa bàn huyện có: (1) Phòng Y tế là cơ quan chuyên môn thuộc UBND cấp huyện, tham mưu, giúp UBND cấp huyện thực hiện chức năng quản lý nhà nước về y tế, dân số trên địa bàn; nhiệm vụ quản lý nhà nước về y tế của UBND cấp huyện không chỉ đối với các tổ chức sự nghiệp y tế công lập như quan niệm trước đây (UBND huyện quản lý Trung tâm Y tế, trạm y tế) mà bao gồm tất cả các tổ chức y tế công lập và tư nhân có trên địa bàn. Đồng thời, thực

hiện chuyển việc quản lý trạm y tế xã, phường, thị trấn về Trung tâm Y tế huyện để thuận lợi trong quản lý, chỉ đạo, hướng dẫn hoạt động cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân ngay tại cộng đồng. (2) Trung tâm Y tế là đơn vị sự nghiệp trực thuộc Sở Y tế, được thành lập thống nhất ở tuyến huyện. Trạm y tế xã, phường, thị trấn là đơn vị chuyên môn kỹ thuật thuộc Trung tâm Y tế huyện. (3) Bệnh viện đa khoa huyện được thành lập khi đáp ứng các điều kiện. (4) Trung tâm Dân số và Kế hoạch hóa gia đình là đơn vị sự nghiệp trực thuộc Chi cục Dân số và Kế hoạch hóa gia đình tỉnh (Thông tư 05 của Bộ Y tế). Hiện có 21 tỉnh tổ chức theo mô hình Trung tâm Y tế huyện thực hiện 2 chức năng (y tế dự phòng và khám chữa bệnh), 62 tỉnh có Trung tâm Dân số và Kế hoạch hóa gia đình huyện, 04 tỉnh quy định Phòng Y tế quản lý các trạm y tế (Lào Cai, Hòa Bình, Hà Tĩnh, Quảng Bình).

- **Đối với y tế xã, phường, thị trấn:** Được xác định là đơn vị chuyên môn, kỹ thuật thuộc Trung tâm Y tế huyện (Thông tư liên tịch số 03/2008/TTLT-BYT-BNV khi thực hiện Nghị định 13/2008/NĐ-CP và Nghị định số 14/2008/NĐ-CP của Chính phủ). Chức năng, nhiệm vụ của y tế xã, phường, thị trấn cơ bản vẫn thực hiện theo Thông tư Liên Bộ số 08/TT-LB ngày 20/4/1995 của liên Bộ Y tế-Bộ Tài chính-Bộ Lao động Thương binh và Xã hội-Ban Tổ chức cán bộ Chính phủ.

- **Đối với y tế thôn, bản làm công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu:** Được tổ chức theo đặc điểm địa lý và dân cư của từng vùng, mỗi thôn, làng, ấp, bản, buôn (liên bản buôn). Chế độ, chính sách đối với nhân viên y tế thôn, bản được cải thiện từ 40.000đ/người/tháng đối với những thôn, bản miền núi, đến nay đã được hưởng phụ cấp hàng tháng bằng mức 0,5 so với mức lương tối thiểu chung (tại các xã vùng khó khăn theo

Quyết định số 30/2007/QĐ-TTg) và bằng 0,3 so với mức lương tối thiểu chung (tại các xã còn lại); mức phụ cấp này không áp dụng đối với nhân viên y tế thôn, bản tại các tổ dân phố thuộc các phường, thị trấn (Quyết định số 75/2009/QĐ-TTg ngày 11/5/2009 của Thủ tướng Chính phủ).

Chức năng, nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn bản được điều chỉnh bằng Thông tư 07/2013/TT-BYT ngày 08/3/2013, trong đó có bổ sung Cô đỡ thôn, bản là nhân viên y tế thôn, bản làm công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em ở những nơi có nhiều người dân tộc thiểu số sinh sống, còn tồn tại phong tục tập quán không đến khám thai, quản lý thai và đẻ tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn, có diện tích rộng, giao thông khó khăn, phức tạp, khả năng tiếp cận của người dân với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hạn chế.

Một số giải pháp tổ chức mạng lưới y tế cơ sở

1. Tăng cường sự lãnh đạo, chỉ đạo của các cấp ủy Đảng, chính quyền địa phương: Sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân là nhiệm vụ của toàn Đảng, toàn dân, ngành y tế là đầu mối thường trực, vì vậy cần có sự quan tâm lãnh đạo, chỉ đạo của cấp ủy Đảng, Chính quyền và sự tham gia của các ban, ngành, đoàn thể địa phương.

2. Hoàn thiện hệ thống tổ chức mạng lưới y tế địa phương

Để triển khai thực hiện Nghị quyết 46-NQ/TW ngày 23/2/2005 của Bộ Chính trị, quan điểm định hướng theo kết luận của Bộ Chính trị và các văn bản quy phạm pháp luật (Luật Tổ chức Chính phủ sửa đổi, Luật Tổ chức chính quyền địa phương, Luật Khám chữa bệnh, Luật bảo hiểm y tế... Nghị định số 24/2014/NĐ-CP

ngày 04/4/2014 của Chính phủ quy định tổ chức các cơ quan chuyên môn thuộc UBND tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và Nghị định số 37/2014/NĐ-CP ngày 05/5/2014 của Chính phủ quy định tổ chức các cơ quan chuyên môn thuộc UBND huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh) hệ thống tổ chức y tế cần được điều chỉnh phù hợp với điều kiện thực tế và tính đặc thù của ngành y tế, đáp ứng công tác chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân, đặc biệt là mô hình tổ chức mạng lưới y tế cơ sở đảm bảo tính lồng ghép trong chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân trong giai đoạn hiện nay. Hiện nay, Bộ Y tế đang chủ trì, phối hợp với Bộ Nội vụ hoàn thiện Thông tư liên tịch hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Phòng Y tế huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh trình Bộ trưởng hai Bộ xem xét, ký ban hành với những nội dung cơ bản về tổ chức như sau:

Về tổ chức

Tuyên huyện: Trung tâm Y tế huyện được tổ chức thống nhất trên địa bàn cấp huyện, thực hiện chức năng về y tế dự phòng và khám bệnh, chữa bệnh; các Phòng khám đa khoa khu vực, nhà hộ sinh khu vực và trạm y tế xã, phường, thị trấn trên địa bàn huyện là đơn vị y tế thuộc Trung tâm Y tế huyện. Bệnh viện đa khoa huyện được duy trì khi đáp ứng đủ điều kiện là Bệnh viện Hạng II trở lên hoặc thuộc quy hoạch phát triển thành Bệnh viện Hạng II hoặc Bệnh viện đa khoa khu vực.

Các đơn vị sự nghiệp công lập do UBND cấp tỉnh quyết định theo quy định tại Nghị định số 55/2012/NĐ-CP ngày 28/6/2012 của Chính phủ quy định về thành lập, tổ chức lại, giải thể đơn vị sự nghiệp công lập, phù hợp với quy hoạch phát triển hệ thống y tế đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030 theo hướng: Thực hiện mô

hình Trung tâm Kiểm soát bệnh tật ở tuyến tỉnh trên cơ sở sáp nhập các Trung tâm có cùng chức năng; các Trung tâm chuyên khoa, Trung tâm có giường bệnh chuyển về Bệnh viện đa khoa tỉnh hoặc thành lập Bệnh viện chuyên khoa khi có nhu cầu, đủ điều kiện về nguồn lực.

Đối với Phòng Y tế: Vị trí, chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn trên cơ sở quy định tại Nghị định 37/2014/NĐ-CP; không thiết kế đơn vị sự nghiệp trực thuộc Phòng Y tế.

Về cơ chế quản lý:

Thực hiện cơ chế quản lý theo ngành (Nghị quyết 46-NQ/TW), bảo đảm tính pháp lý theo các văn bản quy phạm pháp luật (Luật Tổ chức Chính phủ sửa đổi, Luật Tổ chức Chính quyền địa phương, các luật chuyên ngành); bảo đảm phù hợp với tính thực tiễn hiện nay (59/63 tỉnh đang quy định Trung tâm Y tế là đơn vị sự nghiệp công lập trực thuộc Sở Y tế) và bảo đảm tính đặc thù của Ngành Y tế nhằm hoàn thành nhiệm vụ chính trị của địa phương về lĩnh vực chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

Về chức năng, nhiệm vụ và cơ cấu tổ chức y tế cơ sở:

Đối với y tế huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh: Nghiên cứu, xây dựng, hoàn thiện và ban hành Thông tư của Bộ Y tế hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Y tế huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh phù hợp với nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người dân theo khu vực, vùng miền đáp ứng với yêu cầu cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong giai đoạn hiện nay, bao gồm các nội dung cơ bản sau:

- Về vị trí, chức năng: Trung tâm Y tế huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh là đơn vị sự nghiệp y tế công lập trực thuộc Sở Y tế có chức năng cung cấp dịch vụ chuyên môn, kỹ thuật về y tế dự phòng; khám bệnh, chữa bệnh,

phục hồi chức năng và các hoạt động nâng cao sức khỏe theo quy định của pháp luật.

- *Về nhiệm vụ:* Thực hiện cung cấp dịch vụ chuyên môn, kỹ thuật y tế, gồm (Y tế dự phòng; Khám bệnh, chữa bệnh và phục hồi chức năng; An toàn vệ sinh thực phẩm; Chăm sóc sức khỏe sinh sản; Truyền thông Giáo dục sức khỏe) và các nhiệm vụ, quyền hạn khác theo chức năng của đơn vị sự nghiệp hoàn chỉnh.

- *Về cơ cấu tổ chức:* Trung tâm Y tế huyện có:

+ Các Phòng chức năng giúp Giám đốc Trung tâm quản lý, điều hành các hoạt động theo chức năng;

+ Các Khoa chuyên môn về Khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng, y tế dự phòng và các lĩnh vực liên quan khác;

+ Các đơn vị thuộc Trung tâm: Phòng khám đa khoa khu vực; Nhà hộ sinh (nếu có) và các Trạm y tế xã, phường, thị trấn.

Với quy định trên, tổ chức mạng lưới y tế cơ sở sẽ tạo thành một thể thống nhất để phát huy hiệu quả, hiệu lực trong việc thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân.

Đối với y tế xã, phường, thị trấn:

- Thực hiện có hiệu quả Nghị định số 117/2014/NĐ-CP ngày 08/12/2014 của Chính phủ quy định về y tế xã, phường, thị trấn; nội dung của nghị định này đã giải quyết được 03 vấn đề rất quan trọng, đó là: (1) Về tổ chức và cơ chế quản lý: Trạm y tế xã, phường, thị trấn là đơn vị y tế thuộc Trung tâm Y tế huyện; (2) Về nhân lực: Cán bộ y tế làm việc tại trạm y tế là viên chức; (3) Về trách nhiệm: Ủy ban nhân dân cấp tỉnh chỉ đạo UBND cấp huyện phối hợp với Sở Y tế tăng cường công tác y tế trên địa bàn.

- Nghiên cứu, xây dựng, hoàn thiện và ban hành Thông tư của Bộ Y tế hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của Trạm y tế xã, phường, thị trấn (Nghị định 117/2014/NĐ-CP); bao gồm các nội dung cơ bản sau:

+ Vị trí và chức năng: Trạm y tế xã, phường, thị trấn là đơn vị y tế thuộc Trung tâm Y tế huyện, được thành lập theo đơn vị hành chính, có chức năng cung cấp, thực hiện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân trên địa bàn xã. Phù hợp với vai trò làm nòng cốt trong việc cung cấp dịch vụ chuyên môn, kỹ thuật trong hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu theo hướng dẫn của đơn vị quản lý chuyên ngành; tham mưu cho chính quyền cùng cấp trong việc phối hợp liên ngành và huy động sự tham gia của cộng đồng để thực hiện những biện pháp chăm sóc sức khỏe mang tính bền vững, hiệu quả phù hợp với đặc điểm, điều kiện kinh tế - xã hội ở địa phương.

+ Nhiệm vụ của trạm y tế xã, phường, thị trấn được quy định theo nhóm công việc và theo yêu cầu thực tế của địa phương để bảo đảm thuận lợi trong việc xác định số lượng người làm việc theo tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp trên cơ sở khối lượng công việc phù hợp với vùng, miền (nông thôn, thành thị và các vùng đặc biệt khó khăn), bao gồm: thực hiện các hoạt động chuyên môn, kỹ thuật về y tế dự phòng, chăm sóc sức khỏe sinh sản, quản lý sức khỏe và truyền thông giáo dục sức khỏe theo hướng dẫn của cơ quan quản lý cấp trên và quy định của pháp luật; tổ chức triển khai hoạt động về khám bệnh, chữa bệnh; kết hợp, ứng dụng y học cổ truyền trong chữa bệnh và phòng bệnh theo quy định của pháp luật; thực hiện quản lý, hướng dẫn sử dụng thuốc an toàn, hợp lý và hiệu quả; thực hiện quản lý, hướng dẫn chuyên môn và giám sát hoạt động đối với đội ngũ nhân viên y tế thôn, bản theo phân công, phân cấp của

địa phương; phối hợp với các cơ quan liên quan triển khai thực hiện công tác dân số và kế hoạch hóa gia đình; tham gia kiểm tra, giám sát các hoạt động hành nghề y dược ngoài công lập, các dịch vụ có nguy cơ, ảnh hưởng đến sức khỏe nhân dân và thực hiện các nhiệm vụ, quyền hạn khác do Giám đốc Trung tâm Y tế huyện giao và theo yêu cầu của Chủ tịch UBND cấp xã.

Đối với y tế thôn, bản:

- Tiếp tục thực hiện theo Thông tư 07/2013/TT-BYT ngày 08/3/2013 của Bộ Y tế quy định tiêu chuẩn, chức năng, nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn, bản để duy trì và ổn định mạng lưới tham gia các hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu ngay tại cơ sở.

- Xây dựng tiêu chí quy định các thôn, bản có nhiều người dân tộc thiểu số còn tồn tại phong tục tập quán lạc hậu tại nhà và những thôn, bản ở vùng núi cao, vùng sâu, vùng xa, có địa bàn rộng, đi lại khó khăn, ở xa trạm y tế xã thì ngoài một nhân viên y tế thôn bản cần có thêm 01 người được đào tạo chương trình cô đỡ thôn bản.

- Tham mưu trình cấp có thẩm quyền bảo đảm chế độ đãi ngộ phù hợp; Cô đỡ thôn bản được hưởng chế độ phụ cấp như nhân viên y tế thôn bản theo Thông tư 07/2013/TT-BYT.

3. Tăng cường năng lực y tế cơ sở

Hoàn thiện Đề án vị trí việc làm

Triển khai hoàn thiện Đề án vị trí việc làm của các đơn vị sự nghiệp y tế để thực hiện Nghị định 41/2012/NĐ-CP ngày 8/5/2012 của Chính phủ quy định về vị trí việc làm trong đơn vị sự nghiệp công lập và Thông tư 14/2012/TT-BNV hướng dẫn thực hiện Nghị định 41/2012/NĐ-CP làm cơ sở để xác định số lượng và cơ cấu người làm việc. Hiện nay Bộ Y tế đang xây dựng

Thông tư hướng dẫn cơ cấu viên chức theo chức danh nghề nghiệp, số lượng viên chức làm việc trong các lĩnh vực chuyên môn y tế.

Đa dạng hóa các loại hình đào tạo

- Đào tạo chính quy thông qua kỳ thi tuyển hàng năm; tăng cường và ưu tiên đào tạo hệ chính quy cho các đơn vị y tế tuyển huyện.

- Đào tạo nhân lực tại chỗ: Tiếp tục tăng cường công tác đào tạo cán bộ y - dược hệ chính quy, đào tạo hệ cử tuyển, đào tạo theo địa chỉ, đào tạo bác sỹ hệ liên thông với quy mô hợp lý để đáp ứng nhu cầu cho tuyển huyện, đặc biệt khu vực miền núi, vùng xa; giảm dần quy mô đào tạo cử tuyển khi đã có đủ cán bộ.

- Đào tạo chuyên sâu do tuyển trên hỗ trợ theo chuyên khoa, theo nhu cầu, theo ekip kỹ thuật nhằm nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh, góp phần giảm tỷ lệ chuyển tuyến không phù hợp, tăng cường tiếp cận các dịch vụ y tế có chất lượng ngay tại cơ sở.

- Đào tạo liên tục (hỗ trợ của các dự án, đề án: 1816, bệnh viện vệ tinh, bệnh viện hạt nhân...). Đào tạo lại, cập nhật kiến thức mới cho cán bộ y tế cơ sở; thông qua Đề án 1816 về việc luân phiên cán bộ tuyển trên về hỗ trợ kỹ thuật cho cán bộ y tế tuyển dưới, chuyển giao công nghệ cho y tế tuyển dưới góp phần nâng cao năng lực cho tuyển y tế cơ sở để có thể thực hiện tốt chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Luân phiên cán bộ y tế các tuyến

Thực hiện Quyết định 14/2013/QĐ-TTg và Thông tư 10 hướng dẫn thực hiện chế độ luân phiên có thời hạn đối với người hành nghề tại cơ sở khám chữa bệnh. Đối tượng luân phiên là Bác sỹ, Điều dưỡng, Hộ sinh, Kỹ thuật viên... trong các cơ sở y tế, cử cá nhân hoặc nhóm chuyên môn tuyển trung ương xuống tỉnh, tỉnh xuống huyện, huyện xuống xã, từ vùng không

khó khăn đến vùng khó khăn trong thời gian từ 6 đến 12 tháng, có thể tự nguyện thời gian dài hơn; được hưởng 100% lương, các phụ cấp và trợ cấp 50% mức lương và các chế độ ưu tiên, tôn vinh khác khi hoàn thành xuất sắc nhiệm vụ trong thời gian đi luân phiên.

Thực hiện Dự án thí điểm đưa bác sỹ trẻ tình nguyện về công tác vùng khó khăn, 62 huyện nghèo

Để có nguồn nhân lực y tế chất lượng phục vụ công tác chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân được tốt, tiến tới mọi người dân được bình đẳng trong việc thụ hưởng dịch vụ y tế chất lượng; Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành Quyết định 585/QĐ-BYT phê duyệt Dự án “thí điểm đưa bác sỹ 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 đặc biệt khó khăn (ưu tiên 62 huyện nghèo)” nhằm thu hút Bác sỹ trẻ mới ra trường được đào tạo theo hướng “*bác sỹ nội trú, cầm tay chỉ việc*” tình nguyện về công tác tại các vùng khó khăn. Đối tượng tham gia là các Bác sỹ chính quy tốt nghiệp khá giỏi hoặc đang làm hợp đồng tại các cơ sở y tế, ưu tiên Bác sỹ là người địa phương; sau khi ra trường được tiếp nhận ở bệnh viện tuyến trên, được cử học chuyên khoa I trong thời gian 20 tháng (học tại cơ sở đào tạo, tại bệnh viện tuyến Trung ương, tuyến tỉnh, thực hành tại bệnh viện huyện nơi tình nguyện công tác 02 năm đối với nữ, 03 năm đối với nam tại bệnh viện hoặc trung tâm y tế huyện (không kể thời gian học chuyên khoa I) tại nơi đăng ký tình nguyện trên cơ sở nhu cầu của địa phương; khuyến khích bác sỹ trẻ, gắn bó làm việc lâu dài tại vùng khó khăn.

Chính sách đối với cán bộ y tế

Thực hiện tốt các quy định tại Nghị định 64/2009/NĐ-CP về chính sách chế độ đối với

cán bộ, viên chức y tế công tác ở vùng khó khăn. Tuy nhiên theo quy định của Nghị định chế độ phụ cấp thu hút chỉ được hưởng trong 5 năm, đề nghị trình Chính phủ cho viên chức công tác ở vùng khó khăn tiếp tục được hưởng phụ cấp thu hút. Nghị định 56/2011/NĐ-CP quy định về chế độ phụ cấp ưu đãi nghề đối với công chức, viên chức công tác tại các cơ sở y tế công lập. Quyết định 73/2011/QĐ-TTg ngày 28/12/2011 của Thủ tướng chính phủ quy định một số chế độ phụ cấp đặc thù đối với công chức, viên chức, người lao động trong các cơ sở y tế công lập và chế độ phụ cấp chống dịch. Quyết định 75/QĐ-TTg về chế độ chính sách đối với y tế thôn bản (vùng khó khăn hưởng phụ cấp 0,5; vùng khác 0,3 mức lương cơ bản). Thông tư 07/2013/TT-BYT quy định tiêu chuẩn, chức năng, nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn bản trong đó có cô đỡ thôn bản. Nghiên cứu xây dựng chế độ phụ cấp thâm niên nghề đối với công chức, viên chức ngành y tế; đề nghị nâng mức lương khởi điểm của bác sỹ tương xứng với thời gian đào tạo 6 năm.

Kết luận

Sức khỏe là vốn quý nhất của mỗi con người và của toàn xã hội, là nhân tố quan trọng trong sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc, đáp ứng yêu cầu phát triển kinh tế - xã hội của đất nước, đặc biệt trong giai đoạn công nghiệp hóa, hiện đại hóa. Sự nghiệp chăm sóc sức khỏe là trách nhiệm của các cấp ủy Đảng và Chính quyền, các đoàn thể, các tổ chức xã hội và của mỗi người dân, trong đó ngành y tế đóng vai trò nòng cốt. Tiếp tục củng cố, đầu tư cho mạng lưới y tế cơ sở (về nhân lực, cơ sở, trang thiết bị và kinh phí) để bảo đảm điều kiện thực hiện các hoạt động cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho nhân dân, để mọi người dân, trong đó có các đối tượng chính sách và người nghèo đều được hưởng dịch vụ chăm sóc sức khỏe có chất lượng

ngay tại cơ sở; đó cũng chính là thực hiện chính sách công bằng, hiệu quả, phát triển trong chăm sóc sức khỏe và thể hiện bản chất nhân đạo và định hướng xã hội chủ nghĩa của nền y tế nước nhà, góp phần thực hiện tốt các chỉ tiêu y tế, giảm tỷ lệ mắc bệnh, nâng cao tuổi thọ và phát triển giống nòi. Thực hiện tốt chiến lược bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong

tình hình mới. Việc duy trì và hoàn thiện tổ chức mạng lưới y tế cơ sở là yếu tố sống còn của ngành y tế và đã được quốc tế đánh giá cao, có ý nghĩa rất quan trọng nhằm cải thiện và góp phần nâng cao hiệu quả, hiệu lực việc thực hiện các chính sách trong quản lý chăm sóc sức khỏe mà Đảng, Nhà nước ta đã đề ra./.

SỰ CẦN THIẾT CỦA ĐỔI MỚI CUNG ỨNG DỊCH VỤ Y TẾ TUYẾN CƠ SỞ

TS. Nguyễn Hoàng Long¹¹

Tóm tắt

Mạng lưới y tế cơ sở ở Việt Nam đã được củng cố và phát triển rộng khắp trên cả nước. Y tế cơ sở được coi là nền tảng của Y tế Việt Nam, là tuyến y tế gần dân nhất, đáp ứng 70% nhu cầu chăm sóc sức khỏe ban đầu của nhân dân với chi phí thấp, góp phần thực hiện công bằng trong chăm sóc, bảo vệ sức khỏe và bảo đảm an sinh xã hội. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu đã được cung cấp đến tất cả mọi người dân, kể cả khu vực miền núi, vùng sâu, vùng xa, vùng đồng bào dân tộc ít người, biên giới, hải đảo. Nhưng trong bối cảnh kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa, nhu cầu dịch vụ chăm sóc sức khỏe của nhân dân ngày càng tăng cao. Song song với với tăng cường năng lực cung ứng dịch vụ y tế tuyến cơ sở cần đổi mới cơ chế hoạt động của y tế cơ sở sao cho gắn kết giữa y tế dự phòng với dịch vụ khám chữa bệnh, gắn kết giữa các tuyến chăm sóc dịch vụ tại gia đình, trạm y tế và bệnh viện; thay đổi vị trí, vai trò của y tế cơ sở từ là “tuyến dưới” (chuyển tuyến từng bước) trở thành “trung tâm”, với vai trò “gác cổng” cho y tế tuyến trên.

Vì sao cần đổi mới cung ứng dịch vụ y tế tại tuyến y tế cơ sở

Nhu cầu dịch vụ chăm sóc sức khỏe của nhân dân tăng cao

Trong những năm gần đây, bệnh lây nhiễm có xu hướng giảm nhưng bệnh không lây lại có xu hướng tăng nhanh. Mô hình bệnh tật đang có sự chuyển đổi với 73% nguyên nhân tử vong là do các bệnh không lây và tai nạn thương tích, thay thế các bệnh lây nhiễm. Số người mắc bệnh không lây trong cộng đồng lớn và ngày càng gia tăng. Các bệnh không lây thường đòi hỏi thời gian điều trị lâu dài, thường xuyên, liên tục; tạo gánh nặng về chi phí cho phòng, chống và điều trị của người bệnh. Trong khi phần lớn người bệnh còn thiếu những kiến thức, kỹ năng về phòng, chống và điều trị các bệnh không lây đòi

hỏi tuyến y tế cơ sở phải đổi mới cung ứng các dịch vụ truyền thông nâng cao nhận thức cho nhân dân và đổi mới cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh, chăm sóc sức khỏe và nâng cao sức khỏe nhân dân.

Mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế cơ sở chưa đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng cao của nhân dân

Hiện nay, việc cung ứng dịch vụ tại y tế tuyến cơ sở mới đáp ứng được khoảng 70% nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân. Mô hình tổ chức mạng lưới y tế cơ sở thiếu ổn định, với nhiều đầu mối ở tuyến huyện đã dẫn đến tình trạng thiếu nhân lực và chồng chéo trong tổ chức thực hiện các chương trình y tế. Năng lực

¹¹ Cục trưởng Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế.

chuyên môn cán bộ y tế cơ sở còn hạn chế, chính sách thu hút và đãi ngộ chưa thỏa đáng, vì vậy rất khó khăn trong thu hút cán bộ y tế có trình độ về công tác tại tuyến y tế cơ sở. Chất lượng dịch vụ tuyến y tế cơ sở chưa đáp ứng được nhu cầu chăm sóc và nâng cao sức khỏe của nhân dân gây nên tình trạng quá tải bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến trung ương. Để tăng cường khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của người dân và khắc phục tình trạng quá tải bệnh viện thì cần thiết phải đổi mới nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, gồm cả dự phòng và khám chữa bệnh tại tuyến y tế cơ sở.

Cơ chế hoạt động của mạng lưới y tế cơ sở chưa phù hợp, hiệu quả hoạt động của toàn bộ hệ thống chưa cao

Chăm sóc không liên tục, thiếu sự gắn kết giữa các tuyến chăm sóc, đặc biệt là đối với các bệnh mạn tính và bệnh không lây đòi hỏi phải chăm sóc lâu dài. Thiếu gắn kết giữa phòng bệnh, khám chữa bệnh và hiện đang có xu hướng ưu tiên các hoạt động khám chữa bệnh vì liên quan đến tài chính và nguồn thu. Thiếu chăm sóc và quản lý sức khỏe tại nhà, tại cộng đồng dẫn đến tình trạng “*dưới tải tuyến dưới, quá tải tuyến trên*”. Hoạt động của hệ thống y tế cơ sở chưa đáp ứng được sự thay đổi về mô hình bệnh tật và cơ cấu dân số với tỷ lệ dân số già ngày càng tăng. Thực tế cho thấy, hệ thống y tế của Việt Nam chưa hợp lý trong việc đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị, đào tạo nguồn nhân lực và cơ chế hoạt động giữa các tuyến trung ương, tuyến tỉnh và tuyến cơ sở. Tuyến y tế cơ sở có nhu cầu dịch vụ dự phòng và khám chữa bệnh cao nhưng cơ sở vật chất, trang thiết bị, nguồn nhân lực và cơ chế tài chính chưa tương xứng nên người dân thường bỏ qua tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu, tập trung về nơi có cơ sở vật chất tốt hơn, trang thiết bị hiện đại hơn, cán bộ y tế chuyên môn giỏi hơn. Như vậy

cũng cần phải đổi mới cơ chế hoạt động để y tế cơ sở có thể chủ động được về nguồn lực, nhân lực, chất lượng chuyên môn, cung ứng dịch vụ y tế trong đó gắn kết dự phòng và khám chữa bệnh cũng như có sự lồng ghép giữa các tuyến y tế.

Giải pháp đổi mới cung ứng dịch vụ y tế cơ sở

Tăng cường năng lực cung ứng dịch vụ y tế: Đầu tư thỏa đáng và toàn diện về cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực, thuốc thiết yếu, kinh phí hoạt động đến quản lý chất lượng dịch vụ để tăng cường khả năng cung ứng dịch vụ y tế có chất lượng của y tế tuyến cơ sở. Kinh nghiệm trong nước và quốc tế cho thấy đầu tư thỏa đáng, có dịch vụ y tế với chất lượng tốt thì người dân sẽ sử dụng và số người sử dụng sẽ ngày càng tăng. Sắp xếp mô hình tổ chức y tế cơ sở đảm bảo nâng cao hiệu quả quản lý Nhà nước nhưng cũng phát huy được tính chủ động trong cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân. Cần khuyến khích hình thức thực hiện chuyển giao gói hỗ trợ kỹ thuật phù hợp từ tuyến trên xuống tuyến dưới thay cho hình thức đơn thuần là việc tăng cường cán bộ tuyến trên xuống tuyến dưới làm việc. Bảo đảm cho mọi người dân được hưởng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, mở rộng khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế chất lượng cao.

Đổi mới cơ chế hoạt động

Tăng cường quản lý, chăm sóc sức khỏe tại nhà, tại cộng đồng (đặc biệt là các dịch vụ dự phòng, nâng cao sức khỏe); tránh xu hướng “*Khám chữa bệnh hóa*” ở tuyến y tế cơ sở. Việc cung ứng dịch vụ y tế tại tuyến y tế cơ sở cần đảm bảo nguyên tắc toàn diện, liên tục và lồng ghép giữa dự phòng và điều trị, giữa các tuyến y tế, đặc biệt là đối với các bệnh không lây nhiễm. Cần thiết phải đẩy mạnh chăm sóc sức

khỏe ban đầu, chăm sóc phục hồi chức năng tại y tế cơ sở và kết hợp với phát triển y tế chuyên sâu. Để thực hiện tốt công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu, cần phát triển đội ngũ bác sỹ gia đình, lồng ghép bác sỹ gia đình và y học gia đình vào y tế tuyến cơ sở; thực hiện theo dõi, quản lý và chăm sóc sức khỏe người dân theo địa bàn dân cư; chú trọng tới phòng bệnh và nâng cao sức khỏe.

Thực hiện đổi mới cơ chế tài chính, trong đó ngân sách nhà nước cần đảm bảo đủ cho hoạt động y tế dự phòng và hoạt động của y tế cơ sở; thay đổi phương thức cấp ngân sách sang hình thức dựa trên kết quả hoạt động hoặc kết quả đầu ra; đổi mới phương thức chi trả cho khám

chữa bệnh ở tuyến y tế cơ sở sang hình thức khoán định suất nhằm khuyến khích cung ứng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu và nâng cao hiệu quả sử dụng quỹ bảo hiểm y tế. Cơ chế tài chính phù hợp sẽ khuyến khích y tế tuyến cơ sở cung ứng dịch vụ có chất lượng, hợp lý và làm tăng việc sử dụng dịch vụ y tế của người dân tại tuyến xã, huyện.

Cần thiết phải thay đổi vị trí và vai trò của y tế cơ sở, từ quan niệm y tế cơ sở là “*tuyến dưới*” (chuyển tuyến từng bước) trở thành “*trung tâm*” với vai trò “*gác cổng*” cho y tế tuyến trên (chuyển tuyến trực tiếp). Đổi mới từ tổ chức “*hình tháp*” sang tổ chức “*hình bánh xe*” (chuyển tuyến mềm)./.

CHỦ ĐỘNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU TẠI Y TẾ CƠ SỞ LÀ YẾU TỐ QUYẾT ĐỊNH HIỆU QUẢ PHÒNG, CHỐNG BỆNH KHÔNG LÂY

ThS. BS. Trần Xuân Lương¹²

Tóm tắt

Bệnh không lây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe cộng đồng và sự phát triển kinh tế-xã hội của đất nước do người mắc bệnh nhiều, thời gian bị bệnh dài, bệnh gây tàn tật và tử vong cao. Bệnh không lây hầu hết có thể ngăn ngừa được bằng các can thiệp hiệu quả nhằm vào các yếu tố nguy cơ chung như sử dụng thuốc lá, ăn uống không hợp lý, thiếu hoạt động thể lực và lạm dụng rượu, bia. Chủ động phòng, chống bệnh không lây hiệu quả ngay tại y tế cơ sở sẽ hạn chế số người mắc bệnh không lây trong cộng đồng, ngăn chặn tàn tật, tử vong sớm và giảm quá tải bệnh viện các tuyến trên. Y tế cơ sở chủ động giám sát, phát hiện bệnh sớm, điều trị kịp thời, quản lý chặt chẽ, chăm sóc liên tục và lâu dài là yếu tố quyết định hiệu quả trong phòng, chống các bệnh không lây.

Gánh nặng bệnh tật của các bệnh không lây

Một số loại bệnh không lây (BKL) phổ biến như bệnh tim mạch (tăng huyết áp, nhồi máu cơ tim, đột quy), ung thư, bệnh hô hấp mạn tính (bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản) và đái tháo đường. Đây là những bệnh đang gia tăng nhanh chóng, rất nguy hiểm vì hầu hết các bệnh đều không thể chữa khỏi hoàn toàn, bệnh nhân thường phải mang bệnh cả đời. Các BKL đã để lại những gánh nặng trong điều trị do thời gian điều trị thường kéo dài, tốn kém về sức người và của cải vật chất, phương tiện kỹ thuật; đồng thời gánh nặng về tàn tật do các di chứng bệnh để lại. Bệnh có thể gây các biến chứng nguy hiểm như liệt nửa người (do đột quy); biến dạng chi do thoái hóa khớp; mù lòa, suy thận, cụt chi (do đái tháo đường); số tử vong và tàn

tật do BKL gây ra lớn hơn so với số tử vong và tàn tật do tất cả các bệnh truyền nhiễm cộng lại. Đây cũng là lý do gây đói nghèo cho các hộ gia đình có người mắc BKL, gây thiệt hại nặng nề cho nền kinh tế quốc gia do gánh nặng của BKL.

Bệnh không lây là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật tại các quốc gia, là nguyên nhân của 70% trong toàn bộ các ca tử vong. Đặc biệt là người mắc các BKL thường tử vong khi tuổi đời còn trẻ; hầu hết các nước có thu nhập thấp và trung bình, một nửa số ca tử vong do BKL xảy ra ở người dưới 70 tuổi. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), từ năm 2006 đến năm 2015, số ca tử vong do BKL tăng

¹² BTV Tạp chí Chính sách Y tế, Viện CLCSYT, Bộ Y tế.

thêm 17%. Số bệnh nhân tử vong vì BKL được ghi nhận nhiều nhất là ở vùng Tây Thái Bình Dương và Đông Nam Á. BKL cũng là nguyên nhân lớn thứ 2 gây tử vong ở phụ nữ tại các nước có thu nhập thấp và nguyên nhân hàng đầu tại các nước có thu nhập trung bình. Yếu tố nguy cơ gây BKL thuộc về hành vi của con người như hút thuốc lá, lạm dụng đồ uống có cồn, chế độ ăn uống không hợp lý, ăn nhiều thực phẩm không tốt cho sức khỏe và ít vận động thể lực. Khoảng 50% người chết vì bệnh tim mạch, đột quy, hen phế quản, loãng xương, tiểu đường, ung thư tại các nước có thu nhập thấp và trung bình đều do những yếu tố nguy cơ trên gây ra. Nhưng các bệnh trên hoàn toàn có khả năng phòng tránh được; Tổ chức Y tế Thế giới chỉ ra rằng: 80% các ca bệnh tim mạch, tiểu đường tuýp 2 và 40% ca ung thư có thể phòng ngừa được bằng cách thay đổi hành vi nguy cơ.

Tại Việt Nam, bệnh lây nhiễm có xu hướng giảm, nhưng BKL lại có xu hướng tăng nhanh trong những năm gần đây. Mô hình bệnh tật thay đổi với nguyên nhân tử vong do các BKL và tai nạn thương tích đã thay thế các bệnh lây nhiễm. Các BKL là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật, số người mắc BKL trong cộng đồng rất lớn và ngày càng gia tăng. Ước tính Việt Nam có khoảng 12,5 triệu người mắc tăng huyết áp, 2,5 triệu người bị bệnh đái tháo đường, trên 2 triệu người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản và mỗi năm có khoảng 125.000 người mắc mới ung thư¹³.

Các BKL gây tàn phế nặng nề và ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh nếu không được phát hiện sớm, điều trị và theo dõi lâu dài. Tăng huyết áp là nguyên nhân hàng đầu gây tai biến mạch máu não, nhồi máu cơ tim và các bệnh tim mạch khác làm cho hàng trăm ngàn người bị liệt (do đột quy), tàn phế và mất sức lao động mỗi năm. Đái tháo

đường nằm trong 10 nguyên nhân gây tàn phế hàng đầu ở cả nam và nữ giới, gây các biến chứng về tim mạch, tổn thương thần kinh, suy thận, nhiễm trùng và tổn thương bàn chân có thể dẫn đến phải cắt cụt chi... Năm 2012 cả nước có 520.000 ca tử vong các loại trong đó 73% là do các BKL, tức cứ 10 người chết thì có 7 người chết do các BKL, chủ yếu là các bệnh tim mạch (33%), ung thư (18%), đái tháo đường (3%) và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (7%)¹⁴. Nguy cơ gây bệnh không lây:

Các yếu tố nguy cơ gây BKL ở mức cao và đang gia tăng. Việt Nam hiện có khoảng 16 triệu người hút thuốc lá, trong số những người không hút thuốc lá có 49% số người lao động có tiếp xúc với khói thuốc tại nơi làm việc trong nhà và 67,6% tiếp xúc thường xuyên với khói thuốc tại gia đình¹⁵. Trong năm 2013, Việt Nam tiêu thụ 3 tỷ lít bia và gần 68 triệu lít rượu. Cứ 4 nam giới (từ 25 đến 64 tuổi) có uống rượu, bia thì có 1 người uống quá nhiều tức là uống trên 60g rượu nguyên chất/ngày¹⁶. Đối với dinh dưỡng, Việt Nam có tới 80% người trưởng thành ăn ít rau và trái cây²⁰, một số nghiên cứu cho thấy mức tiêu thụ muối/người/ngày vào khoảng 10-15 gam, tức là cao gấp 2-3 lần so với khuyến cáo của WHO (5g/ngày). Cùng với vấn đề dinh dưỡng không hợp lý, thiếu vận động cũng đang là vấn đề lớn, 29% người trưởng thành thiếu hoạt động thể lực²⁰. Thừa cân béo phì ở người

¹³ Ước tính từ các nghiên cứu của Viện Tim mạch (2008), Bệnh viện Nội tiết Trung ương (2012), Bệnh viện Phổi Trung ương (2009), Bệnh viện Bạch Mai (2011), Cơ quan nghiên cứu ung thư quốc tế (2012) và Điều tra yếu tố nguy cơ bệnh không lây năm 2010.

¹⁴ World Health Organization - Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, 2014.

¹⁵ Điều tra thuốc lá toàn cầu năm 2010 tại Việt Nam (GATS), Chương trình phòng chống tác hại thuốc lá, 2011.

¹⁶ Điều tra các yếu tố nguy cơ của bệnh KLN ở Việt Nam 2009-2010. Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Bộ Y tế. 2011

trưởng thành hiện ước tính chiếm 11%²⁰, tương đương với khoảng 7 triệu người; dự báo đến năm 2025 tỷ lệ người trưởng thành thừa cân béo phì sẽ tăng lên 21%. Tình trạng tăng đường máu và rối loạn mỡ máu cũng là những yếu tố nguy cơ chưa được kiểm soát hiệu quả. Hiện có gần 1/3 số người trưởng thành bị tăng cholesterol máu, trong khi đó tỷ lệ người 30-69 tuổi bị tiền đái tháo đường chiếm 12,8%¹⁷, trung bình mỗi năm tăng 0,5%.

Vai trò của y tế cơ sở trong phòng, chống bệnh không lây

Chương trình phòng chống BKL của Việt Nam bắt đầu được triển khai từ năm 2002, nhiều hoạt động về đào tạo, truyền thông giáo dục sức khỏe, quản lý bệnh tại cộng đồng cũng đã được triển khai và mang lại những kết quả nhất định. Hoạt động dự phòng, quản lý BKL tại tuyến y tế huyện, xã được triển khai chủ yếu thông qua các dự án thuộc Chương trình Mục tiêu Quốc gia về y tế gồm dự án phòng chống tăng huyết áp, đái tháo đường, ung thư, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản và dự án bảo vệ sức khỏe tâm thần tại cộng đồng và trẻ em. Đặc biệt, chương trình thí điểm của WHO tại thành phố Hồ Chí Minh từ năm 2008 đến năm 2010 gồm các bệnh tim mạch (tập trung vào bệnh cao huyết áp), đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và ung thư; bệnh nhân tham gia chương trình được chăm sóc và điều trị miễn phí một số BKL đồng thời giúp cho người dân hiểu và nhận thức rõ hơn về các bệnh không lây, các yếu tố nguy cơ và cách thức phòng chống bệnh, góp phần giảm tỉ lệ tử vong và tàn tật do bệnh không lây; đặc biệt là các bệnh nhân bị BKL được giữ lại ở hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu giúp giảm quá tải cho các bệnh viện.

Bệnh không lây hầu hết có thể ngăn ngừa được bằng các can thiệp hiệu quả nhằm vào các

yếu tố nguy cơ chung như sử dụng thuốc lá, ăn uống không hợp lý, thiếu hoạt động thể lực và lạm dụng rượu, bia. Nguy cơ phát triển BKL có thể giảm được nhờ lối sống lành mạnh hơn và môi trường thuận lợi. Nâng cao nhận thức, vận động chính sách và hành động có vai trò quan trọng trong việc phòng chống BKL. Nếu các yếu tố nguy cơ chính của BKL được loại bỏ thì khoảng ba phần tư số ca bệnh tim, đột quỵ và đái tháo đường tuýp 2 và 40% số ca ung thư sẽ được ngăn ngừa. Người mắc BKL và người có nguy cơ mắc BKL cần sự chăm sóc lâu dài, bền vững, dựa vào cộng đồng. Hoạt động phòng, chống BKL có hiệu quả khi lấy bệnh nhân là trung tâm, chủ động và được thực hiện một cách công bằng thông qua hệ thống y tế cơ sở trên nền tảng chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Ngày 20/3/2015, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định 376/QĐ-TTg phê duyệt “*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 bệnh không lây nhiễm khác giai đoạn 2015-2025*” với mục tiêu “*không chế tốc độ gia tăng tiến tới làm giảm tỷ lệ người mắc bệnh tại cộng đồng, hạn chế tàn tật và tử vong sớm do mắc các bệnh không lây nhiễm, 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, góp phần bảo vệ, chăm sóc, nâng cao sức khỏe của nhân dân và phát triển kinh tế, xã hội của đất nước*”. Chiến lược đề ra 6 giải pháp lớn, trong đó có giải pháp tăng cường phát hiện, điều trị, quản lý tại trạm y tế xã và cộng đồng cho người mắc BKL bảo đảm cung cấp dịch vụ quản lý, theo dõi và chăm sóc liên tục cho người bệnh.

¹⁷ Báo cáo kết quả điều tra dịch tễ bệnh đái tháo đường toàn quốc năm 2012- Bệnh viện Nội tiết Trung ương, 2013

Như vậy y tế cơ sở có vai trò rất quan trọng trong dự phòng và kiểm soát các BKL. Chủ động phòng, chống BKL hiệu quả ngay tại y tế cơ sở sẽ hạn chế số người mắc BKL trong cộng đồng, ngăn chặn tàn tật, tử vong sớm và giảm quá tải bệnh viện các tuyến trên. Y tế cơ sở cần chú trọng và tăng cường tuyên truyền, vận động nâng cao nhận thức cho người dân hiểu biết và tự phòng chống BKL; y tế cơ sở cần kiểm soát được các nguy cơ gây bệnh như hút thuốc lá,

lạm dụng đồ uống có cồn, dinh dưỡng không hợp lý, sử dụng thực phẩm không an toàn, ít vận động thể lực và tổ chức tốt việc tiêm vắc xin phòng bệnh viêm gan, phòng một số bệnh ung thư... Mặt khác Y tế cơ sở cần chủ động giám sát, phát hiện bệnh sớm, điều trị kịp thời, quản lý chặt chẽ, chăm sóc liên tục và lâu dài là yếu tố quyết định hiệu quả trong phòng, chống các bệnh không lây./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO, *Bệnh không lây nhiễm*. 2013.
2. Viện Chiến lược và Chính sách y tế. 2013, Nghiên cứu “*Đánh giá một số kết quả hoạt động của Chương trình phòng chống đái tháo đường(PCĐTĐ) giai đoạn 2009 -2011*”.
3. Dự án Phòng chống Đái tháo đường Quốc Gia, *Chiến lược phòng chống Đái tháo đường giai đoạn 2013-2020*. 2011.
4. Quyết định 376/QĐ-TTg ngày 20/3/2015 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt *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 bệnh không lây nhiễm khác giai đoạn 2015-2025*.
5. PGS.TS.Trần Đắc Phú.2015, *Vai trò y tế cơ sở trong phòng chống bệnh không lây nhiễm*.

ĐỔI MỚI PHƯƠNG THỨC PHÂN BỐ NGÂN SÁCH NHÀ NƯỚC ĐỐI VỚI Y TẾ CƠ SỞ¹⁸

TS. Nguyễn Nam Liên¹⁹

Tóm tắt

Mạng lưới y tế cơ sở là tuyến y tế trực tiếp gần dân nhất, bảo đảm cho mọi người dân được chăm sóc sức khỏe cơ bản với chi phí thấp, góp phần thực hiện công bằng xã hội, xoá đói giảm nghèo, xây dựng nếp sống văn hoá, trật tự an toàn xã hội, tạo niềm tin của nhân dân. Y tế cơ sở có nhiệm vụ thực hiện các nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu nhưng hiện còn khó khăn về tài chính để đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị, chi hoạt động thường xuyên, cần phải đổi mới cơ chế tài chính, phương thức phân bổ ngân sách đối với từng loại hình đơn vị y tế cơ sở tuyến huyện, tuyến xã. Việc phân bổ ngân sách theo nguyên tắc đảm bảo đủ tiền lương, phụ cấp, các khoản đóng góp theo chế độ của người lao động; giao dự toán theo nguyên tắc giao việc, giao kinh phí, có hoạt động, có kinh phí; cấp ngân sách theo kết quả hoạt động hoặc các nhiệm vụ đã thực hiện, đã hoàn thành. Định mức chi các dự án thuộc Chương trình mục tiêu Quốc gia theo vùng miền núi, khó khăn, vùng sâu, vùng xa. Tiến tới thống nhất tập trung quản lý toàn diện ngân sách, nhân lực về một đầu mối y tế cơ sở.

Thực trạng hệ thống y tế cơ sở

Hệ thống y tế cơ sở ở Việt Nam đã được hình thành và phát triển thành một mạng lưới y tế rộng khắp trong cả nước, đến nay 88% thôn, bản (82,9% tổ dân phố ở khu vực thành thị và 96,9% số thôn, bản ở khu vực nông thôn, miền núi) đã có nhân viên y tế hoạt động; 11.105 trạm y tế xã với 49.627 giường²⁰, trong đó 98,9% xã, phường, thị trấn đã có nhà trạm, 74,4% trạm y tế xã có bác sỹ làm việc (bao gồm cả bác sỹ làm việc từ 3 ngày/tuần trở lên), 95,3% trạm y tế xã có nữ hộ sinh hoặc y sỹ sản nhi; 622 bệnh viện/trung tâm y tế huyện với 68.959 giường bệnh, 651 phòng khám đa khoa khu vực với 6.752 giường bệnh làm nhiệm vụ khám chữa bệnh và 460 trung tâm y tế huyện chuyên làm nhiệm vụ y tế dự phòng.

Nhiệm vụ của mạng lưới y tế cơ sở

- **Nhân viên y tế thôn bản** thực hiện chức năng, nhiệm vụ theo quy định tại Thông tư số 07/2013/TT-BYT ngày 08/3/2013 của Bộ Y tế, bao gồm (1) Tuyên truyền, giáo dục sức khỏe tại cộng đồng; (2) Tham gia thực hiện các hoạt động chuyên môn về y tế tại cộng đồng như giám sát dịch bệnh, chất lượng nước sinh hoạt, ăn uống, an toàn thực phẩm, nâng cao sức khỏe; (3) Chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em và kế hoạch hoá gia đình; (4) Sơ cứu ban đầu và chăm

¹⁸ Trích bài trình bày tại Hội thảo “Tăng cường y tế cơ sở cho chăm sóc sức khỏe ban đầu, hướng tới chăm sóc sức khỏe toàn dân” tại Thừa Thiên Huế ngày 24-25/3/2015.

¹⁹ Vụ trưởng Vụ Kế hoạch Tài chính, Bộ Y tế.

²⁰ Niên giám Thống kê Y tế năm 2012

sóc bệnh thông thường; (5) Thực hiện các chương trình y tế tại thôn bản.

- **Trạm y tế xã** thực hiện chức năng, nhiệm vụ theo quy định tại Nghị định 117/2014/NĐ-CP ngày 08/12/2014 của Chính phủ, theo đó nhiệm vụ chính là 10 nội dung CSSKBĐ mà Việt Nam đang triển khai: (1) Giáo dục sức khỏe, (2) Dinh dưỡng và cung ứng thực phẩm, (3) Bảo vệ sức khỏe bà mẹ, trẻ em và kế hoạch hóa gia đình, (4) Cung cấp nước sạch và vệ sinh môi trường, (5) Tiêm chủng mở rộng, (6) Chữa bệnh tật và xử trí vết thương thông thường, (7) Phòng chống các bệnh, dịch lưu hành ở địa phương, (8) Cung cấp thuốc thiết yếu, (9) Quản lý sức khỏe các đối tượng ưu tiên và (10) Cung cố mạng lưới y tế cơ sở.

- **Trung tâm y tế dự phòng huyện** thực hiện chức năng, nhiệm vụ theo Quyết định số 26/2005/QĐ-BYT ngày 9/9/2005 của Bộ Y tế chủ yếu liên quan đến công tác CSSKBĐ.

- **Bệnh viện huyện** thực hiện chức năng, nhiệm vụ theo quy chế bệnh viện do Bộ Y tế ban hành trong đó có một số nhiệm vụ liên quan đến CSSKBĐ.

Các nguồn tài chính đầu tư cơ sở hạ tầng, trang thiết bị đối với y tế cơ sở

Đối với bệnh viện tuyến huyện: Ngân sách trung ương đã đầu tư 2.628 tỷ đồng (đạt 31,5% so với KH được duyệt) theo Quyết định 225/2005/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ (tổng mức đầu tư được duyệt là 8.350 tỷ) để nâng cấp bệnh viện huyện và bệnh viện đa khoa khu vực giai đoạn 2005-2008. Tổng vốn trái phiếu Chính phủ (TPCP) đã bố trí từ 2008-2015 là 19.220,3 tỷ đồng, vốn TPCP còn lại năm 2016 khoảng 2.735,6 tỷ đồng, ngoài ra, tính đến hết năm 2011, ngân sách các địa phương bố trí được khoảng 2.693 tỷ đồng để xây dựng cải tạo nâng cấp bệnh viện đa khoa huyện và bệnh viện đa khoa khu vực liên huyện theo Nghị quyết

18/2008/QH12 ngày 3/6/2008 của Quốc hội và Quyết định số 47/2008/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ. Kết quả đã được đầu tư cho 598 bệnh viện/trung tâm y tế huyện và một số phòng khám đa khoa khu vực, trong đó phần lớn là cải tạo, mở rộng, nâng cấp, mua sắm bổ sung trang thiết bị và một số ít bệnh viện xây dựng mới. Đã hoàn thành đưa vào sử dụng toàn bộ hoặc một phần 487 bệnh viện/trung tâm y tế huyện, 114 phòng khám đa khoa khu vực góp phần tăng số giường bệnh²¹, công suất, năng lực khám bệnh, chữa bệnh cho bệnh viện huyện.

Đối với trung tâm y tế huyện làm 02 chức năng y tế dự phòng và khám chữa bệnh: đã được đầu tư từ nguồn TPCP nêu trên; một số rất ít trung tâm y tế huyện chỉ làm chức năng y tế dự phòng được đầu tư từ ngân sách địa phương (NSĐP) và từ một số dự án ODA²².

Đối với trạm y tế xã: Một số trạm y tế xã thuộc các tỉnh như Thừa Thiên Huế, Khánh Hòa, Thái Nguyên, Yên Bái, Đắk Lắk đã được AP (tổ chức ATLANTIC Philanthropies) tài trợ đầu tư. Ngoài ra, thực hiện Nghị quyết 30a/2008/NQ-CP của Chính phủ về chương

²¹ Theo tổng hợp báo cáo, hiện nay đã đạt được khoảng 23,5 giường bệnh/1 vạn dân.

²² Dự án Hỗ trợ y tế các tỉnh Bắc Trung Bộ vay vốn WB: 65 triệu USD từ 2010-2016, trong đó có 434,7 tỷ đồng đầu tư cho các bệnh viện huyện, trung tâm y tế huyện của 6 tỉnh: Thanh Hóa, Nghệ An, Hà Tĩnh, Quảng Bình, Quảng Trị, Thừa Thiên Huế;

- Dự án Hỗ trợ hệ thống y tế các tỉnh miền núi phía bắc: Đầu tư khoảng 1.050 tỷ đồng cho y tế tuyến huyện, xã của 7 tỉnh: Sơn La, Lai Châu, Điện Biên, Cao Bằng, Hà Giang, Bắc Kạn, Lào Cai.

- Dự án “Phòng chống dịch cúm gia cầm, cúm ở người và dự phòng đại dịch ở Việt Nam” – VAHIP: giai đoạn I (2007-2011) đã đầu tư cho 53 TTYT dự phòng huyện với số kinh phí tương đương 200.000 USD/quận, huyện

- Dự án Hỗ trợ y tế duyên hải Nam Trung Bộ vay vốn ADB: 72 triệu USD từ 2009-2014;...

- Dự án Hỗ trợ y tế các tỉnh Tây Nguyên giai đoạn 2: vay vốn ADB 72 triệu USD từ 2014-2019;

trình hỗ trợ giảm nghèo nhanh và bền vững đối với 61 huyện nghèo; Chương trình phát triển nông thôn mới, một số tỉnh cũng đã đầu tư cho một số trạm y tế xã trong danh sách các xã thực hiện nông thôn mới. Ước tính trong thời gian qua mới đầu tư được khoảng 10% số trạm y tế xã.

Nguồn tài chính cho hoạt động thường xuyên của y tế cơ sở và CSSKBD

Đối với bệnh viện huyện: nguồn tài chính theo cơ chế tài chính chung của các bệnh viện, gồm: ngân sách nhà nước cấp phân bổ theo định mức chi tính trên giường bệnh; nguồn thu từ các dịch vụ y tế (kể cả BHYT thanh toán, mức giá do UBND, HĐND cấp tỉnh quyết định trong phạm vi khung giá quy định tại Thông tư 03/2006/TTLT theo nguyên tắc tính 1 phần viện phí và Thông tư 04/2012/TTLT theo nguyên tắc tính 3/7 yếu tố chi phí trực tiếp) và các nguồn thu hợp pháp khác.

Đối với trung tâm y tế huyện: Ngân sách nhà nước cấp cho trung tâm y tế huyện có 1 chức năng y tế dự phòng và cấp cho bộ phận làm nhiệm vụ y tế dự phòng (đội y tế dự phòng, đội bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em và kế hoạch hoá gia đình) đối với trung tâm y tế huyện thực hiện 2 chức năng khám, chữa bệnh và y tế dự phòng. Phân bổ theo định mức biên chế hoặc theo đầu dân theo Thông tư liên tịch số 09/2014/TTLT/BTC-BYT. Nguồn thu dịch vụ ở một số trung tâm y tế thuộc thành phố/tỉnh đồng bằng có hoạt động dịch vụ tiêm chủng, xét nghiệm hoặc nguồn thu từ BHYT thanh toán chi phí khám, chữa bệnh đối với trung tâm y tế có dịch vụ khám, chữa bệnh.

Đối với trạm y tế xã, nhân viên y tế thôn bản: Ngân sách cấp tiền lương, phụ cấp (kể cả phụ cấp cho nhân viên y tế thôn bản, cô đỡ thôn bản được hưởng phụ cấp) và hỗ trợ chi thường xuyên theo định mức tại Thông tư 119/TTLT-

BTC-BYT ngày 27/12/2002 của Bộ Y tế và Bộ Tài chính; nguồn thu do cơ quan BHYT thanh toán đối với các trạm y tế xã có thực hiện khám, chữa bệnh BHYT thông qua bệnh viện hoặc trung tâm y tế huyện; thu do người bệnh thanh toán và các khoản thu hợp pháp khác như tài trợ, hỗ trợ của cộng đồng, thu lãi hoạt động của tủ thuốc...

Một số khó khăn, tồn tại về tài chính của y tế cơ sở

Về đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị

- **Nhu cầu đầu tư lớn**, nhưng nguồn vốn chủ yếu dựa vào nguồn NSNN, TPCP, các dự án ODA. Việc xã hội hóa hoặc thu hút các nguồn vốn đầu tư của các thành phần kinh tế rất khó khăn.

- **Đối với bệnh viện tuyến huyện:** một số bệnh viện thuộc các huyện mới chia tách, chưa có trong danh mục Nghị quyết 881 của Ủy ban thường vụ Quốc hội nên không được bố trí vốn TPCP giai đoạn 2012-2015 và cũng không được bổ sung vốn TPCP giai đoạn 2014-2016.

- **Đối với trung tâm y tế huyện** chỉ làm nhiệm vụ y tế dự phòng hầu như chưa được quan tâm đầu tư nên cơ sở vật chất xuống cấp, nhiều nơi chưa có nhà làm việc, phải ở tạm, nhiều nơi có nhà cửa nhưng chưa có trang thiết bị nên không thể thu hút cán bộ y tế về công tác.

- **Đối với trạm y tế xã:** mặc dù một số trạm y tế được xây mới và nâng cấp nhưng tỷ lệ các trạm kiên cố, bán kiên cố chưa có sự thay đổi nhiều. Số trạm y tế mới xây cũng chỉ tương đương, thay thế số trạm y tế đã xuống cấp hoặc không còn phù hợp với chức năng nhiệm vụ được giao hoặc phải chuyển địa điểm do quy hoạch. Thống kê của Bộ Y tế năm 2012: trong số 10.997 TYT xã có thông tin, có 408 xã chưa có nhà trạm hoặc chỉ là nhà tạm (3,7%), 2.772 TYT xã dột nát xuống cấp (25,2%), 3.180 trạm cần xây mới, 3.597 trạm cần được sửa chữa

nâng cấp²³. Về trang thiết bị, các trạm y tế xã thiếu đến 44,0% số danh mục trang thiết bị y tế thiết yếu theo quy định tại Quyết định 1020/2004/QĐ-BYT của Bộ Y tế; nhóm TTB thiếu nhiều nhất là TTB sản khoa (thiếu 68,6%) và TTB khám, điều trị (thiếu 50,7%)²⁴.

Về kinh phí hoạt động thường xuyên

- **Đối với bệnh viện tuyến huyện:** Giá dịch vụ chưa tính đủ chi phí trực tiếp nên về nguyên tắc, ngân sách phải đảm bảo tiền lương, phụ cấp, duy tu, bảo dưỡng, các khoản thiếu hụt do chưa tính vào giá. Qua khảo sát, chỉ có 17/39 địa phương được phân bổ 50-60 triệu đồng/giường bệnh, có 12/39 địa phương phân bổ 45-50 triệu đồng/giường bệnh, 10/39 địa phương phân bổ 30-45 triệu đồng/giường bệnh, có tỉnh như Hòa Bình, Thái Bình, Bình Định, Hậu Giang, Bạc Liêu chỉ phân bổ được 30-35 triệu đồng/giường bệnh. Mức phân bổ thấp nên vẫn còn có nơi, các chế độ chính sách cho cán bộ y tế thực hiện chưa đầy đủ hoặc còn chậm. Giá dịch vụ thấp, hầu hết mới đang được thu khoảng 60-80% chi phí trực tiếp để thực hiện dịch vụ. Số lượng dịch vụ thấp nên việc thanh toán theo phí dịch vụ là một vấn đề khó khăn đối với bệnh viện tuyến huyện.

- **Đối với trung tâm y tế dự phòng huyện:** Có 8/39 tỉnh phân bổ theo đầu dân, còn đa số theo nguyên tắc phân bổ chi hành chính của địa phương, gồm: chi lương, định mức chi hành chính khoảng 13-20 triệu đồng/biên chế/năm; một số địa phương phân bổ cả lương và chi thường xuyên với mức 55-65 triệu đồng/biên chế; chỉ một số ít tỉnh phân bổ được khoảng

70-80 triệu đồng/năm. Với định mức này chỉ bảo đảm chi lương và một số khoản chi hành chính, hầu hết hoạt động chuyên môn, phòng, chống bệnh dịch dựa vào kinh phí các CTMTQG. Chưa có kinh phí để các trung tâm chủ động thực hiện các nhiệm vụ được giao, đặc biệt là thực hiện các nội dung của CSSKBĐ.

- **Trạm y tế** còn khó khăn hơn, nhiều nơi ngân sách chỉ cấp tiền lương và phụ cấp; chi thường xuyên chỉ được cấp 10-20 triệu đồng (nhiều tỉnh vẫn chỉ cấp 10 triệu đồng/trạm như Ninh Bình, Thái Bình, Hà Tĩnh, Bình Định); chỉ ít tỉnh được phân bổ trên 30 triệu đồng/trạm/năm. Nguồn thu từ BHYT chủ yếu là tiền thuốc, thực chất là thu hộ, chi hộ BHYT, mặc dù đã có giá dịch vụ y tế cho trạm y tế xã nhưng nhiều nơi vẫn không được thanh toán chi phí khám bệnh. Trạm y tế xã thiếu kinh phí để duy tu, bảo dưỡng tài sản, mua ống nghe, huyết áp..., nhiều nơi thiếu cả kinh phí mua túi y tế thôn bản.

Định hướng đổi mới cơ chế tài chính đối với y tế cơ sở

Mạng lưới y tế cơ sở gồm nhiều loại hình đơn vị, mỗi loại hình có nguồn đầu tư, cơ chế tài chính khác nhau, nên việc đổi mới cơ chế tài chính đối với chi đầu tư, chi thường xuyên và giải pháp để thực hiện phải theo từng loại hình đơn vị.

Về chi đầu tư:

Bệnh viện tuyến huyện: Các bệnh viện huyện mới chia tách, vùng miền núi, khó khăn chưa được đầu tư thì nhà nước phải tiếp tục đầu tư hoàn chỉnh để đáp ứng nhu cầu khám, chữa bệnh cho nhân dân trong địa bàn. Đối với bệnh viện huyện vùng thành phố, đồng bằng, nơi KT-XH phát triển, ngoài ngân sách và trái phiếu Chính phủ cần thúc đẩy tạo điều kiện để các bệnh viện xã hội hóa, liên doanh, liên kết đầu tư trang thiết bị, buồng bệnh. Theo quy hoạch

²³ Thống kê báo cáo của 63 tỉnh/thành phố về thực trạng cơ sở vật chất TYT tuyến xã. Bộ Y tế. 2012.

²⁴ Nghiên cứu về thực trạng khám chữa bệnh BHYT tại TYT xã của 4 tỉnh Hà Nam, Kiên Giang, Khánh Hòa, và Gia Lai. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế. 2012.

sẽ thí điểm sát nhập trung tâm y tế huyện với bệnh viện huyện tại một số địa phương để tổng kết, đánh giá, sau năm 2016 sẽ thiết lập mô hình mới. Trường hợp sát nhập cho phép chuyên nhượng nhà đất, cơ sở dư thừa (nếu có) để có nguồn đầu tư.

Trung tâm y tế hoặc bộ phận làm nhiệm vụ y tế dự phòng tuyến huyện: phải được đầu tư từ ngân sách nhà nước, huy động các nguồn ODA để thực hiện.

Trạm y tế xã: Các tỉnh/thành phố thực hiện phân loại trạm y tế xã theo Quyết định 4667/QĐ-BYT ngày 7/11/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành “*Bộ tiêu chí Quốc gia về y tế xã đến năm 2020*” để xây dựng dự án đầu tư trạm y tế xã đạt tiêu chí phù hợp với 03 loại hình. Bộ Y tế tổng hợp thành Đề án chung, báo cáo Thủ tướng Chính phủ phê duyệt làm cơ sở bố trí nguồn vốn đầu tư (ngân sách, trái phiếu giai đoạn 2017-2020, ODA, CTMTQG nông thôn mới...).

Về phân bổ ngân sách chi thường xuyên

Bệnh viện huyện: Thực hiện giá dịch vụ tính đủ chi phí trực tiếp và tiền lương cho bệnh viện huyện để ưu tiên ngân sách cho y tế dự phòng, cho hoạt động CSSKBD. Trường hợp đặc biệt, nguồn thu từ dịch vụ không đủ chi tiền lương theo chế độ sẽ được ngân sách cấp bù phần thiếu hụt cho bệnh viện.

Trung tâm y tế huyện chỉ làm nhiệm vụ y tế dự phòng hoặc bộ phận dự phòng thuộc trung tâm y tế thực hiện 2 chức năng: Thực hiện theo Nghị định 85/2012/NĐ-CP của Chính phủ quy định nhiệm vụ chi y tế dự phòng do ngân sách nhà nước bảo đảm. Các đơn vị, địa phương nghiên cứu Thông tư liên tịch số 09/2014/TTLT ngày 26/02/2014 của Bộ Y tế và Bộ Tài chính quy định nội dung, nhiệm vụ, mức chi y tế dự phòng để triển khai xây dựng dự toán, phân bổ ngân sách theo nguyên tắc: Phải đảm bảo đủ

tiền lương, phụ cấp, các khoản đóng góp theo chế độ cho người lao động. Xây dựng kế hoạch hoạt động, dự toán chi cụ thể cho các hoạt động theo chức năng, nhiệm vụ được giao, kể cả các hoạt động CSSKBD để làm cơ sở phân bổ và giao dự toán theo nguyên tắc “*giao việc, giao kinh phí*”, “*có hoạt động, có kinh phí*”.

Trên cơ sở dự toán này, có thể tính định mức chi y tế dự phòng tuyến huyện theo đầu dân, có tính đến hệ số vùng, điều kiện kinh tế xã hội, mô hình bệnh tật để “*khoán*” cho các đơn vị chủ động triển khai các hoạt động chuyên môn.

Đối với trạm y tế xã: Phân bổ theo nguyên tắc bảo đảm tiền lương và chi hoạt động thường xuyên. Xây dựng định mức chi cho công tác CSSKBD theo đầu dân trên cơ sở tính toán chi phí từng hoạt động để các trạm y tế xã có nguồn thực hiện nhiệm vụ được giao, kể cả định mức chi cho túi y tế thôn bản. Cấp ngân sách theo kết quả hoạt động hoặc các nhiệm vụ đã thực hiện, đã hoàn thành (ví dụ: tỷ lệ TCMR, tỷ lệ đối tượng được quản lý sức khỏe, số lượt khám, chữa bệnh, chăm sóc thai sản, tỷ lệ giảm suy dinh dưỡng...), thí điểm việc chi tiền lương theo kết quả hoạt động. Riêng tiền khám bệnh, tiền ngày giường tại trạm y tế xã cho phép tính một phần thù lao đặc thù vào giá để có nguồn chi trả phụ cấp đặc thù cho y tế xã.

Về định mức chi của các dự án thuộc CTMTQG, CTMT: Xây dựng, ban hành các định mức chi của các dự án thuộc CTMTQG, CTMT (ví dụ như tiền công tiêm chủng, công phun, tầm màn...) có định mức riêng đối với vùng miền núi, khó khăn, vùng sâu, vùng xa, không quy định một định mức chung cho tất cả các vùng như hiện nay.

Về cơ chế thanh toán BHYT: Từng bước thực hiện đổi mới phương thức thanh toán BHYT theo định suất đối với ngoại trú và thanh toán theo trường hợp bệnh đối với nội trú tại

tuyến huyện, tuyến xã. Có cơ chế thanh toán BHYT đối với phòng khám bác sỹ gia đình, đối với các trường hợp thăm khám tại nhà của cô đỡ thôn bản, cán bộ y tế xã, bệnh viện huyện nhằm tăng khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của người dân tại cơ sở. Về lâu dài, Quỹ BHYT thanh toán cho TCMR, giáo dục, nâng cao sức khỏe.

Về cơ chế quản lý tài chính: Định hướng thống nhất mô hình trung tâm y tế huyện 2 chức năng, gồm bệnh viện làm chức năng khám, chữa bệnh và các đơn vị làm nhiệm vụ y tế dự phòng, các trạm y tế, phòng khám đa khoa khu vực là đơn vị chuyên môn y tế dự phòng huyện. Như vậy trung tâm y tế huyện sẽ tập trung quản lý cả nhân lực, ngân sách, bao gồm cả ngân sách chi thường xuyên cho bệnh viện, cho các đơn vị y tế dự phòng huyện, phòng khám đa khoa khu vực, các trạm y tế xã. Khi được quản lý toàn diện ngân sách, nhân lực, Trung tâm sẽ điều phối được nhân lực giữa bệnh viện, các đơn vị y tế dự phòng và tuyến xã; điều phối được ngân sách, nguồn thu từ dịch vụ y tế, BHYT để hỗ trợ cho hoạt động của các trạm y tế xã, cho y tế dự phòng... Trung tâm được giao tự chủ tài chính, nếu có chênh lệch thu chi thì ngoài chi cho bệnh viện như hiện nay sẽ chi cho cả các đơn vị, bộ phận y tế dự phòng, các trạm y tế xã và chủ động điều tiết nhân lực giữa bệnh viện, khối dự phòng và trạm y tế xã.

Kiến nghị, đề xuất

1. Nghị quyết số 68/2013/QH13 của Quốc hội nêu trước 2020 hoàn thành việc đầu tư cho các trạm y tế xã vùng khó khăn, đặc biệt khó khăn. Đề nghị Chính phủ trình Quốc hội cho phát hành trái phiếu Chính phủ 2017-2020 hoặc dành riêng một khoản ngân sách Trung ương để đầu tư cho các trạm y tế xã vùng khó khăn, đặc biệt khó khăn²⁵ và một số bệnh viện huyện mới chia tách ở các tỉnh miền núi, tây nguyên²⁶,

trung tâm y tế dự phòng huyện²⁷ (nhu cầu khoảng 34-35.000 tỷ).

2. Các địa phương tăng đầu tư từ cân đối ngân sách địa phương cho y tế, các tỉnh có nguồn thu xổ số kiến thiết lớn đề nghị sử dụng tối thiểu 40% chi đầu tư cho y tế, trong đó ưu tiên đầu tư cho y tế cơ sở.

3. Đề nghị Thủ tướng Chính phủ chỉ đạo trong Chương trình mục tiêu Quốc gia xây dựng nông thôn mới ưu tiên đầu tư cho các trạm y tế xã đã xuống cấp, chưa đạt tiêu chí quốc gia về y tế xã, chỉ đạo các địa phương ưu tiên phân bổ vốn trái phiếu Chính phủ và các nguồn vốn khác để đầu tư cho các trạm y tế xã.

4. Đề nghị Chính phủ, Bộ Kế hoạch và Đầu tư, Bộ Tài chính quan tâm và tiếp tục huy động, ưu tiên các dự án ODA và NGO cho y tế cơ sở.

5. Đề nghị cho phép ngành y tế được tiếp tục thực hiện Chương trình Mục tiêu Quốc gia về y tế-dân số giai đoạn 2016-2020 vì phần lớn các hoạt động của các Chương trình Mục tiêu Quốc gia về y tế-dân số hiện nay là tại tuyến y tế cơ sở phục vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu./.

²⁵ Nhu cầu đầu tư khoảng 16.530 tỷ đồng; gồm xây dựng mới 3.180 trạm x 3,5 tỷ đồng/trạm = 11.130 tỷ đồng, nâng cấp 3.597 trạm x 1,5 tỷ đồng/trạm = 5.400 tỷ đồng. Các trạm y tế xã còn lại do nguồn địa phương phải đảm bảo để sửa chữa nhỏ, bổ sung trang thiết bị.

²⁶ Hiện còn khoảng 47 bệnh viện, nhu cầu đầu tư khoảng 7-8.000 tỷ đồng

²⁷ Khoảng 8.000-10.000 tỷ đồng .

KINH NGHIỆM ĐẦU TƯ VÀ ĐÀO TẠO NGUỒN NHÂN LỰC CHO Y TẾ CƠ SỞ TẠI TỈNH THỪA THIÊN - HUẾ²⁸

PGS.TS. Nguyễn Dung²⁹

Tóm tắt

Y tế cơ sở là tuyến y tế trực tiếp gần dân nhất, bảo đảm cho mọi người dân được chăm sóc sức khỏe cơ bản với chi phí thấp, góp phần thực hiện công bằng xã hội, xóa đói giảm nghèo, bảo vệ sức khỏe và bảo đảm an sinh xã hội. Y tế cơ sở có nhiệm vụ thực hiện các nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu. Cùng cố, tăng cường Y tế cơ sở, gắn với chăm sóc sức khỏe ban đầu là một trong những nhiệm vụ trọng tâm của Ngành Y tế, của các cấp ủy Đảng và Chính quyền của tỉnh Thừa Thiên - Huế. Đầu tư cơ sở hạ tầng và đào tạo nguồn nhân lực y tế cơ sở là ưu tiên hàng đầu của tỉnh Thừa Thiên - Huế nhằm tạo điều kiện cho Y tế cơ sở thực hiện có hiệu quả chăm sóc sức khỏe ban đầu và nâng cao sức khỏe cho nhân dân.

Đặc điểm mạng lưới y tế tỉnh Thừa Thiên - Huế

Mạng lưới y tế tỉnh Thừa Thiên - Huế (TTH) gồm các đơn vị y tế tuyến tỉnh và y tế tuyến cơ sở. Tuyến tỉnh có 09 Bệnh viện đa khoa và chuyên khoa, 12 Bệnh viện chuyên ngành. Tuyến cơ sở có 9 Trung tâm y tế (TTYT) cấp huyện thực hiện chức năng dự phòng và khám chữa bệnh, 152 Trạm y tế xã, phường, thị trấn dưới sự quản lý trực tiếp của TTYT; ngoài ra y tế thôn/bản từng bước được củng cố và phát triển, đến nay 98% thôn/bản có nhân viên y tế hoạt động.

Quan điểm phát triển mạng lưới y tế cơ sở

Hệ thống y tế cơ sở (YTCS) là nơi thực hiện hiệu quả nhất công tác chăm sóc và nâng cao sức khỏe của người dân, do đó củng cố và phát triển ổn định hệ thống YTCS là một yêu cầu tất yếu. Tỉnh ủy Thừa Thiên - Huế đã ban hành Nghị quyết chuyên đề về công tác y tế, trong đó

xác định tăng cường lãnh đạo, chỉ đạo xây dựng và phát triển mô hình, tổ chức hệ thống y tế cơ sở, huy động mọi nguồn lực để liên tục củng cố và phát triển YTCS về cơ sở hạ tầng, trang thiết bị và nhân lực để nâng cao chất lượng hoạt động chuyên môn, hiệu quả cung cấp dịch vụ đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Các giải pháp can thiệp củng cố phát triển y tế cơ sở

- Huy động nguồn lực; nâng cao chất lượng nguồn nhân lực; đảm bảo nguồn nhân lực cho hoạt động của Trạm y tế bằng triển khai Đề án tăng cường Bác sĩ về công tác tại các TYT; đào tạo Bác sỹ chuyên khoa cấp I về Y học Gia đình;

²⁸ Trích Bài trình bày tại Hội thảo “Tăng cường y tế cơ sở phục vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân” ngày 24-25/3/2015 tại TP Huế.

²⁹ Phó Chủ tịch UBND Tỉnh Thừa Thiên - Huế.

đào tạo Bác sỹ đa khoa theo hệ liên thông; đào tạo văn bằng 2 về Dược sỹ YHCT; đào tạo theo địa chỉ và cử tuyển.

- Đầu tư nâng cấp cơ sở hạ tầng, xây dựng tầng hóa các trạm y tế.

- Tăng cường trang thiết bị y tế đủ điều kiện để triển khai các danh mục kỹ thuật do Bộ Y tế ban hành và chủ động trong công tác phòng chống dịch bệnh.

- Đẩy mạnh ứng dụng công nghệ thông tin; kết nối mạng Internet đến tuyến xã; đào tạo cán bộ y tế ứng dụng công nghệ thông tin để thực hiện công tác báo cáo qua mạng.

- Xã hội hóa và huy động các nguồn lực khác nâng cao năng lực hoạt động y tế cơ sở trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu.

- Nâng cao chất lượng chuyên môn và cải thiện chất lượng hoạt động tại y tế cơ sở.

Kết quả hoạt động tại tuyến y tế cơ sở

- Về công tác đào tạo nguồn nhân lực: năm 2010, tỉnh Thừa Thiên - Huế mới chỉ có 118 bác sỹ tại trạm y tế xã/phường đạt tỷ lệ 77%. Đến năm 2014, 100% Trạm Y tế có Bác sỹ đa khoa và chuyên khoa I Y học Gia đình công tác, trong đó 89,5% là biên chế tại địa phương; 100% TYT có Y sỹ y học cổ truyền chuyên trách và Nữ hộ sinh trung học...

- Bằng nguồn vốn của tỉnh, hết năm 2009 đã xây dựng tầng hóa mới 80 TYT, đạt tỷ lệ 52,6%. Đến cuối năm 2011, bằng nguồn vốn của Tổ chức Atlantic Philanthropies đã xây dựng tầng hóa mới 72 TYT nâng tỷ lệ TYT được tầng hóa đạt 100%.

- Đến đầu năm 2015 đã có 139/152 xã phường thị trấn, đạt tỷ lệ 91,4% được công nhận đạt “*Chuẩn quốc gia về y tế xã*” theo Bộ tiêu chí giai đoạn 2011-2020 của Bộ Y tế. Ngoài danh mục trang thiết bị y tế cho TYT theo quy

định, các TYT đều được đầu tư thêm các thiết bị y tế khác như: Máy siêu âm xách tay, máy ghi điện tim, máy xét nghiệm nước tiểu, kính hiển vi, máy khí dung, máy châm cứu, giường, tủ đầu giường bệnh nhân, máy phun hóa chất phòng chống dịch, bàn khám, tủ thuốc...

- 100% Trạm Y tế đã được trang bị máy vi tính và nối mạng Internet để triển khai ứng dụng công nghệ thông tin trong hoạt động quản lý, điều hành y tế và công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tại địa phương; bước đầu triển khai ứng dụng giao ban trực tuyến giữa TTYT huyện và các Trạm Y tế xã.

- Năng lực chuyên môn và chất lượng hoạt động y tế cơ sở được nâng lên rõ rệt thông qua hoạt động dự án của các tổ chức trong nước và quốc tế tại Việt Nam như dự án “*Cải thiện sức khỏe Bà mẹ và Trẻ sơ sinh thông qua cách tiếp cận chăm sóc liên tục từ gia đình đến bệnh viện*” của Tổ chức Save the Children-Cứu trợ trẻ em; dự án “*Nhượng quyền xã hội dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tại các Trạm y tế xã/phường*” của Tổ chức MSI-AP (Marie Stopes International-Atlantic Philanthropies); dự án “*Hỗ trợ xây dựng mô hình Chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng và Phát triển*” của Tổ chức BasicNeeds; dự án “*Tăng cường thông tin về vận chuyển cấp cứu cho cộng đồng*” và dự án “*Chăm sóc chấn thương trước viện*” của Cục Quản lý môi trường Y tế, Bộ Y tế...

- Tất cả các Trạm Y tế đều tổ chức khám chữa bệnh, thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu cho các đối tượng BHYT. Tỷ lệ bao phủ BHYT toàn tỉnh đạt 78,4% dân số, trong đó số thẻ khám chữa bệnh ban đầu BHYT tại tuyến Y tế cơ sở đạt 88,6%. Việc triển khai khám chữa bệnh BHYT tại Trạm Y tế xã làm tăng tính tiếp cận dịch vụ y tế của người dân ngay tại tuyến cơ sở, giảm quá tải cho các bệnh viện tuyến trên. Trạm Y tế đã triển khai tốt các dịch vụ kỹ

thuật theo phân tuyến, điều trị có theo dõi cận lâm sàng các bệnh lý cấp và mãn tính. Số lượt khám chữa bệnh tại Trạm Y tế tăng dần hàng

năm. Năm 2014, có 48,3% lượt người khám điều trị ngoại trú và 26.431 lượt xét nghiệm được thực hiện tại Trạm y tế.

Bảng 1. Tỷ lệ KCB ngoại trú tại TYT so với cơ sở y tế khác giai đoạn 2005 - 2014

Năm	KCB ngoại trú tại CSYT khác (%)	KCB ngoại trú tại TYT (%)
2005	58,8	41,2
2010	53,9	46,1
2014	51,7	48,3

Bảng 2. Hiệu quả về đầu tư TTB, so sánh số lượt dịch vụ kỹ thuật siêu âm, điện tâm đồ tại trạm y tế qua các năm

Năm	Siêu âm (ca)	Điện tâm đồ (ca)
2011	252	8
2014	11.841	5.835

- Việc phát triển mạng lưới y tế cơ sở là nền tảng vững chắc để thực hiện tốt các Chương trình mục tiêu Y tế Quốc gia triển khai tại các địa phương. Nhờ phát triển mạng lưới y tế cơ sở nên công tác tiêm chủng đầy đủ cho trẻ em dưới 1 tuổi, tiêm phòng uốn ván cho phụ nữ có thai, tiêm phòng cho phụ nữ 15-35 tuổi luôn đạt trên 98%; tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi tiếp tục giảm còn dưới 13%. Chất lượng hoạt động mạng lưới y tế cơ sở được nâng cao, triển khai có hiệu quả các chương trình phòng chống dịch bệnh nguy hiểm đã góp phần không chế và không để dịch bệnh xảy ra trong nhiều năm. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu đã được cung cấp đến mọi người dân, kể cả khu vực miền núi, vùng sâu, vùng xa, vùng đồng bào dân tộc ít người, vùng biển, ven biển, đầm phá, cửa sông, vịnh đảo. Người nghèo, đồng bào dân tộc thiểu số vùng sâu, vùng xa đã được tiếp

cận bình đẳng với dịch vụ y tế cơ bản và ngày càng có chất lượng ngay tại địa bàn sinh sống.

Tuy vậy, hệ thống y tế, đặc biệt là mạng lưới y tế cơ sở Thừa Thiên - Huế còn nhiều khó khăn, thách thức mới. Nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân ngày càng tăng cao cả về số lượng và chất lượng, nguồn lực đáp ứng nhu cầu chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân còn nhiều hạn chế do số lượng cán bộ y tế tuyến cơ sở còn ít; các chính sách cho cán bộ y tế còn nhiều bất cập, chưa có chính sách thu hút nguồn nhân lực y tế nói chung và nguồn nhân lực chất lượng cao nói riêng; tình trạng ô nhiễm môi trường ngày càng phức tạp cùng với ý thức vệ sinh phòng bệnh của nhân dân chưa cao dễ làm phát sinh các dịch bệnh. Mô hình bệnh tật của Việt Nam cũng như tỉnh Thừa Thiên - Huế thay đổi và diễn biến ngày càng phức tạp. Các bệnh lây nhiễm có xu hướng giảm rõ rệt, nhưng một

số bệnh có xu hướng quay trở lại. Các bệnh không lây nhiễm như cao huyết áp, đái tháo đường, ung thư và tai nạn, chấn thương... ngày càng gia tăng. Nhiều bệnh dịch mới nổi, bệnh lạ xuất hiện và diễn biến khó lường, đòi hỏi y tế cơ sở cần phải được đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị và đào tạo nguồn nhân lực, sử dụng có hiệu quả nguồn nhân lực và trang thiết bị cũng như đổi mới cơ chế điều hành để hoạt động chăm sóc sức khỏe nhân dân dân tại tuyến y tế cơ sở ngày càng hiệu quả hơn.

Bài học kinh nghiệm đầu tư, đào tạo nguồn nhân lực cho y tế cơ sở tại Thừa Thiên - Huế

- Tăng cường nhận thức và trách nhiệm lãnh đạo, chỉ đạo của các cấp chính quyền đối với y tế cơ sở trong xây dựng kế hoạch, bảo đảm nguồn lực, phân công trách nhiệm cụ thể, có cơ chế kiểm tra, giám sát, đánh giá.

- Ổn định mô hình tổ chức hệ thống y tế theo Thông tư liên tịch số 03/2008/TTLT-BYT-BNV ngày 25/4/2008 của Bộ Y tế và Bộ Nội vụ về việc hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Sở Y tế, Phòng y tế thuộc Ủy ban Nhân dân cấp tỉnh và cấp huyện.

- Có chính sách ưu tiên, phù hợp trong công tác đào tạo cán bộ, thu hút nhân lực, đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế... cho y tế cơ sở.

- Sử dụng có hiệu quả các nguồn lực đầu tư, triển khai các dịch vụ y tế đến gần người dân; thực hiện duy tu bảo dưỡng cơ sở vật chất thường xuyên đối với y tế cơ sở.

- Đổi mới cơ chế quản lý, điều hành để phát huy tính năng động, sáng tạo và duy trì tính bền vững kết quả đạt được của y tế cơ sở./.

VAI TRÒ CỦA Y TẾ CƠ SỞ ĐỐI VỚI ĐẢM BẢO CÔNG BẰNG TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE

TS. Trần Thị Mai Oanh³⁰; ThS. Dương Đức Thiện³¹

Sau 20 năm đổi mới, Việt Nam đã đạt được nhiều thành tựu trong ổn định chính trị và phát triển kinh tế - xã hội. Mức sống của người dân đã được nâng lên rõ rệt, tỷ lệ đói nghèo đã giảm đáng kể, thu nhập bình quân đầu người đã tăng nhanh chóng giúp Việt Nam trở thành nước có thu nhập trung bình trên thế giới. Với nỗ lực của cả hệ thống y tế, đặc biệt là mạng lưới y tế cơ sở (YTCS), các chỉ số đầu ra sức khỏe của Việt Nam đã đạt được những thành tựu đáng kể. Đến năm 2012, tuổi thọ bình quân của nam giới là 72,9 tuổi và nữ giới là 76,9 tuổi³². Các chỉ số về chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em ngày càng được cải thiện. Tỉ suất chết mẹ (MMR) năm 1990 là 233/100000 trẻ đẻ sống, đã giảm còn 130/100000 năm 2001 và đến năm 2010 đạt mức 69/100000 trẻ đẻ sống. Tỷ suất tử vong trẻ sơ sinh cũng giảm đáng kể qua các năm, năm 1990 là 44,4‰; năm 2001 là 30‰; năm 2010 là 16‰¹. Về chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ em đạt được nhiều tiến bộ, tỉ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi của trẻ em dưới 5 tuổi từ 43,3% năm 2000 giảm xuống còn 29,3% năm 2010³³. Chương trình tiêm chủng mở rộng là một thành công của mạng lưới YTCS. Triển khai ở TYT xã từ 1985, đến năm 1995 cả nước không còn xã trắng về tiêm chủng. Việt Nam đã thanh toán hoàn toàn bệnh Bại liệt năm 2000, và loại trừ Uốn ván sơ sinh năm 2005. So sánh năm 1985 và 2009, tỷ lệ mắc Ho gà giảm 543 lần, Bạch hầu giảm 433 lần, Uốn ván sơ sinh giảm 69 lần³⁴.

Y tế cơ sở (bao gồm tuyến huyện và xã) là tuyến y tế trực tiếp gần dân nhất có vai trò quan trọng trong cung ứng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, thực hiện các Chương trình Mục tiêu Y tế Quốc gia, phòng chống các loại dịch bệnh, khám chữa bệnh, đảm bảo cho mọi người dân được chăm sóc sức khỏe. Trong những năm qua, mạng lưới y tế cơ sở nước ta đã được quan tâm, đầu tư trên nhiều mặt. Do vậy, mạng lưới y tế cơ sở đã không ngừng được củng cố, phát triển mạnh mẽ và bao phủ tới tận các vùng sâu vùng xa, khu vực miền núi hải đảo. Để thực hiện tốt công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu, Việt Nam đã xây dựng mạng lưới y tế cơ sở rộng khắp toàn quốc. Trên cả nước, 98,7% các xã có trạm y tế, 70% TYT xã có bác sĩ, 97,5% thôn/bản có nhân viên y tế hoạt động và khoảng 78,8% trạm y tế xã đã thực hiện KCB BHYT. Tất cả các huyện đều có Bệnh viện huyện, Trung tâm y tế huyện thực hiện chức năng y tế dự phòng và Trung tâm Dân số-Kế hoạch hóa gia đình huyện. Y tế cơ sở có vai trò quan trọng

³⁰ Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Bộ Y tế.

³¹ Vụ Kế hoạch Tài chính, Bộ Y tế.

³² Tổng cục Thống kê (2011), Điều tra biến động dân số và kế hoạch hóa gia đình 01/04/2011.

³³ Viện Dinh dưỡng (2012), Báo cáo tóm tắt - Tổng Điều tra dinh dưỡng 2009-2010, Hà Nội.

³⁴ Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Một số nét về thành quả 20 năm của công tác tiêm chủng mở rộng 1985 - 2010, Hà Nội.

trong cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh ban đầu. Trong tổng số người có thẻ BHYT, tỷ lệ đăng ký KCB ban đầu tại TYT xã đã chiếm 41%, tại Bệnh viện huyện chiếm 45%, còn lại đăng ký KCB ban đầu tại Bệnh viện tuyến tỉnh chỉ còn 14%.

Thực trạng hoạt động y tế cơ sở ở nước ta hiện nay

Với sự phát triển rộng khắp trên cả nước của mạng lưới YTCS tại Việt Nam, mọi người dân đều có cơ hội được tiếp cận với các dịch vụ CSSKBD và được hưởng lợi từ các chương trình y tế quốc gia. Tuy nhiên, trong những năm trở lại đây tuyến YTCS cũng đang phải đối mặt với nhiều vấn đề khó khăn, bất cập từ nhiều góc độ khác nhau như cơ cấu tổ chức và quản lý, nguồn nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị và thuốc, tài chính, hiệu quả triển khai chính sách... Những hạn chế này đã tác động đáng kể đến khả năng thực hiện chức năng và nhiệm vụ tuyến YTCS trong thời gian qua.

Bất cập về tổ chức mạng lưới

Mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế phủ rộng khắp nhưng thiếu cơ chế gắn kết và phối hợp hoạt động giữa lĩnh vực điều trị và y tế dự phòng, giữa cơ sở y tế các tuyến, giữa cơ sở y tế nhà nước và y tế tư nhân. Chức năng nhiệm vụ của các đơn vị y tế các tuyến như hiện tại đang tạo nên sự cắt đoạn, thiếu sự liên thông giữa các tuyến trong cung ứng dịch vụ y tế. Hiện tại hệ thống chuyên tuyến bao gồm cả chuyển bệnh nhân từ tuyến dưới lên tuyến trên và chuyển ngược lại từ tuyến trên xuống tuyến dưới bị phá vỡ đã gây nên tình trạng quá tải tuyến trên một cách trầm trọng. Nguyên nhân của sự thiếu gắn kết này là do sự chưa phù hợp về cơ cấu tổ chức của các đơn vị y tế trên địa bàn huyện, hình thức quản lý nhiều đầu mối của các chương trình mục tiêu quốc gia y tế cũng

như cơ chế phân bổ ngân sách theo chiều dọc đã gây nên tình trạng thiếu lồng ghép trong quá trình triển khai thực hiện các chương trình y tế.

Bất cập trong cung ứng dịch vụ y tế tại tuyến huyện, xã

Tính trong tổng số lượt khám chữa bệnh của người dân trong năm 2011, có 27,9% lượt bệnh nhân khám chữa bệnh tại các bệnh viện tuyến huyện và 47,2% lượt bệnh nhân khám chữa bệnh tại TYT xã. Mặc dù việc sử dụng dịch vụ y tế tại tuyến huyện, xã chiếm tỷ trọng là 2/3 trong tổng số lượt khám chữa bệnh nhưng thực tế cho thấy khoảng 70% bệnh nhân vượt tuyến ở tuyến trung ương có thể điều trị được ở tuyến dưới; 81,8% bệnh nhân vượt tuyến ở bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh có thể điều trị được ở tuyến huyện, xã; 67,9% bệnh nhân vượt tuyến ở tuyến huyện có thể điều trị được ở tuyến xã³⁵.

Bất cập về nguồn nhân lực y tế

Hạn chế về nguồn nhân lực đang được nhìn nhận là một trong những vấn đề tác động lớn nhất với sự phát triển của tuyến YTCS. Tuyến YTCS hướng về nông thôn là một trong những định hướng của ngành y tế, tuy nhiên thực trạng mất cân đối trong phân bổ nguồn nhân lực giữa nông thôn và thành thị đang diễn ra phổ biến. Nước ta có hơn 70% người dân sống ở khu vực nông thôn nhưng chỉ có 41% bác sỹ và 18% dược sỹ đang làm việc tại đây³⁶. Mặc dù trong những năm gần đây, Chính phủ đã ban hành một số các chính sách nhằm thu hút và duy trì nguồn nhân lực y tế (NLYT) nói chung và ở khu vực

³⁵ Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2010), Nghiên cứu tình trạng quá tải, dưới tải của hệ thống bệnh viện các tuyến và đề xuất giải pháp khắc phục, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ, Hà Nội.

³⁶ Vụ Tổ chức Cán Bộ (2007), Báo cáo lựa chọn chính sách về nguồn nhân lực y tế, Bộ Y tế, Hà Nội.

vùng khó khăn nói riêng nhưng y tế cơ sở vẫn gặp nhiều khó khăn trong thu hút và duy trì nguồn NLYT. Hiệu quả triển khai một số chính sách đối với tuyến y tế cơ sở chưa cao.

Bên cạnh sự thiếu hụt về số lượng, nhiều nghiên cứu cũng đã chỉ ra rằng chất lượng của NLYT tuyến cơ sở là cũng là một vấn đề đáng được quan tâm³⁷. Kết quả từ một số nghiên cứu, đối với những kiến thức và kỹ năng trong khám và xử trí thông thường, chỉ có 17,3% y, bác sỹ đang công tác tại TYT xã có kiến thức đúng về sơ cấp cứu ngộ độc; và chưa đến 50% trong số họ nắm được đúng các kiến thức cần thiết khác như điều trị tiêu chảy, chẩn đoán nhiễm khuẩn hô hấp cấp ở trẻ em hay tăng huyết áp ở người lớn³⁸. Về chuyên môn CSSK sinh sản, mặc dù đây là một trong những hoạt động CSSK thông thường và phổ biến tại tuyến xã nhưng kiến thức của CBYT ở mảng nội dung này còn tương đối yếu³⁹.

Năng lực thực hiện các hoạt động chuyên môn theo phân tuyến kỹ thuật của TYT xã cũng còn hạn chế. Kết quả từ nghiên cứu cho thấy trung bình TYT chỉ thực hiện được 37/96 kỹ thuật theo phân tuyến. Nguyên nhân của tình trạng này một phần do TYT thiếu trang thiết bị y tế cũng như cán bộ có chuyên môn để thực hiện các nhóm kỹ thuật này⁴⁰.

Đào tạo nguồn nhân lực cũng là một vấn đề cần được quan tâm. Chương trình đào tạo còn chậm đổi mới và chưa đáp ứng được yêu cầu về năng lực để đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân hiện nay. Việc thực hiện các chương trình đào tạo liên tục cập nhật kiến thức cũng vẫn còn hạn chế ở nhiều địa phương.

Bất cập về cơ chế tài chính và đầu tư cho y tế cơ sở

Cơ chế tài chính cho y tế cơ sở như hiện nay là không phù hợp do phương thức cấp kinh phí hiện tại chưa đảm bảo cho việc triển khai các

dịch vụ CSSKBĐ và cơ chế chi trả chưa tạo động cơ khuyến khích để tăng chất lượng dịch vụ. Việc thiếu kinh phí hoạt động và cơ chế chi trả đã làm cho TYT xã gặp nhiều khó khăn trong cung ứng dịch vụ y tế. Kinh phí cấp cho BV huyện và TYT xã như hiện nay không đủ để đáp ứng yêu cầu hoạt động của y tế cơ sở. Tỷ trọng phân bổ ngân sách y tế cho tuyến huyện và xã là rất thấp, kinh phí cấp cho bệnh viện huyện chỉ chiếm tỷ trọng là 20,8% trong khi kinh phí cấp cho TYT xã chỉ chiếm 1,6%⁴¹.

Bên cạnh đó, sự mất cân đối trong phân bổ nguồn lực giữa tuyến trên và tuyến YTCS cũng là một trong những nguyên nhân ảnh hưởng tới khả năng cung ứng dịch vụ y tế của BV huyện và TYT xã. Theo báo cáo của cơ quan BHXH Việt Nam, năm 2012, tỉ lệ sử dụng dịch vụ KCB của bệnh nhân BHYT tại tuyến xã là 30% nhưng tỉ trọng sử dụng quỹ BHYT chỉ chiếm 5%; cũng tương tự, tỉ lệ sử dụng dịch vụ KCB của bệnh nhân BHYT tại BV huyện là 41,9% nhưng tỉ trọng sử dụng quỹ BHYT chỉ chiếm 26,7%.

Một số giải pháp định hướng tăng cường vai trò của y tế cơ sở trong cung ứng dịch vụ CSSKBĐ

³⁷ Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Đánh giá tình hình thực hiện chức năng nhiệm vụ của trạm y tế các vùng miền, 2012 Bộ Y tế, Hà Nội.

³⁸ Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Đánh giá tình hình thực hiện chức năng nhiệm vụ của trạm y tế các vùng miền, 2012 Bộ Y tế, Hà Nội.

³⁹ Thêm, L.V. (2013), Thực trạng hoạt động của bác sỹ tại trạm y tế xã và đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao chất lượng hoạt động của trạm y tế xã tỉnh Hải Dương, Trường Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương, Hải Dương.

⁴⁰ Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2012), Bước đầu triển khai khám chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định của Luật Bảo hiểm Y tế, Hà Nội.

⁴¹ Vụ Kế hoạch-Tài Chính- Bộ Y tế (2012), Tài khoản y tế quốc gia ở Việt Nam thời kỳ 2000-2010, Nhà xuất bản Thống Kê, Hà Nội.

Với nhu cầu chăm sóc sức khỏe tăng lên của người dân hiện nay trong bối cảnh có sự thay đổi về mô hình bệnh tật (bệnh không lây nhiễm và tai nạn thương tích tăng), sự thay đổi về nhân khẩu học với tỷ lệ người già tăng cao, sự khác biệt về chỉ số sức khỏe giữa các vùng, các nhóm dân cư thì y tế cơ sở cần phải được củng cố dựa trên việc đổi mới cách tiếp cận về chăm sóc sức khỏe ban đầu theo hướng chăm sóc sức khỏe toàn dân; dịch vụ y tế được cung ứng đảm bảo nguyên tắc chăm sóc toàn diện, liên tục và lấy con người làm trung tâm; có tính liên ngành và sự tham gia tích cực của cộng đồng.

Để củng cố và nâng cao chất lượng hoạt động của y tế cơ sở trong cung ứng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu nhằm tăng cường khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, thực hiện chăm sóc sức khỏe toàn dân đảm bảo công bằng trong chăm sóc sức khỏe thì ngành y tế cần phải thực hiện một số giải pháp định hướng sau đây:

Thứ nhất, cần thực hiện cải cách về tài chính theo hướng tăng nguồn tài chính từ ngân sách nhà nước cho y tế cơ sở; đổi mới phương thức chi trả nhằm khuyến khích cung cấp các dịch vụ y tế một cách hiệu quả tại tuyến y tế cơ sở.

Thứ hai, cần thực hiện cải cách về nhân lực y tế, cụ thể là: (i) cần rà soát và điều chỉnh các chương trình đào tạo bao gồm cả hình thức đào tạo cho cán bộ y tế trước khi về làm việc tại tuyến y tế cơ sở, hình thức đào tạo liên tục và đào tạo nâng cao trình độ phù hợp với năng lực cần có để đáp ứng nhu cầu CSSK tại tuyến y tế cơ sở hiện nay; (ii) triển khai hiệu quả các chính sách thu hút và duy trì nguồn nhân lực y tế tại tuyến y tế cơ sở; (iii) cần xác định các nguồn nhân lực tham gia cung ứng dịch vụ CSSKBĐ với chức năng nhiệm vụ cụ thể phù hợp với điều kiện Việt Nam.

Thứ ba, cần tăng cường sự lồng ghép giữa các chương trình y tế, sự phối hợp giữa lĩnh vực điều trị và dự phòng, sự điều phối giữa các đơn vị y tế các tuyến và tăng cường công tác phối hợp liên ngành trong xây dựng và triển khai chính sách y tế.

Thứ tư, cần phải đảm bảo chất lượng dịch vụ CSSKBĐ cả về điều trị và phòng bệnh, xây dựng cơ chế giám sát chất lượng.

Thứ năm, cần xây dựng và chuẩn hóa hệ thống thông tin y tế phục vụ cho quản lý hoạt động y tế tuyến cơ sở./.

SÁNG KIẾN CÔ ĐỒ THÔN BẢN: GIẢI PHÁP VỀ NHÂN LỰC Y TẾ VÙNG MIỀN NÚI KHÓ KHĂN Ở VIỆT NAM

TS. Dương Văn Đạt⁴²

Tóm tắt

Nhằm tăng cường khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em ở khu vực dân tộc ít người, Quỹ Dân số Liên hợp quốc đã hỗ trợ Bộ Y tế xây dựng đội ngũ cô đỡ thôn bản (CĐTB). Phụ nữ dân tộc ít người dưới 35 tuổi, được cộng đồng địa phương lựa chọn, được đào tạo trong thời gian từ 6-18 tháng theo phương pháp cầm tay chỉ việc, thực hành trên các mô hình sản khoa và phụ nữ có thai. Kết quả 1.737 CĐTB đã được đào tạo tại 29 tỉnh miền núi có đủ năng lực của người đỡ đẻ có kỹ năng theo khuyến cáo của ICM và WHO. Hoạt động của CĐTB nhằm cải thiện sức khỏe bà mẹ và trẻ em đã được người dân địa phương đón nhận rất tích cực. Tuy vậy, việc nhân rộng mô hình đào tạo CĐTB còn một số khó khăn như thiếu số liệu chính xác về tiếp cận và sử dụng dịch vụ của người dân, năng lực của trạm y tế xã cũng như điều kiện địa lý và giao thông ở các thôn bản vùng sâu, vùng xa. Mặc dù đã có chính sách hỗ trợ CĐTB, nhưng hiện chỉ một số nhỏ CĐTB được chính thức làm việc trong hệ thống y tế và có phụ cấp hàng tháng. Cần phải chuẩn hóa các điều kiện tuyển chọn; xác định chính xác nhu cầu các loại hình đào tạo, thời gian đào tạo CĐTB phù hợp với từng địa phương; xây dựng và triển khai các chính sách sử dụng, duy trì và phát huy hiệu quả hoạt động của CĐTB trong hệ thống y tế Việt Nam.

Bối cảnh

Mặc dù Việt Nam đã đạt được các thành tựu quan trọng trong việc thực hiện các Mục tiêu Thiên niên kỷ (MDG) về y tế, tại một số khu vực miền núi và vùng sâu vùng xa, nơi đồng bào dân tộc ít người sinh sống; Tỷ suất tử vong mẹ (TSTVM) vẫn ở mức cao và phần lớn phụ nữ ở khu vực này vẫn sinh con tại nhà mà không có cán bộ y tế hỗ trợ. Báo cáo của Bộ Y tế cho thấy, tới năm 2010, TSTVM trên cả nước đã giảm đáng kể (69/100.000 ca đẻ sống)^[1] nhưng tại 225 huyện vùng núi, vùng sâu, vùng xa TSTVM còn cao gần gấp đôi (104/100.000 ca đẻ sống) so với khu vực đồng bằng^[2]. TSTVM của nhóm

dân tộc ít người hiện còn cao gấp ba đến bốn lần so với nhóm người Kinh^[3]. Bên cạnh đó, tỷ lệ phụ nữ đẻ tại nhà ở các tỉnh miền núi vẫn còn cao như Lai châu 59%, Điện Biên 55%, Lào Cai 53%, Hà Giang 45%, Sơn La 42% so với mức trung bình của quốc gia xấp xỉ 1,3%^[4]. Sinh con không được cán bộ y tế có kỹ năng đỡ là một trong những nguyên nhân quan trọng của tử vong mẹ cao ở các vùng dân tộc ít người ở vùng núi, vùng sâu, vùng xa.

⁴² Chuyên gia chương trình sức khỏe sinh sản của UNFPA tại Việt Nam (email: dat@unfpa.org).

Theo đánh giá của Bộ Y tế thực hiện năm 2010, 65% số trạm y tế xã, nơi có nhiều đồng bào dân tộc ít người sinh sống ở khu vực Đông Bắc bộ, Tây Bắc bộ và Tây Nguyên không cung cấp được 5 dịch vụ chăm sóc sản khoa thiết yếu do sự thiếu hụt cán bộ y tế có kỹ năng^[5]. Nghiên cứu cũng chỉ ra một tỷ lệ rất lớn bác sĩ và nữ hộ sinh hiện đang làm việc tại trạm y tế xã và bệnh viện huyện không thể thực hiện một cách chính xác tất cả các bước chính của 5 kỹ năng cứu sống bà mẹ, như xử trí tích cực giai đoạn ba của chuyển dạ, bóc rau thai bằng tay và hồi sức sơ sinh^[6]. Bên cạnh đó, phong tục tập quán liên quan đến mang thai và sinh đẻ, khó khăn về địa hình, đường xá, thiếu phương tiện vận chuyển, khoảng cách đến cơ sở y tế xa xôi và nghèo đói là những yếu tố quan trọng góp phần vào những khó khăn trong việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ của người mẹ^[7-9]. Sự e ngại cán bộ y tế nam khám bệnh và/hoặc sợ bị cán bộ y tế kỳ thị, hay cơ sở y tế không có các dịch vụ đáp ứng các yêu tố văn hóa mà người dân mong đợi cũng góp phần cản trở việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc bà mẹ^[10, 11]. Hơn nữa, nhiều cán bộ y tế không nói được tiếng dân tộc ít người và đa số tài liệu truyền thông chỉ bằng tiếng Kinh^[12].

Trong những năm qua, mặc dù Bộ Y tế và chính quyền các địa phương đã có những chính sách và chương trình nhằm tăng cường đội ngũ cán bộ y tế ở vùng dân tộc ít người như chương trình khuyến khích hỗ trợ con em người dân tộc thiểu số đi học tại các trường y tế. Tuy nhiên, tại một số địa bàn khó khăn, có rất ít con em dân tộc ít người học hết trung học phổ thông để tham gia các chương trình đào tạo theo địa chỉ này. Một số người đủ điều kiện tham gia chương trình khuyến học đó thì lại không trở về quê hương sau khi học xong hoặc bỏ học giữa chừng. Mặc dù nhà nước đã có chính sách trả thưởng thu hút nhân lực, nhưng vẫn rất khó để

tuyển hoặc giữ chân được nhân viên y tế có kỹ năng làm việc tại các vùng dân tộc ít người hoặc vùng sâu vùng xa. Đề án 1816 đã được triển khai góp phần giải quyết thiếu hụt về nguồn nhân lực có kỹ năng đồng thời nâng cao năng lực cho mạng lưới y tế cơ sở vùng dân tộc ít người. Tuy nhiên, mức độ cải thiện nguồn nhân lực có kỹ năng ở khu vực miền núi hiện vẫn còn hạn chế và dự báo thiếu hụt nhân lực y tế có kỹ năng chăm sóc sức khỏe sinh sản vẫn sẽ tồn tại trong 10-20 năm tới ở những địa bàn khó khăn nhất. Bài báo này chia sẻ kinh nghiệm của Quỹ Dân số Liên Hợp quốc (UNFPA) tại Việt Nam trong việc xây dựng đội ngũ CĐTB như một giải pháp ngắn hạn cho việc thiếu hụt nhân lực y tế cho chăm sóc sức khỏe sinh sản tại khu vực miền núi, vùng sâu vùng xa của Việt Nam.

Cách tiếp cận của UNFPA tại Việt Nam để cải thiện nguồn nhân lực y tế

Nhằm tăng cường năng lực của đội ngũ y tế tại các vùng dân tộc ít người cho chăm sóc sức khỏe sinh sản, UNFPA tại Việt Nam thực hiện một chiến lược dài hạn nhằm nâng cao năng lực hộ sinh trong toàn quốc thông qua việc hợp tác với các trường Đại học hàng đầu trên thế giới giúp Bộ Y tế xây dựng chương trình đào tạo hộ sinh theo năng lực hệ Trung cấp (2001-2005), Cao đẳng (2006-2010) và Đại học (2012-2015). Đặc biệt, trong giai đoạn 2000-2005, UNFPA đã hỗ trợ sáng kiến tuyển chọn con em người dân tộc ít người ở khu vực khó khăn đã tốt nghiệp trung học cơ sở về các trường trung cấp y tế Hà Giang và Yên Bái để đào tạo. Trong giai đoạn 1, các em hoàn thành trung học phổ thông trong 2-3 năm đầu và sau đó học chương trình trung học y tế chuyên về y sĩ sản nhi, hộ sinh hoặc điều dưỡng trong 2-3 năm sau đó. Bên cạnh đó, UNFPA hỗ trợ Bộ Y tế xây dựng và triển khai kế hoạch hành động quốc gia về Điều dưỡng và Hộ sinh và kế hoạch hành động quốc gia về

người đỡ đẻ có kỹ năng. UNFPA cũng hỗ trợ Bộ Y tế triển khai áp dụng chuẩn kỹ năng của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Liên đoàn Hộ sinh Quốc tế (ICM) trong xây dựng chương trình đào tạo và đánh giá kỹ năng hộ sinh. UNFPA cũng hỗ trợ xây dựng và triển khai các chương trình đào tạo lại về thực hành lâm sàng và quản lý cho nữ hộ sinh.

Để hỗ trợ cải thiện các hạn chế trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ sức khỏe sinh sản, đặc biệt sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh ở khu vực dân tộc ít người và vùng sâu vùng xa do sự thiếu hụt người đỡ đẻ có kỹ năng và các rào cản văn hóa, UNFPA áp dụng chiến lược ngắn hạn nhằm xây dựng đội ngũ CĐTĐB tại các vùng khó khăn nhất của Việt Nam.

Sáng kiến đào tạo cô đỡ thôn bản

Từ các bài học và kinh nghiệm đào tạo ngắn hạn CĐTĐB người dân tộc ít người tại bệnh viện Từ Dũ, thành phố Hồ Chí Minh, UNFPA cùng với một số đối tác phát triển đã hỗ trợ Bộ Y tế Việt Nam xây dựng và thử nghiệm mô hình CĐTĐB người dân tộc thiểu số. Phụ nữ dân tộc ít người dưới 35 tuổi, được cộng đồng địa phương lựa chọn, được đào tạo theo một trong ba chương trình tùy thuộc vào điều kiện địa lý, mức độ sử dụng dịch vụ tại địa phương và năng lực của các trạm y tế xã. Chương trình đào tạo 6 tháng được áp dụng tại các thôn bản không quá xa trạm y tế xã và/hoặc nơi có tỷ lệ đẻ tại nhà dưới 50%. Nội dung đào tạo 6 tháng là các kỹ năng cơ bản để xử trí một cuộc đẻ thường. Các chương trình đào tạo 12 và 18 tháng được thiết kế cho những khu vực có tỷ lệ đẻ tại nhà từ 50% trở lên và/hoặc những vùng cách các cơ sở chăm sóc sản khoa toàn diện hơn 30 km, hoặc 5 giờ đi bộ tính từ thôn bản^[13-16]. Chương trình 12 tháng có thêm một mô-đun đào tạo 6 tháng về xử trí cấp cứu ban đầu các tai biến sản khoa. Chương trình 18 tháng có thêm một

mô-đun đào tạo 3 tháng về xử trí các tai biến sản khoa, một mô-đun 3 tháng đào tạo y tế thôn bản và 6 tháng đào tạo thực hành tại các bệnh viện huyện và trạm y tế xã.

Những người đã hoàn thành mô-đun 6 tháng về xử trí một cuộc đẻ thường, có thể học tiếp lên chương trình 12 tháng hoặc 18 tháng để trang bị thêm các kỹ năng cấp cứu ban đầu các tai biến sản khoa. Các chương trình đào tạo tập trung vào phương pháp cầm tay chỉ việc, tạo điều kiện cho học viên thực hành trên các mô hình sản khoa và phụ nữ có thai. Để hoàn thành khóa học, các học viên phải đỡ ít nhất 20 ca đẻ có sự giám sát và hướng dẫn của các nữ hộ sinh có kinh nghiệm. Phần đào tạo lý thuyết đã sử dụng các phương tiện nghe nhìn như phim, ảnh. Bên cạnh đó, các hoạt động xã hội và giao lưu văn hóa cũng được tổ chức nhằm hỗ trợ và khuyến khích các học viên theo học đầy đủ và không bỏ cuộc giữa chừng^[13-16].

Các kết quả chính

Tính đến nay, có khoảng 1.737 CĐTĐB đã được đào tạo các khóa khác nhau: 6 tháng (1.616 cô), 12 tháng (42 cô) và 18 tháng (79 cô) tại 29 tỉnh miền núi. Các CĐTĐB sau khi được đào tạo sẽ có 24 đến 26 năng lực của người đỡ đẻ có kỹ năng theo khuyến cáo của ICM và WHO có thể chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em tại nhà. Cụ thể, CĐTĐB có khả năng chăm sóc tiền sản, giáo dục sức khỏe và khuyến khích phụ nữ mang thai đến khám và sinh con tại trạm y tế xã. CĐTĐB hỗ trợ các ca đẻ thường ở nhà hoặc đẻ rơi trên ruộng/nương khi người phụ nữ không muốn đẻ tại cơ sở y tế hoặc không kịp tới cơ sở y tế. Họ có vai trò phát hiện và kịp thời chuyển các ca sinh có biến chứng phức tạp tới trạm y tế xã hoặc bệnh viện huyện. CĐTĐB còn chăm sóc sau sinh cho mẹ và bé tại nhà và khuyến khích các bà mẹ đưa trẻ đi tiêm chủng đúng thời gian. Bên cạnh đó, CĐTĐB có khả

năng thu thập dữ liệu quản lý thai nghén, sinh đẻ, tử vong... như vai trò của nhân viên y tế thôn bản hoặc cộng tác viên dân số. Các CĐTĐ (hệ 12 hoặc 18 tháng) có khả năng xử trí cấp cứu ban đầu các tai biến sản khoa trong quá trình vận chuyển sản phụ lên tuyến trên hoặc trong thời gian chờ cán bộ y tế kỹ năng tuyến trên xuống hỗ trợ. Theo đánh giá chương trình đào tạo 18 tháng thực hiện năm 2011, khoảng 85% các CĐTĐ đã qua đào tạo tại tỉnh Ninh Thuận và Hà Giang có thể thực hiện các kỹ thuật xử trí băng huyết sau sinh^[15].

Các dịch vụ chăm sóc bà mẹ tại nhà do CĐTĐ cung cấp đã được người dân địa phương đón nhận rất tích cực, trường thôn/bản cũng như chính quyền địa phương các cấp đánh giá cao. Cụ thể, trong thời gian 2006-2010, hơn 100.000 cuộc đẻ trong toàn quốc đã được các CĐTĐ đỡ. Hàng nghìn ca thai nghén có nguy cơ cao hoặc các tai biến sản khoa đã được phát hiện và chuyển lên tuyến trên^[14]. Quan trọng hơn, CĐTĐ có vai trò làm cầu nối giữa cộng đồng và các cơ sở y tế nhà nước nhằm cải thiện sức khỏe bà mẹ và trẻ em ở các vùng khó khăn có xa cách về địa lý hoặc rào cản văn hóa^[15].

Chính sách hỗ trợ cô đỡ thôn bản

Trong thời gian 2012 và 2013, Bộ Y tế đã phê duyệt hai mô-đun đào tạo về đỡ đẻ thường và xử trí các tai biến sản khoa cho CĐTĐ. Bên cạnh đó, chức năng và nhiệm vụ của CĐTĐ trong hệ thống y tế đã được Thông tư 07/2013 ngày 8/3/2013 của Bộ Y tế quy định. Các CĐTĐ đáp ứng được các tiêu chuẩn của Bộ Y tế sẽ nhận được phụ cấp hàng tháng tương đương với 30-50% của mức lương cơ bản do chính phủ quy định, tùy theo địa bàn sinh sống và mức độ khó khăn của thôn bản. Bộ Y tế cũng ra quyết định số 2737/QĐ-BYT ngày 24/7/2014 đảm bảo cung cấp các dụng cụ y tế và vật tư tiêu hao cho CĐTĐ.

Thảo luận

Cô đỡ thôn bản có kỹ năng, thành thạo về chuyên môn, có nhiệt huyết là chìa khóa then chốt cho sự thành công trong việc giúp làm giảm tử vong mẹ và trẻ sơ sinh. Với sự phát triển kinh tế xã hội những năm qua cùng với hiệu quả của các chương trình xóa đói giảm nghèo và các chương trình y tế trọng điểm, năng lực của hệ thống y tế tại khu vực miền núi khó khăn đã được cải thiện đáng kể. Tuy nhiên, tại một số vùng sâu vùng xa, biệt lập về mặt địa lý hoặc do cản trở văn hóa, sự chênh lệch về tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế so với mặt bằng toàn quốc có thể tiếp tục kéo dài trong những năm tới. Do vậy về mặt chiến lược lâu dài, cần tiếp tục nâng cao năng lực của đội ngũ hộ sinh thông qua các chương trình đào tạo hộ sinh theo năng lực tại các trường đại học, cao đẳng và trung học y tế trên toàn quốc. Tuy nhiên, để thu hẹp sự cách biệt về các chỉ số sức khỏe sinh sản tại khu vực miền núi, vùng sâu vùng xa so với mặt bằng chung toàn quốc trong thời gian ngắn, việc triển khai các giải pháp ngắn hạn như mô hình CĐTĐ là cần thiết trong những năm tới.

Mặc dù học viên có trình độ văn hóa thấp, nhưng với nội dung, hình thức giảng dạy tích cực và mang tính thực hành cao, cả 3 chương trình giảng dạy CĐTĐ đã trang bị kiến thức và kỹ năng hộ sinh tối cần thiết cho các học viên người dân tộc ít người. Các hoạt động văn hóa xã hội đã giúp cho học viên hòa nhập, tích cực học tập và không bỏ cuộc giữa chừng. Điểm lưu ý ở đây là các chương trình đào tạo này nên thực hiện ở các cơ sở lâm sàng có nhiều ca đẻ cho học viên quan sát và thực hành. Sự kèm cặp trực tiếp của các nữ hộ sinh có kinh nghiệm cho từng học viên đóng vai trò “*sống còn*” để giúp các em thu nhận được kiến thức và kỹ năng hộ sinh cần thiết. Đây là kinh nghiệm có thể được áp dụng cho các chương trình đào tạo y tế khác tại

vùng dân tộc ít người để hạn chế tỷ lệ bỏ cuộc của học viên.

Để nhân rộng mô hình, một câu hỏi lớn được đặt ra nhu cầu CĐTĐ ở Việt Nam là bao nhiêu cho từng loại hình đào tạo? Thôn bản nào sẽ cần CĐTĐ khi thực tế là không phải xã nào nằm trong khu vực miền núi, dân tộc ít người cũng thuộc diện khó khăn? Có trường hợp, trạm y tế xã nằm gần sát bệnh viện huyện, có đủ cơ sở nhân lực làm việc tại trạm cùng với đội ngũ y tế thôn bản và cộng tác viên dân số, nhưng vẫn tuyển thêm CĐTĐ mặc dù số lượng bệnh nhân tới khám tại trạm y tế xã rất thấp. Trong trường hợp này, mặc dù CĐTĐ có kỹ năng chuyên môn tốt cũng không phát huy được hiệu quả vì hầu hết phụ nữ mang thai đến khám trực tiếp tại bệnh viện huyện gần đó. Nếu tuyển chọn và đào tạo CĐTĐ sai địa chỉ cũng sẽ tạo áp lực ngân sách cho địa phương để duy trì đội ngũ này. Tuy nhiên, thực tế hiện nay, nhiều tỉnh miền núi không có các số liệu chính xác về tình hình chăm sóc sức khỏe sinh sản, năng lực của các trạm y tế xã cũng như điều kiện địa lý và giao thông ở thôn/bản vùng sâu vùng xa. Điều này dẫn đến các khó khăn trong việc xây dựng kế hoạch để mở rộng nguồn nhân lực CĐTĐ tại các tỉnh này một cách tiết kiệm và hiệu quả. Do vậy, Bộ Y tế cần chuẩn hóa các điều kiện tuyển chọn CĐTĐ và làm việc chặt chẽ với các tỉnh có nhu cầu để hạn chế việc đào tạo CĐTĐ sai địa chỉ.

Một vấn đề nổi cộm khác là sử dụng CĐTĐ sau đào tạo. Hầu hết các tỉnh miền núi đều có nhu cầu đào tạo CĐTĐ nhưng lại không có kế hoạch cụ thể để sử dụng và trả phụ cấp cho đội ngũ này. Mặc dù Thông tư 07/2013/TT-BYT đã được phê duyệt năm 2013, nhưng hiện nay mới chỉ có một số nhỏ các CĐTĐ được chính thức đưa vào làm việc trong hệ thống y tế và có phụ cấp hàng tháng. Do vậy, nếu không cải thiện kịp thời về chính sách sử dụng sau đào tạo, hiệu quả

của sáng kiến CĐTĐ sẽ bị hạn chế và gây lãng phí nguồn đầu tư.

Do nhân lực y tế tại khu vực miền núi vốn đã mỏng mà các CĐTĐ lại sống và làm việc rải rác ở các khu vực vùng sâu vùng xa, việc giám sát và hỗ trợ kỹ thuật cho đội ngũ này còn rất hạn chế. Hiện nay việc giám sát và hỗ trợ kỹ thuật cho CĐTĐ phụ thuộc chủ yếu vào các chuyến công tác giám sát thực địa của cán bộ y tế huyện và xã tới các thôn bản trong khi điều kiện địa lý tại một số khu vực miền núi rất khó khăn, chi phí thời gian và kinh phí cho việc đi lại tốn kém. Do vậy cần tìm kiếm các sáng kiến áp dụng kỹ thuật nghe nhìn hoặc truyền thông mới (như mobile phone hay internet) để nâng cao được khả năng giám sát và hỗ trợ kỹ thuật cho CĐTĐ có hiệu quả.

Nghiên cứu thu thập các bằng chứng về chi phí hiệu quả của CĐTĐ là vô cùng cần thiết. Nghiên cứu cần chỉ ra các yếu tố phát huy và cản trở hoạt động của CĐTĐ cũng như đóng góp thực tế của đội ngũ này vào công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản để làm cơ sở xây dựng chính sách y tế phù hợp cho khu vực miền núi, vùng sâu, vùng xa.

Kết luận và khuyến nghị

Các số liệu cho thấy sáng kiến CĐTĐ đã phát huy hiệu quả bước đầu cho việc chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em tại các khu vực miền núi, vùng sâu, vùng xa của Việt Nam. Tuy nhiên, để sử dụng tốt hiệu quả của sáng kiến này, Bộ Y tế cần chuẩn hóa các điều kiện tuyển chọn CĐTĐ và làm việc chặt chẽ với Sở Y tế các tỉnh miền núi có nhu cầu để hạn chế việc đào tạo CĐTĐ sai địa chỉ. Bộ Y tế cũng cần phối hợp với Ủy ban Dân tộc Miền núi, Ủy ban Nhân dân và Sở Y tế các tỉnh miền núi xây dựng và triển khai các chính sách sử dụng CĐTĐ và phân bổ ngân sách địa phương để duy trì nguồn nhân lực quan

trọng này trong hệ thống y tế. Bên cạnh đó, cần tiến hành điều tra để xác định chính xác nhu cầu các loại hình CĐTĐ với thời gian đào tạo khác nhau và đưa các nhu cầu này vào trong kế hoạch y tế của tỉnh hàng năm. Các tỉnh có nhu cầu CĐTĐ cần phân bổ đủ ngân sách để hỗ trợ các hoạt động đào tạo, trả phụ cấp hàng tháng và cung cấp các vật tư tiêu hao y tế cho CĐTĐ theo qui định của Thông tư 07/2013 của Bộ Y tế. Sở Y tế các tỉnh cần triển khai theo dõi, giám sát hỗ trợ, đào tạo liên tục để duy trì năng lực và

hoạt động của CĐTĐ, đặc biệt là công tác chuyển tuyến các ca tai biến. Bên cạnh đó, chính quyền huyện và xã cần có các hoạt động truyền thông nâng cao vai trò và vị trí của CĐTĐ trong cộng đồng để hỗ trợ cho hoạt động của họ tại địa phương. Cần thu thập thêm các bằng chứng về hiệu quả của sáng kiến đào tạo CĐTĐ, đặc biệt là các bằng chứng chi phí hiệu quả và các bài học kinh nghiệm để lấy cơ sở nhân rộng mô hình./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. General Statistics Office (2011). The 2009 Vietnam population and housing census. Fertility and mortality in Vietnam: Patterns, trends and differentials. Hanoi Vietnam
2. WHO (2012). Estimates of MMR from the 225 difficult districts in Viet Nam using the HMIS data in 2010. Hanoi Vietnam
3. Health Strategy and Policy Institute (2010). National Maternal and Neonatal Mortality Survey in Vietnam 2006-2007. Hanoi Vietnam
4. MOH (2011). Annual report of the maternal and child health. Hanoi Vietnam
5. MOH (2011). Assessment of Reproductive Health system. Hanoi Vietnam
6. MOH-United Nations (2009). The review on skilled birth attendants. Hanoi Vietnam
7. Malqvist, M., Sohel, N., Do, T., Eriksson, L. and Persson, L. (2010). Distance decay in delivery care utilisation associated with neonatal mortality. A case referent study in northern Vietnam. BMC Public Health, 10(1), p.762.
8. Axelson, H., Bales, S., Minh, P., Ekman, B. and Gerdtam, U. (2009). Health financing for the poor produces promising short-term effects on utilization and out-of-pocket expenditure: evidence from Vietnam. International Journal for Equity in Health, 8 (1), P.20.
9. World Health Organization (2005). Maternal mortality in Viet Nam 2000–2001: An in-depth analysis of causes and determinants. Geneva: World Health Organization.
10. UNFPA. (2008). Childbirth in ethnic minority communities - A qualitative study in Binh Dinh province. Hanoi Vietnam.
11. Amin, S. and Teerawichitchainan, B. (2009). Ethnic fertility differentials in Vietnam and their proximate determinants. New York: Working Paper No 18, Population Council.

12. UNFPA (2008). Reproductive health of H'mong people in Ha Giang province - Medical anthropology perspective. Hanoi Vietnam.

13. HCM Pharmaceutical and Medical University (2010). End-line evaluation of the "Training programme for 500 Ethnic minority midwives of Tu Dzu hospital". Hochiminh City Vietnam

14. MOH-Pathfinder (2010). Review the service provision status of ethnic minority midwives. Hanoi Vietnam

15. MOH-UNFPA (2011). End-line review of the 18 month training programme for ethnic minority midwives. Hanoi Vietnam.

TĂNG CƯỜNG DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHOẺ SINH SẢN TẠI TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ - KINH NGHIỆM TỪ TỔ CHỨC MARIE STOPES INTERNATIONAL VIỆT NAM

BS. Đinh Thị Nhuận⁴³

Tóm tắt

Trên thực tế, việc chưa sử dụng hết công suất dịch vụ cung cấp tại các trạm y tế xã/phường và sự phụ thuộc vào các bệnh viện tuyến trên làm cho chất lượng chung về chăm sóc sức khỏe sinh sản tại Việt Nam chưa thực sự tốt. Từ năm 2007, tổ chức Marie Stopes International tại Việt Nam đã phối hợp với Sở Y tế tỉnh Khánh Hòa và Sở Y tế TP. Đà Nẵng thực hiện sáng kiến mô hình “Nhượng quyền xã hội Tình chị em” bán phần dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản và kế hoạch hoá gia đình. Mô hình hướng tới mục tiêu nâng cao chất lượng dịch vụ cung cấp tại các trạm y tế xã/phường. Đến tháng 3/2015, qua gần 9 năm triển khai, mô hình đã mở rộng ra 8 tỉnh/thành phố bao gồm Khánh Hòa, Đà Nẵng, Thái Nguyên, Thừa Thiên Huế, Vĩnh Long, Yên Bái, Cà Mau và Daklak. Gần 300 trạm y tế xã phường được kết nạp vào mạng lưới, cung cấp dịch vụ cho gần 8 triệu lượt khách hàng tại cộng đồng; hơn 3.000 lượt đào tạo về chất lượng dịch vụ và kỹ năng cung cấp dịch vụ KHHGD đã được cung cấp cho nhân viên y tế làm việc tại các trạm y tế xã phường tham gia mạng lưới. Dự án đã thực sự cải thiện cơ sở hạ tầng, chất lượng dịch vụ và sự hài lòng của khách hàng tại các trạm y tế tham gia dự án. Mô hình nhượng quyền xã hội bán phần khu vực y tế công cho phép tận dụng cơ sở hạ tầng và hệ thống có sẵn của trạm y tế để nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ. Mô hình này cũng giúp cho người dân có thu nhập thấp tiếp cận được dịch vụ chăm sóc SKSS/KHHGD chất lượng với giá cả phải chăng tại địa phương, chia sẻ gánh nặng cho các bệnh viện tuyến trên.

Đặt vấn đề

Dân số Việt Nam phát triển hơn 90 triệu người với các thành phần dân tộc đa dạng. Mặc dù Chiến lược Quốc gia về Dân số và sức khỏe sinh sản đang được thực hiện nhưng chất lượng chăm sóc sức khỏe sinh sản (SKSS) chung chưa được như mong muốn là một vấn đề hết sức quan trọng của khu vực y tế công tại Việt Nam. Các dịch vụ chăm sóc SKSS/KHHGD toàn diện còn nhiều hạn chế, trong đó dụng cụ tử cung là

biện pháp tránh thai (BPTT) được sử dụng phổ biến. Việc thiếu sự lựa chọn các BPTT là một trong những nguyên nhân gây ra tỷ lệ phá thai cao ở Việt Nam. Sự thiếu hiểu biết về chăm sóc SKSS cũng là nguyên nhân của vấn đề. Đặc biệt thanh niên trẻ lại càng hạn chế trong việc tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc SKSS và các

⁴³ Giám đốc chất lượng và dịch vụ, MSI Việt Nam.

BPTT. Sự kỳ thị và phân biệt của xã hội là rào cản làm nhiều thanh niên không muốn tìm kiếm các dịch vụ chăm sóc SKSS và các BPTT. Chính phủ Việt Nam đã có chủ trương tăng cường phổ cập tiếp cận dịch vụ y tế, đặc biệt ở Trạm y tế xã/phường (TYT). Tuy nhiên, hầu như tuyến y tế xã/phường chưa phát huy hết công năng cung ứng dịch vụ vì người dân ít tiếp cận sử dụng do bị ảnh hưởng bởi nhận thức chất lượng dịch vụ tại TYT chưa cao (chủ yếu là yếu tố con người và trang thiết bị). Nhằm góp phần tăng cường năng lực của TYT trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc SKSS/KHHGD căn bản hướng tới mục tiêu phổ cập bao phủ y tế, Tổ chức Marie Stopes International Viet Nam (MSI VN) và Sở Y tế tại 8 địa phương đã và đang thực hiện dự án áp dụng mô hình nhượng quyền xã hội công lập mang tên “*Tình chị em*” (Sisterhood).

Phương pháp can thiệp của Mô hình Nhượng quyền xã hội y tế công

Nhượng quyền xã hội (NQXH) là tập hợp những cơ sở y tế cung cấp các dịch vụ tương tự nhau cùng chung một thương hiệu, tạo ra một mạng lưới các cơ sở y tế cung cấp dịch vụ có chất lượng. Cách tiếp cận này giúp mở rộng dịch vụ bằng cách nâng cao chất lượng chuyên môn tại các trạm y tế ở các xã vùng nông thôn, xa xôi hẻo lánh. Nhượng quyền xã hội bán phần là lựa chọn một số dịch vụ đang được cung cấp tại một cơ sở y tế để xem xét hỗ trợ sau đó gắn thương hiệu cho dịch vụ đó.

Các hợp phần cơ bản của Mô hình NQXH Tình chị em bao gồm:

Thành viên mạng lưới: Trạm y tế xã/phường được mời tham gia trở thành thành viên của mạng lưới NQXH khu vực y tế công nếu trạm y tế đáp ứng được các yêu cầu về tiêu chuẩn cơ sở vật chất, vị trí địa lý và nhân viên. Trong giai

đoạn thử nghiệm (2006-2008) có 10 trạm y tế ở Đà Nẵng và 28 trạm y tế ở Khánh Hoà, các trạm y tế này ở khu vực nông thôn và ven đô tham gia vào mạng lưới.

Giám sát và đánh giá: MSI VN và các đối tác dự án tại địa phương cùng tham gia giám sát và đánh giá các hoạt động của dự án. Các thành viên nhóm giám sát của tỉnh còn được biết đến như là “*bạn hữu*” của các TYT vì đã hỗ trợ các nhân viên TYT củng cố chất lượng cung cấp dịch vụ tại các trạm này cũng như trong việc cởi mở và tiếp nhận các góp ý của họ.

Đào tạo: Nhân viên trạm y tế đã được MSI VN đào tạo về nhượng quyền xã hội và tiếp thị dịch vụ, chất lượng dịch vụ và tiêu chuẩn chất lượng dịch vụ lâm sàng. Mạng lưới gồm 25 cán bộ giảng viên nguồn cấp tỉnh được tập huấn dựa trên phương pháp đào tạo dựa vào khung năng lực để sau đó khi về địa phương đào tạo lại cho các nhân viên tại các trạm y tế tuyến xã/phường.

Thương hiệu và Tiếp thị xã hội: Hoạt động quảng bá và tiếp thị xã hội tập trung vào phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Dịch vụ chăm sóc SKSS/KHHGD tại các trạm y tế trong mạng lưới nhượng quyền xã hội mang thương hiệu tình chị em, với khẩu hiệu, “*thấu hiểu, kín đáo và tận tâm trong chăm sóc sức khỏe*”. Thương hiệu này đặc biệt được đánh giá phù hợp về văn hoá tại địa phương. Các trạm y tế tham gia vào mạng lưới NQXH phải có một phòng thương hiệu dành riêng cho việc cung cấp dịch vụ được nhượng quyền. Kế hoạch chiến lược để quảng bá thương hiệu còn bao gồm tuyển dụng “*đại sứ thương hiệu*” để tuyên truyền các thông điệp.

Kết quả: Từ 2007 đến nay, mô hình NQXH Tình chị em đã kết nạp gần 300 trạm y tế xã/phường tại 8 tỉnh/thành phố tham gia trong mạng lưới, 110 giảng viên nguồn tuyển tỉnh đã được tập huấn về các chủ đề Quản lý mô hình

NQXH, chăm sóc khách hàng, tiếp thị xã hội cũng như các chủ đề chuyên môn về chăm sóc SKSS/KHHGD. Đội giảng viên nguồn đã và đang cung cấp các khóa tập huấn cho hơn 3.000 lượt nhân viên y tế TYT xã phường tham gia trong mạng lưới về các chủ đề trên. Một đánh giá độc lập giữa kỳ cho thấy đánh giá về chất lượng dịch vụ (coeff=0.18 at the first follow-up vs. 0.19 at the second follow-up survey) và mức độ hài lòng của khách hàng (coeff=0.16 and 0.18, respectively) tại cộng đồng tăng đáng kể. Về dịch vụ cung cấp tại TYT, kết quả theo dõi dịch vụ cho thấy với các thành viên tham gia mạng lưới có sự tăng trưởng gần 40% trở lên về tổng dịch vụ sử dụng, 51% trở lên với dịch vụ SKSS và 45% trở lên với dịch vụ KHHGD.

Bài học kinh nghiệm

- Nguyên tắc NQXH y tế tư nhân có thể áp dụng thành công vào y tế nhà nước của quốc gia đang phát triển. Nhượng quyền bán phần cho phép sử dụng cơ sở hạ tầng sẵn có của hệ thống khu vực y tế công để làm gia tăng việc cung cấp dịch vụ.

- Khách hàng sẵn sàng chi trả phí dịch vụ ở mức phải chăng để hưởng chất lượng dịch vụ tốt. Phí dịch vụ cần phải phù hợp với khả năng chi trả của khách hàng đồng thời cũng đủ đảm bảo để trạm y tế tồn tại và có cơ chế hỗ trợ cho khách hàng thực sự cần hỗ trợ.

- Mô hình NQXH y tế công tạo cơ hội cho người dân có thu nhập thấp tiếp cận với dịch vụ

chăm sóc SKSS/KHHGD chất lượng với mức phí phù hợp tại các TYT tuyến xã, chia sẻ gánh nặng với các bệnh viện tuyến trên.

- Công việc giám sát và đánh giá của dự án đóng vai trò quan trọng đối với thành công của dự án.

Bàn luận và khuyến nghị

- Mô hình nhượng quyền này là một ví dụ về sự hợp tác thành công giữa Sở Y tế tuyến tỉnh với một tổ chức phi chính phủ quốc tế - MSI VN. Sự hợp tác này cho phép Sở Y tế địa phương sở hữu chương trình, trong khi sử dụng chuyên môn và nguồn lực sẵn có thông qua mạng lưới của MSI VN.

- Nhân tố chính để xem xét mở rộng mô hình NQXH y tế công trong tương lai:

- Trạm y tế có nguồn lực cơ sở vật chất thiếu thốn, có yếu tố cản trở trong việc thực hiện cung cấp dịch vụ chăm sóc SKSS, có thể bao gồm nguồn nhân lực và thiết bị tiêu chuẩn tại các trạm y tế.

- Cần phát triển và thực hiện hệ thống khuyến khích khen thưởng về chất lượng cung cấp dịch vụ chăm sóc SKSS/KHHGD cho nhân viên trạm y tế.

- Nên tăng cường sự hợp tác giữa những người có ảnh hưởng trong mạng lưới trạm y tế nhượng quyền xã hội để tối đa hoá nguồn lực và phạm vi thực hiện hoạt động của dự án./.

THỰC TRẠNG KHÁM, CẤP GIẤY CHỨNG NHẬN SỨC KHỎE VÀ QUẢN LÝ SỨC KHỎE LÁI XE ĐƯỜNG BỘ

TS. Khương Anh Tuấn⁴⁴, ThS. Trần Xuân Lương⁴⁵,
TS. Nguyễn Thị Minh Hiếu⁴⁶, ThS. Trịnh Ngọc Thành⁴⁷

Tóm tắt

Hoạt động khám, cấp giấy chứng nhận và quản lý sức khỏe cho người điều khiển phương tiện giao thông cơ giới đường bộ ở Việt Nam hiện đang có một số bất cập và chưa phù hợp với thực tế phát triển về giao thông đường bộ. Để cung cấp bằng chứng giúp Bộ Y tế ban hành các giải pháp tăng cường chất lượng khám, cấp giấy chứng nhận và quản lý sức khỏe cho người lái xe đảm bảo thuận tiện, chính xác và dễ quản lý; Viện Chiến lược và Chính sách Y tế triển khai nghiên cứu “Thực trạng khám và cấp giấy chứng nhận sức khỏe cho người điều khiển phương tiện giao thông cơ giới đường bộ tại một số cơ sở y tế công lập và đề xuất một số giải pháp chính sách”. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Việc tổ chức khám sức khỏe lái xe tại các bệnh viện công lập được khảo sát chưa thực hiện đầy đủ và thống nhất theo quy định, một số chỉ tiêu sức khỏe bắt buộc phải khám sức khỏe chưa được thực hiện do thiếu hướng dẫn, tập huấn, thiếu trang thiết bị, nhân lực và thiếu cơ chế giám sát; Bộ tiêu chuẩn sức khỏe lái xe hiện không còn phù hợp, chưa phân biệt được lái xe cá nhân và lái xe thương mại, mẫu giấy chứng nhận sức khỏe lái xe chưa thể hiện hết được các thông tin cần khám để đánh giá tình trạng sức khỏe đủ điều kiện lái xe; Việc quản lý sức khỏe lái xe sau khi cấp giấy phép lái xe chưa được các cơ quan liên quan quan tâm và phối hợp quản lý. Trên cơ sở đó, nghiên cứu đã đề xuất một số giải pháp trong công tác khám, cấp giấy chứng nhận sức khỏe cho người lái xe và quản lý sức khỏe sau cấp phép đảm bảo nhanh chóng, thuận tiện, chính xác và phù hợp trong tình hình mới.

Đặt vấn đề

Việt Nam là một trong số những quốc gia xảy ra nhiều tai nạn giao thông đường bộ, đứng thứ 23 trên thế giới với tỉ lệ tử vong 24,7 người/100.000 dân và các vấn đề sức khỏe do tai nạn giao thông đang là một gánh nặng bệnh tật của Việt Nam⁴⁸; Chính phủ và các Bộ, ngành đã có những chính sách và hành động can thiệp tích cực nhằm giảm và hạn chế tình trạng mất an toàn giao thông trong đó có các quy định và hoạt động về khám, chứng nhận sức khỏe và quản lý sức khỏe cho người điều khiển phương

tiện giao thông⁴⁹. Tuy vậy, công tác khám, cấp giấy chứng nhận và quản lý sức khỏe người điều

⁴⁴ Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Bộ Y tế

⁴⁵ Cộng tác viên nghiên cứu Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Bộ Y tế

⁴⁶ Phó trưởng Khoa Quản lý Dịch vụ Y tế, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Bộ Y tế

⁴⁷ Nghiên cứu viên Khoa Quản lý Dịch vụ Y tế, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Bộ Y tế

⁴⁸ WHO, Global status report on road safety 2013.

⁴⁹ Quyết định 4132/2001/QĐ-BYT về “Tiêu chuẩn sức khỏe người điều khiển phương tiện giao thông cơ giới”

khuyến phương tiện giao thông cơ giới đường bộ hiện nay đang có một số hạn chế, bất cập và không phù hợp với yêu cầu thực tế. Bài báo này trình bày một số kết quả chính của nghiên cứu được thực hiện trong năm 2014.

Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu sử dụng thiết kế điều tra cắt ngang, kết hợp phương pháp định lượng và định tính. Việc điều tra khảo sát thực địa được tiến hành tại các bệnh viện công lập ở 3 tỉnh đại diện cho 3 miền là Hải Phòng, Nghệ An và Long An. Đối tượng nghiên cứu bao gồm các nhà quản lý ngành Giao thông vận tải, Y tế; cán bộ quản lý và cán bộ chuyên môn tại các cơ sở y tế thực hiện khám sức khỏe lái xe; lãnh đạo và cán bộ quản lý cơ sở đào tạo lái xe, lãnh đạo các doanh nghiệp vận tải và các lái xe. Thông tin định lượng về hoạt động chuyên môn và các điều kiện thực hiện khám sức khỏe lái xe được thu thập bằng các bảng kiểm đánh giá số liệu, phiếu hỏi các bác sỹ tham gia khám sức khỏe lái xe và các lái xe.

Kết quả và bàn luận

Công tác tổ chức khám sức khỏe lái xe

Các bệnh viện được khảo sát đã triển khai

khám sức khỏe (KSK) cho người lái xe theo hướng dẫn của Thông tư số 13/2007/TT-BYT, số 14/2013/TT-BYT của Bộ Y tế về hướng dẫn tổ chức khám sức khỏe và các tiêu chí sức khỏe lái xe được đánh giá theo Quyết định số 4132/2001/QĐ-BYT của Bộ Y tế về “Tiêu chuẩn sức khỏe người điều khiển phương tiện giao thông cơ giới”. Tuy nhiên công tác tổ chức KSK lái xe tại các bệnh viện công lập còn một số hạn chế, chưa thực hiện đầy đủ theo đúng quy trình và chưa thực hiện đúng một số chỉ tiêu khám sức khỏe bắt buộc theo quy định. Quy trình và tiêu chí khám sức khỏe cho người lái xe máy, xe ô tô các loại (số chỗ ngồi, mục đích sử dụng, chuyên nghiệp và không chuyên nghiệp) hiện đang áp dụng là giống nhau, điều này không còn phù hợp. Hầu hết các bệnh viện được khảo sát chỉ tập trung vào 4 chuyên khoa chính là: Nội/tâm thần kinh; ngoại/vận động; mắt và tai mũi họng. Đối với khám thị lực, các bệnh viện đều thực hiện đo thị lực, nhưng không có bệnh viện nào khám thị trường mắt và khám về rối loạn sắc giác hoặc nhận thức màu sắc; tương tự việc đo thính lực cũng được thực hiện rất thấp.

Bảng 1: Thực hiện khám sức khỏe lái xe đặc thù

TT	Nội dung	BV Tỉnh (n=3)		BV Huyện (n=6)		Chung (n=9)	
		SL	%	SL	%	SL	%
1	Hỏi tiền sử động kinh	2	66,7	4	66,7	6	66,7
2	Khám phát hiện bệnh tâm thần phân liệt các thể	1	33,3	2	33,3	3	33,3
3	Khám phát hiện loạn thần triệu chứng và thực thể	0	0	2	33,3	2	22,2
4	Khám gù, vẹo hoặc quá ưỡn, cứng dính cột sống	2	66,7	3	75,0	5	55,5
5	Khám về mắt 1 bàn tay hoặc 1 bàn chân.	2	66,7	6	100	5	88,9

TT	Nội dung	BV Tỉnh (n=3)		BV Huyện (n=6)		Chung (n=9)	
		SL	%	SL	%	SL	%
6	Khám sai khớp lớn bệnh lý/đã được phẫu thuật	3	100	3	50,0	6	66,7
7	Khám khớp giả, cứng dính các khớp	1	33,3	4	75,0	5	55,5
8	Đo thị lực	3	100	6	100	6	100
9	Khám thị trường 2 mắt	0	0	0	0	0	0
10	Khám về rối loạn sắc giác hoặc nhận thức màu sắc	0	0	0	0	0	0
11	Đo thính lực	0	0	1	16,7	1	11,1

Nguồn: Checklist đánh giá cơ sở

Trong số các bệnh viện được khảo sát, không có bệnh viện nào thực hiện được các thử nghiệm/trắc nghiệm bắt buộc theo quy định (Thử nghiệm trí nhớ lực, trí nhớ hình, chú ý

Platonop và trắc nghiệm Eisenck). Các xét nghiệm bắt buộc, thực hiện cao nhất mới đạt 66,7% đối với xét nghiệm công thức máu và nước tiểu; 44,4% đối với X quang tim phổi.

Bảng 2. Thực hiện thử nghiệm/trắc nghiệm bắt buộc

TT	Thử nghiệm/trắc nghiệm	BV Tỉnh (n=3)	BV Huyện (n=6)	Chung (n=9)
1	Thử nghiệm trí nhớ Lực	0	0	0
2	Thử nghiệm trí nhớ Hình	0	0	0
3	Thử nghiệm chú ý PLATTOLOP	0	0	0
4	Trắc nghiệm thể chất, thần kinh Eysenck	0	0	0

Việc khám sức khỏe lái xe chưa đầy đủ các chuyên khoa cần thiết, đặc biệt là xét nghiệm tìm chất gây nghiện chưa được đưa vào quy định bắt buộc đã rất khó khăn cho việc kết luận người được cấp giấy chứng nhận sức khỏe có đủ sức khỏe để lái xe.

Kết quả phân tích cho thấy nguyên nhân chủ yếu các bệnh viện không khám đầy đủ các tiêu

chí sức khỏe là do: thiếu bác sỹ chuyên khoa sâu (thần kinh/tâm thần) hoặc bác sỹ được đào tạo, tập huấn chuyên về KSK lái xe; bên cạnh đó các bệnh viện còn thiếu các trang thiết bị, công cụ (máy đo thị trường, công cụ làm các trắc nghiệm...) để thực hiện các tiêu chí bắt buộc trong KSK lái xe.

Bảng 3: Trang thiết bị, công cụ đặc thù cho khám sức khỏe lái xe

TT	Công cụ	BV Tỉnh (n=3)	BV Huyện (n=6)	Chung (n=9)
1	Bảng thị thực màu	1	0	0
2	Máy đo thị trường	1	0	1
3	Máy đo thính lực	1	0	1
4	Lực kế bóp tay	1	1	2
5	Các bảng mẫu làm thử nghiệm trí nhớ Hình	0	0	0
6	Bảng số làm thử nghiệm chú ý Platonop	0	0	0
7	Bảng hỏi đáp làm trắc nghiệm Eysenck	0	0	0

Kinh nghiệm ở các nước phát triển như Anh, Mỹ, Canada, Úc thì người cung cấp dịch vụ khám, tư vấn sức khỏe cho lái xe là các bác sỹ đa khoa hoặc các chuyên khoa khác nhau đã được cấp phép hành nghề và công khai trên danh bạ điện thoại hoặc internet. Cán bộ y tế có nhiệm vụ khám, tư vấn và cung cấp thông tin theo biểu mẫu do cơ quan quản lý giao thông quy định, chịu trách nhiệm trước pháp luật về kết quả KSK của mình nhưng không bắt buộc phải thông báo thông tin khám sức khỏe với cơ quan giao thông. Việc yêu cầu khám lại hay khám thêm những gì thường do cơ quan giao thông yêu cầu. Một số bang của Ấn Độ có thêm các quy định chỉ cho phép các cơ sở y tế công lập mới được cấp giấy chứng nhận sức khỏe lái xe; người khám có thể tư vấn hoặc yêu cầu người lái xe khám thêm ở các bác sỹ chuyên khoa hoặc cơ sở y tế khác nếu cần thiết. Quy trình khám và điều kiện khám sức khỏe cấp bằng lái xe thương mại được đòi hỏi cao hơn cấp bằng lái xe cá nhân. Các lái xe thương mại phải khám sức khỏe toàn diện dù muốn cấp mới hay cấp lại bằng lái xe; đối với lái xe cá nhân

chỉ cần tự kê khai thông tin về sức khỏe theo mẫu quy định, trải qua kiểm tra thị lực và một số thử nghiệm về phản xạ, vận động ngay tại nơi sát hạch là đủ. Trường hợp đặc biệt (người trên 65 tuổi, người mắc một số bệnh mạn tính) thì có thể được yêu cầu định kỳ kiểm tra sức khỏe và cấp lại giấy phép lái xe tùy theo mức độ sức khỏe của từng người.

Các tiêu chí đánh giá sức khỏe lái xe còn bất cập

Bộ tiêu chuẩn sức khỏe lái xe theo Quyết định số 4132/2001/QĐ-BYT ban hành từ năm 2001 có nhiều bất cập, không phù hợp. Bộ tiêu chuẩn có nhiều tiêu chí sức khỏe ít liên quan trực tiếp tới khả năng điều khiển phương tiện (các chỉ số về hình thể, bệnh về răng-hàm-mặt, da liễu, tiết niệu-sinh dục, một số bệnh mạn tính, thừa ngón, một số nhiễm trùng cấp tính...), trong khi các bệnh/vấn đề sức khỏe trực tiếp có liên quan như các bệnh có thể gây đột quy, mất kiểm soát hành vi lại chưa được chú trọng và cụ thể hóa để lượng giá hay kết luận chính xác tình trạng sức khỏe (bệnh tim mạch, tiểu đường phụ

thuộc insuline, động kinh, nghiện/phụ thuộc rượu, nghiện ma túy, thuốc ngủ...). Một số tiêu chí như cân nặng, chiều cao, bất bình thường của chi, sức cơ... không phù hợp sự phát triển kinh tế xã hội, hệ thống giao thông và đặc biệt là khoa học công nghệ chế tạo sản xuất xe ô tô như ghế lái xe ô tô có thể điều chỉnh lên xuống, tay lái có trợ lực, số xe tự động... Cách phân loại đánh giá sức khỏe theo bộ tiêu chí hiện tại quá phức tạp, chưa đồng bộ cùng với cách phân hạng giấy phép lái xe và khó áp dụng trên thực tế, dẫn tới việc đánh giá kết luận về tình trạng sức khỏe lại phụ thuộc vào yêu cầu của hồ sơ/người xin cấp phép lái xe loại nào.

Một số quốc gia (Anh, Mỹ, Canada, Úc, Ấn Độ), việc xây dựng và ban hành bộ tiêu chí sức khỏe lái xe có sự tham gia chặt chẽ của nhiều ngành, nhiều cơ quan và dựa trên các nghiên cứu lâm sàng, nghiên cứu tổng quan hệ thống. Đầu mối biên soạn Bộ tiêu chuẩn sức khỏe và các hướng dẫn là cơ quan giao thông, có sự phối hợp chặt chẽ với các chuyên gia y tế, Hội y khoa, các hiệp hội vận tải, công ty sản xuất ô tô và người điều khiển phương tiện. Các nước Singapore, Ấn Độ ban hành Bộ tiêu chuẩn sức khỏe lái xe dựa trên Bộ tiêu chuẩn sức khỏe lái xe của các nước phát triển và ý kiến chuyên gia y tế trong nước để điều chỉnh phù hợp với thực trạng nhân trắc con người và điều kiện phương tiện, đường xá thực tế của nước sở tại. Kiểm tra thị lực, tầm nhìn là điều kiện quan trọng nhất khi xem xét cấp giấy phép lái xe và bắt buộc tất cả những người xin cấp bất cứ loại bằng nào (cấp lần đầu, cấp lại, bằng lái xe cho người cao tuổi, bằng lái xe tự nhân hay bằng lái xe thương mại) cũng đều phải kiểm tra. Những bệnh/triệu chứng/rối loạn chức năng tạm thời ngắn hạn chỉ đưa vào làm cơ sở để bác sĩ tư vấn hoãn thời gian xin cấp giấy phép hoặc dừng lái xe để đảm bảo an toàn.

Công tác cấp và quản lý giấy chứng nhận sức khỏe

Mẫu giấy chứng nhận sức khỏe lái xe chưa thống nhất tại các bệnh viện, chưa phù hợp và chưa thể hiện được hết các thông tin cần thiết theo yêu cầu. Mẫu giấy chưa phân biệt được người khám sức khỏe lái xe cá nhân và lái xe thương mại.

Có nơi sử dụng mẫu giấy KSK theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT về hướng dẫn khám sức khỏe, có nơi sử dụng mẫu theo Quyết định số 4132/2001/QĐ-BYT về “*Tiêu chuẩn sức khỏe người điều khiển phương tiện giao thông cơ giới*”. Theo quy định khám sức khỏe lái xe, phải làm 7 trắc nghiệm bắt buộc nhưng với các mẫu giấy khám sức khỏe hiện nay thì không có chỗ để ghi các thông tin đối với các trắc nghiệm đó.

Công tác quản lý giấy KSK lái xe tại các bệnh viện chưa được chặt chẽ. Nơi KSK lái xe chỉ quản lý thông tin hành chính trong sổ khám bệnh chung của bệnh viện như khám bệnh ngoại trú thông thường, không tách riêng KSK lái xe với các loại KSK khác nên khi cần tổng hợp, tìm hiểu hay truy cứu thông tin chi tiết về lịch sử tình hình bệnh tật của người lái xe gặp rất nhiều khó khăn, thậm chí là không tìm được thông tin.

Sự phối hợp giữa cơ quan giao thông và y tế ở các địa phương chưa chặt chẽ trong các hoạt động khám, cấp và quản lý giấy chứng nhận sức khỏe của người lái xe. Việc phối hợp giữa các cơ quan quản lý, giám sát và cơ quan khám cấp giấy chứng nhận sức khỏe lái xe chưa chặt chẽ, chưa kiểm soát được tình trạng giấy chứng nhận sức khỏe giả mạo.

Mẫu giấy chứng nhận sức khỏe của các nước rất đơn giản, ngắn gọn nhưng lại rất cụ thể và luôn được kèm theo một bảng tóm tắt cách khám và lượng giá các chỉ tiêu sức khỏe quan

trọng. Điều đó giúp các bác sỹ không bỏ sót các tiêu chí khám sức khỏe lái xe, giúp người điều khiển phương tiện giao thông biết điều kiện sức khỏe đảm bảo an toàn khi tham gia giao thông và giúp cơ quan cấp giấy phép lái xe làm căn cứ để cấp, đổi bằng lái xe dễ dàng và khoa học.

Công tác quản lý sức khỏe lái xe tại các cơ sở cấp giấy phép lái xe và doanh nghiệp vận tải

Việc quản lý sức khỏe của người lái xe tại các cơ sở cấp giấy phép lái xe mới chỉ thực hiện từ khi nộp hồ sơ đến giai đoạn thi và cấp giấy phép lái xe, chưa quản lý được trong suốt quá trình lái xe, chưa có quy định, giải pháp hay cơ chế về việc giám sát các tiêu chuẩn sức khỏe ảnh hưởng đến an toàn của người lái xe trong quá trình tham gia giao thông cho đến lần xin gia hạn giấy phép lái xe tiếp theo. Theo quy định, Sở Giao thông vận tải đã phân cấp và giao cho Phòng quản lý phương tiện và người lái xe, Thanh tra giao thông và các cơ sở đào tạo sát hạch lái xe có nhiệm vụ quản lý sức khỏe đối với người lái xe. Người xin học lái xe mới và người xin cấp đổi bằng lái xe được các cơ sở đào tạo sát hạch lái xe và Sở Giao thông vận tải kiểm tra hồ sơ trong đó có giấy KSK được cơ sở y tế có thẩm quyền xác nhận. Sau khi người lái xe được cấp giấy phép lái xe thì đơn vị cấp bằng lái xe thuộc ngành Giao thông vận tải không tiếp tục theo dõi thông tin về sức khỏe mà chỉ có yêu cầu KSK lại khi người lái xe xin cấp đổi giấy phép lái xe.

Ngành Giao thông vận tải cấp giấy phép lái xe có giá trị thời hạn 5 đến 10 năm (tùy loại)⁵⁰, Ngành y tế cấp giấy chứng nhận sức khỏe lái xe chỉ có giá trị trong 6 tháng đối với đối tượng điều khiển các phương tiện giao thông được ghi trong “*Danh mục nghề, công việc đặc biệt nặng nhọc, độc hại, nguy hiểm và nặng nhọc, độc hại, nguy hiểm*” của Bộ Lao động - Thương binh và

xã hội; 1 năm đối với các đối tượng còn lại⁵¹. Sự chênh lệch thời hạn giá trị của hai loại giấy trên là kẽ hở trong việc quản lý sức khỏe người lái xe, trong 5-10 năm đó thì cơ quan cấp và thu hồi giấy phép lái xe không có cơ sở để thu hồi giấy phép lái xe nếu người lái xe mắc các bệnh dễ gây đột quy, bệnh tâm thần, tiểu đường phụ thuộc insuline, giảm thị lực... có ảnh hưởng trực tiếp tới sự an toàn khi điều khiển phương tiện giao thông.

Các doanh nghiệp vận tải hiện cũng chỉ quản lý sức khỏe lái xe theo KSK định kỳ hàng năm (khám toàn diện các bộ phận cơ thể) theo quy định của Luật Lao động mà không có các quy định khám sức khỏe đặc thù nghề lái xe. Năm 2014 Bộ Giao thông vận tải mới có chỉ thị thực hiện kiểm tra xét nghiệm tìm chất ma túy đối với các lái xe trong các doanh nghiệp vận tải.

Kinh nghiệm Thế giới: Các quốc gia quản lý theo dõi sức khỏe người lái xe, đặc biệt là lái xe thương mại và hành nghề chuyên nghiệp một cách liên tục và có hệ thống với sự tham gia và trách nhiệm của các ngành, các tổ chức khác nhau có liên quan để đảm bảo rằng bất cứ người điều khiển phương tiện nào trong quá trình hành nghề nếu xuất hiện các điều kiện sức khỏe không đảm bảo an toàn sẽ không được cấp giấy phép lái xe, ngăn chặn hoặc không được tiếp tục hành nghề lái xe đến khi có bằng chứng là các vấn đề sức khỏe đó đã được khắc phục. Việc quản lý sức khỏe sau khi cấp giấy phép lái xe thuộc về cơ quan giao thông và doanh nghiệp vận tải quản lý lái xe. Cơ quan giao thông tiếp

⁵⁰ Thông tư 48/2014/TT-BGTVT có hiệu lực từ ngày 1-12-2014.

⁵¹ Tiêu chuẩn sức khỏe người điều khiển các phương tiện giao thông cơ giới ban hành kèm theo QĐ số 4132/2001/QĐ-BYT ngày 04/10/2001 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

tục theo dõi, cập nhật các thông tin về các tiêu chí sức khỏe qua hồ sơ sức khỏe cá nhân (do chính các lái xe cập nhật và cung cấp trực tiếp qua mạng hoặc từ những lần kiểm tra sức khỏe xin cấp lại giấy phép lái xe). Cơ quan này cũng quy định về khoảng thời gian, các tiêu chí sức khỏe phải khám lại và thời hạn của giấy phép lái xe ở các nhóm tuổi cao hoặc với người điều khiển các phương tiện cơ giới đặc biệt. Doanh nghiệp vận tải tổ chức kiểm tra tình trạng sức khỏe của người điều khiển phương tiện trước khi ký kết hợp đồng lao động và trong suốt thời gian làm việc tại công ty. Vai trò của các cơ quan khác như các Hiệp hội vận tải (có vai trò cấp chứng chỉ hành nghề chuyên nghiệp) và cơ quan Bảo hiểm (ràng buộc trong các hợp đồng bảo hiểm) là rất quan trọng giúp các doanh nghiệp và chính người lái xe phải tự giác tuân thủ các quy định về đảm bảo các tiêu chuẩn sức khỏe lái xe.

Kết luận và khuyến nghị

1. Công tác tổ chức KSK lái xe tại các bệnh viện công lập được khảo sát chưa thực hiện đầy đủ và thống nhất theo quy định, một số chỉ tiêu sức khỏe bắt buộc phải KSK chưa được thực hiện do thiếu hướng dẫn, tập huấn, thiếu trang thiết bị và thiếu cơ chế giám sát.

Khuyến nghị 1: Cần xây dựng và ban hành sớm các quy định nhằm hướng dẫn, yêu cầu các cơ sở y tế phải đảm bảo được đầy đủ các điều kiện trong việc tổ chức KSK cho người lái xe theo quy định, trong đó chú trọng tới việc đầu tư cơ sở hạ tầng, trang thiết bị chuyên môn, nhân lực và chất lượng chuyên môn của cán bộ y tế thực hiện hoạt động KSK, hoạt động tập huấn về tiêu chuẩn, tiêu chí chuyên môn, công tác quản lý lưu trữ thông tin của người KSK lái xe cũng như cơ chế quản lý, giám sát và kiểm tra thực hiện công tác KSK cho người lái xe.

2. Bộ tiêu chuẩn sức khỏe lái xe hiện không còn phù hợp, chưa phân biệt được lái xe cá nhân và lái xe thương mại, mẫu giấy chứng nhận sức khỏe lái xe chưa thể hiện hết được các thông tin cần khám để đánh giá tình trạng sức khỏe đủ điều kiện lái xe.

Khuyến nghị 2: Cần điều chỉnh sửa đổi bộ tiêu chuẩn sức khỏe lái xe đảm bảo phù hợp hơn với tình hình thực tế và tiến bộ về công nghệ của phương tiện giao thông theo hướng hòa nhập với quốc tế và các nước trong khu vực. Thiết kế lại mẫu giấy chứng nhận sức khỏe và các hướng dẫn có liên quan; xây dựng cơ chế phối hợp giữa ngành Giao thông vận tải và Y tế trong phân loại, kiểm tra, giám sát và quản lý hồ sơ sức khỏe lái xe.

3. Việc quản lý sức khỏe lái xe sau khi cấp giấy phép lái xe chưa được các cơ quan liên quan quan tâm và quản lý chặt chẽ, đặc biệt là chưa có các quy định về định kỳ kiểm tra các tiêu chí sức khỏe liên quan đến an toàn khi điều khiển phương tiện giao thông thương mại.

Khuyến nghị 3: Cần bổ sung các quy định liên ngành Y tế - Giao thông vận tải trong việc theo dõi, giám sát sức khỏe lái xe, đặc biệt là với lái xe chuyên nghiệp, lái xe thương mại trong suốt quá trình hành nghề; tăng cường vai trò của cơ quan quản lý cấp giấy phép lái xe kết hợp với xây dựng một cơ sở dữ liệu quản lý thông tin một cách có hệ thống trên phạm vi cả nước, dễ dàng cập nhật, quản lý hồ sơ sức khỏe người lái xe. Đề cao vai trò và trách nhiệm của các doanh nghiệp, cơ quan bảo hiểm và chính người điều khiển phương tiện có trách nhiệm và tự giác trong việc theo dõi, cập nhật và báo cáo tình trạng sức khỏe của người lái xe với mục đích đảm bảo an toàn cho người và phương tiện khi tham gia giao thông./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Quyết định số 4132/2001/QĐ-BYT ngày 04/10/2001 của Bộ Y tế về "Tiêu chuẩn sức khỏe người điều khiển phương tiện giao thông cơ giới".
2. Thông tư số 13/2007/TT-BYT ngày 21/11/2007 của Bộ Y tế về Hướng dẫn khám sức khỏe.
3. Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06/5/2013 của Bộ Y tế về Hướng dẫn khám sức khỏe.
4. Thông tư số 48/2014/TT-BGTVT ngày 15/10/2014 của Bộ Giao thông vận tải sửa đổi Thông tư số 46/2012/TT-BGTVT ngày 07/11/2012 về đào tạo, sát hạch, cấp giấy phép lái xe cơ giới đường bộ.

Tiếng Anh

5. Australia, Ausroad, and NTC, Assessing fitness to drive for commercial and private vehicle drivers; Medical standards for licensing and clinical management guidelines, 2012.
6. Australia and Department of Transport Western Australia, Frequently Asked Questions: Driver licences, 2013.
7. Australia and Vicroads Australia. <http://www.vicroads.vic.gov.au/Home/Licences/Medical-review/MedicalReviewDrivingAssessment.htm>. 2013.
8. Australia and Transport Roads and traffic Authority, Medical and driving tests. 2013.
9. Australia and Queensland Government, <http://www.tmr.qld.gov.au/licensing/getting-a-licence.aspx> 2013.
10. Canadian Council of Motor Transport Administrators, CCMTA medical standards for drives. 2009. http://www.servicecanada.gc.ca/eng/subjects/cards/drivers_licence.shtml. 2013.
11. India, The central motor vehicles rules. 1989.
12. India and Hartrans gov, <http://hartrans.gov.in/dl.htm>. 2013.
13. India and Delhi Gov., <http://delhigovt.nic.in/dept/pubserv/drivinglic.asp>.
14. India and Gov of Andhrapradesh Transport Department, <http://www.aptransport.org/html/driving-licence.htm>.
15. India and All India institute of physical medicine and rehabilitation, http://www.aiipmr.gov.in/Disability_Certificates.aspx. 2013.
16. Singapore and Sig Gov., www.gov.sg/driving-singapore.spf.gov.sg. 2013.
17. Singapore and Land Transport Authority, Medical examination report. 2013.
18. United Kingdom and Driver and Vehicle Licensing Agency, For medical practitioners: At a glance guide to the current medical standards of fitness to drive. 2013.
19. United Kingdom and Driver and Vehicle Licensing Agency, Confidential medical information. 2013.
20. WHO, Global status report on road safety 2013.

HỘI NGHỊ QUỐC TẾ “TĂNG CƯỜNG Y TẾ CƠ SỞ CHO CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU, HƯỚNG TỚI BAO PHỦ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TOÀN DÂN”

ThS.Vũ Thúy Nga⁵²

Ngày 24-25/3/2015, tại TP. Huế, tỉnh Thừa Thiên Huế, Bộ Y tế đã phối hợp với Tổ chức Y tế thế giới (WHO), Liên minh Châu Âu (EU), Ngân hàng Thế giới (WB) tổ chức Hội nghị Quốc tế “*Tăng cường y tế cơ sở cho chăm sóc sức khỏe ban đầu, hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân*” lần thứ nhất. Mục tiêu chính của hội nghị nhằm đánh giá kết quả 35 năm thực hiện công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu tại Việt Nam⁵³ trong giai đoạn 1978 - 2014; trao đổi các kinh nghiệm trong nước và quốc tế về chăm sóc sức khỏe ban đầu; thảo luận và thống nhất về một mô hình phù hợp và định hướng cho công tác chăm sóc sức khỏe tại tuyến cơ sở ở Việt Nam trong tương lai và xây dựng Kế hoạch tổng thể ngành về tăng cường chăm sóc sức khỏe tại tuyến y tế cơ sở giai đoạn 2015-2020.

Đồng chủ trì Hội nghị có Ủy viên Ban Chấp hành Trung ương Đảng, Phó Thủ tướng Vũ Đức Đam; Bộ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thị Kim Tiến; ông Franz Jessen - Đại sứ, Trưởng Phái đoàn Liên minh Châu Âu tại Việt Nam. Tham dự hội nghị có 340 đại biểu đến từ các cơ quan Đảng, Quốc hội, Chính phủ, các Bộ, Ngành, các địa phương; các viện nghiên cứu, trường đại học y dược, các tổ chức xã hội và hội nghề nghiệp; đại diện các tổ chức quốc tế tại Việt Nam, các chuyên gia quốc tế của WHO, WB, EU và một số nước có nhiều kinh nghiệm trong phát triển

y tế cơ sở (YTCS) và thực hiện thành công mục tiêu bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân.

Phát biểu khai mạc hội nghị, Bộ trưởng Nguyễn Thị Kim Tiến khẳng định: YTCS là nền tảng, là xương sống của hệ thống y tế Việt Nam. Mạng lưới YTCS bao gồm y tế tuyến huyện và tuyến xã là tuyến y tế gần dân nhất, bảo đảm cho người dân được chăm sóc sức khỏe cơ bản với chi phí thấp, góp phần thực hiện công bằng trong chăm sóc, bảo vệ sức khỏe và bảo đảm an sinh xã hội. Nhờ có mạng lưới YTCS, hoạt động bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân nói chung và chăm sóc sức khỏe ban đầu nói riêng đã được triển khai thường xuyên, rộng khắp. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu đã được cung cấp đến tất cả mọi người dân, kể cả khu vực miền núi, vùng sâu, vùng xa, vùng đồng bào dân tộc ít người, biên giới, hải đảo. Bên cạnh những thành tựu trên, mạng lưới YTCS vẫn còn nhiều bất cập, hạn chế, chưa thích ứng với sự phát triển của xã hội và chưa đáp ứng đầy đủ nhu cầu ngày càng cao và đa dạng về chăm sóc sức khỏe nhân dân trong tình hình mới.

⁵² Biên tập viên Tạp chí Chính sách Y tế

⁵³ Công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu đã được thực hiện có hiệu quả trên thế giới và tại Việt Nam kể từ sau khi Việt Nam ký kết Tuyên bố Alma Ata năm 1978.

Tại hội nghị, ông Takeshi Kasai, Giám đốc Lĩnh vực Kế hoạch và Quản lý, Văn phòng WHO Khu vực Tây Thái Bình Dương đã đánh giá: Việt Nam là một trong những cộng đồng dân số có sức khỏe tốt nhất tại khu vực, Việt Nam đã đạt được những thành tựu đáng kể trong lĩnh vực y tế nhờ mạng lưới YTCS mạnh. Sự phát triển kinh tế nhanh chóng làm thay đổi tình hình liên quan đến y tế và hệ thống y tế cần phải đổi mới. Mạng lưới YTCS đóng vai trò then chốt giúp hệ thống y tế mới ứng phó với thách thức và nhu cầu mới, việc đổi mới YTCS cần phải tập trung vào vùng sâu, vùng xa, lấy con người làm trung tâm, đồng thời thiết lập mối quan hệ chặt chẽ của YTCS; tiếp tục tăng cường năng lực cho YTCS tuyến dưới, đầu tư vào quản lý nguồn nhân lực, cơ chế tài chính, tối ưu hóa các biện pháp can thiệp trong lĩnh vực y tế; đổi mới mạng lưới YTCS không phải là một quá trình tách biệt mà cần phải đi cùng với việc thiết kế toàn bộ hệ thống YTCS và WHO cam kết tiếp tục hỗ trợ cho lĩnh vực này tại Việt Nam.

Ông Franz Jessen, Đại sứ - Trưởng phái đoàn Liên minh Châu Âu bày tỏ sự cảm kích đối với sự có mặt của Phó Thủ tướng Chính phủ tại hội nghị và cho rằng điều này thể hiện sự quan tâm và quyết tâm của Chính phủ đối với công tác chăm sóc YTCS. Ông tin tưởng các dịch vụ y tế có chất lượng ở cấp cơ sở và tính chuyên nghiệp của dịch vụ y tế tiên tiến ở cấp trung ương sẽ giúp giảm thiểu tình trạng quá tải bệnh viện.

Phát biểu tại hội nghị, Phó Thủ tướng Vũ Đức Đam cảm ơn sự đóng góp của các Đối tác Phát triển trong lĩnh vực y tế của Việt Nam và các lĩnh vực xã hội nói chung. Phó Thủ tướng chỉ đạo: Đổi mới dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu đối với YTCS là hết sức cần thiết, để có cái nhìn nhất quán, kế thừa và phát triển, nhưng phải đặt trong bối cảnh đổi mới tổng thể hệ thống y tế Việt Nam; YTCS nói riêng và

ngành y tế nói chung phải tạo được niềm tin cho nhân dân trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu. Đồng thời, Phó Thủ tướng yêu cầu Bộ Y tế sớm hoàn thành và đệ trình Kế hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế, trong đó cần xác định rõ: phạm vi của YTCS, chức năng của hệ thống YTCS, vai trò của nhân viên y tế làm việc trong hệ thống đó, tiêu chí đánh giá thực hiện, có tính đến đặc thù của địa phương và lương thưởng cho cán bộ YTCS... Thay mặt Chính phủ, Phó Thủ tướng đề nghị các Bộ, Ngành, chính quyền các địa phương cần quan tâm hơn nữa đến công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu, đặc biệt là tăng cường đầu tư nguồn lực, có chế độ chính sách tốt cho YTCS; đẩy mạnh vận động người dân tham gia bảo hiểm y tế (BHYT) để mục tiêu BHYT toàn dân sớm được thực hiện và đóng góp quan trọng trong việc thực hiện mục tiêu công bằng, hiệu quả trong chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Sau phiên toàn thể sáng 24/3/2015 với các nội dung trình bày của Thứ trưởng Bộ Y tế Phạm Lê Tuấn, đại diện WHO, chuyên gia y tế Thái lan, Thổ Nhĩ kỳ và Tổng hội Y học Việt Nam, chương trình Hội nghị được chia thành các phiên họp với 3 nội dung: Cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu tại tuyến y tế cơ sở; tổ chức và phát triển nhân lực cho y tế cơ sở; tài chính và đầu tư cho y tế cơ sở. Tại mỗi phiên họp, lãnh đạo các Cục, Vụ, đơn vị thuộc Bộ Y tế, chuyên gia các tổ chức quốc tế tại Việt Nam: WHO, WB, UNFPA, UNICEF, MSI và Sở Y tế các địa phương Thừa Thiên Huế, Yên Bái đã cung cấp thông tin, chia sẻ kinh nghiệm về tổ chức nhân lực y tế cơ sở, cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, tài chính và đầu tư cho y tế cơ sở...

Tiếp thu ý kiến chỉ đạo của Phó Thủ tướng Chính phủ, trên cơ sở các ý kiến thảo luận tại hội nghị, Bộ trưởng Bộ Y tế đã kết luận: Mạng

lưới YTCS tại Việt Nam đã từng bước được củng cố về cơ sở vật chất, nhân lực và trang thiết bị; công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu được tăng cường; nhiều dịch bệnh nguy hiểm được khống chế và đẩy lùi; chất lượng dịch vụ YTCS từng bước được nâng cao góp phần quan trọng trong việc cải thiện tình trạng sức khỏe của nhân dân. Bên cạnh những kết quả trên, mạng lưới YTCS vẫn còn nhiều bất cập, hạn chế, chưa thích ứng với sự phát triển của xã hội và chưa đáp ứng đầy đủ nhu cầu ngày càng cao

và đa dạng về chăm sóc sức khỏe nhân dân trong tình hình mới. Việc củng cố, tăng cường và đổi mới hệ thống YTCS là thực sự cần thiết và cấp bách. Năm nhóm giải pháp cơ bản để tăng cường YTCS bao gồm: Cam kết chính trị của các cấp ủy đảng, chính quyền; củng cố, ổn định tổ chức, đổi mới phương thức hoạt động của y tế cơ sở; phát triển nhân lực tuyến y tế cơ sở; tăng cường đầu tư, đổi mới cơ chế tài chính cho YTCS; nâng cao hiệu quả truyền thông giáo dục sức khỏe./.

HỘI THẢO THỰC TRẠNG VÀ CÁC CHÍNH SÁCH PHÒNG, CHỐNG BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM Ở VIỆT NAM

ThS. Vũ Thúy Nga⁵⁴

Sáng ngày 14/5/2015, tại Hà Nội, Cục Y tế dự phòng, Bộ Y tế phối hợp với Tổ chức Y tế thế giới (WHO) tổ chức Hội thảo Thực trạng và các chính sách phòng chống bệnh không lây nhiễm ở Việt Nam. GS.TS. Nguyễn Thanh Long, Thứ trưởng Bộ Y tế và TS. Nguyễn Văn Tiên, Phó Chủ nhiệm Ủy ban Về các vấn đề xã hội của Quốc hội chủ trì Hội thảo. Tham dự Hội thảo có GS.TSKH. Phạm Mạnh Hùng - Nguyên Thứ trưởng Bộ Y tế, Chủ tịch Tổng hội Y học Việt Nam; bà Scorro Escalante - đại diện Tổ chức Y tế thế giới tại Việt Nam; Đại diện lãnh đạo Bộ Y tế, Bộ Kế hoạch và Đầu tư, Bộ Tài chính, Bộ Công Thương, Bộ Tài nguyên và Môi trường, Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Giao thông Vận tải, Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch, Bộ Thông tin và Truyền thông, Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn; đại diện lãnh đạo Vụ, Cục, Viện, Bệnh viện thuộc Bộ Y tế; đại diện Đoàn đại biểu Quốc hội, Sở Y tế, Trung tâm Y tế dự phòng một số tỉnh/thành phố và các tổ chức quốc tế, các phóng viên đến từ các cơ quan thông tấn, báo chí.

Phát biểu khai mạc hội thảo, GS.TS. Nguyễn Thanh Long - Thứ trưởng Bộ Y tế khẳng định, Việt Nam đang phải đương đầu với những khó khăn thách thức to lớn để giải quyết gánh nặng bệnh tật kép. Trong khi tỷ lệ mắc các bệnh truyền nhiễm có xu hướng giảm thì tỷ lệ mắc các bệnh không lây nhiễm ngày càng gia tăng liên tục. Gánh nặng của các bệnh không lây

nhiễm đang chiếm tới trên 2/3 tổng gánh nặng bệnh tật và tử vong toàn quốc. Bên cạnh đó, các bệnh không lây nhiễm gây tàn phế nặng nề và ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh nếu không được phát hiện sớm, điều trị, theo dõi và chăm sóc lâu dài. Các yếu tố nguy cơ gây bệnh không lây nhiễm đang ở mức cao và gia tăng như: lối sống ít vận động, hút thuốc lá, uống rượu bia và thức ăn có chứa nhiều chất béo.

Tại Hội thảo, Phó Chủ nhiệm Ủy ban các vấn đề xã hội của Quốc hội Nguyễn Văn Tiên nhấn mạnh, bệnh không lây nhiễm không những gây thiệt hại về sức khỏe cho người dân mà còn là gánh nặng kinh tế đối với mỗi quốc gia, khu vực và toàn cầu. Sự gia tăng của bệnh không lây nhiễm làm tăng chi phí khám chữa bệnh. Do đó, phòng chống bệnh không lây nhiễm là một chính sách ưu tiên hàng đầu của Đảng và Chính phủ. Các bệnh không lây nhiễm có thể dự phòng hiệu quả thông qua kiểm soát các yếu tố nguy cơ gây bệnh và sâu xa hơn cần giải quyết nguyên nhân liên quan đến yếu tố kinh tế, xã hội và môi trường như toàn cầu hóa, đô thị hóa, già hóa dân số... Vì thế riêng ngành Y tế không thể làm được mà cần phải có sự tham gia mạnh mẽ của các Bộ, ngành liên quan và của toàn xã hội. Cần phải có các giải pháp tổng thể, toàn diện, bao gồm các chính sách liên ngành để

⁵⁴ Biên tập viên Tạp chí Chính sách Y tế.

kiểm soát hút thuốc lá, sử dụng rượu bia, tạo môi trường để tăng cường hoạt động thể lực, thúc đẩy dinh dưỡng lành mạnh và nâng cao chất lượng cuộc sống. Đồng thời phải phát triển hệ thống y tế nhằm dự phòng, giám sát, phát hiện sớm, quản lý điều trị bệnh liên tục và lâu dài trên nền tảng chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Hội thảo cũng là một diễn đàn quan trọng để các nhà quản lý, các chuyên gia quốc tế và các nhà chuyên môn chia sẻ, cung cấp các thông tin cập nhật về gánh nặng bệnh tật, những khuyến cáo và bài học kinh nghiệm quốc tế và yêu cầu cấp thiết cần phải ưu tiên cho công tác phòng chống bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam. Đại diện các bệnh viện K, Bạch Mai, Nội tiết đã trình bày tham luận về thực trạng bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam như: Bệnh ung thư, bệnh tim mạch, bệnh đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản. GS.TSKH Phạm Mạnh Hùng phát biểu về việc đưa nội dung phòng, chống bệnh không lây nhiễm vào chăm sóc sức khỏe ban đầu nhằm củng cố và hoàn thiện y tế cơ sở. Các chuyên gia của WHO, HealthBridge tại Việt Nam đã chia sẻ kinh

nhệm quốc tế về phòng chống bệnh không lây nhiễm, kinh nghiệm về xây dựng Quỹ nâng cao sức khỏe tại Thái Lan và một số khuyến nghị với Việt Nam. TS. Trương Đình Bắc, Phó Cục trưởng Cục Y tế dự phòng đã trình bày về *“Chiến lược quốc gia phòng chống bệnh không lây nhiễm và đề xuất hoạt động trọng tâm trong thời gian tới”*.

Phát biểu bế mạc Hội thảo, Thứ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thanh Long cảm ơn các Bộ, ban, ngành, các cơ quan trung ương, địa phương, các cơ quan thông tấn báo chí, WHO và các tổ chức dân sự xã hội trong nước và quốc tế đã, đang và sẽ đồng hành, gắn bó, ủng hộ ngành Y tế trong công tác chăm sóc sức khỏe nói chung và phòng chống bệnh không lây nhiễm nói riêng. Thứ trưởng hy vọng qua hội thảo này các nhà quản lý, các chuyên gia quốc tế và các nhà chuyên môn có được các giải pháp, chính sách để tổ chức thực hiện thành công Chiến lược Quốc gia Phòng chống bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015-2025, góp phần làm tốt công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân./.

THẺ LỆ VIẾT VÀ GỬI BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ CHÍNH SÁCH Y TẾ

Bài gửi đăng trên Tạp chí Chính sách Y tế viết bằng tiếng Việt hoặc tiếng Anh, là bài chưa đăng và chưa gửi đăng ở bất kỳ tạp chí nào khác. Bài gửi đăng tạp chí bằng bản in và bản điện tử trình bày theo cỡ chữ 13 Times New Roman, dùng bộ mã Unicode. Các thuật ngữ tiếng Việt theo từ điển Bách khoa Việt Nam; chữ viết tắt phải có chú thích lần đầu. Có chú thích đầy đủ các bản đồ, sơ đồ, hình vẽ, bảng biểu. Tên bản đồ, sơ đồ, hình vẽ nằm phía dưới hình, tên bảng biểu nằm phía trên bảng biểu.

Dung lượng bài viết từ 4 - 10 trang in khổ A4. Bài gửi đăng phải có phần tóm tắt phản ánh nội dung chính của bài viết nhưng không quá 200 từ. Có danh mục tài liệu tham khảo và chỉ nêu những tài liệu tham khảo có trích dẫn trong bài viết. Tài liệu tham khảo được đánh số đặt trong dấu ngoặc vuông theo thứ tự xuất hiện trong bài báo và được ghi trong danh mục tài liệu tham khảo theo quy cách sau:

Đối với các tài liệu là bài báo trong tạp chí: tên tác giả, tên bài báo, tên tạp chí (*in nghiêng*), tập, năm xuất bản, trang đầu của bài báo. Ví dụ:

[1] Bleich SN, Ozaltin E & Murray JL, How does satisfaction with the health-care system relate to patient experiences. Bulletin of the World Health Organization 87, 2009, 271-278.

Đối với các tài liệu là sách: tên tác giả, tên sách (*in nghiêng*), nhà xuất bản, nơi xuất bản, năm xuất bản. Ví dụ:

[2] Phương, Đ.N, Y tế Việt Nam trong quá trình đổi mới, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1999.

Bài không được đăng, Tạp chí không trả lại bản thảo.

Địa chỉ liên hệ:

Tạp chí Chính sách Y tế, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

Ngõ A36 Hồ Tùng Mậu, phường Mai Dịch, quận Cầu Giấy, thành phố Hà Nội

ĐT: 04 3823 4167; máy lẻ 3104 / 5342;

Email: tapchichinhsachyte@hspi.org.vn.

