

**BỘ Y TẾ VIỆT NAM**

**NHÓM ĐỐI TÁC Y TẾ**

**BÁO CÁO CHUNG  
TỔNG QUAN NGÀNH Y TẾ NĂM 2010**

**Hệ thống y tế Việt Nam  
trước thềm kế hoạch 5 năm 2011-2015**

**Hà Nội, Tháng 12 - 2010**

**Ban biên tập**

TS. Nguyễn Quốc Triệu - Trưởng ban  
PGS. TS. Nguyễn Thị Kim Tiến  
PGS. TS. Phạm Lê Tuấn  
TS. Nguyễn Hoàng Long  
PGS. TS. Phạm Trọng Thanh  
ThS. Sarah Bales  
ThS. Dương Đức Thiện

**Các chuyên gia tư vấn**

TS. Nguyễn Đăng Vững  
PGS. TS. Bùi Thanh Tâm  
PGS. TS. Phan Văn Trường  
TS. Nguyễn Quốc Anh  
BS. Nguyễn Đình Loan  
ThS. Phương Thị Thu Hương  
PGS. TS. Bùi Thị Thu Hà  
TS. Nguyễn Thị Tĩnh  
ThS. Hoàng Thanh Hương  
PGS. TS. Nguyễn Thị Kim Chúc  
KS. Đoàn Nhật Ánh  
ThS. Nguyễn Khánh Phương  
TS. Trần Văn Tiến  
CN. Đỗ Quang Tuyền

## **Lời cảm ơn**

Báo cáo chung Tổng quan ngành y tế (JAHR) 2010 là báo cáo thứ tư do Bộ Y tế cùng với các đối tác phát triển y tế phối hợp thực hiện hằng năm. Báo cáo năm 2010 phân tích tổng thể thực trạng ngành y tế, xác định các vấn đề ưu tiên và các giải pháp trong thời gian tới, góp phần xây dựng Chiến lược bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2020, Kế hoạch 5 năm ngành Y tế giai đoạn 2011-2015, đồng thời cũng kiểm điểm những tiến bộ trong việc thực hiện các giải pháp đã đề xuất của báo cáo JAHR những năm trước đây.

Quá trình thực hiện báo cáo JAHR 2010 đã nhận được sự hỗ trợ nhiệt tình của các bên liên quan. Chúng tôi cảm ơn và đánh giá cao sự hỗ trợ kỹ thuật từ Nhóm đối tác y tế (HPG), và đặc biệt cảm ơn sự hỗ trợ về tài chính của WHO, tổ chức Atlantic Philanthropies, UNICEF, AusAID và USAID/PEPFAR.

Tổ thư ký của báo cáo JAHR do TS. Nguyễn Hoàng Long, Phó Vụ trưởng Vụ Kế hoạch - Tài chính chỉ đạo, cùng các điều phối viên gồm PGS. TS. Phạm Trọng Thanh, ThS. Sarah Bales, ThS. Dương Đức Thiện và CN. Dương Thu Hằng đã đóng góp tích cực vào việc tổ chức quá trình xây dựng và hoàn thiện báo cáo. Chúng tôi cảm ơn các chuyên gia trong nước đã tham gia phân tích các thông tin có sẵn, thu thập ý kiến của các bên liên quan để dự thảo các chương và bổ sung, sửa đổi để hoàn thiện.

Chúng tôi trân trọng cảm ơn những ý kiến đóng góp và tư vấn quý báu của các Vụ, Cục, Tổng cục, Viện, các đơn vị liên quan thuộc Bộ Y tế, cuar một số bộ, ngành, địa phương, của các Nhà tài trợ và các tổ chức, cá nhân khác trong quá trình xây dựng Báo cáo này.

**Ban biên tập**

# Mục lục

Lời cảm ơn.....	3
<b>Giới thiệu .....</b>	<b>10</b>
Mục đích của báo cáo JAHR.....	10
Nội dung và cấu trúc của JAHR 2010.....	10
Tổ chức thực hiện .....	12
Phương pháp thực hiện.....	13
<b>Chương 1: Tình trạng sức khỏe và các yếu tố ảnh hưởng .....</b>	<b>14</b>
1. Tình trạng sức khỏe .....	14
2. Tình hình bệnh tật và tử vong.....	18
3. Các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe.....	22
3.1. Các yếu tố dân số .....	22
3.2. Toàn cầu hóa, công nghiệp hóa, đô thị hóa, di cư và thay đổi lối sống .....	22
3.3. Biến đổi khí hậu .....	23
3.4. Sức khỏe môi trường.....	24
3.5. An toàn vệ sinh thực phẩm .....	24
3.6. Lối sống.....	25
3.7. Tai nạn, thương tích, bạo lực giới.....	28
4. Những vấn đề ưu tiên .....	29
5. Định hướng giải pháp .....	29
<b>Chương 2: Y tế dự phòng và chăm sóc sức khỏe ban đầu.....</b>	<b>30</b>
1. Khái niệm .....	30
2. Đánh giá thực trạng.....	32
2.1. Những tiến bộ và kết quả.....	32
2.2. Những khó khăn, thách thức.....	36
3. Những vấn đề ưu tiên .....	39
3.1. Nhận thức của người dân và một bộ phận cán bộ về bảo vệ và nâng cao sức khỏe còn thấp.....	39
3.2. Các yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe liên quan đến môi trường, lối sống, chưa được kiểm soát tốt.....	39
3.3. Hệ thống tổ chức y tế dự phòng và cơ chế phối hợp liên ngành chưa phát huy hết tiềm năng trong phòng bệnh, nâng cao sức khỏe .....	39
4. Khuyến nghị.....	39
<b>Chương 3: Cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh .....</b>	<b>40</b>
1. Chính sách về khám bệnh, chữa bệnh.....	40
2. Đánh giá thực trạng.....	41
2.1. Những tiến bộ và kết quả.....	41
2.2. Những vấn đề cần giải quyết .....	52
3. Những vấn đề ưu tiên .....	61
3.1. Khả năng đáp ứng của mạng lưới cung ứng dịch vụ KCB còn hạn chế .....	61
3.2. Chất lượng, hiệu quả của mạng lưới cung ứng dịch vụ KCB còn hạn chế.....	61
3.3. Cơ chế tài chính và quản lý bệnh viện còn những vấn đề đáng quan tâm .....	62
4. Khuyến nghị.....	62
<b>Chương 4: Cung ứng dịch vụ dân số - kế hoạch hóa gia đình và chăm sóc sức khỏe sinh sản.....</b>	<b>63</b>
1. Khái niệm .....	63
2. Đánh giá thực trạng.....	64
2.1. Điểm lại các chính sách DS-KHHGĐ và SKSS .....	64
2.2. Những tiến bộ và kết quả.....	65

2.3. Những vấn đề cần giải quyết .....	68
<b>3. Những vấn đề ưu tiên .....</b>	<b>70</b>
3.1. Nguy cơ mức sinh có thể tăng trở lại ở nhiều địa phương .....	71
3.2. Mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh có xu hướng gia tăng .....	71
3.3. Chất lượng các dịch vụ KHHGĐ và CSSKSS còn hạn chế .....	71
3.4. Còn sự khác biệt về tình trạng sức khỏe bà mẹ giữa vùng đồng bằng, đô thị với vùng núi, vùng đồng bào dân tộc thiểu số .....	71
3.5. Công tác chăm sóc sức khỏe trẻ em và cứu sống trẻ sơ sinh còn nhiều hạn chế, còn sự cách biệt về tình trạng sức khỏe trẻ em giữa vùng núi và đồng bằng, giữa người giàu và người nghèo .....	71
3.6. Tình trạng phá thai và phá thai không an toàn còn ở mức cao .....	72
3.7. Tình trạng nhiễm khuẩn đường sinh sản kể cả nhiễm khuẩn lây qua đường tình dục còn phổ biến .....	72
3.8. Chăm sóc SKSS vị thành niên và thanh niên, người cao tuổi còn hạn chế .....	72
<b>4. Khuyến nghị .....</b>	<b>72</b>
<b>Chương 5: Nhân lực y tế .....</b>	<b>73</b>
1. Khái niệm, quan niệm .....	73
2. Đánh giá thực trạng .....	74
2.1. Những tiến bộ và kết quả .....	74
2.2. Những vấn đề cần giải quyết .....	75
3. Những vấn đề ưu tiên .....	81
3.1. Thiếu và mất cân đối về nhân lực y tế .....	81
3.2. Công tác đảm bảo chất lượng nhân lực y tế còn nhiều hạn chế .....	81
3.3. Quản lý nhân lực y tế còn chưa hiệu quả .....	82
4. Khuyến nghị .....	82
<b>Chương 6: Hệ thống thông tin y tế .....</b>	<b>83</b>
1. Khái niệm .....	83
2. Đánh giá thực trạng .....	85
2.1 Chính sách về thông tin y tế .....	85
2.2. Những tiến bộ và kết quả .....	86
2.3. Những vấn đề cần giải quyết .....	89
3. Những vấn đề ưu tiên .....	95
3.1. Chính sách về hệ thống thông tin y tế chưa đầy đủ .....	95
3.2. Khả năng đáp ứng nhu cầu sử dụng số liệu còn hạn chế .....	95
3.3. Phân tích và sử dụng số liệu thống kê còn yếu .....	95
4. Khuyến nghị .....	95
<b>Chương 7: Thuốc, vắc-xin, máu và sinh phẩm khác .....</b>	<b>96</b>
1. Đánh giá thực trạng .....	96
1.1. Thực trạng lĩnh vực dược .....	96
1.2. Thực trạng lĩnh vực vắc-xin .....	109
1.3. Thực trạng lĩnh vực máu và các chế phẩm máu .....	111
2. Những vấn đề ưu tiên .....	113
2.1. Giá thuốc còn cao dù biến động giá có giảm .....	113
2.2. Chất lượng thuốc và nguyên liệu làm thuốc chưa được kiểm soát đủ chặt chẽ .....	114
2.3. Sử dụng thuốc chưa an toàn, hợp lý .....	114
2.4. Việc mở rộng thêm vắc-xin mới, vắc-xin phối hợp và bảo đảm tính bền vững trong cung ứng vắc-xin đang đứng trước nhiều thách thức .....	115
2.5. Số lượng máu an toàn chưa đủ .....	115
3. Khuyến nghị .....	115
<b>Chương 8: Trang thiết bị y tế .....</b>	<b>116</b>
1. Đánh giá thực trạng .....	116
1.1. Những tiến bộ và kết quả .....	116
1.2. Những vấn đề cần giải quyết .....	121

2. Các vấn đề ưu tiên.....	124
2.1. Hiệu quả đầu tư trong lĩnh vực TTBYT còn hạn chế .....	124
2.2. Sản xuất trang thiết bị y tế tại Việt Nam còn yếu .....	124
2.3. Bảo đảm chất lượng TTBYT còn hạn chế .....	124
3. Khuyến nghị.....	124
<b>Chương 9: Tài chính y tế .....</b>	<b>125</b>
1. Khái niệm .....	125
2. Đánh giá thực trạng.....	126
2.1. Các chính sách, định hướng lớn về tài chính y tế .....	126
2.2. Các kết quả đạt được .....	129
2.3. Những vấn đề cần giải quyết .....	135
3. Những vấn đề ưu tiên .....	140
3.1. Tỷ lệ chi tiêu công cho y tế còn thấp .....	140
3.2. Hiệu quả phân bổ và sử dụng nguồn tài chính y tế còn hạn chế .....	140
3.3. Độ bao phủ BHYT chưa cao .....	141
3.4. Kiểm soát chi phí y tế còn khó khăn.....	141
4. Khuyến nghị.....	141
<b>Chương 10: Quản trị hệ thống y tế .....</b>	<b>142</b>
1. Khái niệm .....	142
2. Đánh giá thực trạng.....	143
2.1. Những tiến bộ và kết quả .....	144
2.2. Những vấn đề cần giải quyết .....	146
3. Các vấn đề ưu tiên.....	149
3.1. Năng lực hoạch định chính sách, chiến lược còn hạn chế .....	149
3.2. Năng lực kiểm tra, theo dõi, giám sát còn hạn chế.....	150
3.3. Bộ máy tổ chức hệ thống y tế còn những điểm chưa phù hợp.....	150
4. Khuyến nghị.....	150
<b>Chương 11: Kết luận và khuyến nghị .....</b>	<b>152</b>
1. Kết luận .....	152
1.1. Tình trạng sức khỏe, bệnh tật .....	152
1.2. Y tế công cộng và y tế dự phòng .....	152
1.3. Cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh .....	153
1.4. Dân số, kế hoạch hóa gia đình và sức khỏe sinh sản .....	155
1.5. Nhân lực y tế .....	155
1.6. Hệ thống thông tin y tế.....	156
1.7. Thuốc, vắc-xin, máu và các chế phẩm máu .....	157
1.8. Trang thiết bị và công nghệ y tế .....	159
1.9. Tài chính y tế .....	160
1.10. Quản trị hệ thống y tế .....	161
2. Khuyến nghị.....	162
2.1 Công tác y tế dự phòng .....	163
2.2 Khám chữa bệnh .....	164
2.3 Công tác DS-KHHGD và CSSKSS .....	165
2.4 Nhân lực y tế .....	167
2.5. Hệ thống thông tin y tế.....	168
2.6. Thuốc, sinh phẩm, vắc-xin, máu .....	169
2.7 Trang thiết bị và công trình y tế.....	171
2.8. Tài chính y tế .....	172
2.9. Quản trị hệ thống y tế .....	173
<b>Phụ lục 1: Tóm tắt các khuyến nghị JAHR 2007-2009 và kết quả thực hiện .....</b>	<b>176</b>
<b>Phụ lục 2: Tóm tắt các vấn đề và giải pháp.....</b>	<b>203</b>
<b>Phụ lục 3: Các chỉ số giám sát 2002-2009 .....</b>	<b>224</b>

## Danh mục Bảng

Bảng 1: Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi ở các vùng (trên 1000 trẻ đẻ ra sống), 2005-2009 .....	17
Bảng 2: Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo vùng (%), 2005-2009 .....	17
Bảng 3: Số nhiễm HIV, số bệnh nhân AIDS, số tử vong do AIDS, 2006-2009 .....	21
Bảng 4: So sánh đặc trưng của chăm sóc sức khỏe ban đầu trước đây và hiện nay .....	31
Bảng 5: Số cơ sở y tế công lập, 2002-2008 .....	42
Bảng 6: Sự sẵn có dịch vụ KCB theo vùng, 2008 .....	43
Bảng 7: Các bản hướng dẫn chẩn đoán và điều trị được cập nhật trong giai đoạn 2002-2009 .....	49
Bảng 8: Khái niệm về hệ thống cung ứng dịch vụ và cơ cấu tổ chức ở Việt Nam .....	53
Bảng 9: Số lượt khám ngoại trú/100 người dân tại bệnh viện công trong 4 tuần theo mức sống, 2004-2008 .....	55
Bảng 10: Số lượt nhập viện tại bệnh viện công trong 12 tháng trên 100 người dân, 2004-2008 .....	55
Bảng 11: Tỷ lệ người nhập viện sử dụng thẻ BHYT hoặc thẻ miễn giảm viện phí, 2004-2008 .....	56
Bảng 12: Các chỉ số dịch vụ sức khỏe sinh sản khu vực công, 2006-2009 .....	67
Bảng 13: Tỷ lệ nhân lực y tế phân theo trình độ và theo tuyến, 2008 .....	76
Bảng 14: Số lượng bác sĩ bỏ cơ sở y tế công, 2008 .....	76
Bảng 15: Ước tính nhu cầu đào tạo hằng năm, 2015 và 2020 .....	80
Bảng 16: Các nguồn thông tin y tế .....	84
Bảng 17: Tỷ lệ trạm y tế có sẵn thuốc thiết yếu theo loại thuốc, 2006 .....	99
Bảng 18: Số doanh nghiệp đạt tiêu chuẩn thực hành tốt qua các năm .....	105
Bảng 19: Tỷ lệ thuốc giả và thuốc kém chất lượng trong mẫu lấy để kiểm tra, 2000-2009 .....	106
Bảng 20: So sánh quốc tế: Tổng chi y tế và chi công cho y tế, 2007 .....	130
Bảng 21: Mối liên quan giữa các thành tố chủ yếu của quản trị chung và quản trị trong hệ thống y tế .....	143

## Danh mục Hình

Hình 1: Khung hệ thống y tế Việt Nam (theo Ts. Nguyễn Hoàng Long) .....	11
Hình 2: Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi (%), 1990~2009 .....	14
Hình 3: Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi (%), 1990~2009 .....	15
Hình 4: Tỷ số tử vong mẹ, 1990~2009 .....	15
Hình 5: Tỷ lệ trẻ em suy dinh dưỡng dưới 5 tuổi (%), 2005-2009 .....	16
Hình 6: Xu hướng bệnh tật qua các năm, 1976~2008 .....	19
Hình 7: Xu hướng tử vong qua các năm, 1976~2008 .....	19
Hình 8: Tình hình dịch bệnh tả (số ca mắc tả/100 000 dân), 1998–2009 .....	20
Hình 9: Số giường bệnh theo tuyến y tế công lập, 2008 .....	42
Hình 10: Số giường (không tính giường trạm y tế xã) trên 10 000 dân, 2002-2008 .....	43
Hình 11: Xu hướng KCB và nhập viện cơ sở y tế công lập, 2002-2008 .....	46
Hình 12: Tỷ lệ người khám chữa bệnh ngoại trú trong 12 tháng, 2004~2008 .....	47
Hình 13: Tỷ lệ người điều trị nội trú trong 12 tháng qua, 2002~2008 .....	47
Hình 14: Nhu cầu KCB, mô hình chuyển tuyến và cơ cấu tổ chức KCB hiện nay ở Việt Nam .....	53
Hình 15: Bác sĩ và cán bộ y tế trình độ đại học trở lên trong tổng số cán bộ y tế nhà nước, 2008 .....	54
Hình 16: Tỷ lệ hộ chi quá mức cho y tế, 2002~2008 .....	57
Hình 17: Công suất sử dụng giường bệnh theo tuyến, 2002-2008 .....	61
Hình 18: Thành phần và tiêu chuẩn của một hệ thống thông tin y tế .....	83
Hình 19: Các lĩnh vực cần giám sát/đánh giá trong hệ thống thông tin y tế .....	84
Hình 20: Chi mua thuốc bình quân đầu người, 2000-2008 giá hiện hành .....	100
Hình 21: Nguồn chi mua thuốc, 2007 .....	101
Hình 22: Chỉ số giá thuốc và giá tiêu dùng, 2000-2009 .....	102
Hình 23: Tổng chi y tế tính theo % so với tổng sản phẩm quốc nội (GDP), 1998-2008 .....	130
Hình 24: Chi y tế bình quân đầu người của Việt Nam (1000VND), 1998-2008 .....	131
Hình 25: Kinh phí mua BHYT cho người nghèo qua các năm 2005-2008 (tỷ đồng) theo giá hiện hành và giá so sánh với năm 1994 .....	132
Hình 26: Tỷ lệ chi từ nguồn công, tiền túi của hộ gia đình và nguồn khác, 2001-2008 .....	133
Hình 27: Tỷ lệ chi cho y tế dự phòng so với NSNN cho y tế, 1998-2007 .....	134
Hình 28: Tỷ lệ bao phủ của BHYT 2005-2010 .....	134
Hình 29: Cơ cấu các nhóm đối tượng tham gia BHYT 2005-2009 .....	135
Hình 30: Chi y tế dự phòng bình quân đầu người tại một số tỉnh, 2007 .....	136
Hình 31: Tỷ trọng chi cho khám chữa bệnh và y tế dự phòng trong tổng chi y tế, 2001-2007 .....	137
Hình 32: Cơ cấu chi y tế từ tiền túi hộ gia đình .....	139



## Viết tắt

ACTD	Hồ sơ kỹ thuật chung của ASEAN (ASEAN Common technical dossier)
ACTR	Yêu cầu kỹ thuật chung của ASEAN (ASEAN Common technical requirements)
ADB	Ngân hàng Phát triển Châu Á
ARV	Thuốc điều trị kháng vi-rút
ASEAN	Hiệp hội các nước Đông Nam Á
AusAID	Cơ quan Phát triển quốc tế Australia
BHXH	Bảo hiểm xã hội
BHYT	Bảo hiểm y tế
CBYT	Cán bộ y tế
CHITI	Viện Công nghệ thông tin-Thư viện Y học Trung ương
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
CSSKBĐ	Chăm sóc sức khỏe ban đầu
CSSKSS	Chăm sóc sức khỏe sinh sản
DHS	Điều tra Nhân khẩu học và Sức khỏe
DS	Dân số
ĐTYTQG	Điều tra y tế quốc gia
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunizations
GDP	Tổng sản phẩm quốc nội
GLP	Thực hành tốt kiểm nghiệm thuốc
GMP	Thực hành tốt sản xuất thuốc
GPP	Thực hành tốt nhà thuốc
GSP	Thực hành tốt bảo quản thuốc
HIV/AIDS	Hội chứng suy giảm miễn dịch ở người
HPG	Nhóm đối tác y tế
JAHR	Báo cáo chung tổng quan ngành y tế
KCB	Khám chữa bệnh
KHHGĐ	Kế hoạch hóa gia đình
KSMHGD	Khảo sát mức sống hộ gia đình
MDG	Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ
MICS	Điều tra đánh giá các mục tiêu về trẻ em và phụ nữ Việt Nam
NSNN	Ngân sách nhà nước
PEPFAR	Chương trình cứu trợ khẩn cấp về phòng chống HIV/AIDS của Tổng thống Hoa Kỳ
PHCN	Phục hồi chức năng
SAVY	Điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam
TCMR	Tiêm chủng mở rộng
TRIPS	Hiệp định về Các khía cạnh liên quan đến Thương mại của Quyền Sở hữu Trí tuệ
UNICEF	Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc
VSATTP	Vệ sinh an toàn thực phẩm
WHO	Tổ chức Y tế thế giới
XHH	Xã hội hóa
YTDP	Y tế dự phòng

## **Giới thiệu**

### **Mục đích của báo cáo JAHR**

Năm 2007, “Nhóm đối tác y tế” (Health Partnership Group - HPG), gồm các tổ chức quốc tế và nước ngoài hỗ trợ cho y tế Việt Nam và Bộ Y tế, đã thoả thuận hằng năm sẽ tiến hành xây dựng một Báo cáo chung Tổng quan ngành y tế (Joint Annual Health Review – JAHR).

*Mục đích chung* của báo cáo JAHR là đánh giá thực trạng và xác định các vấn đề ưu tiên của ngành y tế, nhằm hỗ trợ cho việc lập kế hoạch hằng năm của Bộ Y tế, đồng thời làm cơ sở cho việc lựa chọn các vấn đề trọng tâm trong hợp tác và đối thoại giữa ngành y tế Việt Nam và các đối tác nước ngoài. Tùy theo chủ đề được lựa chọn, các mục tiêu cụ thể của Báo cáo JAHR bao gồm: 1) Cập nhật thực trạng ngành y tế, trong đó có đánh giá tiến độ đạt các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ và mục tiêu phát triển liên quan đến sức khỏe của Việt Nam; 2) Đánh giá chi tiết các lĩnh vực của hệ thống y tế để xác định các vấn đề ưu tiên và khuyến nghị giải pháp; 3) Đánh giá tiến độ thực hiện các khuyến nghị của JAHR những năm trước.

Báo cáo JAHR 2007 đã đề cập tương đối toàn diện **các lĩnh vực chủ yếu của hệ thống y tế Việt Nam**, gồm: i) Tình trạng sức khỏe và các yếu tố tác động đến sức khỏe; ii) Tổ chức và quản lý hệ thống y tế; iii) Nhân lực y tế; iv) Tài chính y tế; v) Cung ứng dịch vụ y tế.

Báo cáo JAHR 2008 có chủ đề **“Tài chính y tế ở Việt Nam”**, đã đề cập các vấn đề liên quan đến chức năng chủ yếu của tài chính y tế, như: huy động tài chính từ các nguồn (NSNN, BHYT, viện trợ nước ngoài, chi trả từ tiền túi của hộ gia đình, các nguồn lực của xã hội); cơ chế quản lý sử dụng tài chính cho y tế (tự chủ tài chính, phương thức thanh toán dịch vụ bệnh viện, trợ cấp tài chính cho người nghèo và các đối tượng chính sách xã hội).

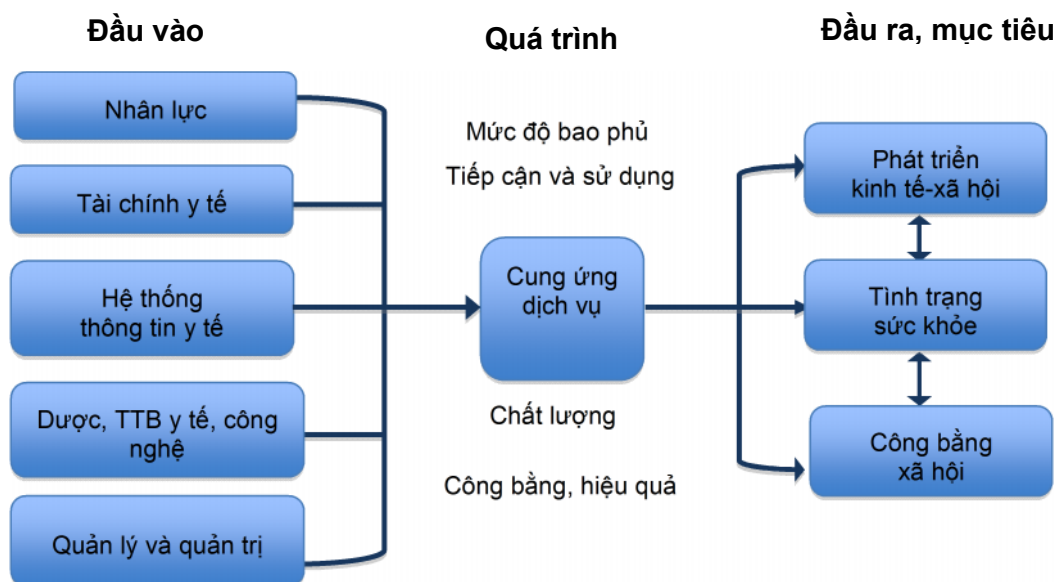
Báo cáo JAHR 2009 có chủ đề là **“Nhân lực y tế ở Việt Nam”**, đã đề cập các nội dung quan trọng, như: i) chính sách phát triển nhân lực y tế, ii) số lượng và phân bổ nhân lực y tế; iii) chất lượng nhân lực y tế; iv) quản lý và sử dụng nhân lực y tế.

Báo cáo JAHR 2010 **đề cập toàn diện các nội dung cơ bản của hệ thống y tế**. Được xây dựng vào thời điểm sắp kết thúc Kế hoạch phát triển y tế 5 năm 2006-2010 và chuẩn bị cho một chu kỳ kế hoạch mới, ngoài các mục đích chung nêu trên, báo cáo JAHR 2010 còn có mục đích hỗ trợ cho việc xây dựng kế hoạch 5 năm ngành y tế 2011-2015, trên cơ sở đánh giá những tiến bộ và kết quả đạt được, cũng như những hạn chế, yếu kém, nhằm nhìn nhận thực trạng hệ thống y tế Việt Nam và những vấn đề cần tập trung giải quyết trong thời gian tới.

### **Nội dung và cấu trúc của JAHR 2010**

Báo cáo JAHR 2010 lần đầu tiên đề cập đến cả sáu cấu phần của hệ thống y tế, đánh giá thực trạng và khuyến nghị giải pháp cho các vấn đề ưu tiên cần giải quyết trong cả 6 cấu phần của hệ thống y tế Việt Nam (cung ứng dịch vụ y tế; nhân lực y tế; hệ thống thông tin y tế; được trang thiết bị y tế, công nghệ; tài chính y tế; quản lý và quản trị hệ thống y tế).

Trên cơ sở Khung lý thuyết của hệ thống y tế do Tổ chức Y tế thế giới xây dựng, khung hệ thống y tế Việt Nam được mô tả tại Hình 1 dưới đây.



**Hình 1: Khung hệ thống y tế Việt Nam (theo Ts. Nguyễn Hoàng Long)**

Các hợp phần nguồn lực đầu vào của hệ thống y tế cần có những tiêu chí cơ bản.

*Nhân lực y tế* phải đủ về số lượng, cơ cấu và phân bố hợp lý, đảm bảo trình độ chuyên môn theo nhiệm vụ được giao, làm việc với tinh thần trách nhiệm cao và ứng xử tốt.

*Cơ chế tài chính y tế* cần huy động đủ nguồn kinh phí đầu tư cho y tế với cơ cấu hợp lý giữa chi tiêu công và chi tiêu tư cho y tế, bảo đảm người dân có khả năng tiếp cận và sử dụng được các dịch vụ y tế khi cần thiết, được bảo vệ để tránh khỏi rủi ro tài chính hoặc nghèo đói do các chi phí liên quan đến y tế; đồng thời khuyến khích việc sử dụng hiệu quả nguồn kinh phí sẵn có dành cho y tế.

*Hệ thống thông tin y tế* phải thu thập, phân tích và cung cấp các thông tin tin cậy và kịp thời giúp cho việc hoạch định chính sách và quản lý các hoạt động của hệ thống y tế.

*Dược phẩm, vắc-xin, sinh phẩm y tế, trang thiết bị y tế, công nghệ và cơ sở hạ tầng* là những yếu tố đầu vào không thể thiếu cho hệ thống y tế vận hành. Các yếu tố này cần có chất lượng đúng theo quy định để dịch vụ y tế có chất lượng, an toàn và hiệu quả.

*Lãnh đạo và quản trị* bao gồm phải đảm bảo có các khung chính sách chiến lược, kết hợp với việc giám sát hiệu quả, xây dựng sự liên kết, các văn bản pháp quy, quan tâm đến thiết kế hệ thống và tính trách nhiệm.

Tất cả 5 hợp phần đầu vào trên là nhằm để *cung ứng dịch vụ y tế* tốt nhất cho mọi người dân, bao gồm các dịch vụ KCB, phục hồi chức năng, phòng bệnh, nâng cao sức khỏe, được sắp xếp thành mạng lưới có chức năng phù hợp theo các tuyến (Xem Hình 14, Chương 3). Các dịch vụ y tế cũng cần đạt được những tiêu chí cơ bản, đó là bao phủ toàn dân, người dân có khả năng tiếp cận được (về tài chính và địa lý), các dịch vụ phải bảo đảm công bằng, hiệu quả và chất lượng.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Chất lượng dịch vụ y tế bao gồm *chất lượng kỹ thuật* - là sự chính xác về kỹ thuật và phương pháp phòng bệnh, chẩn đoán, điều trị bệnh và phục hồi chức năng và *chất lượng chức năng* - liên quan cơ sở hạ tầng y tế đủ tiêu chuẩn, cách thức tổ chức quy trình phòng bệnh, KCB, cách thức chăm sóc người bệnh, quy tắc ứng xử, giao tiếp của nhân viên y tế, ...

*Kết quả đầu ra và mục đích* cuối cùng của hệ thống y tế là nâng cao sức khỏe nhân dân, đồng thời góp phần đảm bảo công bằng xã hội và phát triển kinh tế - xã hội của đất nước.

Khung hệ thống y tế Việt Nam này được áp dụng trong báo cáo này. Trên cơ sở Khung hệ thống y tế nêu trên, báo cáo JAHR 2010 được kết cấu thành 11 chương và 3 phụ lục như sau:

Chương 1: Tình trạng sức khỏe và các yếu tố ảnh hưởng.

Chương 2: Y tế dự phòng và chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Chương 3: Cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh.

Chương 4: Cung ứng dịch vụ dân số - KHHGD và CSSKSS.

Chương 5: Nhân lực y tế.

Chương 6: Hệ thống thông tin y tế.

Chương 7: Thuốc, vắc-xin, máu và sinh phẩm khác.

Chương 8: Trang thiết bị y tế.

Chương 9: Tài chính y tế.

Chương 10: Quản trị hệ thống y tế.

Chương 11: Kết luận và khuyến nghị.

Các chương từ 2 đến 10 có nội dung thuộc 6 cấu phần của hệ thống y tế, trong đó cấu phần cung ứng dịch vụ có 3 chương (Y tế dự phòng, Khám chữa bệnh, KHHGD và CSSKSS), cấu phần dược, trang thiết bị y tế, công nghệ có 2 chương (Thuốc, vắc-xin, máu và các chế phẩm máu; Trang thiết bị y tế). Các chương này có cấu trúc tương tự nhau, gồm: i) Khái niệm; ii) Thực trạng; iii) Các vấn đề ưu tiên; iv) Khuyến nghị.

Chương Kết luận và khuyến nghị tổng hợp những nhận định, đánh giá chính về từng cấu phần của hệ thống y tế ở Việt Nam và tóm tắt các khuyến nghị các giải pháp cho những vấn đề ưu tiên cho năm 2011 và kế hoạch 5 năm 2011-2015.

Phụ lục 1: Kiểm điểm việc thực hiện các khuyến nghị của các báo cáo JAHR.

Phụ lục 2: Tóm tắt các vấn đề ưu tiên và giải pháp.

Phụ lục 3: Các chỉ số theo dõi, đánh giá.

## **Tổ chức thực hiện**

Cũng như các năm trước, báo cáo JAHR 2010 được xây dựng với sự phối hợp chỉ đạo của Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế. Cơ cấu tổ chức để điều hành quá trình xây dựng báo cáo gồm có:

*Nhóm công tác*, gồm một số thành viên của Bộ Y tế và HPG, có nhiệm vụ hướng dẫn và giám sát quá trình triển khai xây dựng báo cáo, bảo đảm nguồn lực cho các hoạt động liên quan.

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

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

## Phương pháp thực hiện

Việc xây dựng báo cáo được tiến hành chủ yếu dựa vào quá trình phân tích, xác định các vấn đề chính, các ưu tiên và giải pháp có sự tham gia của nhiều bên. Vì vậy, các phương pháp chính được sử dụng gồm:

- Tuyển dụng các chuyên gia trong nước có kiến thức và kinh nghiệm làm việc về từng nội dung của báo cáo và chuyên gia tư vấn quốc tế có kinh nghiệm làm việc về y tế tại Việt Nam để tham gia xây dựng báo cáo JAHR.
- Tổng hợp các tài liệu có sẵn, gồm các văn bản chính sách, pháp luật và các tài liệu nghiên cứu, khảo sát...
- Thu thập ý kiến chính thức và không chính thức của các bên liên quan, nhất là của cán bộ, chuyên gia các bộ, ngành liên quan, cán bộ quản lý ở Bộ Y tế và các sở y tế, các chuyên gia quốc tế và trong nước.
- Tổ chức thảo luận theo nhóm với cách nêu vấn đề rõ ràng và súc tích bằng bảng tóm tắt, nhằm thu thập được nhiều ý kiến đóng góp cho các chủ đề chính là: i) thực trạng và những vấn đề cần giải quyết; ii) các vấn đề ưu tiên và giải pháp/hành động; iii) cơ chế theo dõi, đánh giá và các chỉ số theo dõi, đánh giá.
- Lồng ghép và phối hợp chặt chẽ quá trình xây dựng báo cáo JAHR 2010 với quá trình xây dựng kế hoạch 5 năm, thông qua việc tổ chức các cuộc hội thảo chung, trao đổi thông tin về các vấn đề cần ưu tiên, các khuyến nghị giải pháp, cũng như các chỉ số theo dõi, đánh giá.

**Phương pháp tiếp cận chung** của quá trình xây dựng báo cáo JAHR 2010 thể hiện ở một số yêu cầu chung như sau:

(1) Căn cứ vào bối cảnh kinh tế-xã hội và thực trạng hệ thống y tế Việt Nam. Hệ thống y tế Việt Nam đang trong quá trình đổi mới và phát triển. Muốn đổi mới và phát triển có hiệu quả, thì điều quan trọng là phải hiểu rõ thực trạng của hệ thống y tế, có liên hệ với bối cảnh kinh tế-xã hội Việt Nam, đánh giá đúng những tiến bộ, kết quả, đồng thời nhận biết rõ về các vấn đề cần giải quyết, các lĩnh vực cần đầu tư, các kết quả cần đạt được, và các cơ chế theo dõi, kiểm soát quá trình đổi mới.

(2) Dựa vào các quan niệm về các chức năng và tiêu chí công bằng, hiệu quả của hệ thống y tế. Quá trình xây dựng báo cáo JAHR 2010 đã tham khảo và vận dụng quan niệm được thừa nhận chung hiện nay về hệ thống y tế có 6 cấu phần. Tăng cường hệ thống y tế có nghĩa là hoàn thiện tất cả 6 cấu phần của hệ thống và sự tương tác của chúng nhằm cải thiện tính công bằng và bền vững trong dịch vụ y tế và nâng cao sức khỏe nhân dân [1].

(3) Dựa vào khung phân tích phù hợp đối với từng cấu phần của hệ thống y tế, bao gồm phân tích về chính sách quốc gia và các văn bản pháp quy, phân tích theo các tiêu chí mà mỗi cấu phần của hệ thống y tế cần đạt được.

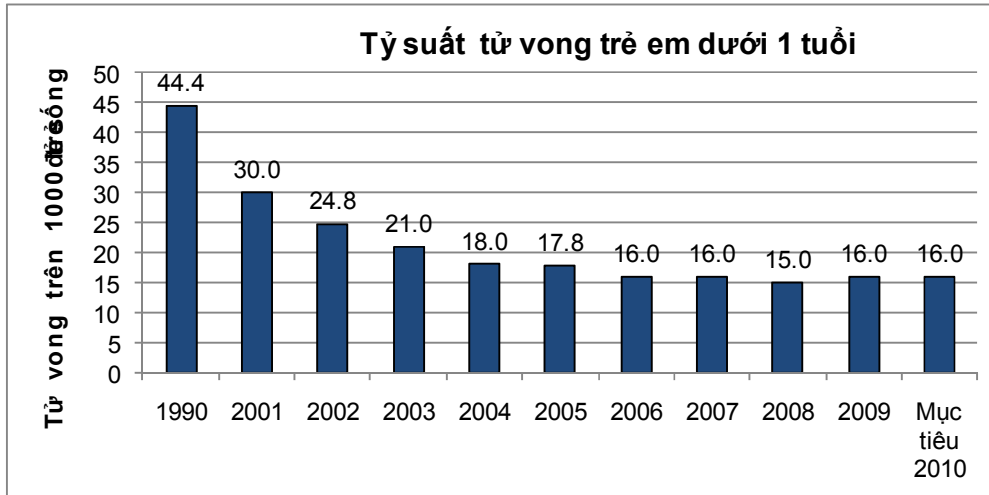
## **Chương 1: Tình trạng sức khỏe và các yếu tố ảnh hưởng**

### **1. Tình trạng sức khỏe**

Trong những năm qua, cùng với sự phát triển kinh tế xã hội của đất nước, sự quan tâm đầu tư của Đảng và Chính phủ cho sự nghiệp chăm sóc sức khỏe nhân dân, tình trạng sức khỏe của người dân Việt Nam đã có những cải thiện rõ rệt, thể hiện ở một số chỉ số sức khỏe cơ bản như tuổi thọ trung bình, tỷ suất tử vong trẻ em, tỷ số tử vong mẹ, suy dinh dưỡng...

**Tuổi thọ trung bình:** Cùng với mức chết giảm, tuổi thọ trung bình của người Việt Nam đã tăng lên. Sau 10 năm, tuổi thọ trung bình của người Việt Nam tăng 3,7 tuổi từ 69,1 tuổi lên 72,8 tuổi (nam đạt 70,2 tuổi, nữ đạt 75,6 tuổi) [2]. So với mục tiêu đề ra trong Chiến lược bảo vệ chăm sóc sức khỏe nhân dân đến năm 2010 là 72 tuổi, Việt Nam đã hoàn thành vượt chỉ tiêu. So với một số nước trong khu vực, tuổi thọ trung bình của Việt Nam đã đạt mức tương đương và cao hơn Thái Lan (72 tuổi), Phi-líp-pin (70 tuổi). Một trong những lý do làm tuổi thọ người Việt Nam tăng là do thành công của các chương trình y tế quốc gia, mở rộng mạng lưới y tế cơ sở, áp dụng thành công và phổ biến các phương pháp điều trị hiện đại.

**Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi:** việc thực hiện tốt công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ trước và sau khi sinh cũng như các can thiệp y tế, nhất là chương trình tiêm chủng mở rộng, đã tác động trực tiếp làm giảm tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi. Năm 2001, tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi là 30‰, đến năm 2006 còn 17,8‰ và năm 2009, tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi chỉ còn 16‰. Như vậy, đã đạt trước mục tiêu trong Kế hoạch phát triển kinh tế xã hội giai đoạn 2006-2010 là giảm tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi xuống còn 16‰ (Hình 2).

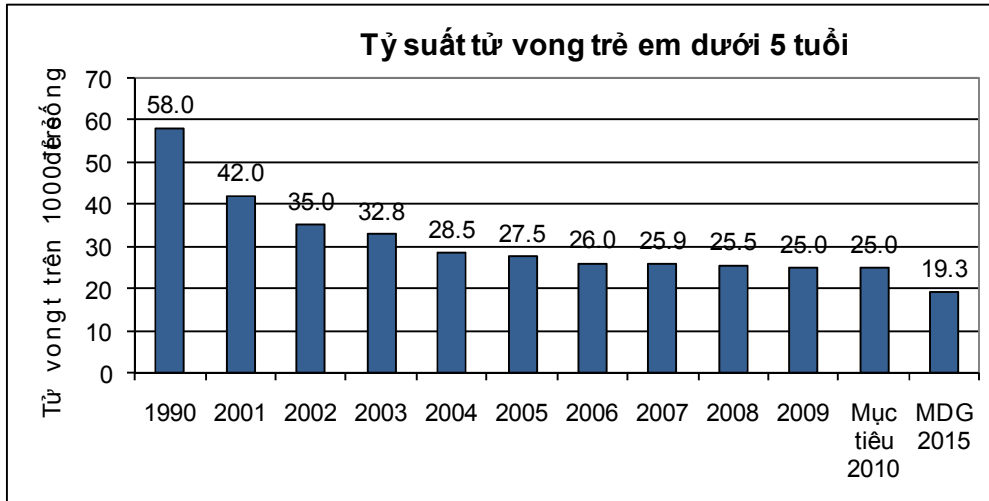


**Hình 2: Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi (‰), 1990~2009**

Nguồn: Niên giám thống kê y tế các năm

**Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi:** Theo số liệu thống kê của Bộ Y tế, tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi giảm từ 58‰ năm 2001, xuống 27,5‰ năm 2005 và đến năm 2009 còn 25,0‰, đạt mục tiêu đề ra trong Chiến lược bảo vệ chăm sóc sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001–2010. Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ của Liên Hợp quốc (mục tiêu 6) là giảm 2/3 tỷ lệ tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi trong giai đoạn 1990-2015. Theo mục tiêu này, đến năm 2015, Việt Nam cần giảm tỷ suất này từ 58‰ năm 1990 xuống còn 19,3‰ vào năm 2015

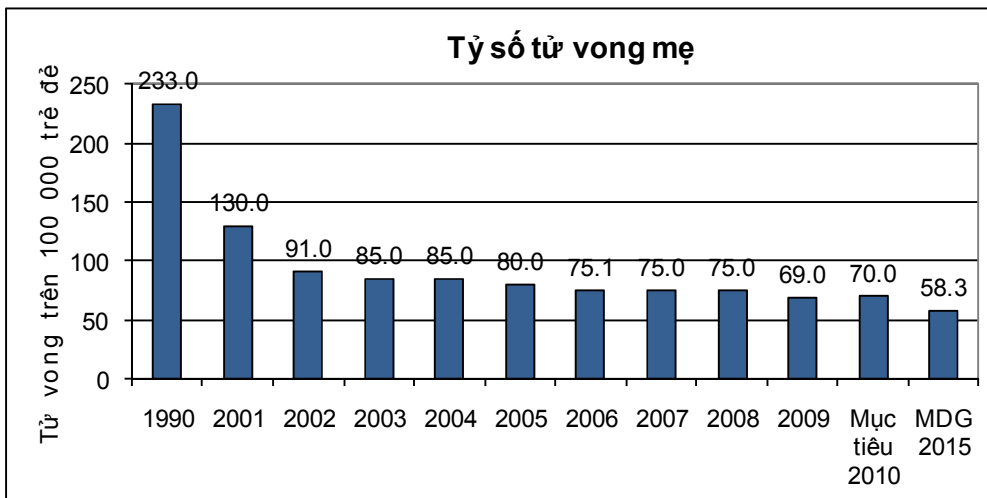
(Hình 3). Nếu tiếp tục giữ được tốc độ giảm tỷ suất này đến năm 2015, Việt Nam sẽ đạt được Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ (MDG).



**Hình 3: Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi (%), 1990~2009**

Nguồn: Niên giám thống kê y tế các năm

**Tỷ số tử vong mẹ:** Theo số liệu báo cáo tỷ số tử vong mẹ giảm từ 165/100 000 trẻ đẻ sống (năm 2001– 2002) xuống còn 80/100 000 trẻ đẻ sống (2005) và theo số liệu Tổng Điều tra Dân số năm 2009, tỷ số này chỉ còn 69/100 000 trẻ đẻ sống (Hình 4), đạt mục tiêu đề ra trong Chiến lược bảo vệ sức khỏe nhân dân (70/100 000 trẻ đẻ sống). So với Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ là giảm  $\frac{3}{4}$  tử vong mẹ trong giai đoạn từ 1990 đến năm 2015 (tức là giảm xuống còn 58,3/100 000 trẻ đẻ sống) thì Việt Nam cần có những nỗ lực rất lớn mới có thể đạt được.



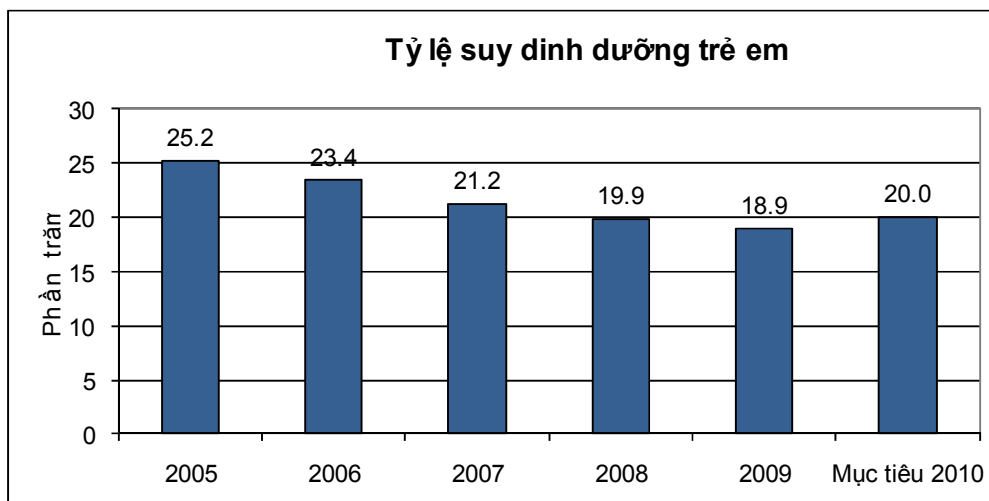
**Hình 4: Tỷ số tử vong mẹ, 1990~2009**

Nguồn: Niên giám thống kê y tế các năm

**Tỷ lệ trẻ em suy dinh dưỡng dưới 5 tuổi:** Tỷ lệ này thường được lấy theo tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi suy dinh dưỡng cân nặng theo tuổi. Đây là một trong những chỉ tiêu quan trọng phản ánh tình trạng sức khỏe trẻ em. Số liệu điều tra của Viện Dinh dưỡng, Bộ Y tế hằng năm



cho thấy, tỷ lệ này giảm bền vững qua các năm, từ 25,2% năm 2005 xuống 21,2% năm 2007 và 18,9% năm 2009 (Hình 5).



**Hình 5: Tỷ lệ trẻ em suy dinh dưỡng dưới 5 tuổi (%), 2005-2009**

Nguồn: Niên giám thống kê y tế các năm

Theo kế hoạch, mục tiêu giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi thể nhẹ cân ở trẻ em Việt Nam là dưới 20% vào năm 2010, tuy nhiên với sự nỗ lực của ngành y tế, sự phối hợp chặt chẽ của các địa phương và các Bộ ngành và sự phát triển về kinh tế xã hội, chúng ta đã đạt được mức 19,9% ngay trong năm 2008 (vượt trước 2 năm so với Nghị quyết Đại hội Đảng toàn quốc lần thứ X).

Mặc dù Việt Nam đã đạt được những thành tựu đáng kể trong cải thiện sức khỏe người dân, thể hiện ở những số liệu nêu trên, song vẫn còn một số khó khăn, thách thức:

- *Có sự chênh lệch khá lớn về tình trạng sức khỏe giữa các vùng, miền*, thể hiện ở một số chỉ số như tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi, tỷ lệ suy dinh dưỡng... Đối với tử vong trẻ em dưới 1 tuổi, mặc dù tỷ lệ này giảm ở hầu hết các vùng khó khăn (Tây Bắc, Tây Nguyên), nhưng vẫn còn sự chênh lệch lớn so với các vùng có điều kiện kinh tế xã hội phát triển hơn (Đông Nam Bộ, Đồng bằng sông Hồng) (Bảng 1). Chênh lệch giữa vùng Tây Bắc và vùng Đông Nam Bộ có xu hướng giảm: từ 3 lần năm 2005 (33,9‰ và 10,6‰) xuống còn khoảng 2,5 lần năm 2008 (21‰ và 8‰), nhưng mức chênh lệch còn rất lớn. Như vậy cần phải quan tâm đầu tư về cơ sở vật chất, nhân lực và có các chính sách ưu tiên để có thể giảm tỷ suất tử vong trẻ em ở các vùng này trong thời gian tới.



**Bảng 1: Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi ở các vùng (trên 1000 trẻ đẻ ra sống), 2005-2009**

Vùng	2005	2006	2007	2008	2009
ĐB Sông Hồng	11,5	11	10	11	12,4
Đông Bắc	23,9	24	22	21	24,5
Tây Bắc	33,9	30	29	21	
Bắc Trung Bộ	24,9	22	20	16	17,2
Duyên hải Nam Trung Bộ	18,2	18	17	16	
Tây Nguyên	28,8	28	27	23	27,3
Đông Nam Bộ	10,6	8	10	8	10,0
ĐB Sông Cửu Long	14,7	11	11	11	13,3
Toàn quốc	16,0	16	16	15	16,0

Chú thích: Năm 2009 Tổng cục Thống kê bắt đầu thay đổi cách phân vùng. Trung du và miền núi phía bắc bao gồm vùng Đông bắc và Tây bắc. Bắc Trung bộ và Duyên hải nam Trung bộ được ghép thành 1 vùng.

Nguồn: Điều tra Biến động dân số các năm, Năm 2009 Tổng điều tra dân số và nhà ở.

Mức chênh lệch giữa các vùng miền cũng được thể hiện ở tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi suy dinh dưỡng. Mặc dù có sự cải thiện rõ rệt trong giai đoạn 2005-2009 như đã đề cập ở trên, Tây Nguyên, Tây Bắc vẫn là các vùng có tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em cao nhất (Bảng 2).

**Bảng 2: Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo vùng (%), 2005-2009**

Vùng	2005	2006	2007	2008	2009
ĐB sông Hồng	21,3	20,1	19,4	18,1	16,7
Đông Bắc	28,4	26,2	25,4	24,1	22,3
Tây Bắc	30,4	28,4	27,1	25,9	24,6
Bắc Trung bộ	30,0	24,8	25,0	23,7	22,9
Duyên hải Nam Trung bộ	25,9	23,8	20,5	19,2	19,3
Tây Nguyên	34,5	30,6	28,7	27,4	28,5
Đông Nam Bộ	18,9	19,8	18,4	17,3	16,4
ĐB Sông Cửu Long	23,6	22,9	20,7	19,3	18,7
Toàn quốc	25,2	23,4	21,2	19,9	18,9

Nguồn: Niên giám thống kê y tế các năm

Một chỉ số khác thể hiện sự khác biệt lớn về tình trạng sức khỏe giữa các vùng, miền là tỷ số tử vong mẹ giữa các vùng, miền, dân tộc. Theo số liệu nghiên cứu tử vong mẹ 2002 của Bộ Y tế [3], tỷ số tử vong mẹ ở Cao Bằng cao gấp 8 lần ở tỉnh Bình Dương và Hà Tây. Tử vong các bà mẹ ở nông thôn cao gấp đôi các bà mẹ ở thành thị, ở các bà mẹ dân tộc ít người cao gấp 4 lần các bà mẹ người Kinh. Điều đáng quan tâm là các nguyên nhân chính gây tử vong mẹ như xuất huyết, nhiễm khuẩn, sản giật, phá thai không an toàn là hoàn toàn có thể phòng tránh được. Trong số các bà mẹ tử vong, có 40% tử vong tại nhà, 8% trên đường chuyên tuyến. Con của các bà mẹ này thường cũng tử vong do các biến chứng, tai biến của mẹ trong thời gian mang thai và trong khi đẻ; do không được chăm sóc ngay và sau khi đẻ hoặc bị suy dinh dưỡng và các bệnh tật khác do không được bú sữa mẹ và nuôi dưỡng phù hợp.

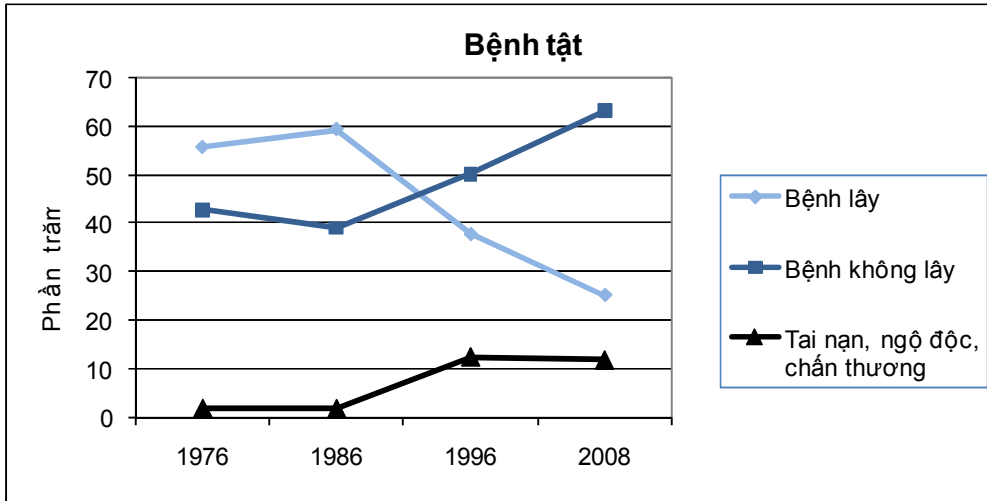
- *Còn một số lượng lớn trẻ em Việt Nam tử vong hằng năm.* Mặc dù tử vong trẻ em nước ta đã giảm một cách đáng kể nhưng với cơ cấu dân số có tỷ lệ trẻ em cao (trẻ em dưới 5 tuổi chiếm 6,7% dân số, ước tính khoảng 6 triệu trẻ, và số trẻ sơ sinh ra đời hằng năm từ 1,2 đến 1,5 triệu) nên số trẻ tử vong vẫn còn rất cao. Theo đánh giá của UNICEF [4], hằng năm vẫn có tới 31 000 trẻ dưới 5 tuổi tử vong, trong đó ước tính khoảng 16 000 là trẻ sơ sinh.

Tử vong sơ sinh (trong vòng 28 ngày sau đẻ) chiếm phần lớn trong tổng số tử vong trẻ em. Tử vong sơ sinh không có trong số liệu báo cáo hằng năm của Bộ Y tế, nhưng theo số liệu của Điều tra Nhân khẩu học và Sức khỏe năm 2002 [5], tỷ lệ tử vong sơ sinh là 12‰, chiếm khoảng 52% số tử vong trẻ dưới 5 tuổi. Các nghiên cứu trong bệnh viện cũng cho thấy tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh hiện nay chiếm tới hơn 70% tử vong trẻ dưới 1 tuổi. Trong khi tử vong trẻ dưới 5 tuổi giảm đáng kể thì tử vong sơ sinh hầu như không giảm, đặc biệt là trong giai đoạn sơ sinh sớm (trong vòng 7 ngày sau đẻ). Tử vong sơ sinh sớm thường chiếm 80% trong tổng số tử vong sơ sinh, trong đó hơn một nửa là tử vong trong ngày đầu sau đẻ.

- Suy dinh dưỡng trẻ em (thể nhẹ cân) mặc dù được cải thiện rõ rệt, song vẫn còn cao so với nhiều nước trong khu vực. Suy dinh dưỡng thể thấp còi còn khá nghiêm trọng với 31,9% trẻ em bị suy dinh dưỡng thấp còi. Suy dinh dưỡng thấp còi đang khá phổ biến tại tất cả các vùng sinh thái trên cả nước [6]. Về hậu quả, suy dinh dưỡng thấp còi là một dạng suy dinh dưỡng mãn tính, để lại hậu quả lâu dài về thể chất, dễ mắc phải các bệnh khi trưởng thành như: thừa cân béo phì, đái tháo đường và một số bệnh khác. Suy dinh dưỡng thấp còi cũng liên quan chặt chẽ đến tử vong của trẻ em. Giảm suy dinh dưỡng thấp còi sẽ trực tiếp cải thiện tầm vóc, thể lực và trí tuệ người Việt Nam.

## **2. Tình hình bệnh tật và tử vong**

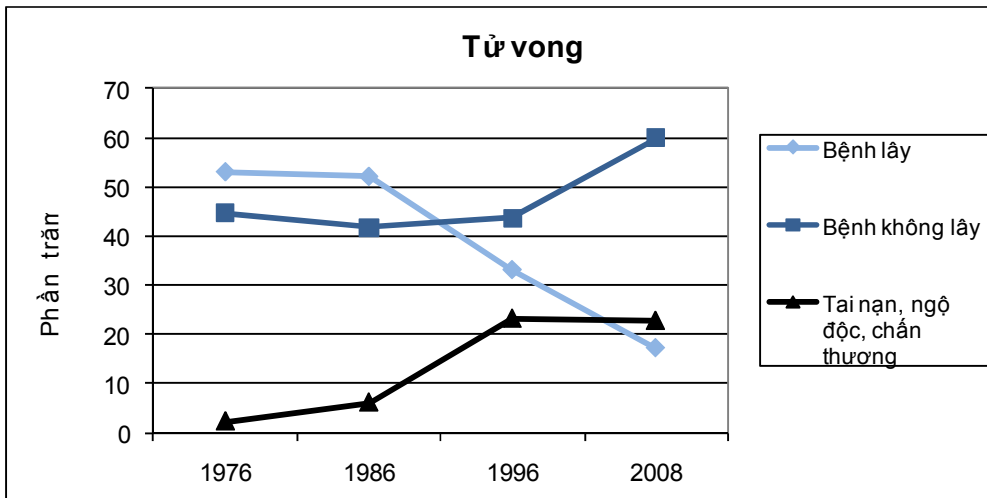
Mô hình bệnh tật ở nước ta hiện nay đan xen giữa các bệnh lây nhiễm và không lây nhiễm. Các bệnh không lây, các bệnh do tai nạn, ngộ độc, chấn thương có xu hướng gia tăng, cả về tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong, nhất là các bệnh tim mạch, khối u, sức khỏe tâm thần, các chấn thương do tai nạn... Theo số liệu thống kê từ các bệnh viện trong hệ thống thông tin y tế, tỷ trọng mắc của nhóm các bệnh lây nhiễm chiếm khoảng 55,5% năm 1976 đã giảm xuống 25,2% vào năm 2008. Nhóm các bệnh không lây nhiễm ngày càng tăng qua các năm, từ 42,7% năm 1976 lên 63,1% năm 2008. Nhóm các bệnh do ngộ độc, chấn thương, tai nạn vẫn tiếp tục duy trì ở tỷ lệ trên 10% (Hình 6).



**Hình 6: Xu hướng bệnh tật qua các năm, 1976~2008**

Nguồn: Niên giám thống kê y tế các năm

Mô hình tử vong được phản ánh trong số liệu của hệ thống thống kê y tế cũng cho thấy xu hướng tương đối giống với bệnh tật (Hình 7).



**Hình 7: Xu hướng tử vong qua các năm, 1976~2008**

Nguồn: Niên giám thống kê y tế các năm

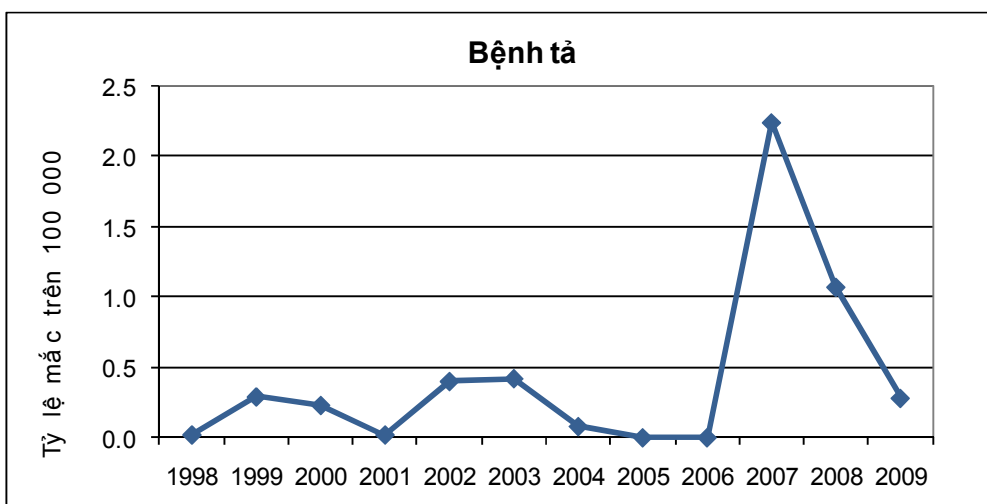
Các yếu tố kinh tế, xã hội, đô thị hóa, lối sống, dinh dưỡng...trong những năm vừa qua gây ra những yếu tố nguy cơ dẫn đến sự gia tăng các bệnh không lây nhiễm như đái tháo đường, thừa cân béo phì, tăng huyết áp và các bệnh tim mạch, sang chấn tinh thần, ung thư... Sự gia tăng của những bệnh không lây nhiễm gây ra sự gia tăng nhanh chóng chi phí khám chữa bệnh. Chi phí điều trị cho bệnh không lây nhiễm trung bình cao gấp 40-50 lần so với điều trị các bệnh lây nhiễm do đòi hỏi kỹ thuật cao, thuốc đặc trị đắt tiền, thời gian điều trị lâu, dễ bị biến chứng. Chẳng hạn, một ca mổ tim có chi phí từ 100-150 triệu đồng; một đợt điều trị cao huyết áp cũng từ 20-30 triệu đồng; một đợt điều trị bệnh tiểu đường cấp cũng từ 20 đến 30 triệu đồng và phải tiếp tục điều trị để giữ mức ổn định với chi phí trung bình hằng tháng từ 3-5 triệu đồng, tùy theo mức độ nặng-nhẹ của bệnh. Đồng thời, các cơ sở cung ứng

dịch vụ y tế phải tăng đầu tư các trang thiết bị y tế đắt tiền để phát hiện và điều trị các bệnh không lây nhiễm, tuyển chọn và đào tạo thêm các bác sĩ chuyên khoa, kéo theo tăng chi phí dịch vụ. Đây là thách thức lớn đối với hệ thống y tế Việt Nam trong thời gian tới, đòi hỏi phải có những điều chỉnh chính sách phù hợp nhằm tăng cường nỗ lực phòng các bệnh này, và tổ chức cung ứng dịch vụ y tế.

Mặc dù mô hình bệnh tật có thay đổi, nhưng tình hình dịch bệnh lây nhiễm vẫn còn diễn biến hết sức phức tạp. Nhiều bệnh truyền nhiễm nguy hiểm gây dịch có nguy cơ bùng phát trở lại như tả, sốt xuất huyết...

**Về sốt xuất huyết**, đến hết tháng 12/2009, cả nước ghi nhận 99 266 ca mắc, trong đó có 83 ca tử vong. Tỷ lệ mắc sốt xuất huyết còn cao (114/100 000 dân). So với cùng kỳ năm 2008, số mắc tăng 2,9%, số tử vong giảm 16,2%. Dịch sốt xuất huyết không chỉ xảy ra ở các tỉnh thuộc khu vực miền Nam và miền Trung mà còn lan rộng ra cả nước. Năm 2009, dịch bùng phát tại một số tỉnh miền Bắc, riêng tại Hà Nội, đã gây ra 16 034 ca mắc, 4 ca tử vong [7].

**Dịch tiêu chảy cấp nguy hiểm**, sau nhiều năm được khống chế, đã bùng phát trở lại vào năm 2007 với tỷ lệ mắc là 2,24/100 000 dân và cho đến nay vẫn tiếp tục phát sinh các trường hợp mắc mới. Tính riêng năm 2009, cả nước đã có 239 trường hợp dương tính với phẩy khuẩn tả (tỷ lệ mắc 0,29/100 000 dân) (Hình 8).



**Hình 8: Tình hình dịch bệnh tả (số ca mắc tả/100 000 dân), 1998–2009**

Nguồn: Niên giám thống kê y tế các năm

**Bệnh sốt rét** đã được đẩy lùi và giảm thấp ở nhiều nơi. Nếu như năm 2006, số mắc sốt rét là 108,9/100 000 dân thì đến năm 2009 chỉ còn 68/100 000 dân. Tuy nhiên, kết quả này là chưa thật bền vững, nguy cơ sốt rét quay trở lại hoặc xảy dịch tại một số vùng miền còn rất lớn. Năm 2009, vẫn còn trên 24,2 triệu dân sống trong vùng sốt rét lưu hành (chiếm tỷ lệ 27,6% dân số toàn quốc) chủ yếu ở các vùng rừng núi, vùng ven biển nước lợ, vùng các dân tộc ít người, vùng sâu vùng xa, vùng biên giới [8].

**Bệnh lao:** Trong giai đoạn 2007-2009, tỷ lệ phát hiện lao phổi AFB dương tính mới là 62,7/100 000 dân; tỷ lệ phát hiện bệnh nhân lao các thể là: 116,4/100 000 dân. Trong đó, tỷ lệ phát hiện lao phổi AFB dương tính mới giảm dần qua các năm, từ 64,2/100 000 dân năm 2007; 62,4/100 000 dân năm 2008 và 59,8/100 000 dân ước tính cả năm 2009. Tình hình dịch tễ bệnh lao hiện nay của nước ta còn cao. Một lượng lớn bệnh nhân lao trong cộng đồng

còn chưa được phát hiện hoặc chưa được đưa vào hệ thống báo cáo. Một số bệnh nhân lao phổi dương tính tái phát, thất bại, điều trị lại sau bỏ trị chưa được phát hiện, đăng ký điều trị. Đây là nguy cơ cao phát triển lao kháng đa thuốc. Vì vậy, cần đẩy mạnh hoạt động phát hiện, đặc biệt là bệnh nhân lao phổi AFB dương tính mới, lao phổi dương tính tái phát, thất bại, điều trị lại sau bỏ trị.

**Dịch HIV/AIDS** có xu hướng chững lại và không tăng nhanh như những năm trước đây, nhưng về cơ bản chưa khống chế được dịch HIV ở Việt Nam. Biểu hiện qua các số liệu về giám sát trọng điểm trong các nhóm người nghiện chích ma túy, người bán dâm và các nhóm khác.

Tỷ suất hiện nhiễm HIV chung trên toàn quốc năm 2009 là 187/100 000 dân người, tương đương 160 019 người nhiễm HIV trên cả nước. Trong đó Điện Biên là địa phương có tỷ lệ nhiễm cao nhất với 599/100 000 dân, tiếp theo là Thành phố Hồ Chí Minh với 578/100 000. Các tỉnh khu vực miền Trung và Tây Nguyên là những tỉnh có tỷ lệ nhiễm HIV thấp so với mức trung bình của cả nước với tỷ lệ nhiễm HIV chủ yếu ở mức dưới 100/100 000 dân.

Hình thái lây nhiễm HIV/AIDS ở Việt Nam vẫn đang trong giai đoạn dịch tập trung. Tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS rất cao trong nhóm nghiện chích ma túy, cao trong nhóm người bán dâm. Theo khuyến cáo, khi dịch HIV/AIDS đang trong giai đoạn tập trung thì đây là thời điểm thích hợp để triển khai các biện pháp can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS trong nhóm nguy cơ cao và từ nhóm nguy cơ cao ra cộng đồng.

Tuy dịch HIV có chiều hướng chững lại (Bảng 3) nhưng vẫn chứa đựng các yếu tố nguy cơ làm bùng nổ dịch nếu không triển khai các biện pháp can thiệp một cách hiệu quả: theo kết quả giám sát hành vi, hai hành vi nguy cơ làm lây nhiễm HIV/AIDS chủ yếu là dùng chung bơm kim tiêm khi tiêm chích ma túy và quan hệ tình dục không sử dụng bao cao su.

**Bảng 3: Số nhiễm HIV, số bệnh nhân AIDS, số tử vong do AIDS, 2006–2009**

	2006	2007	2008	2009
Nhiễm HIV trong năm	26 929	27 628	20 260	15 713
Bệnh nhân AIDS	8 723	7 160	4 451	5 785
Tử vong do HIV/AIDS	6 477	4 023	2 070	2 017

Nguồn: Niên giám thống kê y tế năm 2009

**Đại dịch cúm:** Ngoài những khó khăn thách thức liên quan đến các bệnh lây nhiễm và không lây nhiễm, trong giai đoạn 2006-2010, ngành y tế còn đối mặt với những thách thức liên quan đến các dịch bệnh mới phát sinh, các bệnh nguy hiểm, bệnh mới nổi có nguy cơ bùng phát thành đại dịch, như cúm A (H1N1), cúm A (H5N1)... Đối với dịch cúm A (H5N1), kể từ trường hợp phát hiện đầu tiên tháng 12/2003, đến nay trên cả nước đã có 37 tỉnh/thành phố phát hiện bệnh nhân, có 112 trường hợp mắc, 57 trường hợp tử vong. Về tình hình dịch bệnh, ca bệnh cúm A (H1N1) ở người đầu tiên được ghi nhận vào ngày 30/05/2009. Đến hết tháng 12 năm 2009, Việt Nam ghi nhận 11 104 ca dương tính với cúm A (H1N1), trong đó có 53 ca tử vong. Mặc dù không nghiêm trọng như nhận định ban đầu song sự lan truyền với tốc độ chóng mặt và chiếm tỷ lệ áp đảo so với các bệnh cúm mùa thông thường, loại virus này vẫn luôn tiềm ẩn mối đe dọa với toàn cầu nếu nó được đi kèm với một loại vi-rút cúm khác có độc lực mạnh hơn.

### **3. Các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe**

#### **3.1. Các yếu tố dân số**

Kết quả sơ bộ tổng điều tra dân số và nhà ở ngày 1/4/2009 cho thấy dân số Việt nam là 85 789 573 người; tốc độ tăng dân số đã giảm mạnh. Tỷ lệ phát triển dân số bình quân hằng năm giai đoạn 1999–2009 còn 1,2%, mức tăng thấp nhất trong 50 năm qua. Một số yếu tố về dân số có ảnh hưởng tới sức khỏe của người dân được nêu dưới đây [2].

- Quy mô dân số lớn và tiếp tục tăng nên mật độ dân số Việt Nam tăng từ 231 người/km<sup>2</sup> năm 1999 lên 259 người/km<sup>2</sup> năm 2009. Mật độ dân số Việt Nam cao, đứng thứ ba ở khu vực Đông Nam Á (Sau Xin-ga-po và Phi-líp-pin). Đồng bằng sông Hồng có mật độ dân số cao nhất 930 người/km<sup>2</sup>, sau đến Đông Nam bộ (594 người/km<sup>2</sup>), thấp nhất là Tây Nguyên (93 người/km<sup>2</sup>). Mật độ dân số cao là yếu tố nguy cơ đối với nhiều vấn đề sức khỏe, trong đó có các bệnh lây nhiễm và tình hình sử dụng dịch vụ y tế của người dân.
- Cơ cấu dân số biến động mạnh: Tỷ trọng dân số của nhóm dưới 15 tuổi giảm từ 33% năm 1999 xuống còn 25%. Ngược lại tỷ trọng dân số của nhóm 15-59 tuổi (là nhóm chủ lực của lực lượng lao động) lại tăng từ 58% năm 1999 lên 66%, và nhóm dân số từ 60 tuổi trở lên tăng từ 8% năm 1999 lên 9% năm 2009. Theo mô hình dân số của Liên hợp quốc, dân số nước ta đang thuộc “cơ cấu dân số vàng” hay cơ cấu dân số tối ưu vì tỷ trọng người trong tuổi lao động chiếm tỷ lệ rất lớn so với tỷ trọng người trong tuổi phụ thuộc. Tuy nhiên, nhóm phụ nữ bước vào tuổi sinh đẻ cũng rất lớn, sẽ ảnh hưởng nhiều tới nhu cầu sử dụng dịch vụ sức khỏe sinh sản, và nhi khoa trong những năm tới.
- Tuy nhiên, do tỷ lệ người cao tuổi tăng lên trong khi tỷ lệ trẻ em dưới 15 tuổi giảm mạnh trong 10 năm qua 1999-2009, “chỉ số già hóa” đã tăng 11 điểm phần trăm sau 10 năm (từ 24,5% năm 1999 lên 35,9%). Chỉ số già hóa của nước ta hiện nay cao hơn mức trung bình của khu vực Đông Nam Á (30%), tương đương với mức già hóa của In-đô-nê-xia và Phi-líp-pin, nhưng thấp hơn mức của Xin-ga-po (85%) và Thái lan (52%) [2]. Kèm theo già hóa dân số thường có các bệnh không lây nhiễm, có tiềm năng tăng đáng kể trong thời gian tới.
- Tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh ngày càng nghiêm trọng. Tỷ số giới tính khi sinh đã tăng lên trong 10 năm, rõ nét nhất là trong vòng 5 năm qua. Năm 1999, tỷ số này là 108 bé trai/100 bé gái, đến 2009 đã tăng lên 111 bé trai/100 bé gái. Đây là chủ đề xã hội nóng bỏng đã được dư luận nước ta đặc biệt quan tâm.
- Mặc dù tuổi thọ trung bình tăng, nhưng chất lượng dân số còn hạn chế. Việt Nam vẫn nằm trong nhóm các nước có chỉ số phát triển con người (HDI) ở mức trung bình. Số năm trung bình sống khỏe mạnh chỉ đạt 66 tuổi và xếp thứ 116/182 nước trên thế giới vào năm 2009 [9].

#### **3.2. Toàn cầu hóa, công nghiệp hóa, đô thị hóa, di cư và thay đổi lối sống**

Di cư ngày càng tăng gây áp lực cho vấn đề chăm sóc sức khỏe cho nhân dân ở các thành phố lớn và tổ chức hệ thống cung cấp dịch vụ y tế. Di cư từ nông thôn ra thành thị cũng nảy sinh nhiều vấn đề ảnh hưởng đến sức khỏe. Số người di cư trong 5 năm qua là 3,3 triệu người, tăng 163 000 người. Sau 10 năm (1999–2009), tổng số người di cư tăng lên 1,4 triệu người, đặc biệt là số người di cư tăng theo khoảng cách di cư. Vùng Đông Nam bộ và Tây Nguyên luôn là địa điểm thu hút các luồng di cư. Đông Nam bộ là vùng nhập cư cao nhất. Các khu công nghiệp tập trung và các thành phố lớn luôn có sức hút mạnh mẽ nhiều người



chuyển đến làm ăn sinh sống: tỷ suất di cư thuần túy của Bình Dương là 341,7‰, Thanh phố Hồ Chí Minh là 116‰, và Đà Nẵng là 77,9‰.

Đến nay đã có 29,6% dân số sống ở khu vực thành thị so với 23,7% vào năm 1999. Đông Nam bộ là vùng có mức đô thị hóa cao nhất, dân số thành thị chiếm 57,1% (năm 1999 là 55,1%). Đồng bằng sông Hồng có mức đô thị hóa cũng tương đối cao với 29,2% dân số thành thị (năm 1999 là 21,1%).

Đô thị hóa cùng với quá trình đẩy mạnh công nghiệp hóa còn tạo ra những thách thức lớn đối với công tác chăm sóc sức khỏe. Sự gia tăng nhịp độ của cuộc sống là yếu tố nguy cơ cho các bệnh tâm thần, tim mạch, và bệnh không lây nhiễm khác. Công nghiệp hóa tăng nguy cơ tiếp xúc với các yếu tố gây bệnh nghề nghiệp. Ô nhiễm không khí, nước sạch do tăng nhanh công suất sử dụng cơ sở hạ tầng đô thị cũng đang đe dọa đến sức khỏe người dân. Ngoài ra, cơ sở hạ tầng xã hội không theo kịp với tốc độ tăng dân số, đặc biệt cung ứng nước sạch, xử lý rác thải, nước cống, cơ sở y tế KCB, giáo dục, nhà ở, v.v. Nhu cầu tập thể dục để nâng cao sức khỏe ngày càng lớn trong khi các công viên, không gian xanh ngày càng đông và thiếu.

### 3.3. Biến đổi khí hậu

Biến đổi khí hậu là một trong những thách thức lớn nhất trong thời đại của chúng ta. Biến đổi khí hậu gồm các hiện tượng nóng lên toàn cầu và mực nước biển dâng... gây ra lũ lụt, hạn hán và các hiện tượng thời tiết cực đoan khác trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Biến đổi khí hậu không chỉ đe dọa làm thay đổi lối sống mà còn có tác động trực tiếp tới sức khỏe con người, môi trường, đa dạng sinh học và tài nguyên nước.

Việt Nam là một trong số các quốc gia đang bị ảnh hưởng nặng nề nhất do biến đổi khí hậu và mực nước biển dâng. Thực trạng biến đổi khí hậu ở Việt Nam:

**Về nhiệt độ:** Từ năm 1951 đến năm 2000 nhiệt độ trung bình năm đã tăng 0,7°C, hậu quả làm thay đổi các hệ sinh thái; gia tăng sức ép nhiệt độ lên cơ thể và tăng các bệnh nhiệt đới, truyền nhiễm.

**Về lượng mưa:** Trong những năm gần đây, lượng mưa giảm đi trong tháng 7, 8 và tăng cao ở tháng 9, 10, 11. Mưa phùn ở Hà Nội giảm dần từ thập kỷ 1981-1990 và chỉ còn một nửa (15 ngày/năm) trong 10 năm gần đây. Từ năm 1958-2007, lượng mưa hằng năm giảm 2%. Hậu quả là tác động rõ rệt đến sự hình thành và phát triển của một số vật mang mầm bệnh.

**Về nước biển dâng:** Theo Tổng cục khí tượng Thủy văn: mực nước biển mỗi năm dâng lên khoảng 3 mm. Năm 1990 tăng 5 cm so với những năm 1960. Hậu quả tạo điều kiện thuận lợi cho sự phát triển của vật mang mầm bệnh [10].

Do biến đổi khí hậu, gia tăng các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm, các bệnh do vật mang mầm bệnh, đe dọa tới sức khỏe con người đặc biệt những người nghèo và cận nghèo [11]. Các bệnh nhạy cảm với khí hậu nằm trong số những bệnh gây tử vong lớn nhất toàn cầu. Tiêu chảy, sốt rét và suy dinh dưỡng làm tử vong hơn 3 triệu người trên toàn thế giới [12]. Thời tiết ẩm hơn đồng nghĩa với việc mở rộng phạm vi địa lý phát triển của muỗi, ngăn lại chu kỳ sinh sản của muỗi, hoặc thay đổi mô hình di cư của chim và các loài vật khác. Sự xuất hiện của bệnh SARS, cúm A(H5N1), và một số lượng lớn hiện tượng bất thường liên quan đến sốt xuất huyết hiện đang xảy ra tại Châu Á và dịch sốt xuất huyết quay trở lại ở Việt Nam trong mấy năm gần đây có thể cho chúng ta thấy rõ sự ảnh hưởng của biến đổi khí hậu.

Ngoài ra, các loại thiên tai có ảnh hưởng rất lớn tới sức khỏe người dân do hậu quả là mất nguồn nước sạch, thiếu ăn, tai nạn, chấn thương, khó tiếp cận với dịch vụ y tế. Mô hình cung ứng dịch vụ y tế ổn định, bảo đảm y tế công cộng khi thiên tai xảy ra cần được xây dựng và bảo đảm.

Nếu như Việt Nam không có các giải pháp, kế hoạch ngay từ bây giờ thì biến đổi khí hậu sẽ đe dọa làm đảo ngược những tiến bộ mà Việt Nam đã đạt được trong công cuộc đấu tranh phòng chống bệnh tật và nghèo đói những năm gần đây. Biến đổi khí hậu cũng làm tăng thêm khoảng cách về các điều kiện y tế, tình trạng sức khỏe giữa những người giàu nhất và những người nghèo nhất [11].

### **3.4. Sức khỏe môi trường**

Sức khỏe môi trường là một trong những vấn đề thu hút sự quan tâm của toàn xã hội và đặt cho ngành y tế trọng trách trong việc tuyên truyền giáo dục nhận thức về vệ sinh môi trường cũng như đối phó với các bệnh liên quan nhất là các vùng nông thôn khó khăn, miền núi, vùng sâu, vùng xa.

Theo số liệu báo cáo sơ bộ Tổng điều tra dân số và nhà ở ngày 01/4/2009, đến nay đã có 87% hộ gia đình sử dụng nguồn nước hợp vệ sinh, 54% hộ sử dụng hố xí hợp vệ sinh. Trung du và miền núi phía Bắc có tỷ lệ sử dụng nước hợp vệ sinh thấp nhất (61,5%). Tỷ lệ hộ có nhà tiêu hợp vệ sinh dưới 50% ở các vùng Trung du miền núi phía Bắc (26,1%), Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung (47,3%), Tây Nguyên (46,5%) và Đồng bằng sông Cửu Long (42,4%) [2].

Cùng với quá trình công nghiệp hóa và đô thị hóa, vấn đề ô nhiễm môi trường đô thị, ô nhiễm không khí và nguồn nước khu dân cư ngày càng nghiêm trọng, ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe người dân. Ô nhiễm không khí đô thị chủ yếu do giao thông (70%) do quá tải ô tô, xe máy và do các thành phố đang xây dựng, đô thị hoá một cách mạnh mẽ [13]. Có hàng loạt các vấn đề có liên quan đến sức khỏe cấp tính và mãn tính nảy sinh do phơi nhiễm ngắn hạn và dài hạn với các chất gây ô nhiễm không khí. Ô nhiễm không khí nguy hiểm nhất đối với những người mắc bệnh hô hấp, tim mạch, những người cao tuổi...

Môi trường và điều kiện lao động tuy đã được cải thiện đáng kể nhất là từ khi các nhà đầu tư, cơ sở sản xuất nhập đồng bộ dây chuyền công nghệ. Tuy nhiên, một số cơ sở sản xuất vẫn sử dụng dây chuyền cũ, lạc hậu, gây ô nhiễm môi trường. Một số cơ sở sản xuất xử lý chất thải không đảm bảo theo các yêu cầu đề ra, dẫn đến gây ô nhiễm môi trường trầm trọng ở một số địa phương. Đối với các doanh nghiệp nhỏ, doanh nghiệp tư nhân, cơ sở làng nghề, điều kiện lao động chưa được giám sát hoặc giám sát ở mức rất thấp. Lực lượng lớn di cư từ do từ nông thôn vào thành thị làm việc kiếm sống với nhiều công việc phức tạp, điều kiện lao động của những người này không được đảm bảo, có nhiều yếu tố nguy cơ đối với tình trạng sức khỏe và bệnh tật trong khi không có hỗ trợ đầy đủ từ y tế lao động [13].

### **3.5. An toàn vệ sinh thực phẩm**

Thức ăn không an toàn có thể gây ngộ độc thực phẩm, nhiều bệnh cấp tính và mạn tính liên quan đến vi khuẩn, hóa chất và các công nghệ mới chưa được kiểm nghiệm.

Tại nhiều quốc gia, trong vài thập niên qua, có sự gia tăng đáng kể về tỷ lệ mắc bệnh liên quan **vi khuẩn** lây truyền qua thức ăn như *Salmonella* hoặc *E. coli*. Một số nguy cơ mới đang nổi lên từ bệnh động vật sang người cũng tạo ra thách thức mới cho an toàn thực phẩm.

**Nguy cơ nhiễm hóa chất trong thực phẩm** vẫn còn là một nguyên nhân quan trọng của bệnh tật liên quan đến thực phẩm. Hóa chất gây nhiễm thực phẩm gồm các chất độc tự nhiên như loại nấm độc, hải sản độc, các chất ô nhiễm môi trường như thủy ngân và chì, và



các chất tự nhiên trong thực vật. Các vi chất, hóa chất đưa vào thực phẩm khi chế biến, hóa chất nông nghiệp và thuốc thú y được chủ động sử dụng trong chuỗi sản xuất thực phẩm, nhưng có thể có tác động tiêu cực tới sức khỏe.

**Các công nghệ mới**, ví dụ như kỹ thuật di truyền, chiếu xạ thực phẩm và những công nghệ bao gói thực phẩm, đều có thể cải tiến được việc chế biến thực phẩm và an toàn thực phẩm, tuy nhiên cũng có những rủi ro [14].

Ảnh hưởng của việc thiếu an toàn thực phẩm đối với sức khỏe bao gồm việc gây ra các bệnh tiêu chảy và các loại ung thư. Tổ chức Y tế Thế giới ước tính các bệnh tiêu chảy liên quan đến thực phẩm và nước uống giết chết 2,2 triệu người mỗi năm, trong đó có 1,9 triệu trẻ em.

Tỷ lệ ngộ độc thực phẩm ở Việt Nam hiện còn ở mức cao. Theo số liệu từ Chương trình mục tiêu về vệ sinh an toàn thực phẩm, hằng năm có khoảng 150-250 vụ ngộ độc thực phẩm được báo cáo với từ 3500 đến 6500 người mắc, tử vong từ 37 đến 71 người một năm. Tuy nhiên trong thực tế con số này có thể cao hơn nhiều. Ngày nay, có nhiều vụ ngộ độc thực phẩm tại các bếp ăn tập thể của các nhà máy, xí nghiệp liên doanh, khu công nghiệp hoặc tại các đám cưới, đám tang... Ngộ độc thực phẩm do hóa chất, đặc biệt là hóa chất sử dụng trong nông nghiệp như hóa chất bảo vệ thực vật, một số hóa chất bảo quản thực phẩm, chiếm khoảng 25% tổng số các vụ ngộ độc thực phẩm [13].

Tình hình ngộ độc thực phẩm tuy có giảm gần đây, nhưng diễn biến vẫn còn khá phức tạp. Với sự phát triển và công nghiệp hóa mạnh mẽ, nguy cơ ngộ độc thực phẩm có thể tăng vì những bếp tập thể phục vụ hàng trăm người và những lò hàng thực phẩm chế biến theo phương pháp công nghiệp được bán cho số người rất đông. Ngộ độc thực phẩm xảy ra do nhiều nguyên nhân, trong đó do vi sinh vật là 7,8%, do hóa chất là 0,5%, do độc tố tự nhiên là 25,4%, và do các nguyên nhân không xác định được là 66,3%. Số người mắc tập trung ở các vụ ngộ độc bếp ăn tập thể, thức ăn đường phố, đám cưới/đám giỗ, số người chết tập trung ở các vụ ngộ độc thực phẩm bếp ăn gia đình [15].

### 3.6. Lối sống

**Hút thuốc lá** là yếu tố số một trong các yếu tố gây tử vong có thể phòng được. Có đủ bằng chứng để khẳng định thuốc lá có quan hệ nhân quả với nhiều loại ung thư (phổi, đường tiết niệu, hầu họng, miệng, khí quản, thanh quản, thực quản, tụy, mũi xoang, mũi hầu, dạ dày, gan, thận, cổ tử cung, bạch cầu dạng tủy bào) [16]; 4 nhóm bệnh tim mạch (chứng phình động mạch chủ ổ bụng, chứng vỡ xơ động mạch, bệnh mạch máu não, và bệnh cơ tim); các bệnh phổi (bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, viêm phổi, giảm chức năng phổi sơ sinh của mẹ có hút thuốc lá, các bệnh, giảm chức năng phổi, triệu chứng hô hấp trẻ em gồm cả hen, các bệnh, giảm chức năng phổi và triệu chứng hô hấp khác ở người lớn); các vấn đề sức khỏe sinh sản (giảm khả năng sinh, kém phát triển thai và sinh thiếu cân, tai biến sản khoa); và các vấn đề sức khỏe khác (đục thủy tinh thể, gãy xương hông, loãng xương, loét dạ dày, suy giảm sức khỏe dẫn đến nghỉ việc). Chỉ riêng đối với 3 bệnh nguy hiểm, thuốc lá là nguyên nhân của tỷ lệ mắc rất lớn: 90% ca ung thư phổi, 75% ca bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) và 25% ca bệnh tim thiếu máu cục bộ. Ngoài ra, có bằng chứng nghi ngờ, nhưng chưa đủ để khẳng định rằng thuốc lá có quan hệ nhân quả với nhiều bệnh khác nữa [17].

Hút thuốc lá thụ động cũng có gây ra nhiều bệnh cho người không hút trực tiếp [18]. Hút thuốc lá thụ động có thể gây nên nhiều bệnh hiểm nghèo như ung thư phổi, các bệnh về tim mạch, nhiễm trùng đường hô hấp và đẻ non. Người không hút thuốc bị phơi nhiễm với khói thuốc thụ động bị tăng nguy cơ bệnh về động mạch vành lên 25-30% và nguy cơ bị ung

thư phổi lên 20-30%. Ở trẻ em, hút thuốc lá thụ động có thể gây viêm đường hô hấp, hen, viêm tai giữa và hội chứng đột tử sơ sinh.

Trung bình người hút thuốc tử vong sớm hơn người không hút thuốc khoảng 15 năm. Một số người hút thuốc có thể tử vong ở độ tuổi trung niên và mất tới 20 năm tuổi thọ [19]. Trên toàn cầu, mỗi năm thuốc lá giết chết hơn 5 triệu người. Con số này sẽ thành hơn 8 triệu người một năm vào năm 2020 [19]. Nếu các biện pháp kiểm soát thuốc lá hiệu quả không được thực thi thì trong thế kỷ 21 này thuốc lá sẽ giết chết 1 tỷ người toàn cầu.

Tiêu thụ thuốc lá ở Việt Nam đang có chiều hướng gia tăng: năm 1998, tỷ lệ hút thuốc lá ở nam giới là 50%, năm 2002 tỷ lệ này là 56%. Tuy nhiên, Khảo sát mức sống dân cư năm 2006, và gần đây nhất là kết quả điều tra sử dụng thuốc lá ở người lớn năm 2010 (GATS2010) đều cho thấy xu hướng đang đi ngược lại, tỷ lệ người trưởng thành hút thuốc xuống còn 47%. Ở nữ giới tỷ lệ hút thuốc chỉ chiếm 1,8%. Tỷ lệ hút thuốc theo nhóm tuổi: cao nhất ở các nhóm tuổi 25-55 tuổi ở nam giới (tỷ lệ hút từ 68% đến 72%) và 55-64 tuổi ở nữ giới (5,8%). Trong sinh viên y khoa năm thứ 3, có 20,7% sinh viên nam và 2,7% sinh viên nữ hút thuốc [20], Trong nhóm giáo viên, có 21,5% giáo viên nam và 1% giáo viên nữ hút thuốc [21]. Theo kết quả SAVY 1 và SAVY 2 cho thấy thanh thiếu niên ở lứa tuổi 14-25 tuổi, đã từng hút thuốc lá năm 2009 là 20%, giảm 2% so với năm 2004 (22%). Tuy nhiên, một điều đáng lưu tâm là trong những thanh niên đã từng hút, tỷ lệ vẫn hút đã tăng lên từ năm 2004 đến năm 2009 [22].

Tại Việt Nam, ước tính mỗi năm thuốc lá giết chết 40 000 người. Điều này có nghĩa là mỗi ngày có hơn 100 người tử vong vì những bệnh do hút thuốc gây nên. Ước tính con số này sẽ tăng lên khoảng 70 000 người/ năm vào năm 2030 [23].

Bên cạnh gánh nặng về bệnh tật và tử vong, hút thuốc còn tạo ra gánh nặng về tài chính. Thuốc lá làm phát sinh chi phí khổng lồ để điều trị những ca bệnh do hút thuốc gây ra.

**Sử dụng rượu bia** không hợp lý có ảnh hưởng lớn tới sức khỏe thông qua 3 kênh: say rượu, nghiện rượu và ngộ độc rượu. Say rượu liên quan đến hành vi rủi ro (ví dụ tình dục không an toàn), bạo lực (trong gia đình hoặc ngoài xã hội) và tai nạn. Nghiện rượu liên quan đến việc sử dụng thường xuyên, kéo dài dẫn đến bệnh tật, rối loạn tâm thần và vấn đề xã hội. Và ngộ độc từ rượu, đặc biệt rượu nấu thủ công (chiếm 80% thị phần ở nước ta) [24], liên quan đến 60 loại bệnh và rối loạn như dị tật bẩm sinh cho trẻ có mẹ sử dụng rượu khi mang thai, hại tế bào não ảnh hưởng khả năng học, các loại bệnh gan, một số loại ung thư, giảm sức đề kháng, đau tim đối với những người uống quá mức. Rượu là nguyên nhân của 3,7% tổng số tử vong và 4,4% gánh nặng bệnh tật trong thế giới. Rượu gây ra gánh nặng bệnh tật cho nam giới cao hơn 4 lần so với nữ giới. Nguyên nhân tử vong liên quan rượu lớn nhất là chấn thương không chủ định, bệnh tim mạch và ung thư. Đối với gánh nặng bệnh tật (DALY) thì rối loạn tâm thần liên quan đến rượu là quan trọng nhất [25].

Kết quả sơ bộ của một nghiên cứu về gánh nặng bệnh tật của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế kết hợp với Trường Đại học Queensland, Úc, cho thấy rằng rối loạn tâm thần do rượu là một trong 10 bệnh gây gánh nặng bệnh tật lớn nhất đối với nam giới ở Việt Nam.

Tình hình tiêu dùng rượu bia có xu hướng tiếp tục gia tăng. Theo Điều tra y tế quốc gia 2001-2002, tỷ lệ nam giới 15 tuổi trở lên uống rượu là 46%. Tỷ lệ uống rượu cao ở nhóm có trình độ học vấn cao hơn: Nam giới có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở xuống uống rượu khoảng 40%, trong khi đó ở nhóm nam giới có trình độ trên trung học phổ thông, kể cả nông thôn, thành thị là khoảng 60%.

Uống rượu ở tuổi vị thành niên là một vấn đề được nhiều nước quan tâm. Khả năng kiểm soát bản thân của thanh niên kém hơn người lớn tuổi, nên khi say rượu có thể có hành vi nguy hiểm như lái xe với tốc độ cao, thậm chí đua xe, gây tai nạn, lạng lách, đánh võng, đánh

nhau, giết nhau, lạm dụng tình dục. Theo điều tra thanh thiếu niên Việt Nam (SAVY 1 và SAVY 2), tỷ lệ đã từng uống hết một cốc rượu/bia trong độ tuổi 14-17 tuổi năm 2004 là 35% đến năm 2009 đã lên 47,5%, đối với tuổi 18-21 năm 2004 là 57,9% đến năm 2009 đã lên 66,9% [22].

**Chế độ dinh dưỡng và tập thể dục:** Chế độ ăn, kể cả khối lượng và cơ cấu kết hợp với hoạt động thể chất thường xuyên đều có vai trò quan trọng trong việc duy trì, bảo vệ và tăng cường sức khỏe. Chế độ ăn không hợp lý và thiếu hoạt động thể chất là hai yếu tố rủi ro chủ yếu của tăng huyết áp, tăng đường huyết, mỡ máu cao, thừa cân/béo phì, và là yếu tố nguy cơ của các bệnh mạn tính chính như bệnh tim mạch, ung thư và tiểu đường. Bằng chứng từ các nghiên cứu cho thấy tập thể dục thường xuyên có thể làm giảm cholesterol trong máu, giảm huyết áp cao, cải thiện thành phần cơ thể bằng cách "đốt" mỡ, tạo điều kiện để có mức đường huyết tốt, hỗ trợ duy trì mật độ xương, tăng sức đề kháng và giải tỏa căng thẳng, giảm nguy cơ bị trầm uất. Chỉ việc đi bộ đều đặn có thể tăng sức của hệ tim và phổi, giảm nguy cơ bệnh tim, tai biến mạch máu não, giảm tai biến của các bệnh tiểu đường, đau cơ và khớp, cao huyết áp, cholesterol cao, giúp tăng sức của xương và cải thiện khả năng giữ cân đối cơ thể, tăng sức cơ bắp và giảm béo. Theo Tổ chức thế giới y tế, mỗi năm khoảng 2,7 triệu người tử vong do ăn ít rau và hoa quả, và 1,9 triệu người tử vong do thiếu hoạt động thể chất.

Việt Nam vẫn đang phải đối phó với tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em cao. Hoạt động thể lực vẫn chủ yếu do tính chất công việc lao động chân tay tiêu tốn calo. Vì vậy, tỷ lệ thừa cân và béo phì còn ở mức thấp. Năm 2001-2002, theo ĐTYTQG, tỷ lệ thừa cân ở trẻ em dưới 10 tuổi là dưới 2% và ở những người từ 16 tuổi trở lên chỉ ở mức 12%, trong đó tỷ lệ ở mức béo phì rất thấp. Nói chung, chế độ ăn hiện nay của người Việt Nam chứa nhiều rau, quả, với lượng mỡ thấp là một yếu tố tốt để bảo vệ cho sức khỏe. Tuy nhiên, tình hình này có thể thay đổi nhanh, đặc biệt đối với tầng lớp giàu có, ở thành thị, nơi dễ dàng tiếp cận với những loại thực phẩm đem lại nhiều năng lượng.

Việt Nam là một nước nông nghiệp, gần 80% dân số làm nghề nông, lao động chân tay vất vả. Hoạt động thể dục, thể thao chủ yếu là nhóm trẻ tuổi, người già và một số người làm nghề tĩnh tại. Theo ĐTYTQG, tỷ lệ không hoạt động thể lực của những người từ 15 tuổi trở lên là 65%, đối với những người làm nghề tĩnh là 57%. Theo ĐTYTQG 2001–2002 cho thấy tỷ lệ những người từ 15 tuổi trở lên có tập thể dục thể thao là 34,9%, trong đó một nửa là tập thường xuyên hằng tuần từ 5 lần trở lên.

### ***Ma túy, mại dâm***

Ma túy có nhiều tác động có hại đối với sức khỏe, từ nhiễm khuẩn, nhiễm vi rút khi sử dụng chung bơm kim tiêm để chích ma túy, đến ung thư do hút cần sa, giảm sức đề kháng, bệnh tim, dị tật bẩm sinh, rối loạn tâm thần và tử vong do sử dụng quá liều [26]. Người bán dâm có rủi ro cao lây bệnh qua đường tình dục gồm cả HIV/AIDS, và dễ trở thành nạn nhân của bạo lực, hoặc áp lực đối với sức khỏe tâm thần.

Số người sử dụng ma túy ở Việt Nam tăng nhanh trong những năm gần đây, đặc biệt là nhóm trẻ tuổi. HIV/AIDS có liên quan rất cao với sử dụng ma túy, ước tính có khoảng 56,9% người nhiễm HIV/AIDS trong cả nước là do tiêm chích ma túy. Tỷ lệ người nghiện ma túy có quan hệ tình dục với gái mại dâm trong 12 tháng qua từ 11% đến 48% (tùy tỉnh), vì vậy nguy cơ lây truyền HIV trong nhóm nghiện chích ma túy, mại dâm và bạn tình của họ là khá cao. Sử dụng ma túy phổ biến ở nam giới (chiếm hơn 90% các ca nghiện ma túy) và người trẻ. Hiện nay 80% người sử dụng ma túy < 35 tuổi và 52% < 25 tuổi. Theo Báo cáo giám sát hành vi năm 2009, hơn một nửa số người sử dụng chích ma túy ở dưới 30 tuổi. Tỷ lệ

niễm HIV trong những người nghiện ma túy có xu hướng giảm đi ở hầu hết các địa phương được quán sát, trừ Thành phố Hồ Chí Minh [27].

### **3.7. Tai nạn, thương tích, bạo lực giới**

An toàn lao động, an toàn giao thông và an toàn cộng đồng đều là yếu tố quan trọng bảo vệ sức khỏe nhân dân. Tuy nhiên, do thiếu ý thức, do thiếu bảo hộ lao động, do thiếu sự quan tâm trong xã hội, tai nạn tiếp tục xảy ra thường xuyên.

Tai nạn thương tích đang là một trong những nguyên nhân gây tử vong cao nhất ở Việt Nam. Theo kết quả ĐTYTQG 2001-2002, tai nạn đứng thứ tư trong các nguyên nhân gây tử vong. Năm 2008 có 7370 người bị thương và 10 506 người tử vong do tai nạn giao thông đường bộ. Thành phố Hồ Chí Minh, Bình Dương và Đồng Nai là ba tỉnh/thành phố có số người bị tai nạn giao thông và tử vong cao nhất trong cả nước (số ca là 411, 358 và 322, số tử vong là 954, 437 và 441 ) [28].

Nhiễm độc hoá chất bảo vệ thực vật là một vấn đề nổi lên trong những năm gần đây, theo báo cáo thống kê của các tỉnh, thành phố, trong năm 2006 đã có 2504 vụ nhiễm độc hoá chất bảo vệ thực vật với 4943 trường hợp nhiễm độc. Số tử vong là 155 người chiếm 3% số trường hợp nhiễm độc [13].

Ở Việt Nam vẫn còn tư tưởng “trọng nam khinh nữ” - một trong những nguyên nhân quan trọng dẫn đến tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh.

Bạo lực đối với phụ nữ làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe và tinh thần phụ nữ. Theo nghiên cứu của Hội Liên hiệp phụ nữ Việt Nam, trong số những phụ nữ đã từng bị chồng đánh có khoảng 6% đã từng phải vào bệnh viện điều trị, 51,8% người vợ đã bị sưng tím trong vài ngày. Việc đánh đập gây thương tích có thể làm sảy thai hoặc đẻ non đối với phụ nữ. Đây cũng là nguyên nhân đẩy một số phụ nữ đến bước đường cùng phải tự kết thúc cuộc đời mình đồng thời đã cướp đi môi trường sống và giáo dục bình thường cho rất nhiều trẻ em. Nghiên cứu trên 883 phụ nữ có chồng tại huyện Ba Vì, tỉnh Hà Tây cho thấy 60,6% phụ nữ có chồng bị ít nhất một loại bạo lực (bạo lực thể xác, bạo lực tình dục và bạo lực tinh thần) trong cuộc đời của họ, 30,9% là nạn nhân của bạo lực thể xác và 6,6% của bạo lực tình dục, 32,7% là nạn nhân của cả bạo lực thể xác và tình dục. Trong đó, trên 14% phụ nữ là nạn nhân của bạo lực thể xác nặng. Nghiên cứu này cũng cho thấy, thu nhập thấp, trình độ học vấn thấp của cả người chồng và người vợ, đàn ông có hơn một vợ/bạn tình, chứng kiến bạo lực giữa bố và mẹ khi còn nhỏ là những yếu tố nguy cơ dẫn đến bạo lực đối với phụ nữ trong gia đình và ảnh hưởng lớn đến sức khỏe người phụ nữ [29].

Nghiên cứu về nạn bạo hành với phụ nữ ở Việt Nam thấy tệ nạn này xảy ra cả ở thành thị và nông thôn, và các tầng lớp xã hội khác nhau. Cuộc khảo sát do Vũ Mạnh Lợi và cộng sự tiến hành cho biết, nếu xét theo tất cả các loại ngược đãi, từ ngược đãi về thân thể và lời nói, ngược đãi về tình cảm và các ngược đãi liên quan đến tình dục, thì có đến khoảng 80% phụ nữ đã từng bị ngược đãi bởi người chồng, từ 10% đến 25% (từ loại gia đình khá giả đến nghèo) đã từng bị đánh, và từ 16% đến 25% (theo phân loại mức sống của gia đình) đã từng bị cưỡng ép tình dục [30].

Vai trò của ngành y tế quan trọng không chỉ trong việc chữa trị, theo dõi, hỗ trợ chuyên môn y tế cho nạn nhân bị thương tích, mà còn trong việc phát hiện sớm bạo lực, ghi chép hồ sơ, phối hợp với chính quyền địa phương, hội phụ nữ và các tổ chức, đoàn thể xã hội để phòng chống bạo lực [13].

#### 4. Những vấn đề ưu tiên

1. **Chênh lệch tình trạng sức khỏe:** Sự chênh lệch khá lớn về tình trạng sức khỏe giữa các vùng, miền, giữa các nhóm mức sống, thể hiện ở một số chỉ số sức khỏe như tỷ suất tử vong trẻ em, tỷ lệ suy dinh dưỡng, tỷ số tử vong mẹ ...
2. **Tử vong sơ sinh, trẻ em, suy dinh dưỡng trẻ em:** Trong tử vong trẻ em, tử vong sơ sinh vẫn còn khá cao, chiếm khoảng 70% số tử vong trẻ em dưới 1 tuổi và 50% số tử vong trẻ em dưới 5 tuổi. Suy dinh dưỡng nhẹ cân đã giảm mạnh, nhưng suy dinh dưỡng thấp còi vẫn còn khá cao và phổ biến ở tất cả các vùng sinh thái trên cả nước.
3. **Mô hình bệnh tật thay đổi:** Mô hình bệnh tật và tử vong thay đổi, nhu cầu CSSK của nhân dân ngày một tăng cao. Tỷ lệ mắc các bệnh mạn tính, bệnh không lây nhiễm, tai nạn thương tích ngày càng tăng; một số bệnh truyền nhiễm đang có nguy cơ quay trở lại; một số bệnh dịch mới đang phát triển phức tạp và diễn biến khó lường.
4. **Nhiều yếu tố ngoài y tế ảnh hưởng tới sức khỏe:** Các yếu tố nguy cơ tác động xấu đến sức khỏe có xu hướng gia tăng, như ô nhiễm môi trường, thiếu an toàn vệ sinh thực phẩm, tai nạn lao động, tai nạn giao thông, sự lây lan dịch bệnh do mở rộng giao lưu quốc tế, biến đổi khí hậu, các vấn đề về lối sống (hút thuốc lá, nghiện hút, lạm dụng rượu, bia, tình dục không an toàn), biến động dân số...

#### 5. Định hướng giải pháp

##### **Chênh lệch tình trạng sức khỏe**

- Tiếp tục ưu tiên và tăng cường đầu tư để phát triển y tế cơ sở, y tế miền núi, vùng sâu, vùng xa, vùng khó khăn.
- Tiếp tục củng cố và triển khai tốt các giải pháp hỗ trợ CSSK cho các đối tượng thiệt thòi (người nghèo, cận nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi, người cao tuổi, đồng bào dân tộc thiểu số và các đối tượng chính sách xã hội khác).

##### **Tử vong sơ sinh, trẻ em, suy dinh dưỡng còn phổ biến**

- Tiếp tục tăng cường đầu tư cho các Chương trình mục tiêu y tế quốc gia giai đoạn 2011-2015, đặc biệt là các chương trình, dự án liên quan đến chăm sóc sức khỏe sinh sản, để tăng cường triển khai các can thiệp nhằm giảm tử vong mẹ, tử vong sơ sinh, suy dinh dưỡng trẻ em (đặc biệt là thể thấp còi).

##### **Mô hình bệnh tật thay đổi**

- Xây dựng và triển khai thực hiện Chiến lược bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2020, tầm nhìn 2030, Kế hoạch y tế 5 năm 2011-2015 và Quy hoạch mạng lưới y tế các tuyến phù hợp với xu hướng biến đổi của mô hình bệnh tật trong những năm tới.
- Mở rộng và nâng cao hiệu quả các can thiệp phòng chống các bệnh không lây nhiễm.
- Tăng cường phối hợp liên ngành, liên quốc gia để cùng phối hợp giải quyết các bệnh mới nổi.

##### **Nhiều yếu tố ngoài y tế ảnh hưởng tới sức khỏe**

- Ưu tiên đầu tư cho y tế nói chung, đặc biệt cần quan tâm lĩnh vực phòng bệnh và nâng cao sức khỏe.
- Tăng cường sự phối hợp các bộ, ngành liên quan để xây dựng và thực hiện chiến lược sức khỏe môi trường, y tế công cộng dài hạn.



## **Chương 2: Y tế dự phòng và chăm sóc sức khỏe ban đầu**

Năm 2010 là năm kết thúc thực hiện “Chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001-2010” theo Quyết định số 35/2001/QĐ-TTg ngày 19/3/2001 của Thủ tướng Chính phủ. Nhìn một cách tổng thể, sau gần 10 năm thực hiện chiến lược, nhờ thực hiện đồng bộ nhiều giải pháp khác nhau, ngành y tế nước ta đã phát triển nhanh chóng và đạt được những thành tựu to lớn. Trong những thành tựu chung của ngành y tế có vai trò đóng góp to lớn của hệ thống y tế dự phòng.

Chương này sẽ tập trung đánh giá thực trạng, những thành tựu đã đạt được, những hạn chế, yếu kém cần khắc phục, trên cơ sở đó xác định những vấn đề ưu tiên và khuyến nghị các định hướng phát triển, các nhiệm vụ và giải pháp trọng tâm của kế hoạch 5 năm ngành y tế Việt Nam giai đoạn năm 2011-2015.

Chương này sẽ tập trung đánh giá thực trạng, những thành tựu đã đạt được, những hạn chế, yếu kém cần khắc phục, trên cơ sở đó xác định những vấn đề ưu tiên và khuyến nghị các định hướng phát triển, các nhiệm vụ và giải pháp trọng tâm của kế hoạch 5 năm phát triển ngành y tế Việt Nam giai đoạn năm 2011-2015.

### **1. Khái niệm**

*Y tế công cộng* là khoa học và kỹ thuật phòng bệnh, kéo dài tuổi thọ và nâng cao sức khỏe thông qua các nỗ lực có tổ chức và các lựa chọn dựa trên bằng chứng của xã hội, các tổ chức cộng và tư, cộng đồng và cá nhân. Y tế công cộng quan tâm tới các mối đe dọa cho sức khỏe tổng thể của một cộng đồng dựa trên phân tích sức khỏe dân cư và thường được chia ra một số lĩnh vực, như dịch tễ học, sinh thống kê học, dịch vụ y tế, y tế môi trường, y tế xã hội, tuyên truyền thay đổi hành vi, y tế lao động, kinh tế y tế và tài chính y tế. Có hai đặc trưng của y tế công cộng, đó là: giải quyết các vấn đề sức khỏe ưu tiên các biện pháp phòng bệnh, và giải quyết các vấn đề sức khỏe của toàn thể cộng đồng dân cư chứ không phải từng cá nhân cụ thể.

*Y tế dự phòng* là khái niệm liên quan các biện pháp can thiệp để phòng bệnh, không phải để chữa bệnh. Khác với y tế công cộng, y tế dự phòng là can thiệp ở cấp độ cá nhân, trong khi y tế công cộng là can thiệp ở cấp quần thể, nhóm dân cư hoặc tổng thể dân cư. Trong y tế dự phòng có 4 cấp. Y tế dự phòng cấp 1 nhằm tránh sự xuất hiện của bệnh tật. Y tế dự phòng cấp 2 nhằm phát hiện bệnh sớm và tăng cơ hội để can thiệp sớm, phòng chống bệnh phát triển tiếp tục. Y tế dự phòng cấp 3 liên quan đến giảm tác hại của bệnh đã có bằng cách phục hồi chức năng, giảm biến chứng. Y tế dự phòng cấp 4 liên quan đến giảm hoặc tránh hậu quả của can thiệp y tế không cần thiết hoặc thừa trong hệ thống y tế.

*Chăm sóc sức khỏe ban đầu* là sự săn sóc sức khỏe thiết yếu, dựa trên những phương pháp và kỹ thuật học thực tiễn, có cơ sở khoa học và được chấp nhận về mặt xã hội, phổ biến đến tận mọi cá nhân và gia đình trong cộng đồng, qua sự tham gia tích cực của họ với một phí tổn mà cộng đồng và quốc gia có thể đài thọ được ở bất cứ giai đoạn phát triển nào, trên tinh thần tự lực và tự quyết. Nó là một bộ phận hợp thành vừa của hệ thống y tế Nhà nước – mà trong đó, nó giữ vai trò trọng tâm và là tiêu điểm chính – vừa của sự phát triển chung về kinh tế xã hội của cộng đồng. Nó là nơi tiếp xúc đầu tiên của người dân với hệ thống y tế, đưa sự chăm sóc sức khỏe đến càng gần càng tốt nơi người dân sống và lao động, trở thành yếu tố đầu tiên của một quá trình săn sóc sức khỏe lâu dài [31].

Sau hơn 30 năm thực hiện Tuyên ngôn Alma Ata về sức khỏe cho mọi người và chăm sóc sức khỏe ban đầu, các quốc gia đã rút kinh nghiệm để đổi mới thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu phù hợp hơn nhằm đạt các mục tiêu đề ra.

Cột bên trái của Bảng 4 cho thấy các đặc trưng của hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu được thực hiện ở Việt Nam và các nước đang phát triển khác trên toàn cầu. Cột bên phải cho thấy định hướng đổi mới chăm sóc sức khỏe ban đầu trong thời gian tới. Các khái niệm về đổi mới chăm sóc sức khỏe ban đầu giúp chúng ta có tầm nhìn rõ hơn về những đổi mới sẽ phải tiến hành để nâng cao hiệu quả của hệ thống y tế.

**Bảng 4: So sánh đặc trưng của chăm sóc sức khỏe ban đầu trước đây và hiện nay**

<b>Chăm sóc sức khỏe ban đầu trước đây</b>	<b>Những quan tâm đổi mới chăm sóc sức khỏe ban đầu hiện nay</b>
Mở rộng khả năng tiếp cận gói can thiệp y tế cơ bản và thuốc thiết yếu cho người nghèo ở nông thôn	Đổi mới hệ thống y tế nhằm bảo đảm khả năng tiếp cận toàn dân và an sinh sức khỏe xã hội
Tập trung chăm sóc bà mẹ và trẻ em	Chăm lo sức khỏe cho tất cả mọi người trong cộng đồng
Tập trung vào một số bệnh nhất định, chủ yếu là bệnh lây nhiễm và cấp tính	Đáp ứng toàn diện mong đợi và nhu cầu của người dân, mở rộng sự quan tâm tới tất cả các nguy cơ và bệnh tật
Cải thiện điều kiện vệ sinh, nước, truyền thông giáo dục sức khỏe ở cấp làng xã	Thúc đẩy lối sống lành mạnh, giảm tác hại của các nguy cơ môi trường và xã hội
Kỹ thuật đơn giản cho nhân viên y tế cộng đồng, cộng tác viên không chuyên nghiệp	Hỗ trợ đội ngũ nhân viên y tế tiếp cận và sử dụng các kỹ thuật và thuốc thích hợp
Sự tham gia của người dân thông qua huy động các nguồn lực địa phương và quản lý cơ sở y tế thông qua ban chăm sóc sức khỏe địa phương	Sự tham gia của xã hội dân sự được thể chế hóa trong các cơ chế đối thoại và trách nhiệm giải trình
Dịch vụ y tế do Nhà nước cấp tài chính và cung ứng, có sự quản trị tập trung	Hệ thống y tế nhiều thành phần (công lập, ngoài công lập, từ thiện...) hoạt động trong môi trường hội nhập và toàn cầu hóa
Quản lý trong hoàn cảnh khan hiếm nguồn lực và tình giãn biến chế	Ưu tiên nguồn lực tăng thêm cho y tế vào việc chăm sóc sức khỏe toàn dân
Viện trợ song phương, hỗ trợ kỹ thuật	Hợp tác toàn cầu, cùng đào tạo và rút kinh nghiệm với nhau
Chăm sóc sức khỏe ban đầu đối lập với chăm sóc bệnh viện	Chăm sóc sức khỏe ban đầu có vai trò điều phối “sự đáp ứng” toàn diện ở các tuyến bệnh viện
Chăm sóc sức khỏe ban đầu rẻ tiền, chỉ cần đầu tư khiêm tốn	Chăm sóc sức khỏe ban đầu không rẻ, cần được đầu tư thỏa đáng, tuy nhiên hiệu quả mang lại từ đầu tư đó cao hơn so với các phương án đầu tư khác

Nguồn: WHO, Primary Health Care- Now More than ever. World Health Report 2008 [32].

## **2. Đánh giá thực trạng**

### **2.1. Những tiến bộ và kết quả**

#### **2.1.1. Hệ thống văn bản pháp quy liên quan đến YTDP từng bước được hoàn thiện**

Các văn bản pháp quy liên quan đến hoạt động y tế dự phòng đang từng bước được hoàn thiện, tạo cơ sở pháp lý cho việc phát triển hệ thống y tế dự phòng trên tất cả các mặt. Định hướng lớn về YTDP đã được xác định rõ trong Nghị quyết 46-NQ/TW ngày 23/2/2005 của Bộ Chính trị về “Công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới”. Luật Phòng chống bệnh truyền nhiễm (2007) và Luật Phòng chống HIV/AIDS (2005) cùng với Chiến lược quốc gia y tế dự phòng Việt Nam đến năm 2010 và định hướng 2020 và Chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS đến năm 2010 và tầm nhìn năm 2020 đang từng bước đi vào cuộc sống. Năm 2008, Quốc hội đã ra Nghị quyết số 18/2008/QH12 nêu rõ “Tăng tỷ lệ chi ngân sách hằng năm cho sự nghiệp y tế, bảo đảm tốc độ tăng chi cho y tế cao hơn tốc độ tăng chi bình quân chung của ngân sách nhà nước. Dành ít nhất 30% ngân sách y tế cho y tế dự phòng”. Chính phủ đã ra Quyết định số 153/2006/QĐ-TTg, ngày 30/6/2006 phê duyệt Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn năm 2020, trong đó xác định cụ thể quy hoạch phát triển mạng lưới y tế dự phòng. Tiếp theo, Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt “Đề án hỗ trợ phát triển trung tâm y tế dự phòng tuyến huyện” và Chính sách xây dựng các trung tâm HIV/AIDS tỉnh (Quyết định số 1402/QĐ-TTg ngày 15/10/2007). ADB đã hỗ trợ dự án Y tế dự phòng trong đó có đầu tư trang thiết bị YTDP và đào tạo cán bộ y tế dự phòng. Để tạo điều kiện thuận lợi cho nhân lực YTDP, cán bộ y tế xã, y tế thôn bản yên tâm công tác, Chính phủ đã ra Nghị định tăng một số phụ cấp công tác cho đội ngũ này và đang thảo luận để sửa đổi phụ cấp ưu đãi nghề.

Gần đây, “Chương trình phòng chống bệnh tật trong các cơ sở giáo dục quốc dân” (Quyết định số 401/QĐ-TTg ngày 27/3/2009) đã được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt nhằm đẩy mạnh công tác chăm sóc sức khỏe học sinh. Chính phủ đã có những Nghị quyết về thực hiện Công ước khung phòng chống tác hại thuốc lá, và các chính sách về rượu, về đảm bảo vệ sinh môi trường, về phòng bệnh lây từ động vật sang người, về VSATTP, an toàn lao động, an toàn giao thông... Nhiều văn bản cấp Bộ, Liên bộ đã được ban hành để hướng dẫn cụ thể việc thực hiện các chính sách của Nhà nước về y tế dự phòng.

#### **2.1.2. Mạng lưới y tế dự phòng được củng cố**

Qua nhiều năm, nước ta đã xây dựng được một mạng lưới y tế dự phòng rộng khắp từ trung ương đến địa phương, có khả năng thực hiện có hiệu quả các nhiệm vụ thường xuyên và đột xuất trong lĩnh vực y tế dự phòng. Mạng lưới y tế dự phòng ở *tuyến trung ương và tuyến tỉnh/thành phố* trực thuộc trung ương hiện có 11 Viện nghiên cứu đầu ngành, 63 Trung tâm YTDP tỉnh/thành phố, 60 Trung tâm phòng chống HIV/AIDS, 23 Trung tâm phòng chống các bệnh xã hội, 28 Trung tâm phòng chống sốt rét, 11 Trung tâm kiểm dịch y tế quốc tế, 8 Trung tâm sức khỏe lao động và môi trường. Ở *tuyến cơ sở*, mạng lưới YTDP có 679 trung tâm y tế huyện/quận, hơn 11 000 trạm y tế xã/phường, trường học, doanh nghiệp, hơn 100 000 cộng tác viên và nhân viên y tế thôn bản hoạt động y tế dự phòng tại cộng đồng [33].

Mạng lưới y tế dự phòng còn có sự tham gia phối hợp của các đơn vị YTDP quân đội và các lực lượng vũ trang đóng rải rác trên các địa bàn trong cả nước.

Với một đội ngũ cán bộ y tế dự phòng đông đảo và sự tham gia tích cực của cộng đồng, mạng lưới YTDP ngày càng phát huy vai trò tích cực của mình trong sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới.



### 2.1.3. Công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu được duy trì và phát triển

Sau hơn 30 năm kể từ ngày có Tuyên ngôn Alma Ata (1978), công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Việt Nam vẫn duy trì bền vững và đi vào chiều sâu với chất lượng cao hơn. Các chương trình mục tiêu y tế quốc gia được thực hiện có hiệu quả trên quy mô rộng. Trong giai đoạn 2001-2005 đã có 3 Chương trình y tế mục tiêu quốc gia với 10 Dự án cụ thể được triển khai, ví dụ: phòng chống sốt rét, phòng chống lao, phòng chống bệnh phong, phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em, phòng chống các rối loạn do thiếu iốt, tiêm chủng mở rộng, vệ sinh an toàn thực phẩm, phòng chống HIV/AIDS, phòng chống sốt xuất huyết, chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng... Trong giai đoạn 2006-2010, có 4 chương trình mục tiêu liên quan đến ngành y tế gồm: Chương trình Vệ sinh an toàn thực phẩm, Chương trình quốc gia nước sạch vệ sinh môi trường, Chương trình Dân số và Kế hoạch hóa gia đình và Chương trình phòng, chống một số bệnh xã hội, bệnh dịch nguy hiểm và HIV/AIDS. Trong Chương trình phòng, chống bệnh xã hội có 13 dự án gồm: phòng chống sốt rét, phòng chống lao, phòng chống bệnh phong, phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em, phòng, chống sốt xuất huyết, tiêm chủng mở rộng, phòng chống HIV/AIDS, chăm sóc sức khỏe sinh sản, chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng, phòng, chống tăng huyết áp, phòng, chống ung thư, phòng, chống đái tháo đường và dự án quần dân y kết hợp.

Năm 2006, độ bao phủ của Dự án phòng chống suy dinh dưỡng là 100% số xã phường của cả nước. Độ bao phủ của Dự án phòng chống sốt rét là 90 – 91% số xã phường, phòng chống lao: 100%, phòng chống bệnh phong: 99,6%, phòng chống sốt xuất huyết: 91%. Độ bao phủ muối iốt của Dự án phòng chống bướu cổ đạt 93,2%. Chương trình vệ sinh an toàn thực phẩm (VSATTP) bao phủ 100% số tỉnh, 86% số huyện, 55% số xã trong cả nước. Dự án chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng bao phủ tất cả 64 tỉnh, thành phố, nhưng chỉ mới có 66,4% số xã phường của cả nước được bao phủ.

Tỷ lệ tiêm chủng các loại vắc-xin của chương trình TCMR đạt tỷ lệ rất cao [34]. Năm 2008, tỷ lệ trẻ em dưới 1 tuổi của cả nước được tiêm chủng đầy đủ của Chương trình TCMR là 93,9%, trong đó tiêm vắc-xin BCG (phòng bệnh lao) 95,7%, uống vắc-xin bại liệt 95,6%, tiêm vắc-xin ho gà - bạch hầu - uốn ván 95,5%, tiêm vắc-xin sởi 95,6%. Độ bao phủ của TCMR giữa các vùng miền không có sự khác biệt đáng kể: Vùng Đồng bằng sông Hồng 93,9%, vùng Đông Bắc 93,7%, vùng Tây Bắc 95,1%, vùng Bắc Trung bộ 94,8%, vùng Duyên hải Nam Trung bộ 95%, vùng Tây Nguyên 95,6%, vùng Đồng bằng sông Cửu Long 94,4%, vùng Đông Nam bộ 91,1% [28].

Hiệu quả của các Chương trình y tế mục tiêu quốc gia những năm qua là đã giảm tỷ lệ mắc và tử vong của các bệnh có vắc-xin phòng ngừa và các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm, phát hiện sớm được nhiều trường hợp mắc bệnh trong cộng đồng để kịp thời điều trị và quản lý. Trong những năm tới, việc tiếp tục triển khai các chương trình y tế mục tiêu quốc gia mới là hết sức cần thiết, đặc biệt là phòng chống các bệnh không lây nhiễm và chấn thương, tai nạn.

Củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở là chủ trương lớn của Việt Nam, giúp người dân, đặc biệt là người nghèo, tiếp cận dịch vụ y tế dễ dàng và thuận tiện hơn. Các hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu ngày càng cần nhiều nhân viên y tế, không chỉ trong khối YTDP mà cả khối khám, chữa bệnh. Sự phối hợp liên ngành trong phòng chống dịch bệnh, thực hiện các chương trình y tế mục tiêu đã có những tiến bộ. Công bằng và hiệu quả là tư tưởng xuyên suốt trong việc cung cấp các dịch vụ y tế, đặc biệt là các dịch vụ y tế dự phòng. Quan điểm “sức khỏe cho mọi người” trong chăm sóc sức khỏe ban đầu đang được chuyển thành “Mọi người vì sức khỏe” [35].

Công tác truyền thông, giáo dục sức khỏe được đẩy mạnh ở tất cả các địa phương thông qua các phương tiện truyền thông đại chúng (phát thanh, truyền hình, báo chí), các câu lạc bộ sức khỏe, các phương pháp truyền thông trực tiếp, các chương trình y tế, dịch vụ tư vấn sức khỏe, trang web của tổ chức tư nhân, nhà nước... Hệ thống truyền thông – giáo dục sức khỏe của ngành y tế cũng đã được thành lập và đi vào hoạt động có hiệu quả. Nhờ vậy, các thông tin về bảo vệ và chăm sóc sức khỏe đến với người dân được dễ dàng, nhanh chóng, chính xác, góp phần làm thay đổi theo hướng tích cực nhận thức, thái độ và hành vi của mọi người về bảo vệ, nâng cao sức khỏe và phòng chống bệnh tật.

#### **2.1.4. Công tác nghiên cứu khoa học và ứng dụng công nghệ, kỹ thuật trong lĩnh vực YTDP đã có những thành tựu đáng kể**

Việt Nam đã sản xuất thành công 9/10 loại vắc-xin của Chương trình tiêm chủng mở rộng, trong đó 7/10 loại đáp ứng 100% nhu cầu trong nước. Việc nghiên cứu chuyển giao công nghệ sinh học trong sản xuất vắc-xin, sinh phẩm y tế, định tít huyết thanh một số loại virus, vi khuẩn, ứng dụng các mô hình phòng chống bệnh truyền nhiễm, sinh học phân tử, phòng chống vật mang mầm bệnh... đã nâng cao chất lượng, hiệu quả của công tác phòng chống dịch bệnh.

Nhiều đề tài nghiên cứu khoa học thuộc các lĩnh vực khác nhau của y tế dự phòng đã được thực hiện, đóng góp thiết thực vào việc đưa ra các quyết định chính sách và các giải pháp can thiệp để bảo vệ chăm sóc nâng cao sức khỏe người dân ở cộng đồng, nâng cao năng lực kỹ thuật trong theo dõi giám sát dịch bệnh và các yếu tố gây ô nhiễm môi trường [36].

#### **2.1.5. Công tác kiểm soát bệnh truyền nhiễm được đẩy mạnh, phát hiện, khống chế và xử lý kịp thời, không để dịch lớn xảy ra**

Công tác kiểm dịch y tế biên giới được triển khai hầu hết các cửa khẩu biên giới, sân bay quốc tế, cảng biển. Công tác kiểm dịch y tế khách xuất nhập cảnh được tăng cường, góp phần ngăn chặn các bệnh dịch nguy hiểm lây lan. Năm 2009, kiểm dịch biên giới đã kiểm soát được 100% khách xuất nhập cảnh (4,25 triệu lượt người), kiểm tra 6210 lượt tàu thủy, 7215 lượt tàu bay, 209 104 lượt ô tô, 2450 lượt tàu hỏa nhập cảnh (tăng 10% so với năm 2008) [37]. Năm 2010 Chính phủ ban hành Nghị định số 103/2010/NĐ-CP quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm về kiểm dịch y tế biên giới.

Công tác phòng chống HIV/AIDS được triển khai mạnh, đặc biệt là ở các địa phương trọng điểm và ở những nhóm dân chúng có nguy cơ cao. Chương trình tăng cường tuyên truyền, xét nghiệm xác định, điều trị dự phòng phụ nữ mang thai, triển khai mở rộng điều trị thay thế các chất thuốc phiện gây nghiện bằng thuốc Methadone và các biện pháp giảm tác hại khác có kết quả tốt. Chương trình phòng, chống HIV/AIDS đang mở rộng điều trị sang nhiều đối tượng mắc bệnh nhằm kéo dài tuổi thọ, giảm nhiễm trùng cơ hội, đồng thời giảm lượng vi rút để giảm sự lây nhiễm HIV.

Các nhà tài trợ thuộc nhiều quốc gia và tổ chức quốc tế tiếp tục đầu tư hỗ trợ vào lĩnh vực YTDP, đặc biệt là phòng chống HIV/AIDS, phòng chống đại dịch cúm A(H1N1), cúm gia cầm A(H5N1), cung cấp nước sạch và vệ sinh môi trường, phòng chống tác hại thuốc lá, nhiễm độc chất da cam...

Theo đánh giá của Cục Y tế dự phòng, Bộ Y tế, năm 2009 công tác y tế dự phòng, phòng chống dịch bệnh đạt được 48/50 chỉ tiêu đề ra. Hai chỉ tiêu chưa đạt là xây dựng văn bản pháp quy và hạn chế tỷ lệ mắc sốt xuất huyết [38]. Năm 2010, Chính phủ ban hành Nghị định số 101/2010/NĐ-CP quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm về áp dụng biện pháp cách ly y tế, cưỡng chế cách ly y tế và chống dịch đặc thù trong thời gian có dịch.

### 2.1.6. Công tác vệ sinh an toàn thực phẩm được đẩy mạnh

Nhiều chính sách, giải pháp về công tác VSATTP đã được thảo luận sôi nổi trên diễn đàn các kỳ họp Quốc hội và Chính phủ. Nhiều hoạt động bảo đảm VSATTP được đẩy mạnh, đi vào chiều sâu. Đã phát hiện và xử lý nhiều vụ việc tiêu cực về sản xuất, chế biến, lưu thông thực phẩm ôi thiu, quá hạn sử dụng, hàng giả, hàng kém chất lượng, hàng bị nhiễm hóa chất độc hại. Trong 9 năm (2000-2008) đã có hơn 1800 vụ ngộ độc thực phẩm được ghi nhận, gần 50 ngàn trường hợp bị ngộ độc và gần 500 người tử vong. Việc phối hợp giữa ngành y tế và các ngành chức năng khác trong lĩnh vực kiểm soát VSATTP ngày càng chặt chẽ, đem lại nhiều hiệu quả tốt [39]. Năm 2010, Bộ Y tế đã ban hành 20 quy chuẩn kỹ thuật về an toàn thực phẩm và đang dự thảo các Nghị định, Thông tư, Chiến lược để thực hiện Luật An toàn thực phẩm.

### 2.1.7. Công tác phòng chống tai nạn, thương tích và các bệnh không lây nhiễm được triển khai rộng rãi

Công tác phòng chống tai nạn chấn thương, các bệnh không lây nhiễm (tăng huyết áp, tiểu đường, ung thư, tim mạch, trầm cảm, béo phì...) ngày càng được chú ý và lôi cuốn được đông đảo cộng đồng tham gia. Hoạt động y tế trường học đang từng bước được khôi phục và phát triển. Một số chương trình y tế (nha học đường, phòng chống cận thị, cong vẹo cột sống, xây dựng nhà vệ sinh...) đã và đang được đưa vào trường học, bước đầu có hiệu quả bảo vệ sức khỏe học sinh. Năm 2009 đã có 28,5% số trường học có bố trí cán bộ làm công tác y tế tại trường; 33,8% số trường học có tổ chức khám sức khỏe học sinh.

Công tác bảo vệ và CSSK người lao động, phòng chống bệnh nghề nghiệp và tai nạn lao động ngày càng được triển khai mạnh mẽ. Số mẫu đo kiểm tra môi trường lao động hằng năm tăng 5-10%. Tỷ lệ công nhân được khám sức khỏe định kỳ và khám bệnh nghề nghiệp tăng 50% so với năm 2000. Các hoạt động xây dựng cơ sở sản xuất xanh - sạch - đẹp, nơi làm việc lành mạnh, tuyên truyền huấn luyện vệ sinh, an toàn lao động, xây dựng cộng đồng an toàn được đẩy mạnh và đạt nhiều kết quả.

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã xếp thuốc lá là yếu tố nguy cơ thứ 2 trong số 10 yếu tố nguy cơ hàng đầu đe dọa sức khỏe người dân ở các nước đang phát triển. Nhận thức rõ những tác hại nhiều mặt của thuốc lá, Việt Nam đã phê chuẩn Công ước khung của WHO về phòng chống tác hại thuốc lá. Năm 2000, Chính phủ Việt Nam có Nghị quyết số 12/NQ-CP về Chính sách quốc gia Phòng chống tác hại thuốc lá giai đoạn năm 2000–2010. Dự thảo Luật về Phòng, chống tác hại thuốc lá đang được soạn thảo và sẽ trình Quốc hội phê duyệt vào năm 2011. Các biện pháp gồm tăng thuế, cảnh báo trên bao bì thuốc lá, cấm và phạt hành vi hút thuốc nơi công cộng, tuyên truyền về tác hại thuốc lá, hạn chế bán thuốc lá cho thiếu niên đang được triển khai thực hiện trên diện rộng. Phòng, chống tác hại thuốc lá được coi là một trong những giải pháp quan trọng để bảo vệ sức khỏe thế hệ trẻ và đội ngũ những người lao động đất nước trong những thập niên đầu của thế kỷ 21.

Các yếu tố nguy cơ về lối sống khác liên quan đến bệnh không lây nhiễm như lạm dụng rượu bia, chế độ ăn nhiều mỡ, đường, ít tập luyện thể dục thể thao... đang được nghiên cứu để xây dựng các chương trình phù hợp nhằm giảm nguy cơ bệnh không lây nhiễm.

### 2.8. Công tác sức khỏe môi trường có tiến bộ

Năm 2010, Bộ Y tế đã thành lập Cục Quản lý Môi trường Y tế (Quyết định số 1278/2010/QĐ-BYT) và giao trách nhiệm về các vấn đề môi trường y tế, trong đó có môi trường các cơ sở y tế, các nơi làm việc, phòng, chống tai nạn, thương tích, dự phòng tác động của thay đổi khí hậu, ...

Công tác sức khỏe môi trường đang được triển khai mạnh ở tất cả các địa phương qua chương trình mục tiêu quốc gia về cung cấp nước sạch và vệ sinh môi trường thuộc Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn. Đến nay đã có 75% số dân nông thôn được tiếp cận với nguồn nước hợp vệ sinh và 40% - 60% số hộ gia đình có nhà tiêu hợp vệ sinh (tùy thuộc vào các định nghĩa vệ sinh). Chất lượng nước sinh hoạt được ngành y tế theo dõi, giám sát thường xuyên và ngày càng tốt hơn.

Việc xử lý chất thải y tế đã có những tiến bộ bước đầu. Năm 2005, tổng lượng chất thải rắn y tế khoảng 300 tấn/ngày trong đó có 40 tấn/ngày là chất thải rắn y tế nguy hại. Năm 2010, các con số tương ứng là 500 tấn/ngày và 60-70 tấn/ngày. Việc thu gom theo phân loại chất thải rắn y tế đã được thực hiện ở 100% số bệnh viện, có 73,3% số bệnh viện xử lý chất thải rắn y tế bằng lò đốt tại chỗ hoặc lò đốt tập trung, có 17% trung tâm YTDP sử dụng lò đốt thủ công để xử lý chất thải rắn y tế và 39% xử lý chất thải rắn y tế bằng cách hợp đồng với các bệnh viện để đốt. Năm 2008, 37% số bệnh viện có vận hành hệ thống xử lý nước thải, và tỷ lệ này đã lên 42% vào năm 2009. Việc xử lý nước thải các cơ sở y tế thuộc hệ y tế dự phòng và các trạm y tế xã còn đang trong giai đoạn thí điểm [40].

Trong thập niên đầu của thế kỷ 21, nhiều diễn biến phức tạp của thời tiết, khí hậu đã xảy ra. Y tế dự phòng đã kịp thời ứng phó với những ảnh hưởng của bão, lũ quét, lụt lội, hạn hán... nhằm bảo vệ sức khỏe người dân, hạn chế ô nhiễm môi trường sống. Nhờ vậy, ốm đau, tai nạn được khống chế, dịch bệnh không xảy ra, cuộc sống người dân sớm được ổn định sau mỗi lần thiên tai, thảm họa [41].

## **2.2. Những khó khăn, thách thức**

### **2.2.1. Nhận thức và hành động của số đông nhân dân về bảo vệ và nâng cao sức khỏe, phòng bệnh, xây dựng lối sống lành mạnh còn hạn chế**

Khả năng tiếp cận thông tin truyền thông-giáo dục sức khỏe còn khác nhau tùy theo địa phương, dân tộc, phong tục tập quán, học vấn, mức sống, điều kiện lao động, sinh hoạt... Ở một số địa phương còn tồn tại những phong tục, tập quán lạc hậu có hại cho sức khỏe.

Các chiến dịch truyền thông theo từng chuyên đề sức khỏe như tác hại của thuốc lá, rượu, ma túy, chế độ ăn, dinh dưỡng trẻ em, phụ nữ mang thai, tình dục không an toàn, phòng chống tai nạn thương tích chưa thực sự tác động sâu rộng tới đối tượng đích.

Chưa có chiến lược truyền thông-giáo dục sức khỏe quy mô quốc gia và các tiêu chí đánh giá hiệu quả truyền thông-giáo dục sức khỏe. Phương thức truyền thông-giáo dục sức khỏe tại cộng đồng ở một số địa phương còn chưa phù hợp và linh hoạt. Một số địa phương, đơn vị, cơ quan, doanh nghiệp chưa chú trọng đầu tư cho các hoạt động truyền thông – giáo dục sức khỏe cho người của mình, chưa tạo ra những phong trào thi đua rộng khắp về giữ gìn vệ sinh, bảo vệ sức khỏe.

Xu hướng già hóa dân số cũng đang diễn ra ở nước ta [42]. Đi kèm với việc gia tăng dân số cao tuổi là sự gia tăng các bệnh không lây nhiễm đồng hành với tuổi già như tim mạch, tiểu đường, ung thư, rối loạn tâm thần, cơ xương khớp, nội tiết... Có một Chương trình quốc gia CSSK người cao tuổi là một nhu cầu thực tế của giai đoạn 2010 - 2020, nhằm nâng cao sức khỏe người cao tuổi, quản lý bệnh để dự phòng bệnh nặng hơn.

Độ bao phủ của các hoạt động CSSK, phòng chống tai nạn thương tích, phòng chống bệnh học đường còn ở mức thấp, chất lượng chưa cao; còn gặp nhiều khó khăn, trở ngại để duy trì và phát triển các trường học điển hình về chăm sóc bảo vệ sức khỏe học sinh.

### 2.2.2. Xu hướng gia tăng các yếu tố nguy cơ có hại đối với sức khỏe cộng đồng

Tình hình các bệnh truyền nhiễm gây dịch diễn biến phức tạp, khó lường trước. Nhiều bệnh truyền nhiễm gây dịch có nguy cơ bùng phát trở lại như lao, sốt xuất huyết, sốt rét, tả, lỵ, thương hàn, viêm não virus... Xuất hiện những bệnh dịch mới khó xác định, khó điều trị, có nguy cơ bùng phát đại dịch nguy hiểm như SARS, cúm A(H5N1), HIV/AIDS. Các bệnh từ nước ngoài như bò điên, ebola, sốt vàng da có nguy cơ xâm nhập vào Việt Nam và gây dịch [43].

Còn nhiều hạn chế trong việc cung cấp nước sạch, đảm bảo đủ số lượng và an toàn về chất lượng. Việc xử lý vệ sinh phân, rác thải, nước thải ở các vùng nông thôn, miền núi, hải đảo còn nhiều khó khăn. Hậu quả là tỷ lệ mắc giun sán còn ở mức rất cao, tiêu chảy và suy dinh dưỡng trẻ em còn rất phổ biến.

Ô nhiễm môi trường không khí, nước ngày một gia tăng do giao thông vận tải, công nghiệp và đô thị hóa. Rác thải sinh hoạt, rác thải độc hại (trong đó có rác thải y tế) chưa được xử lý tốt. Tác hại của ô nhiễm không khí đối với sức khỏe người dân chưa được giám sát, đánh giá thường xuyên nhằm cung cấp bằng chứng để hành động giảm các nguy cơ này đang đe dọa sức khỏe người dân.

Bão lụt, lũ quét, triều cường, hạn hán, lở đất, cháy rừng... là những thiên tai, thảm họa xảy ra thường xuyên, bất ngờ, làm đảo lộn sinh hoạt người dân, gây thương tích và tạo cơ hội để các dịch bệnh phát sinh. Những tác động của biến đổi khí hậu đối với sức khỏe nhân dân ngày càng rõ ràng, sâu sắc, đặc biệt là ở các vùng ven biển, hải đảo.

Môi trường lao động chưa được cải thiện như mong muốn. Nhiều cơ sở sản xuất còn vi phạm vệ sinh an toàn lao động, tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp có chiều hướng gia tăng. Chăm sóc sức khỏe người lao động, xây dựng nơi làm việc lành mạnh chưa được nhiều doanh nghiệp chú ý. Chưa làm tốt công tác đánh giá tác động của môi trường lao động độc hại tới sức khỏe người lao động và khu dân cư. Nhiều người lao động chưa được chăm sóc sức khỏe đầy đủ, môi trường lao động chưa được kiểm soát tốt, nguy cơ mắc các bệnh nghề nghiệp và tai nạn lao động luôn tiềm ẩn ở nơi làm việc.

Môi trường giao thông được Nhà nước rất quan tâm và thực hiện nhiều biện pháp mạnh như bắt buộc đội mũ bảo hiểm, và phạt nặng các vi phạm Luật Giao thông. Tuy nhiên, do ý thức của người tham gia giao thông, điều kiện cơ sở hạ tầng đường bộ xấu, do còn có người lái xe khi say rượu, bia v.v., nhiều tai nạn giao thông vẫn xảy ra, hằng năm cướp đi sinh mạng nhiều người.

Yêu cầu phát hiện, giám sát các yếu tố nguy cơ sức khỏe cộng đồng và các dịch bệnh ngày càng cấp bách. Việc ứng phó với thiên tai, thảm họa, dịch bệnh trên lĩnh vực bảo vệ sức khỏe cần được chuẩn bị chủ động, tích cực hơn.

### 2.2.3. Gia tăng các bệnh liên quan đến hành vi, lối sống cá nhân

Cùng với tuổi thọ tăng lên, sản xuất phát triển, cuộc sống của một bộ phận dân chúng được cải thiện đáng kể thì tỷ lệ mắc các bệnh không lây nhiễm như cao huyết áp, tim mạch, tiểu đường, ung thư, trầm cảm, béo phì... ngày càng nhiều trong cộng đồng [39].

Dù có nhiều chính sách phòng chống tệ nạn, nhưng các tệ nạn xã hội như ma túy, mại dâm, bạo lực gia đình vẫn chưa giảm như mong muốn. Các biện pháp giảm tác hại đang được áp dụng, nhưng chưa bao phủ đủ rộng.

Tỷ lệ hút thuốc lá ở nam giới vẫn ở mức cao, vì chưa ý thức được tác hại do các bệnh liên quan đến hút thuốc thường chỉ xuất hiện sau 20-30 năm hút thuốc. Nguy cơ tiềm năng



các bệnh ung thư, tim mạch, phổi liên quan đến thuốc lá trong tương lai rất lớn. Hiểu biết của người dân về tác hại thuốc lá chưa đầy đủ; các biện pháp hỗ trợ cho người dân bỏ hút (liệu pháp thay thế nicotin), cản trở khả năng hút, (thuế cao, cấm hút thuốc nơi công cộng) hoặc tăng ý thức về tác hại của thuốc lá (truyền thông hiệu quả, cảnh báo có hình in trên bao thuốc lá) vẫn chưa được thực hiện đầy đủ.

Tình trạng lạm dụng bia rượu có liên quan đến tai nạn và bệnh tật. Những hậu quả sức khỏe ở những người lạm dụng rượu, nghiện rượu khá phổ biến và nghiêm trọng. Dù gần đây lĩnh vực an toàn giao thông bắt đầu quan tâm chống tai nạn giao thông do người say rượu gây ra, và Luật Phòng chống bạo hành trong gia đình có điều khoản cai nghiện rượu nhằm giảm bạo hành, nhưng vẫn chưa có chiến lược, chính sách toàn diện để phòng chống tác hại lạm dụng rượu bia, và các biện pháp hiện hành chưa được áp dụng trên toàn quốc.

#### **2.2.4. Công tác xây dựng chính sách, pháp luật và chỉ đạo thực thi chính sách chưa đạt hiệu quả mong muốn**

Một số chính sách, pháp luật liên quan đến YTDP cần được bổ sung, hoàn thiện và cụ thể hóa để bảo đảm thực thi có hiệu quả, như các văn bản hướng dẫn thực hiện Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm; các chính sách pháp luật liên quan đến công tác bảo đảm vệ sinh, an toàn thực phẩm, về sức khỏe môi trường, phòng chống tác hại thuốc lá, các can thiệp y tế dự phòng trong Luật Người cao tuổi, Luật Người khuyết tật, Luật Phòng chống bạo hành trong gia đình ... Cần có cơ chế giám sát, hỗ trợ thực thi các chính sách đã ban hành và các chương trình mục tiêu tại cộng đồng; chính sách và biện pháp củng cố tổ chức YTDP các cấp, nâng cao năng lực và đổi mới chế độ đãi ngộ cán bộ làm việc trong lĩnh vực YTDP.

Lãnh đạo ở một số địa phương chưa thực sự quan tâm đến YTDP, cấp không đủ kinh phí cho YTDP tại địa phương. Năng lực các trung tâm YTDP tuyến tỉnh thành phố còn hạn chế về nguồn lực, nhân lực, lập kế hoạch, phương tiện kỹ thuật, hỗ trợ giám sát tuyến dưới về chuyên môn, kỹ thuật. Nhân viên y tế các trạm y tế xã và nhân viên y tế thôn chưa phát huy đầy đủ công tác YTDP ở tuyến cộng đồng. Công tác hỗ trợ, giám sát trong quá trình triển khai chưa được như mong muốn. Chất lượng thông tin, báo cáo các số liệu chưa đầy đủ, chính xác.

#### **2.2.5. Hệ thống YTDP còn khó khăn và cơ chế phối hợp liên ngành chưa phát huy hết tiềm năng**

Mạng lưới YTDP tuyến tỉnh còn phân tán, tuyến huyện còn chưa được kiện toàn, tuyến xã thôn chưa được củng cố, trong khi các nhiệm vụ đặt ra cho YTDP ngày càng nặng nề, phức tạp. Hệ thống kiểm dịch biên giới tuy đã vận hành có hiệu quả, song vẫn còn thiếu nhân lực và trang thiết bị có chất lượng.

Đội ngũ cán bộ YTDP còn thiếu về số lượng, chất lượng chưa cao (tuyến trung ương mới đáp ứng được 77% nhu cầu, tuyến tỉnh đáp ứng được 54% nhu cầu, tuyến huyện đáp ứng được 41,6% nhu cầu). Chính sách đãi ngộ, ưu tiên không thỏa đáng đối với YTDP đã làm nản lòng một bộ phận không nhỏ cán bộ y tế lâu năm làm YTDP và không thu hút được đông đảo sinh viên, cán bộ y tế trẻ đi chuyên sâu về ngành này [36].

Cơ sở hạ tầng của hệ thống YTDP đã từng bước được nâng cấp, trang thiết bị được đổi mới nhưng còn chưa đạt yêu cầu. Tuyến tỉnh có 80% trung tâm YTDP cần được nâng cấp, sửa chữa và xây mới. Tuyến huyện hầu hết chưa có cơ sở làm việc độc lập và hầu như chưa có trang thiết bị. Tỷ lệ ngân sách nhà nước cho y tế chỉ cho y tế dự phòng dao động từng năm, nhưng số liệu gần đây nhất về năm 2007 cho thấy 28% tổng ngân sách nhà nước cho y tế được chi cho y tế dự phòng, trong khi Nghị quyết số 18/2008/QH12 của Quốc hội quy định tỷ lệ này ít nhất phải là 30%.

Mối quan hệ giữa hệ thống YTDP với các ban ngành, tổ chức xã hội ở địa phương chưa chặt chẽ và đi vào nề nếp, ảnh hưởng tới chất lượng hiệu quả chăm sóc sức khỏe ban đầu, nâng cao sức khỏe nhân dân. Một số cấp lãnh đạo chưa thấy hết tầm quan trọng của y tế dự phòng trong việc chăm sóc, bảo vệ, nâng cao sức khỏe nhân dân, chưa quan tâm đầu tư thích đáng cho YTDP.

### **3. Những vấn đề ưu tiên**

Trong số những hạn chế, yếu kém nêu trên của lĩnh vực YTDP, có thể xác định 3 vấn đề ưu tiên cần đặt ra để giải quyết trong kế hoạch 5 năm tới, đó là:

#### **3.1. Nhận thức của người dân và một bộ phận cán bộ về bảo vệ và nâng cao sức khỏe còn thấp**

Nếu không thay đổi được nhận thức và hành vi về phòng bệnh, bảo vệ và nâng cao sức khỏe của các tầng lớp nhân dân và cán bộ các cấp, thì không thể đạt được các mục tiêu của YTDP. Vì vậy, tất cả các hoạt động trong lĩnh vực YTDP đều phải hướng vào việc nâng cao nhận thức và hành vi của nhân dân và cán bộ về bảo vệ và nâng cao sức khỏe.

#### **3.2. Các yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe liên quan đến môi trường, lối sống, chưa được kiểm soát tốt**

Do quá trình đẩy mạnh công nghiệp hóa, hiện đại hóa và hội nhập quốc tế, nhiều yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe nhân dân, như ô nhiễm môi trường, thiếu an toàn vệ sinh thực phẩm, tai nạn lao động, tai nạn giao thông, sự lây lan dịch bệnh do mở rộng giao lưu quốc tế, biến đổi khí hậu, phổ biến lối sống có hại cho sức khỏe (hút thuốc lá, uống rượu bia, chế độ ăn không hợp lý, tình dục không an toàn, ít vận động, stress trong cuộc sống gia đình và xã hội, v.v...) đang xuất hiện và gia tăng. Các vấn đề này cần được giải quyết thông qua các can thiệp ở cấp cộng đồng. Việc ngăn ngừa và giảm thiểu tác động của những yếu tố nguy cơ đó cần được coi là một ưu tiên hàng đầu của y tế công cộng trong dài hạn, cũng như trong những năm trước mắt. Các can thiệp thay đổi hành vi, và tạo điều kiện cho người dân lựa chọn phù hợp để nâng cao sức khỏe, phòng bệnh là rất cần thiết.

#### **3.3. Hệ thống tổ chức y tế dự phòng và cơ chế phối hợp liên ngành chưa phát huy hết tiềm năng trong phòng bệnh, nâng cao sức khỏe**

Thực trạng về tổ chức, nhân lực và cơ chế hoạt động của hệ thống YTDP chưa tương xứng với yêu cầu của các nhiệm vụ rất đa dạng và phức tạp của công tác YTDP trong tình hình mới. Vì vậy, cần phải coi đây là một vấn đề ưu tiên, là điều kiện tiên quyết để phát triển YTDP trong những năm tới.

### **4. Khuyến nghị**

Để từng bước giải quyết các vấn đề ưu tiên trong lĩnh vực cung ứng dịch vụ y tế dự phòng, báo cáo đã khuyến nghị các nhóm giải pháp sau đây (xem chi tiết ở Chương 11):

#### **4.1. Chủ động phòng chống dịch bệnh, không để dịch lớn xảy ra**

#### **4.2. Tăng cường thực hiện các chương trình phòng, chống các bệnh không lây nhiễm**

#### **4.3. Tăng cường công tác truyền thông – giáo dục sức khỏe**

## **Chương 3: Cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh**

Chương này sẽ khái quát thực trạng, phân tích tóm tắt các vấn đề chính trong cung ứng và sử dụng dịch vụ khám, chữa bệnh (KCB), trên cơ sở đó đề xuất các vấn đề ưu tiên và khuyến nghị các giải pháp cải thiện việc cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh ở Việt Nam.

Cung ứng dịch vụ y tế được coi là chức năng chủ yếu của hệ thống y tế, có vai trò chi phối kết quả hoạt động của cả hệ thống y tế. Theo Tổ chức Y tế thế giới, dịch vụ y tế tốt là dịch vụ có hiệu lực, an toàn, có chất lượng, được cung cấp cho những người cần sử dụng tại thời điểm và nơi hợp lý, giảm thiểu chi phí nguồn lực [1]. Trên cơ sở đó, khung phân tích của chương này tập trung vào một số nội dung chính sau đây:

- Tổ chức và cung ứng dịch vụ KCB
- Khả năng tiếp cận dịch vụ KCB
- An toàn, chất lượng, hiệu năng dịch vụ KCB
- Quản lý bệnh viện.

### **1. Chính sách về khám bệnh, chữa bệnh**

Quá trình đổi mới lĩnh vực y tế ở Việt Nam trong hơn 20 năm qua được bắt đầu từ đổi mới các chính sách liên quan trực tiếp đến lĩnh vực cung ứng dịch vụ y tế nói chung và dịch vụ KCB nói riêng, đó là chính sách thu một phần viện phí (1989), Pháp lệnh Hành nghề y được tư nhân (1993 và sửa đổi năm 2003), chính sách về bảo hiểm y tế (1992), chính sách miễn, giảm viện phí cho người nghèo, đồng bào dân tộc thiểu số và một số đối tượng chính sách xã hội khác...

Gần đây, một số văn bản chiến lược, định hướng cho hệ thống y tế, trong đó có lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh, đã được Đảng và Chính phủ ban hành, ví dụ: Nghị quyết 46-NQ/TW của Bộ Chính trị ngày 23/2/2005 về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới; Quyết định số 153/QĐ-TTg ngày 30 tháng 6 năm 2006 phê duyệt Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020; Quyết định số 30/2008/QĐ-TTg ngày 22/2/2008 phê duyệt quy hoạch phát triển mạng lưới KCB đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020; Luật Bảo hiểm y tế; Luật Khám bệnh, chữa bệnh; Nghị quyết số 05/2005/NQ-CP, Nghị định 10/2002/NĐ-CP, Nghị định số 43/2006/NĐ-CP, Nghị định 69/2008/NĐ-CP về thực hiện xã hội hóa và giao quyền tự chủ trong các đơn vị sự nghiệp công... Các văn bản này đã có tác động lớn đến cơ chế hoạt động của các cơ sở cung ứng dịch vụ KCB.

Luật Khám bệnh, chữa bệnh quy định quyền và nghĩa vụ của người bệnh, người hành nghề và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; điều kiện đối với người hành nghề và cơ sở hành nghề khám bệnh, chữa bệnh; các quy định chuyên môn kỹ thuật; áp dụng kỹ thuật, phương pháp mới trong khám bệnh, chữa bệnh; sai sót chuyên môn kỹ thuật và giải quyết khiếu nại của người bệnh và điều kiện bảo đảm khám bệnh, chữa bệnh.

Luật Bảo hiểm y tế quy định về chế độ, chính sách bảo hiểm y tế, trong đó có tổ chức khám bệnh, chữa bệnh cho người tham gia bảo hiểm y tế, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, quyền và trách nhiệm của các bên liên quan đến bảo hiểm y tế.

Quan điểm chung là đổi mới và hoàn thiện mạng lưới KCB theo hướng công bằng, hiệu quả và phát triển, phù hợp với điều kiện phát triển kinh tế - xã hội của đất nước, nâng



cao chất lượng dịch vụ ngang tầm các nước tiên tiến trong khu vực, đáp ứng nhu cầu KCB của nhân dân. Tóm tắt một số định hướng chính về cung ứng dịch vụ KCB như sau:

- Phát triển cân đối, hợp lý giữa các bệnh viện đa khoa và chuyên khoa, phát triển y tế phổ cập kết hợp y tế chuyên sâu, giữa y học hiện đại với y học cổ truyền dân tộc.
- Bảo đảm tính hệ thống và tính liên tục trong hoạt động chuyên môn giữa các tuyến.
- Đổi mới cơ chế tài chính bệnh viện, nâng cao hiệu quả hoạt động. Thực hiện tốt các chính sách hỗ trợ các đối tượng chính sách và người nghèo trong KCB.
- Tăng chi NSNN cho y tế, phát triển BHYT toàn dân, kết hợp với xã hội hóa các hoạt động chăm sóc sức khỏe.
- Tăng cường kiểm soát chất lượng các dịch vụ KCB theo quy định của Bộ Y tế, xây dựng hệ thống kiểm định chất lượng dịch vụ tại tất cả các cơ sở KCB.
- Đổi mới toàn diện cơ chế quản lý, điều hành, tài chính, nhân lực tại các bệnh viện để phát huy tính năng động, sáng tạo của cơ sở trong việc huy động, quản lý và sử dụng hiệu quả các nguồn lực.
- Thực hiện cơ chế tự chủ đối với các cơ sở khám chữa bệnh công lập, cùng với tiến trình mở rộng bảo hiểm y tế, tiến tới bảo hiểm y tế toàn dân.

## 2. Đánh giá thực trạng

### 2.1. Những tiến bộ và kết quả

#### 2.1.1. Tổ chức cung ứng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh

Mô hình tổ chức mạng lưới KCB ảnh hưởng nhiều tới tính công bằng, hiệu quả của hệ thống y tế. Khi đề cập tổ chức cung ứng dịch vụ KCB cần xem xét tình trạng sẵn có các loại cơ sở y tế trong cả khu vực công lập và ngoài công lập, vai trò, chức năng của từng tuyến, hệ thống chuyển tuyến, mức độ lồng ghép giữa y tế dự phòng và KCB và giữa các tuyến với nhau.

#### *Phát triển mạng lưới KCB để đáp ứng nhu cầu của người dân*

Tổ chức mạng lưới cung ứng dịch vụ KCB được củng cố theo hướng công bằng, hiệu quả và nâng cao chất lượng dịch vụ. Mạng lưới cung ứng dịch vụ KCB ở Việt Nam gồm cả y tế công lập và ngoài công lập, gồm nhiều loại cơ sở y tế như bệnh viện đa khoa, chuyên khoa, bệnh viện y học cổ truyền, bệnh viện điều dưỡng-PHCN, phòng khám đa khoa, chuyên khoa, nhà hộ sinh khu vực, phòng khám đa khoa khu vực, trạm y tế xã/phường, trung tâm y tế ngành và y tế cơ quan (Bảng 5).

Theo Niên giám thống kê của Bộ Y tế, năm 2008, y tế công lập có 44 cơ sở y tế tuyến trung ương do Bộ Y tế quản lý. Các cơ sở y tế do địa phương quản lý gồm 383 cơ sở tuyến tỉnh, 1366 tuyến huyện, 10 866 tuyến xã. Trong các cơ sở y tế ngành (bưu điện, giao thông, nông nghiệp...), có 47 cơ sở y tế do nhà nước cấp kinh phí và 717 cơ sở y tế do ngành tự túc kinh phí. Về bệnh viện, có 774 bệnh viện đa khoa và 236 bệnh viện chuyên khoa.

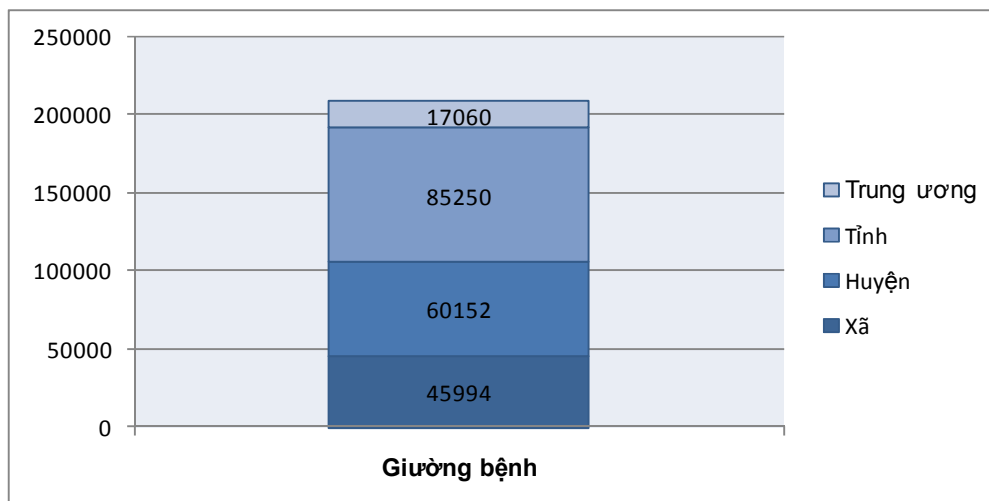
**Bảng 5: Số cơ sở y tế công lập, 2002–2008**

Năm	Cơ sở y tế công lập theo loại						Theo ngành		Tổng số
	BV đa khoa/chuyên khoa	BV Y học cổ truyền	BV điều dưỡng- PHCN- đa liệu	Phòng khám/ trung tâm y tế	Nhà hộ sinh khu vực	Trạm y tế	Cơ sở thuộc ngành y tế	Cơ sở thuộc ngành khác	
2002	770	43	72	988	78	11 103	12 163	891	13 054
2003	818	45	71	930	76	11 161	12 242	860	13 101
2004	831	46	68	1033	31	11 357	12 525	841	13 366
2005	833	46	88	953	28	11 389	12 517	820	13 337
2006	854	49	88	955	29	11 458	12 622	811	13 433
2007	905	48	57	861	24	11 544	12 673	766	13 439
2008	910	51	67	802	17	11 576	12 659	764	13 423

Nguồn: Niên giám Thống kê y tế 1995–2008, Bộ Y tế

Y tế cơ sở gồm y tế tuyến huyện, tuyến xã và thôn bản được xác định là ưu tiên vì tuyến này gần dân, dễ tiếp cận về tài chính và địa lý. Tất cả các tỉnh đều có bệnh viện đa khoa, chuyên khoa tuyến tỉnh. Hầu hết các huyện đều có bệnh viện đa khoa huyện và một số nơi có phòng khám đa khoa khu vực hoặc nhà hộ sinh khu vực. Tổng số có 10 866 trạm y tế xã, bao phủ 98,6% tổng số xã/phường toàn quốc. Nhân viên y tế hoạt động tại 99 409 thôn bản trong toàn quốc chiếm 84,4% tổng số thôn bản.

Số lượng giường bệnh theo từng tuyến ở các cơ sở y tế công lập do ngành y tế quản lý được trình bày ở Hình 9 (bao gồm cả giường trạm y tế xã). Theo số liệu năm 2008, giường trạm y tế chiếm khoảng 22% tổng số giường bệnh, so với 29% ở tuyến huyện, 41% ở tuyến tỉnh và 8% ở tuyến trung ương. Ngoài giường công lập do ngành y tế quản lý còn có 5180 giường do nhà nước cấp kinh phí thông qua ngành khác và 710 giường tự túc.

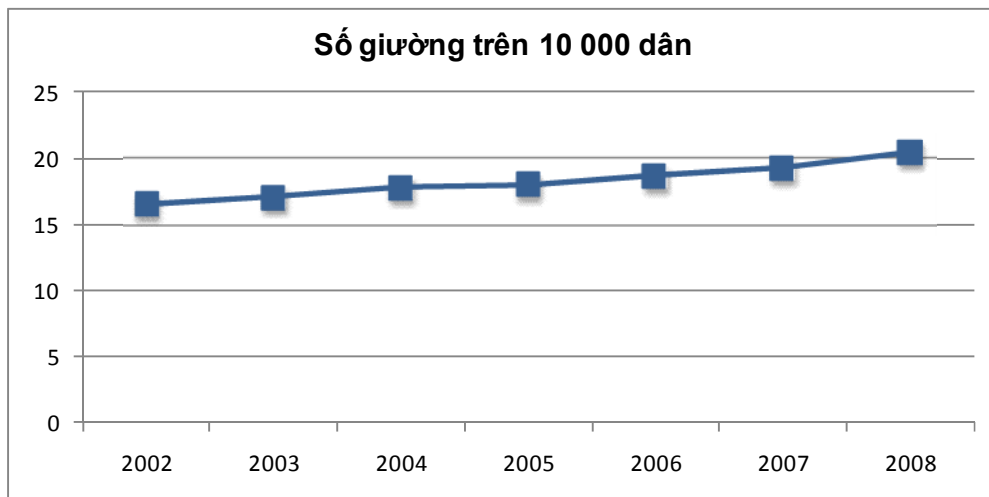


**Hình 9: Số giường bệnh theo tuyến y tế công lập, 2008**

Nguồn: Niên giám thống kê y tế năm 2008

Một chỉ số cơ bản để đánh giá sự sẵn có dịch vụ KCB là số giường bệnh nội trú bình quân 10 000 dân (không tính giường lưu trạm y tế xã/phường). Từ năm 2002, số giường bệnh trên 10 000 dân đã có xu hướng tăng lên (Hình 10). Số giường bệnh viện, năm 2010 đạt 20,5 giường/10 000 dân [28], cao hơn trung bình của các nước thu nhập thấp (12) và thu nhập

trung bình (16), cao hơn In-đô-nê-xia (6), Phi-líp-pin (13), Ma-lai-xia (18), nhưng thấp hơn một chút so với Thái lan (22) và Trung Quốc (22) [44].



**Hình 10: Số giường (không tính giường trạm y tế xã) trên 10 000 dân, 2002-2008**

Nguồn: Niên giám thống kê y tế các năm

Đối với y tế địa phương (không tính tuyến trung ương), số giường bệnh trên 10 000 dân và cán bộ y tế trên 10 000 dân ở các vùng được trình bày ở Bảng 6. Nhìn chung, những khu vực miền núi phía bắc, điều kiện kinh tế khó khăn có số giường bệnh và số nhân lực y tế trên 10 000 dân khá cao (do mật độ dân cư thấp).

**Bảng 6: Sự sẵn có dịch vụ KCB theo vùng, 2008**

	Số giường bệnh viện/10 000	Số nhân lực y tế / 10 000 dân
Tổng	16,9	28,6
ĐB Sông Hồng	15,5	23,3
Đông Bắc	18,4	32,2
Tây Bắc	19,4	38,0
Bắc Trung Bộ	14,3	24,9
Nam Trung Bộ	17,0	26,9
Tây Nguyên	13,9	27,1
Đông Nam Bộ	23,4	29,2
ĐB Sông Cửu Long	14,3	22,8

Chú thích: Bảng này không tính tuyến trung ương.

Nguồn: Niên giám thống kê y tế 2008

Khu vực y tế tư nhân cũng tiếp tục phát triển, đóng góp vào công tác KCB. Theo báo cáo của Cục Quản lý khám, chữa bệnh, cho đến năm 2009, trên toàn quốc có hơn 30 000 cơ sở y tế tư nhân, trong đó có hơn 100 bệnh viện tư với khoảng 6000 giường bệnh (chiếm 3,6% tổng số giường bệnh viện của nước), 300 phòng khám đa khoa, 87 nhà hộ sinh, còn lại là phòng khám chuyên khoa, dịch vụ y tế [45].

***Y dược học cổ truyền***

Y dược học cổ truyền dân tộc được xác định có vai trò quan trọng trong chăm sóc sức khỏe nhân dân. Năm 2003, Thủ tướng đã phê duyệt Chính sách Quốc gia về Y dược học cổ truyền đến năm 2010 và Chiến lược Phát triển Y dược học cổ truyền (222/2003/QĐ-TTg). Về quan điểm chỉ đạo, Chiến lược xác định Y dược học cổ truyền là một di sản văn hoá của dân tộc có vai trò và tiềm năng to lớn trong sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân, do đó cần phải tập trung kế thừa, bảo tồn và phát triển [46]. Mục tiêu chính là kế thừa, bảo tồn và phát triển y dược học cổ truyền, kết hợp với y dược học hiện đại trong chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân; xây dựng nền Y dược Việt Nam hiện đại, khoa học, dân tộc và đại chúng. Năm 2007, Bộ Y tế ra Chỉ thị 05/2007/CT-BYT về tăng cường công tác y, dược học cổ truyền để khắc phục những khó khăn trong thực hiện Chiến lược và Chính sách về y dược học cổ truyền.

Thực hiện Chiến lược và Chính sách, trong thời gian gần đây mạng lưới cơ sở có thể cung ứng dịch vụ y dược học cổ truyền đã tăng lên. Đến năm 2009, cả nước có 58 bệnh viện chuyên y học cổ truyền, 75,4% các bệnh viện đa khoa tỉnh và 38,3% các bệnh viện huyện có khoa y học cổ truyền và 10 873 cơ sở tư nhân cung ứng dịch vụ y học cổ truyền. Ở trạm y tế, 79,3% trạm y tế có vườn thuốc nam, 76,2% trạm y tế có hoạt động khám chữa bệnh bằng y dược học cổ truyền. Năm 2009, tỷ lệ người bệnh khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền ở tuyến tỉnh là 7,2%, tuyến huyện là 5,8%, tuyến xã là 20,6%; tỷ lệ điều trị nội trú bằng y học cổ truyền hoặc kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại là 14,1%, tỷ lệ điều trị ngoại trú bằng y học cổ truyền so với tổng chung là 19,7% [47].

***Phục hồi chức năng***

Phục hồi chức năng và điều dưỡng là một trong bốn nhiệm vụ chính của ngành y tế. Tỷ lệ người khuyết tật ở Việt Nam tương đối cao. Theo ước tính của WHO, Việt Nam có trên 6 triệu người khuyết tật, trong đó khoảng 2 triệu là trẻ em. Số người bị tai nạn, tai biến mạch máu não, hoặc bệnh khác cần phục hồi chức năng ngày càng tăng.

Quy hoạch phát triển mạng lưới KCB (Quyết định số 30/2008/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ) có mục tiêu chuyển cơ sở điều dưỡng - phục hồi chức năng của ngành y tế thành bệnh viện phục hồi chức năng và đến năm 2020, 100% tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương sẽ có bệnh viện phục hồi chức năng. Đến năm 2008, ngành y tế có 35 bệnh viện phục hồi chức năng, các ngành khác có 9 cơ sở, và 5 cơ sở hoạt động theo cơ chế tự túc. Trong thời gian gần đây, mạng lưới các bệnh viện phục hồi chức năng đang được đầu tư nâng cấp.

Nhằm mở rộng khả năng tiếp cận với dịch vụ phục hồi chức năng, Bộ Y tế đã ra Thông tư số 11/2009/TT-BYT ngày 14/8/2009 ban hành danh mục dịch vụ kỹ thuật phục hồi chức năng và số ngày bình quân một đợt điều trị của một số bệnh, nhóm bệnh được quỹ BHYT thanh toán.

***Chăm sóc sức khỏe tâm thần***

Trước đây ở Việt Nam sự quan tâm đối với sức khỏe tâm thần chủ yếu tập trung vào bệnh tâm thần phân liệt. Hiện nay trong Chương trình mục tiêu quốc gia phòng, chống một số bệnh xã hội, bệnh dịch nguy hiểm và HIV/AIDS giai đoạn 2006-2010 có dự án Bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng với mục tiêu triển khai mô hình lồng ghép nội dung chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng vào hoạt động của trạm y tế cơ sở; phát hiện và quản lý điều trị tại cộng đồng cho 50% số bệnh nhân tâm thần (tâm thần phân liệt, trầm cảm, động kinh); và điều trị ổn định cho 70% số bệnh nhân tâm thần được phát hiện; hỗ trợ người bệnh sống hòa nhập

với gia đình và cộng đồng. Năm 2008, dự án này điều trị 174 898 bệnh nhân tâm thần phân liệt tại cộng đồng.

### ***Khả năng cung ứng dịch vụ***

Khả năng cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cũng được củng cố thể hiện qua chỉ số tỷ lệ xã đạt chuẩn quốc gia về y tế xã. Chuẩn y tế xã với 10 nhóm chuẩn, đánh giá nhiều khía cạnh của trạm y tế về nhân lực, trang thiết bị, thuốc, các loại dịch vụ được cung ứng... Năm 2006, 38,5% trạm y tế xã đạt chuẩn. Tỷ lệ này tăng lên gần 80% vào năm 2010.

Các bệnh viện đã tăng khả năng cung ứng dịch vụ. Trong năm 2009 toàn ngành đã thực hiện được hơn 2 triệu phẫu thuật (từ loại 3 trở lên), tăng 8% so với năm 2008 [45]. Số ca phẫu thuật loại đặc biệt là 121 266 trường hợp (tăng 22% so với năm 2008), số ca phẫu thuật loại 1 là 564 810 trường hợp (tăng 12,8% so với năm 2008). Nhiều kỹ thuật tiên tiến ngang tầm với các nước trong khu vực đã được triển khai thường quy, như ghép thận 42 trường hợp (tăng gấp 2 lần so với 2008), ghép giác mạc 26 trường hợp, ghép tế bào gốc 20 trường hợp, ghép gan 1 trường hợp. Tổng số kỹ thuật lâm sàng mới được thực hiện tại các bệnh viện đạt 3062 lượt (tăng 27,3%), tổng số kỹ thuật cận lâm sàng mới được triển khai đạt 2481 lượt (tăng 52,2%). Công tác luân phiên cán bộ, chuyển giao kỹ thuật cho tuyến dưới đã phát huy tác dụng, nhiều bệnh viện tuyến tỉnh nay đã thực hiện được các ca phẫu thuật phức tạp mà trước đây phải chuyển tuyến trên, như: mổ phaco, nội soi, phẫu thuật tim hở...

### ***Hệ thống chuyển tuyến***

Nhằm tăng cường hiệu quả của hệ thống chuyển tuyến, Bộ Y tế đã xây dựng và ban hành danh mục dịch vụ theo phân tuyến kỹ thuật cho bệnh viện các tuyến. Năm 2010, Cục Quản lý Khám chữa bệnh đã sửa đổi văn bản này và đang xin ý kiến trước khi ban hành. Văn bản này là cơ sở để xây dựng hệ thống chuyển tuyến. Các dự án đầu tư mua TTBYT, đào tạo nhân lực và luân phiên cán bộ từ tuyến trên xuống tuyến dưới đều là những biện pháp tăng cường năng lực KCB ở tuyến dưới phù hợp với phân tuyến kỹ thuật, giảm nhu cầu chuyển tuyến cho người bệnh.

Để thực hiện Luật BHYT (2008), Bộ Y tế đã ban hành Thông tư 10/2009/TT-BYT ngày 14/08/2009 hướng dẫn đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh BHYT. Mức cùng chi trả cao hơn cho những người vượt tuyến cũng khuyến khích người bệnh theo đúng tuyến. Trong Đề án đổi mới cơ chế tài chính cũng đang đề xuất mức viện phí ở tuyến trên cao hơn tuyến dưới để khuyến khích người dân đi KCB đúng tuyến.

### ***Chăm sóc sức khỏe lồng ghép và tính liên tục của chăm sóc***

Mô hình lồng ghép trong lĩnh vực y tế là xu hướng chung của toàn cầu. Các lĩnh vực được lồng ghép rất đa dạng, nhằm bảo đảm chăm sóc sức khỏe toàn diện cho người dân. Một ví dụ của mô hình này là lồng ghép chăm sóc sức khỏe ban đầu với y tế dự phòng. Đối với bệnh không lây nhiễm có nhu cầu lồng ghép giữa các tuyến điều trị theo năng lực từng cơ sở y tế nhằm tối thiểu hóa chi phí cho người bệnh, nhưng vẫn quản lý tốt bệnh nhân, tránh phải nhập viện. Có cả việc lồng ghép giữa công tác y tế với công tác xã hội, đặc biệt đối với đối tượng người nghèo, trình độ học vấn thấp. Có những chương trình được thiết kế với mục đích lồng ghép, còn có những hoạt động y tế cần xem xét khả năng lồng ghép một số nội dung với nhau để hoạt động hiệu quả hơn, ví dụ các chương trình mục tiêu quốc gia.

Mô hình chăm sóc lồng ghép đang dần được mở rộng sang lĩnh vực quản lý bệnh nhân mạn tính, vừa điều trị, vừa phòng tai biến, biến chứng, như trong chương trình điều trị

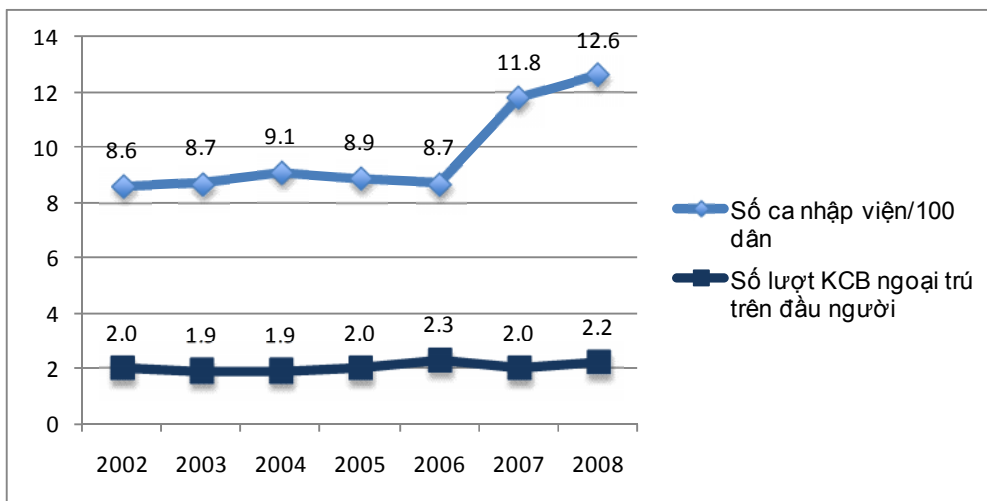
ARV cho người bệnh HIV/AIDS lồng ghép phòng bệnh nhiễm trùng cơ hội, hoặc bệnh đái tháo đường, kết hợp điều trị với hướng dẫn chế độ ăn, tập thể dục.

Do nhận thức về nhu cầu chăm sóc lồng ghép được nâng cao, các chương trình giáo dục đại học bắt đầu tổ chức chương trình đào tạo chuyên môn về công tác xã hội y tế. Từ khi Luật Phòng chống bạo lực gia đình đã được triển khai thực hiện, ngành y tế cũng thấy nhu cầu phải lồng ghép điều trị chấn thương với việc lo điều trị sức khỏe tâm thần cho nạn nhân và việc phải phối hợp với chuyên gia công tác xã hội để giải quyết vấn đề tận gốc, nếu muốn thành công trong việc bảo vệ sức khỏe của nạn nhân.

### 2.1.2. Khả năng tiếp cận và mức độ sử dụng dịch vụ KCB

Khả năng tiếp cận dịch vụ KCB chủ yếu liên quan đến các yếu tố về địa lý, văn hóa, kinh tế (khả năng chi trả), xã hội. Để hỗ trợ người dân tiếp cận theo địa lý, Việt Nam đã ưu tiên phát triển mạng lưới y tế cơ sở trên toàn quốc như được mô tả trong mục 2.1.1. Ngoài ra, BHYT và các chính sách hỗ trợ KCB cho người nghèo đã góp phần quan trọng về mặt tài chính để tăng khả năng tiếp cận dịch vụ KCB. Năm 2010, khoảng 60% dân số Việt Nam đã tham gia BHYT. Hơn 70% số trạm y tế xã/phường đã thực hiện khám chữa bệnh ban đầu cho người có thẻ BHYT.

Tổng số lượt KCB và nhập viện đạt mức cao. Năm 2008, các bệnh viện công lập và trạm y tế xã đã KCB cho 188 295 419 trường hợp, và các bệnh viện công lập đã điều trị nội trú cho 10 851 310 lượt người bệnh [48]. Xu hướng từ năm 2002 đến năm 2008 cho thấy bình quân một người dân có khám khoảng 2 lần một năm tại cơ sở công lập, và không có sự thay đổi đáng kể qua thời gian. Nếu tính cả cơ sở ngoài công lập, số lần khám ngoại trú sẽ lớn hơn. Về tình hình nhập viện, trong giai đoạn 2002-2006, trung bình cứ 100 người dân thì có khoảng 9 lượt nhập viện công lập trong 1 năm (Hình 11). Trong 2 năm gần đây, tỷ số này đã tăng lên 12 lượt/100 người dân. Tỷ lệ này là khá cao so với các nước trên thế giới, kể cả so với các nước phát triển như Mỹ (11,7) [49], Ca-na-đa (7,8) [50], Xin-ga-po (9,39) [51], là những nước có dân số già hơn, có tỷ lệ mắc bệnh mạn tính cao hơn.



Hình 11: Xu hướng KCB và nhập viện cơ sở y tế công lập, 2002-2008

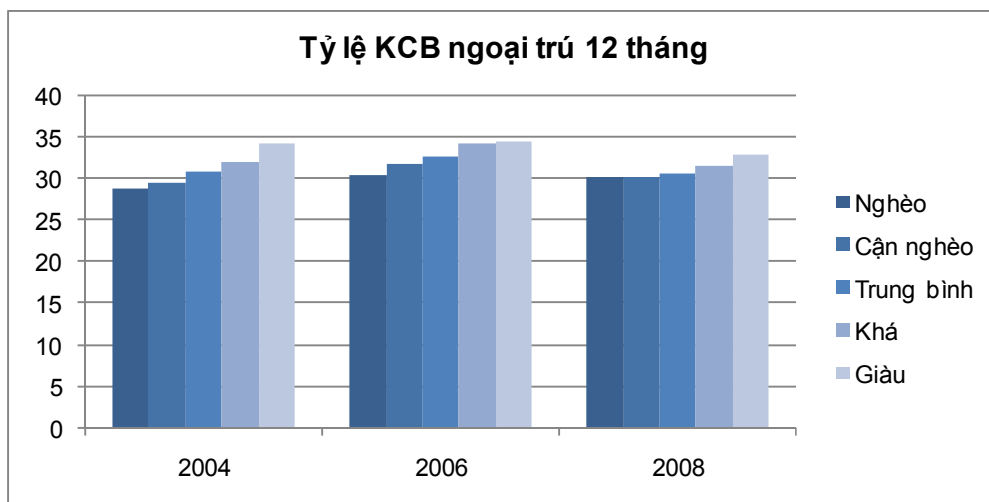
Nguồn: Niên giám thống kê y tế các năm

Nhà nước đã xây dựng chính sách hỗ trợ người nghèo tiếp cận dịch vụ KCB. Theo đánh giá, chính sách cấp thẻ BHYT cho người nghèo đã có tác dụng tăng khả năng tiếp cận dịch vụ KCB [52]. Theo kết quả Khảo sát mức sống dân cư năm 2008, tỷ lệ người có thẻ BHYT trong các hộ được xác định là hộ nghèo năm 2007 đạt 87,8%. Tuy nhiên, vẫn cần phải

có giải pháp để các hộ nghèo còn lại có thể nhận được BHYT kịp thời, đồng thời hỗ trợ thêm những chi phí gián tiếp liên quan đến KCB như chi phí đi lại, tiền ăn cho người nghèo khi nằm điều trị nội trú tại bệnh viện; hỗ trợ khi phải chi phí cao. Bên cạnh đó, cần tăng cường hỗ trợ nhóm người cận nghèo để tham gia BHYT.

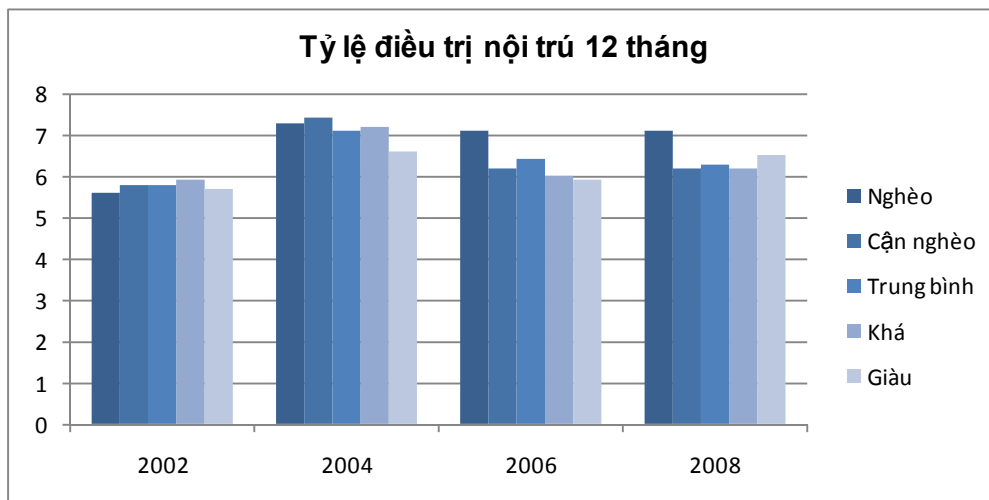
Thực hiện đúng tinh thần xã hội hóa, huy động xã hội hỗ trợ người gặp khó khăn trong việc tiếp cận dịch vụ KCB, một số tổ chức phi chính phủ và cơ sở y tế tư nhân đã tổ chức những hoạt động cung cấp dịch vụ KCB từ thiện, miễn phí hoặc phí thấp, miễn phí cho trẻ em bị hở hàm ếch, người bị đục thủy tinh thể, tổ chức và hoạt động bếp từ thiện trong bệnh viện phục vụ bệnh nhân nội trú.

Các nỗ lực gần đây để tăng khả năng tiếp cận của người nghèo thể hiện rõ trong số liệu khảo sát hộ gia đình. Hình 12 cho thấy tỷ lệ người nghèo khám ngoại trú trong 12 tháng qua gần bằng với các nhóm mức sống cao hơn, và chênh lệch giữa nhóm mức sống trung bình và người nghèo lại giảm đi. Đối với dịch vụ nội trú, tỷ lệ nhập viện của người nghèo bằng hoặc cao hơn các nhóm mức sống khác (Hình 13).



**Hình 12: Tỷ lệ người khám chữa bệnh ngoại trú trong 12 tháng, 2004~2008**

Nguồn: Tổng cục Thống kê, Khảo sát Mức sống hộ gia đình năm 2008. Hà Nội: NXB Thống kê. 2010



**Hình 13: Tỷ lệ người điều trị nội trú trong 12 tháng qua, 2002~2008**

Nguồn: Tổng cục Thống kê, Khảo sát Mức sống hộ gia đình năm 2008. Hà Nội: NXB Thống kê. 2010



### **2.1.3. Quản lý chất lượng dịch vụ KCB**

Cải tiến chất lượng KCB là một nhiệm vụ phức tạp, thông qua nhiều giải pháp, cả về đầu tư cơ sở vật chất, cung cấp trang thiết bị, đào tạo nâng cao trình độ cán bộ và rất quan trọng là các giải pháp quản lý. Mục này sẽ đề cập đến chất lượng từ khía cạnh quản lý hệ thống y tế để bảo đảm chất lượng. Theo cách tiếp cận quốc tế, quản lý chất lượng dịch vụ KCB gồm 3 thành phần: kiểm soát chất lượng, bảo đảm chất lượng và cải tiến chất lượng. *Kiểm soát chất lượng* là quá trình kiểm tra chất lượng của tất cả các yếu tố đầu vào (thuốc, trang thiết bị, nhân lực, tinh thần phục vụ...). *Bảo đảm chất lượng* liên quan đến việc giám sát và đánh giá có hệ thống các khía cạnh trong quá trình cung ứng dịch vụ KCB, hoặc của cơ sở y tế, bảo đảm các tiêu chuẩn cần đạt. Các phương pháp *cải tiến chất lượng* bao gồm các hoạt động nhằm cải tiến chất lượng dịch vụ, cải tiến quá trình cung cấp dịch vụ và nâng cao năng lực người cung cấp dịch vụ. Một số hệ thống cải tiến chất lượng đang bắt đầu áp dụng ở Việt Nam gồm Quản lý chất lượng toàn diện (TQM), các tiêu chuẩn của tổ chức quốc tế về tiêu chuẩn hóa (ISO)...

#### ***Chính sách liên quan đến chất lượng KCB***

Bộ Y tế đã xây dựng nhiều văn bản quy phạm pháp luật liên quan đến bảo đảm chất lượng dịch vụ KCB, như Luật Khám bệnh, chữa bệnh (quy định về cấp chứng chỉ, giải quyết khiếu nại, đào tạo liên tục); Quy chế bệnh viện (năm 1997), Chỉ thị 06/2007/CT-BYT về việc nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh cho nhân dân và Chương trình số 527/CTr-BYT ngày 18/6/2009 về nâng cao chất lượng KCB tại các cơ sở KCB; Quyết định 1816/QĐ-BYT về cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng KCB...

Hiện nay, Bộ Y tế đang xây dựng kế hoạch về quản lý chất lượng bệnh viện giai đoạn 2011-2015, trong đó quy định cụ thể về tổ chức thực hiện, cũng như việc chuẩn hoá cán bộ, hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện sẽ áp dụng cho toàn quốc.

#### ***Trách nhiệm bảo đảm chất lượng KCB***

Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Bộ Y tế, là cơ quan quản lý chuyên ngành, giúp Bộ trưởng Bộ Y tế thực hiện chức năng quản lý nhà nước trong lĩnh vực KCB, điều dưỡng, phục hồi chức năng..., trong đó có việc bảo đảm an toàn, chất lượng dịch vụ KCB (Quyết định số 16/2008/QĐ-BYT của Bộ Y tế), thông qua một số nhiệm vụ, như: xây dựng tiêu chuẩn kỹ thuật quốc gia, tiêu chí hành nghề hoặc đăng ký cơ sở hành nghề; tham gia thẩm định cấp, đình chỉ, thu hồi chứng chỉ, giấy phép; chỉ đạo, hướng dẫn, kiểm tra và tổ chức thực hiện các quy định chuyên môn, quy chuẩn kỹ thuật quốc gia đối với các cơ sở khám, chữa bệnh...; chỉ đạo, hướng dẫn và kiểm tra quản lý chất thải y tế, chống nhiễm khuẩn trong các cơ sở KCB, làm đầu mối tổ chức các hội đồng chuyên môn giải quyết các vấn đề về chuyên môn kỹ thuật, hướng dẫn và kiểm tra sử dụng thuốc hợp lý an toàn trong chữa bệnh. Tại địa phương, các Sở Y tế và Phòng Y tế huyện có trách nhiệm kiểm tra, thanh tra về chất lượng theo Thông tư liên tịch số 03/2008/TTLT-BYT-BNV của Bộ Y tế và Bộ Nội vụ. Tại các bệnh viện, các Hội đồng chuyên môn có trách nhiệm về chuyên môn KCB trong bệnh viện, trong đó có chất lượng dịch vụ KCB. Ngoài ra, để đảm bảo chất lượng dịch vụ KCB, còn cần có sự tham gia của các cấp ủy đảng, chính quyền, các Hội nghề nghiệp, đoàn thể liên quan và của từng người bệnh, người dân trong việc giám sát chất lượng dịch vụ bệnh viện.

#### ***Kiểm soát chất lượng***

Kiểm soát chất lượng là thành phần thứ nhất của quản lý chất lượng liên quan đến quá trình kiểm tra chất lượng các yếu tố đầu vào. Ngành y tế có nhiều nỗ lực nhằm bảo đảm các nguồn lực cơ bản cần thiết để cung cấp dịch vụ có chất lượng. Trong những năm gần đây,

mạng lưới bệnh viện công lập được nâng cấp, xây mới, trang bị các thiết bị y tế hiện đại; nhân lực khám chữa bệnh được tập huấn, chuyển giao kỹ thuật. Các giải pháp nâng cao chất lượng nguồn nhân lực y tế là một điều kiện thiết yếu để bảo đảm chất lượng dịch vụ KCB.

### ***Bảo đảm chất lượng***

Thành phần thứ hai của quản lý chất lượng là “bảo đảm chất lượng”. Để bảo đảm chất lượng, trước hết cần xây dựng các tiêu chuẩn của ngành, tiếp theo là giám sát và đánh giá thực hiện, và khi cần thiết, điều chỉnh cho hiệu quả hơn.

#### ***Xây dựng các tiêu chuẩn***

Về các tiêu chuẩn trang thiết bị y tế, Bộ Y tế đã xây dựng các danh mục TTBYT thiết yếu theo từng tuyến, từ bệnh viện trung ương đến trạm y tế xã và tủ y tế thôn bản. Về thuốc, Bộ Y tế đã xây dựng danh mục thuốc thiết yếu và danh mục thuốc chủ yếu nhằm bảo đảm các loại thuốc có sẵn tại các cơ sở y tế theo tuyến. Để xác định rõ chức năng của từng tuyến, Bộ Y tế đã ban hành phân tuyến kỹ thuật từ năm 2005 (Quyết định 23/2005/QĐ-BYT), đang dự thảo phân tuyến kỹ thuật cập nhật theo sự phát triển của ngành.

Quy chế bệnh viện đã xây dựng từ năm 1997 và được sử dụng thống nhất trong tất cả các bệnh viện trong hệ thống y tế (Quyết định 1895/1997/QĐ-BYT). Gần đây, Bộ Y tế đã xây dựng thêm một số quy chế quan trọng, như Thông tư số 18/2009/TT-BYT về Hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để bảo đảm an toàn cho người bệnh. Phương pháp chung chế biến các vị thuốc theo phương pháp cổ truyền (Quyết định 39/2008/QĐ-BYT). Quy chế cấp cứu, hồi sức tích cực (Quyết định 01/2008/QĐ-BYT), quy chế truyền máu (Quyết định 06/2007/QĐ-BYT), quy trình chăm sóc người bệnh (tập II) theo Quyết định số 1108/2004/QĐ-BYT; Quy định về chế độ giao tiếp trong cơ sở khám chữa bệnh nhằm thực hiện tiêu chuẩn đạo đức của người làm công tác về y tế (Quyết định số 4031/2001/QĐ-BYT) và Quy tắc ứng xử của cán bộ, viên chức trong các đơn vị sự nghiệp y tế (Quyết định số 29/2008/QĐ-BYT).

Bộ Y tế đã xây dựng và ban hành một số hướng dẫn điều trị, quy trình kỹ thuật, nhằm xây dựng tiêu chuẩn lâm sàng, thống nhất phương pháp chẩn đoán và điều trị dựa trên bằng chứng. Các hướng dẫn điều trị được Bộ Y tế ban hành gần đây được miêu tả trong Bảng 7. Năm 2002, Bộ Y tế đã ban hành hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ SKSS. Từ 2002 đến nay Bộ Y tế đã xây dựng và ban hành hơn 1000 hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện. Năm 2009, đã cập nhật định mức thuốc thiết yếu và các vật tư tiêu hao trong các dịch vụ, thủ thuật chăm sóc sức khỏe sinh sản. Bộ hướng dẫn chuẩn này là một mô hình phù hợp cho các chuyên khoa khác học tập. Tháng 2 năm 2010, Bộ trưởng Bộ Y tế ra quyết định thành lập Ban chỉ đạo biên soạn hướng dẫn điều trị nhằm thúc đẩy việc xây dựng hướng dẫn điều trị cập nhật cho các bệnh.

**Bảng 7: Các bản hướng dẫn chẩn đoán và điều trị được cập nhật trong giai đoạn 2002-2009**

Bệnh	Năm
Dịch vụ sức khỏe sinh sản	2002
Ngộ độc cá nóc	2002
SARS	2003
Viêm phổi do vi rút	2004, 2005
Hướng dẫn cấp cứu (18 loại)	2005
Cấp cứu tai biến sản khoa (5 tai biến)	2005

**BÁO CÁO CHUNG TỔNG QUAN NGÀNH Y TẾ NĂM 2010**  
**Hệ thống y tế Việt Nam trước thềm kế hoạch 5 năm 2011-2015**

Bệnh	Năm
Ngộ độc cấp (22 loại)	2005
Bệnh đường hô hấp thường gặp(10 bệnh)	2005
Bệnh nhiễm khuẩn thường gặp (58 bệnh)	2006
Xơ hóa cơ Delta	2006
Cúm A (H5N1) ở người	2006, 2008
Viêm não cấp do vi rút ở trẻ em	2006
Chăm sóc giảm nhẹ đối với người bệnh ung thư và HIV/AIDS	2006
Bệnh tả	2007
Bệnh tay-chân-miệng	2008
Sốt dengue và sốt xuất huyết	1999, 2008
Cúm lợn A (H1N1)	2009
Sởi	2009
HIV/AIDS	2005, 2009
Hen phế quản người lớn và trẻ em	2009
Bệnh lao	2009
Sốt rét	2009

Nguồn: Cơ sở dữ liệu Luật Việt Nam.

Lấy người bệnh làm trung tâm trong chăm sóc y tế là chủ trương của Chính phủ và cũng là nguyện vọng của nhân dân. Luật Khám bệnh, chữa bệnh đã bắt đầu xây dựng cơ sở để bảo vệ quyền lợi của người bệnh. Trong quy định của Luật, người bệnh có quyền được cấp thông tin về tình trạng sức khỏe của mình, các phương án điều trị, chi phí điều trị. Ngoài ra, người bệnh có quyền được điều trị bằng phương pháp an toàn, hợp lý và có hiệu quả theo các quy định chuyên môn kỹ thuật. Người bệnh có quyền được tôn trọng, thể hiện trong các quyền được giữ bí mật thông tin, không kỳ thị, phân biệt đối xử. Người bệnh cũng có quyền từ chối khám chữa bệnh. Năm 2009, Bộ Y tế đã ban hành Chương trình Nâng cao chất lượng KCB tại các cơ sở khám chữa bệnh vì mục tiêu đáp ứng sự hài lòng của người bệnh bảo hiểm y tế với mục đích nâng cao tinh thần, thái độ phục vụ người bệnh, cải cách thủ tục hành chính, nâng cao chất lượng các dịch vụ KCB, và chống lạm dụng thuốc, kỹ thuật, xét nghiệm.

*Giám sát:* Ngoài việc xây dựng các tiêu chuẩn, để bảo đảm chất lượng phải có cơ chế giám sát. Hằng năm Cục Quản lý khám, chữa bệnh thực hiện kiểm tra bệnh viện. Công cụ thu thập thông tin ngày càng cải tiến và bao gồm cả thông tin về dịch vụ được cung cấp, nhân lực, tài chính và một danh mục các chỉ số liên quan đến chất lượng theo các quy chế và quy định tiêu chuẩn của ngành y tế. Hiện nay thông tin được thu thập được sử dụng để xếp hạng bệnh viện, và tổng kết lĩnh vực KCB hằng năm. Công cụ thu thập thông tin này là một cơ sở để sau đây có thể xây dựng hệ thống kiểm định chất lượng bệnh viện.

Hệ thống cảnh giác được được thành lập và đưa vào hoạt động từ năm 2009. Theo hệ thống này, khi nào có tai biến liên quan đến thuốc, cơ sở y tế có trách nhiệm báo cáo với Trung tâm Quốc gia về Thông tin thuốc và Theo dõi phản ứng có hại của thuốc. Trung tâm sẽ tổng hợp và phân tích các phản ứng có hại của thuốc nhằm phát hiện sớm các tác động có hại của thuốc để rút giấy phép sử dụng trong thị trường hạn chế các tai biến tiếp tục xảy ra.

Năm 2009, Bộ Y tế ban hành Thông tư số 17/2009/TT-BYT hướng dẫn công tác kiểm tra, thanh tra, giải quyết khiếu nại, tố cáo của thủ trưởng cơ quan y tế, nhằm có cơ chế cho

lãnh đạo các cơ sở y tế sử dụng để tự kiểm tra việc chấp hành chính sách, pháp luật, nhiệm vụ, kế hoạch định kỳ, đột xuất và giải quyết khiếu nại, tố cáo thuộc thẩm quyền quản lý.

Trong những năm gần đây vai trò giám sát của người dân được tăng lên thông qua các đường dây nóng được thành lập trong các bệnh viện, hội đồng người bệnh họp hằng tuần, và hòm thư góp ý được bố trí trong bệnh viện.

*Quy trình chuyên môn* (care pathways) là một công cụ đang ngày càng phổ biến trong KCB ở các nước nhằm đưa các tiêu chuẩn chuyên môn vào thực hành. Việc triển khai xây dựng quy trình chuyên môn ở Việt Nam được bắt đầu trên cơ sở hướng dẫn điều trị và các quy chế hiện có kết hợp với kinh nghiệm quốc tế. Quy trình chuyên môn dưới hình thức một bảng kiểm được áp dụng thí điểm ở Việt Nam cho thấy có nhiều lợi thế, như: giảm sai sót chuyên môn vì nhắc từng khâu khám và điều trị; giảm gánh nặng ghi chép vào hồ sơ bệnh án, vì chỉ cần đánh dấu từng ô phù hợp và ghi thêm khi có diễn biến bất thường. Hiện đã có một số dự án nước ngoài hỗ trợ Việt Nam xây dựng các áp phích, bảng kiểm, danh mục, nhằm đưa các quy chế, hướng dẫn điều trị chuẩn vào thực hành.

### ***Cải tiến chất lượng***

Cải tiến chất lượng là các cơ chế giám sát, đánh giá và tìm cách thay đổi các hệ thống và quá trình làm việc trong cơ sở KCB để đạt được kết quả đầu ra đối với người bệnh hiệu quả và hiệu lực hơn. Khía cạnh cải tiến chất lượng thông qua đầu tư cơ sở hạ tầng được đề cập trong mục về cung ứng dịch vụ y tế và chất lượng thông qua đào tạo cán bộ y tế sẽ được đề cập trong Chương 5.

Đến năm 2009, đã có một số bệnh viện triển khai áp dụng một trong các mô hình quản lý chất lượng bệnh viện (20 bệnh viện áp dụng ISO 9001 và 2 bệnh viện áp dụng mô hình quản lý chất lượng toàn diện TQM), một số bệnh viện bắt đầu xây dựng và áp dụng quy trình chuyên môn (clinical pathways) trong quản lý lâm sàng.

Theo Luật Khám bệnh, chữa bệnh (Điều 50 và 51), tiêu chuẩn quản lý chất lượng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do tổ chức trong nước hoặc nước ngoài ban hành được cơ quan nhà nước có thẩm quyền của Việt Nam thừa nhận. Tiêu chuẩn quản lý chất lượng được dùng làm chuẩn để phân loại, đánh giá chất lượng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Tổ chức chứng nhận chất lượng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh là tổ chức độc lập với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do cơ quan, tổ chức, cá nhân thành lập. Khi thực hiện việc chứng nhận chất lượng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, tổ chức chứng nhận chất lượng phải bảo đảm nguyên tắc độc lập, khách quan, trung thực, công khai, minh bạch và chịu trách nhiệm trước pháp luật về kết quả chứng nhận của mình. Những quy định trên của Luật Khám bệnh, chữa bệnh là cơ sở pháp lý quan trọng để triển khai các hoạt động quản lý chất lượng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong thời gian tới.

#### **2.1.4. Quản lý bệnh viện**

Trong vòng 10 năm gần đây, cơ chế quản lý bệnh viện đã có thay đổi lớn và đạt được một số thành tựu đáng ghi nhận. Chính sách xã hội hóa (Nghị quyết 05/2005/NQ-CP; Nghị định 69/2008/NĐ-CP) và chính sách giao quyền tự chủ đối với các bệnh viện công lập (Nghị định 10/2002/NĐ-CP và sửa đổi theo Nghị định 43/2006/NĐ-CP), được áp dụng những năm gần đây, đã có ảnh hưởng nhiều tới cơ chế và năng lực quản lý bệnh viện, cả về chuyên môn, tài chính và nhân lực; mở rộng cơ hội huy động thêm nguồn tài chính để đầu tư nâng cấp cơ sở vật chất của các cơ sở y tế công lập. Sự phát triển nhanh của y tế tư nhân đã góp phần đáng kể tăng cường mạng lưới KCB, đáp ứng nhu cầu ngày càng cao và đa dạng của nhân dân. Trong bối cảnh đó, vai trò, công cụ và phương pháp quản lý của Nhà nước đối với các cơ sở

y tế đã được điều chỉnh nhiều để bảo đảm công bằng, hiệu quả, chất lượng của dịch vụ y tế nói chung.

Trong việc quản lý nhà nước về KCB, Chính phủ và Bộ Y tế đã ban hành và triển khai thực hiện nhiều văn bản pháp quy. Luật Khám bệnh tạo cơ sở pháp lý về quản lý cả y tế công lập và ngoài công lập theo quy định thống nhất.

Tuy nhiên, do có nhiều thay đổi trong cơ chế quản lý, trong khi chính sách chưa hoàn thiện, trách nhiệm giải trình và năng lực quản lý của các cơ sở y tế còn hạn chế, quá trình chuyển đổi sang cơ chế tự chủ không tránh khỏi một số vấn đề khó khăn, vướng mắc. Năm 2007, Bộ Y tế đã nhận định công tác KCB còn một số hạn chế như tình trạng quá tải ở các bệnh viện tuyến trung ương và một số bệnh viện tuyến tỉnh khá phổ biến; một số bệnh viện chưa thực hiện nghiêm quy định trong cung ứng thuốc; tình trạng lạm dụng xét nghiệm cận lâm sàng còn phổ biến; kết quả xét nghiệm chưa được thừa nhận giữa các bệnh viện cùng tuyến gây tổn kém cho người bệnh; trách nhiệm nghề nghiệp của một số cán bộ y tế còn thấp làm giảm lòng tin của nhân dân (Chỉ thị 06/2007/CT-BYT).

Nhằm khắc phục những vấn đề này, Chỉ thị 06 đã đưa ra một số giải pháp như: i) Hạn chế tình trạng quá tải bệnh viện; ii) Nâng cao năng lực tuyến y tế cơ sở (bổ sung nhân lực, tăng cường công tác chỉ đạo tuyến, hợp tác giữa các bệnh viện, giữa các tuyến, triển khai mô hình bệnh viện vệ tinh, chăm sóc tại nhà, bác sĩ gia đình...); iii) Đẩy mạnh xã hội hóa để huy động thêm vốn đầu tư cho bệnh viện, đào tạo cán bộ, cải tạo cơ sở hạ tầng, nâng cấp trang thiết bị y tế, và khuyến khích phát triển y tế tư nhân; iv) Nâng cao y đức trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; v) Sửa đổi, bổ sung một số văn bản quản lý về khám bệnh, chữa bệnh, như quy chế bệnh viện, quy trình chuyên môn, kỹ thuật, các quy định cung ứng thuốc, xã hội hóa trang thiết bị y tế, các văn bản về chính sách viện phí, bảo hiểm y tế, chính sách ưu đãi, chế độ phụ cấp cho cán bộ y tế cho phù hợp với tình hình hiện nay.

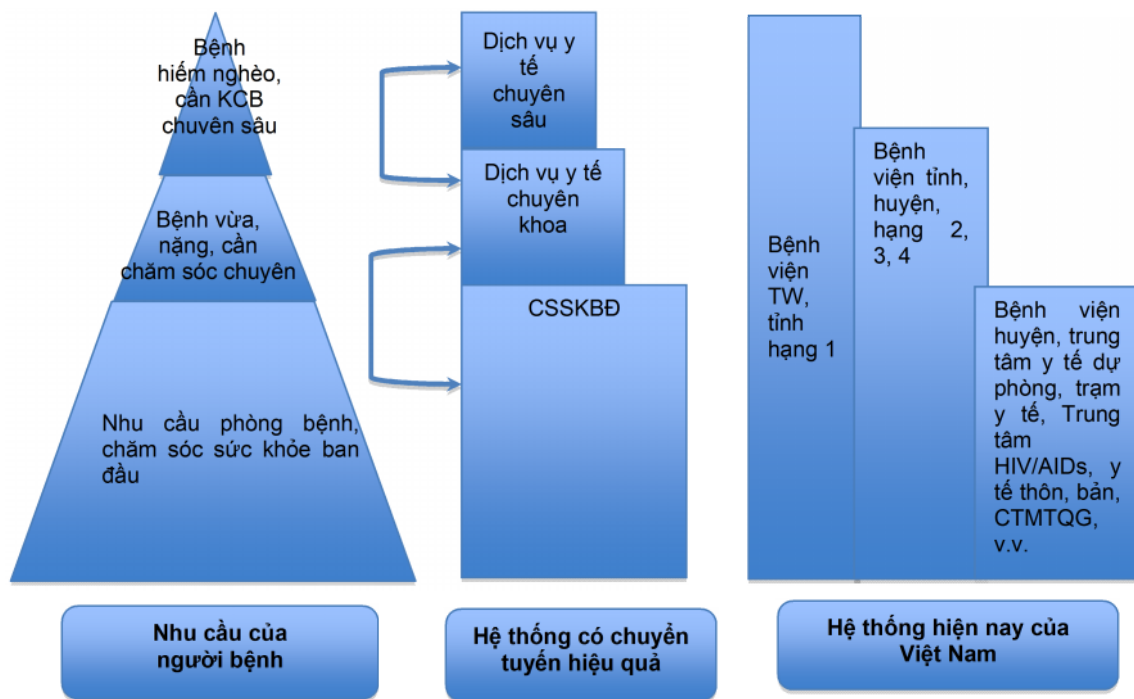
Một trong những giải pháp có sự quan tâm đặc biệt của Bộ trưởng Bộ Y tế là nâng cao năng lực y tế cơ sở thông qua Đề án Cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng KCB (Quyết định 1816/2008/QĐ-BYT). Kết quả thực hiện Đề án 1816 sẽ được phân tích ở Chương 5.

## **2.2. Những vấn đề cần giải quyết**

### **2.2.1. Tổ chức và cung ứng dịch vụ KCB**

Theo thông lệ quốc tế, mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế được chia theo 3 cấp khác nhau để đáp ứng các nhu cầu khác nhau. Thứ nhất, là chăm sóc sức khỏe ban đầu (đề cập trong Chương 2), bao gồm cả KCB và y tế dự phòng lồng ghép; thứ hai, là dịch vụ y tế chuyên khoa (secondary care); thứ ba là dịch vụ y tế chuyên sâu tại các trung tâm chuyên sâu (tertiary care). Dịch vụ chuyên khoa và chuyên sâu được tiếp cận khi người bệnh được cán bộ hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu chuyển đến (Hình 14).





**Hình 14: Nhu cầu KCB, mô hình chuyển tuyến và cơ cấu tổ chức KCB hiện nay ở Việt Nam**

Ở Việt Nam, chăm sóc sức khỏe ban đầu được thực hiện chủ yếu tại tuyến xã. Tuy nhiên, do tình trạng vượt tuyến, nhiều người sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tuyến tỉnh, thậm chí tuyến trung ương, để khám chữa bệnh thông thường, thuộc phạm vi chăm sóc sức khỏe ban đầu (Bảng 9).

**Bảng 8: Khái niệm về hệ thống cung ứng dịch vụ và cơ cấu tổ chức ở Việt Nam**

Khái niệm quốc tế	Cơ cấu tổ chức ở Việt Nam
Dịch vụ y tế chuyên sâu	Dịch vụ KCB chuyên sâu tại một số trung tâm có đầu tư trang thiết bị chuyên sâu và có cán bộ được đào tạo, có nhiều kinh nghiệm chuyên sâu
Dịch vụ y tế chuyên khoa	Dịch vụ KCB chuyên khoa tại phòng khám chuyên khoa, bệnh viện các tuyến
Chăm sóc sức khỏe ban đầu	Dịch vụ KCB tại trạm y tế xã, phòng khám đa khoa, khoa khám chữa bệnh (ngoại trú) tại bệnh viện đa khoa các tuyến kết hợp với các hoạt động y tế dự phòng như truyền thông giáo dục sức khỏe, bảo đảm nguồn nước sạch.

Mặc dù lồng ghép đã được thừa nhận là một chiến lược tốt cho các chương trình y tế đang thực hiện độc lập, tuy nhiên hiện nay việc lồng ghép này chưa được thực hiện tốt [53]. Các dự án thuộc chương trình mục tiêu hoạt động tương đối độc lập. Thông tin liên quan người bệnh và tình trạng sức khỏe và quá trình điều trị chưa có tính liên tục khi chuyển từ tuyến này sang tuyến khác, từ cơ sở này sang cơ sở khác, thậm chí từ lần khám này sang lần khám tiếp theo tại cùng một cơ sở.

Các cơ sở y tế được thành lập theo đơn vị hành chính và gần như xã nào cũng có trạm y tế, huyện nào cũng có bệnh viện đa khoa. Tuy nhiên, Quy hoạch tổng thể phát triển hệ

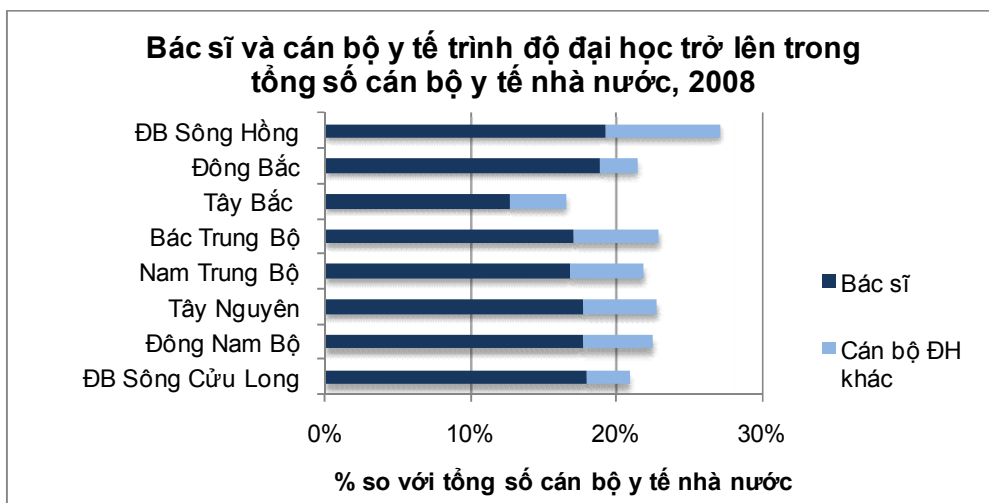


thống y tế Việt Nam có mục tiêu phát triển mạng lưới KCB theo cụm dân cư không phân biệt địa giới hành chính. Rõ ràng ở vùng nào có giao thông thuận lợi, việc tổ chức một bệnh viện phục vụ vài huyện có thể tạo điều kiện thuận lợi để chuyên môn hóa, đầu tư và bảo dưỡng tốt TTBYT công nghệ cao hơn, giảm các chi phí mà vẫn không làm giảm khả năng tiếp cận về địa lý của người dân đến các dịch vụ KCB. Đến nay đã có mô hình phòng khám liên xã và bệnh viện liên huyện, tuy nhiên, ở cùng địa bàn thường vẫn tồn tại cả trạm y tế xã hoặc bệnh viện huyện.

Nhiều quốc gia đã trải qua một giai đoạn “hợp lý hóa” mạng lưới KCB, bắt chấp những khó khăn chính trị, dẫn đến mạng lưới hoạt động hiệu quả, tiết kiệm chi phí và chất lượng bảo đảm hơn, như Thụy Điển [54], Xin-ga-po [55], Úc, Niu Di-lân [56], Ca-na-đa [57],...

Các cơ sở y tế tư nhân thường tập trung chủ yếu ở những vùng thành thị, đông dân cư, điều kiện kinh tế khá và có khả năng thu lợi nhuận cao. Số liệu thống kê cho thấy Đồng bằng sông Hồng có 17 bệnh viện tư nhân, tương đương 12,6% tổng số giường bệnh tư nhân. Đồng Nam bộ có 31 bệnh viện tư nhân chiếm 47% tổng số giường bệnh tư nhân. Miền núi phía Bắc và Tây Nguyên chỉ có 5 bệnh viện tư nhân, với khoảng 5,4% tổng số giường bệnh tư nhân, trong khi dân số ở các vùng cao này chiếm 20% dân số toàn quốc.

Tất cả các địa phương đều có cơ sở y tế công lập, nhưng mức độ phát triển có khác nhau giữa các vùng. Bảng 2 ở trên cho thấy tỷ lệ đạt chuẩn y tế xã thấp nhất là ở Tây Bắc (18,3%) và Tây Nguyên (36,9%). Chất lượng dịch vụ KCB bị ảnh hưởng nhiều bởi chất lượng nhân lực. Phân tích về cơ cấu nhân lực cho thấy vùng Tây Bắc có tỷ lệ cán bộ y tế trình độ đại học trên tổng số cán bộ y tế thấp nhất (Hình 15). Tây Nguyên và Đồng bằng sông Cửu Long cũng có tỷ lệ được sĩ đại học thấp. Để thực hiện công bằng y tế, bảo đảm cho nhân dân các vùng khó khăn được tiếp cận các dịch vụ KCB có chất lượng, cũng cần giảm chênh lệch về chất lượng dịch vụ giữa các vùng, trọng tâm là giảm chênh lệch về trình độ chuyên môn của cán bộ y tế.



**Hình 15: Bác sĩ và cán bộ y tế trình độ đại học trở lên trong tổng số cán bộ y tế nhà nước, 2008**

Nguồn: Niên giám thống kê y tế

### 2.2.2. Khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ KCB

Hình 12 và Hình 13 ở trên cho thấy chênh lệch giữa người giàu với người nghèo về tỷ lệ người tiếp cận dịch vụ KCB không nhiều. Tuy nhiên, có sự chênh lệch trong chất lượng

dịch vụ được tiếp cận giữa nhóm người nghèo so với nhóm có mức sống trung bình trở lên. Một vấn đề khác cần quan tâm là tiếp cận dịch vụ y tế tác động tới tài chính gia đình như thế nào, và nguyên tắc công bằng trong y tế là được chăm sóc sức khỏe theo đúng yêu cầu chuyên môn có thực hiện được hay không?

Bảng 9 cho thấy, tỷ lệ người nghèo tiếp cận dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện công trong khoảng thời gian 4 tuần tăng từ 11% năm 2004, tăng nhanh đến 18% năm 2006, nhưng lại giảm xuống một chút còn 16% năm 2008. Xu hướng chung đó tương tự như đối với nhóm cận nghèo và trung bình. Nhưng người nghèo vẫn chưa tiếp cận với dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện ở mức tương đương nhóm có mức sống trung bình. Khi xét về nhóm dân tộc thiểu số cũng có một số nhóm dân tộc có tỷ lệ sử dụng dịch vụ ngoại trú thấp hơn nhiều so với dân tộc Kinh. Trong khi 31,8% dân tộc Kinh có sử dụng dịch vụ ngoại trú trong khoảng thời gian 12 tháng, tỷ lệ này đối với dân tộc Thái chỉ 18,2%, và dân tộc H'mông là 20,6%. Xét nơi khám ngoại trú thì 31,3% dân tộc Kinh khám tại bệnh viện nhà nước và 21,1% tại trạm y tế xã trong khi đối với dân tộc H'mông, tỷ lệ này là 12,3% tại bệnh viện nhà nước và 77,5% tại trạm y tế xã [58]. Cần tính đến giải pháp về BHYT kết hợp với giải pháp tăng cường chất lượng dịch vụ chính mà nhóm này sử dụng, đó là trạm y tế xã.

**Bảng 9: Số lượt khám ngoại trú/100 người dân tại bệnh viện công trong 4 tuần theo mức sống, 2004-2008**

Nhóm mức sống	2004	2006	2008
Nghèo	10,56	17,85	16,39
Cận nghèo	14,64	24,74	22,89
Trung bình	24,39	31,68	29,41
Khá	26,64	46,01	46,41
Giàu	53,88	72,14	63,30
Chung	26,02	38,48	35,69

Nguồn: VHLSS 2004, 2006, 2008

Đối với dịch vụ nội trú, nói chung không có sự biến đổi lớn trong tỷ lệ nhập viện tại bệnh viện công lập từ năm 2004 đến 2008, nhưng tỷ lệ nhập viện công lập của người nghèo chỉ đạt 5,9 lần/100 người dân, so với 7,3 lần đối với nhóm có thu nhập trung bình và 9 lần đối với nhóm giàu (Bảng 10). Tỷ lệ nhập viện của người đồng bào dân tộc thiểu số cũng thấp hơn so với người Kinh. Trong khi người Kinh chủ yếu điều trị tại bệnh viện nhà nước (85,9%) thì người H'mông chỉ có 53,5% nhập viện tại bệnh viện nhà nước và 43,1% điều trị nội trú tại trạm y tế xã [58].

**Bảng 10: Số lượt nhập viện tại bệnh viện công trong 12 tháng trên 100 người dân, 2004~2008**

Nhóm mức sống	2004	2006	2008
Nghèo	5,42	5,43	5,87
Cận nghèo	6,36	6,39	5,90
Trung bình	8,25	7,45	7,26
Khá	8,71	8,82	8,31
Giàu	10,00	9,02	9,05
Chung	7,75	7,43	7,28

Nguồn: VHLSS 2004, 2006, 2008

Từ năm 2002, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định 139 để hỗ trợ KCB cho người nghèo thông qua thẻ miễn giảm viện phí hoặc thẻ BHYT. Năm 2006, chính sách này được thực hiện theo Nghị định 63 ban hành Điều lệ BHYT và năm 2008, tỷ lệ bao phủ cho đối tượng được xác định là hộ nghèo tương đối cao. Tuy nhiên, số liệu thu thập từ hộ gia đình cho thấy năm 2004, trong tổng số người thuộc 20% dân số nghèo nhất, chỉ khoảng 48% được thanh toán một phần hoặc toàn bộ chi phí KCB bằng thẻ BHYT. Năm 2006, tỷ lệ này lên gần 3/4, nhưng đến năm 2008, tỷ lệ này lại tụt xuống còn 62% (Bảng 11). Đây là xu hướng chung, không phải chỉ người nghèo mà tất cả các nhóm mức sống có hiện tượng giảm sử dụng thẻ khi KCB nội trú.

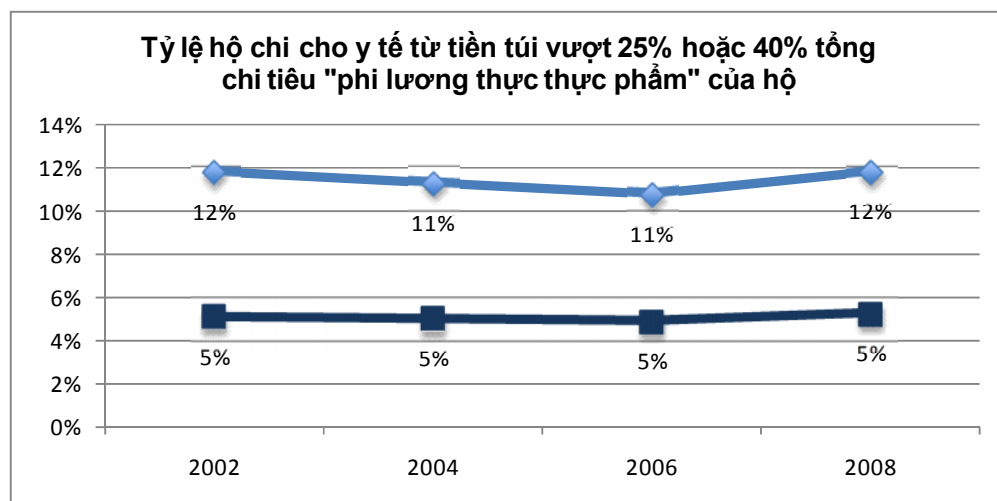
**Bảng 11: Tỷ lệ người nhập viện sử dụng thẻ BHYT hoặc thẻ miễn giảm viện phí, 2004~2008**

Nhóm mức sống	2004	2006	2008
Nghèo	47,9	74,6	62,0
Cận nghèo	37,8	58,1	50,0
Trung bình	35,2	54,7	47,6
Khá	38,9	60,0	50,0
Giàu	48,5	64,4	52,3
Chung	42,3	63,5	52,3

Nguồn: VHLSS 2004, 2006, 2008

Như vậy, nếu tỷ lệ KCB không có xu hướng giảm, nhưng tỷ lệ được bảo vệ bởi BHYT giảm, thì chi cho y tế của hộ gia đình phải tăng cao. Nếu lấy ngưỡng “chi quá cao” là chi y tế vượt 25% trong tổng chi ngoài lương thực thực phẩm của hộ gia đình trong cùng năm, thì năm 2008, tỷ lệ chi y tế ở mức “quá cao” đã tăng từ 11% lên 12% hộ gia đình, dù những năm trước tỷ lệ này đã có xu hướng giảm. Nếu lấy ngưỡng cao hơn, tức là chi y tế vượt 40% tổng chi ngoài lương thực thực phẩm của hộ gia đình, thì xu hướng cũng vậy, nhưng ở mức thấp hơn, khoảng 5% các hộ gia đình (Hình 16).

Những con số trên cho thấy giải pháp hiện đang áp dụng để hỗ trợ tài chính cho các hộ gia đình khi sử dụng dịch vụ y tế đã đạt được nhiều kết quả tốt, nhưng tác động để giảm chi phí quá cao cho y tế của các hộ gia đình vẫn còn ở hạn chế. Để khắc phục tình trạng này, cần xem xét để khống chế các yếu tố làm tăng chi phí điều trị, tăng mức hỗ trợ cho người nghèo, người cận nghèo (những nhóm có thu nhập thấp), hỗ trợ các chi phí gián tiếp liên quan đến khám chữa bệnh (tiền ăn, tiền đi lại), hỗ trợ các trường hợp có chi phí quá cao...



**Hình 16: Tỷ lệ hộ chi quá mức cho y tế, 2002~2008**

Nguồn: Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, 2010, dự thảo Phân tích chi phí quá mức cho y tế, trong dự án phân tích công bằng y tế EQUITAP II.

**2.2.3. Chất lượng dịch vụ KCB**

Hiện nay, dù có nhiều quy chế, quy định liên quan đến những khía cạnh khác nhau của quản lý chất lượng dịch vụ y tế, nhưng chưa có giải pháp toàn diện về quản lý chất lượng dịch vụ KCB để thực hiện mục tiêu bảo đảm chất lượng dịch vụ KCB ngày càng cao.

Thành phần thứ nhất là kiểm soát chất lượng đầu vào cho công tác KCB. Trong những năm tới cần thiết lập các quy định để thực hiện cấp chứng chỉ hành nghề theo Luật Khám bệnh, chữa bệnh đối với tất cả các cán bộ y tế công lập và tư nhân. Các vấn đề kiểm soát chất lượng đầu vào là thuốc, trang thiết bị y tế được đề cập trong các chương khác. Cần phải có một hệ thống đánh giá công nghệ y tế để giúp xác định các can thiệp y tế có hiệu lực, hiệu quả, chi phí thấp, đồng thời bảo đảm chất lượng dịch vụ KCB.

Thành phần thứ hai của quản lý chất lượng là việc bảo đảm tuân thủ các quy định, quy chế, cơ chế, hệ thống liên quan đến các quá trình cung cấp dịch vụ trong cơ sở KCB. Quy chế bệnh viện ban hành từ năm 1997 hiện không còn phù hợp với những sự thay đổi trong cơ chế quản lý bệnh viện. Xây dựng các quy định hướng dẫn cơ chế giám sát chất lượng KCB, giảm sai sót chuyên môn theo Luật Khám bệnh, chữa bệnh cần được xây dựng và ban hành. Dù Bộ Y tế đã đẩy mạnh việc xây dựng các hướng dẫn điều trị cho một số nhóm bệnh ưu tiên, thành lập Ban chỉ đạo xây dựng hướng dẫn điều trị chuẩn, tuy nhiên, do khối lượng công việc rất lớn và phải thực hiện thường xuyên nên cần phải có tổ chức phù hợp và đủ nguồn lực để thực hiện việc này. Đối với công tác điều dưỡng, chăm sóc bệnh nhân cũng cần được chuẩn hóa ở một số mặt, như chế độ dinh dưỡng, tiết chế... Chăm sóc người bệnh toàn diện đã được triển khai, tuy nhiên mới ở một số bệnh viện, chưa được mở rộng để đi vào thực tế ở tất cả các cơ sở KCB.

Thành phần thứ ba là cải tiến chất lượng thông qua các quá trình giám sát đánh giá kết quả hoạt động và tìm ra các biện pháp cải tiến. Luật Khám bệnh, chữa bệnh là cơ sở pháp lý để thành lập các tổ chức độc lập xây dựng tiêu chuẩn và cấp chứng nhận về chất lượng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (Điều 50 và 51). Tuy nhiên, việc xây dựng các hướng dẫn thực hiện quy định này sẽ là thách thức lớn. Cơ chế khuyến khích áp dụng các tiêu chuẩn quản lý chất lượng chưa rõ ràng.

Kiện toàn lực lượng thanh tra y tế là một vấn đề đã được đề cập trong Nghị quyết 46 của Bộ Chính trị và đang là vấn đề cấp bách hiện nay. Việc giám sát chất lượng dịch vụ KCB đòi hỏi phải có lực lượng thanh tra đủ lớn, có chuyên môn đủ sâu để tiến hành công việc thường xuyên. Hiện nay thanh tra y tế chủ yếu thực hiện thanh tra hành chính, chưa tổ chức được lực lượng thanh tra chuyên ngành một cách đầy đủ. Chưa có đơn vị nào trong ngành y tế tổ chức đào tạo thanh tra chuyên ngành. Biên chế cho thanh tra ở các địa phương cũng như ở trung ương còn thiếu nhiều và cần được bổ sung. Ngoài ra, cần nâng cao vai trò của người dân, người bệnh trong đánh giá chất lượng, thông qua các cơ chế đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh một cách độc lập, khách quan, so sánh kết quả đánh giá giữa các bệnh viện và xác định cơ sở nào cần can thiệp mạnh hơn để nâng cao y đức, thái độ phục vụ.

**2.2.4. Cơ chế và năng lực quản lý bệnh viện**

Những sự thay đổi về chính sách y tế gần đây, đặc biệt quy định tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công lập có tác động lớn đến hoạt động của các cơ sở KCB công lập. Chính sách xã hội hóa

tác động lớn tới cả cơ sở y tế công lập và tư nhân, đồng thời cũng đã bộc lộ một số khó khăn, thách thức đối với mục tiêu công bằng, hiệu quả trong công tác bảo vệ và CSSK nhân dân.

### ***Năng lực quản lý bệnh viện***

Trong hoàn cảnh triển khai cơ chế tự chủ, năng lực quản lý bệnh viện hiện nay vẫn còn là một vấn đề bất cập. Theo một nghiên cứu của trường Đại học Y tế công cộng năm 2005, tỷ lệ cán bộ quản lý (trưởng, phó phòng và y tá trưởng) được đào tạo về quản lý chỉ chiếm 23%, còn lại 77% chưa được đào tạo về quản lý bệnh viện [59]. Hệ thống bệnh viện trong cả nước còn thiếu hụt một số lượng lớn cán bộ được đào tạo về quản lý. Hơn 70% giám đốc các bệnh viện là các nhà chuyên môn lâm sàng hoặc cận lâm sàng chưa được đào tạo bài bản về quản lý bệnh viện, dẫn đến tình trạng thiếu chuyên nghiệp trong công tác quản lý và lãng phí năng lực chuyên môn y tế.

### ***Quản lý tài chính bệnh viện***

Thực hiện tự chủ bệnh viện và khuyến khích xã hội hóa đã cho phép đầu tư trang thiết bị, cơ sở hạ tầng, dẫn đến tăng nguồn thu cho bệnh viện và tăng thu nhập cho cán bộ y tế. Tuy nhiên, do một số chính sách liên quan và cơ chế quản lý chưa được điều chỉnh kịp thời nên hiệu quả xã hội của chính sách tự chủ cần được xem xét đầy đủ hơn.

Với mức đầu tư từ NSNN cho CSSK thấp như hiện nay (NSNN chiếm khoảng 29% tổng nguồn thu của bệnh viện), kết hợp với việc đẩy mạnh xã hội hóa, liên doanh, liên kết tại bệnh viện công và thu phí theo dịch vụ có thể dẫn đến tình trạng tỷ lệ chi phí y tế do người dân tự chi trả ngày càng tăng cao nếu không có cơ chế kiểm soát việc chi định và sử dụng dịch vụ y tế, đặc biệt là các dịch vụ kỹ thuật cao [60]. Kết quả kiểm tra 731 bệnh viện năm 2007 của Bộ Y tế cho thấy nguồn thu chủ yếu của bệnh viện là từ viện phí (chiếm 59,4% tổng các nguồn thu) và tăng 26,5% so với năm 2006. Tỷ lệ chi phí y tế do người dân tự chi trả cao sẽ dẫn đến tình trạng hạn chế khả năng tiếp cận của người nghèo và người cận nghèo trong KCB [61].

Tình hình trên dẫn đến một xu hướng không mong muốn đó là thúc đẩy động cơ vì lợi nhuận với quan niệm sai lầm “càng nhiều bệnh nhân, bệnh viện càng phát triển”; nguồn thu trực tiếp từ người bệnh trong bệnh viện công tăng nhanh và khó tránh khỏi tình trạng lẫn lộn công và tư [62].

### ***Quản lý nhân lực bệnh viện***

Cơ chế tự chủ quản lý tạo điều kiện cho bệnh viện tự quản lý nhân lực ở một mức độ nhất định. Tuy nhiên, do các nhà quản lý bệnh viện ít được đào tạo về quản lý, nên các biện pháp tạo động lực, giám sát hỗ trợ, chưa được ứng dụng phổ biến như được miêu tả trong Chương 5.

Thu nhập qua trả lương và phụ cấp hiện nay chưa bảo đảm cuộc sống cho cán bộ y tế. Các cơ sở y tế thực hiện chính sách tự chủ phải xây dựng quy chế chi tiêu nội bộ để bảo đảm có khoản thu nhập tăng thêm cho cán bộ y tế. Tuy nhiên, hiện nay cơ chế này chủ yếu bảo đảm thu nhập cao cho các cơ sở có khả năng thu viện phí cao cho dịch vụ công nghệ cao, ở vùng đô thị, còn các cơ sở tuyến huyện, hoặc ở vùng khó khăn khó thực hiện chính sách này dẫn đến bất công bằng trong thu nhập giữa các cơ sở y tế, khó thu hút nhân lực y tế ở vùng khó khăn, y tế huyện, xã, đồng thời cơ chế này chỉ khuyến khích cung ứng nhiều dịch vụ, không khuyến khích hoạt động hiệu quả và với chất lượng tốt nhất cho người bệnh.

### ***Quản lý thuốc***

Liên quan đến quản lý thuốc bệnh viện, có hai vấn đề cần quan tâm. Thứ nhất là đấu thầu mua thuốc. Như được đề cập trong Chương 7, cơ chế đấu thầu thuốc bệnh viện hiện nay cần phải có điều chỉnh để bảo đảm giá thuốc thấp hơn, đồng thời tăng cường công tác kiểm tra, giám sát quá trình đấu thầu bệnh viện. Vấn đề thứ hai là kiểm soát việc kê đơn thuốc, bảo đảm sử dụng thuốc an toàn hợp lý. Do thiếu cán bộ được, nên nhiều bệnh viện thiếu cơ chế kiểm soát tương tác thuốc đối với từng đơn thuốc. Hệ thống báo cáo tác dụng có hại của thuốc mới được thành lập, hiệu quả hoạt động còn hạn chế. Ngoài ra việc quản lý được ở nhiều bệnh viện theo từng ngày, không theo kế hoạch điều trị cả đợt, dẫn đến thường phải thay đổi thuốc cho người bệnh sử dụng giữa quá trình điều trị. Thiếu các hướng dẫn điều trị và cơ chế khác để bảo đảm thầy thuốc kê đơn thuốc có hiệu lực với giá thấp nhất cho người bệnh.

### ***Quản lý TTBYT và cơ sở hạ tầng***

Thực hiện chủ trương xã hội hóa, các bệnh viện công đã huy động tư nhân góp vốn để nâng cấp trang thiết bị y tế. Những đầu tư này thường đòi hỏi phải được hoàn trả vốn và có lợi nhuận thông qua việc thu phí sử dụng cao hơn so với các trang thiết bị được đầu tư bằng vốn của nhà nước. Theo quy định của Thông tư số 15/2007/TT-BYT, cán bộ, người lao động tại cơ sở y tế cũng được phép góp vốn để đầu tư mua sắm trang thiết bị phục vụ hoạt động dịch vụ y tế. Khi cán bộ y tế là người góp vốn, đồng thời cũng là người được phép chỉ định sử dụng trang thiết bị, hoặc yêu cầu nhân viên của mình chỉ định sử dụng thì dễ xảy ra xung đột lợi ích và lợi ích của những người góp vốn sẽ được chú trọng hơn. Các hình thức liên doanh, hoặc hợp đồng thuê TTBYT có cơ chế chia lợi nhuận cũng dễ dẫn đến lạm dụng TTBYT để mang lại nguồn thu cho cơ sở y tế, trong đó có phần dành cho “thu nhập tăng thêm” của cán bộ, nhân viên y tế. Các hình thức cung cấp “dịch vụ theo yêu cầu” ở các bệnh viện công lập do cán bộ nhân viên y tế nhà nước thực hiện về thực chất là các dịch vụ mang tính chất tư nhân, vì người bệnh phải chi trả trực tiếp từ tiền túi cho các dịch vụ đó.

Các yếu tố khuyến khích tài chính như cơ chế tự chủ tài chính, huy động đầu tư từ nguồn xã hội hóa, cơ chế thu phí theo dịch vụ kết hợp với năng lực quản lý bệnh viện chưa cao và công tác thanh tra, kiểm tra còn hạn chế là những nguy cơ lớn cho xu thế lạm dụng dịch vụ y tế và “tận thu” từ người bệnh. Cơ chế phân bổ ngân sách y tế theo các yếu tố đầu vào (theo giường bệnh) đã khuyến khích các bệnh viện cố gắng giành được thêm giường bệnh kế hoạch.

### ***Ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện***

Hiện nay các bệnh viện đã ứng dụng khá nhiều công nghệ thông tin hiệu quả để quản lý tài chính, chuyên môn, nhân lực, chất lượng, an toàn cho người bệnh. Tuy nhiên, chủ yếu mới chỉ áp dụng ở các bệnh viện lớn, bệnh viện vùng đô thị. Việc áp dụng công nghệ thông tin ở các bệnh viện tuyến huyện vẫn còn rất hạn chế, một phần do thiếu nguồn đầu tư, phần vì các điều kiện để áp dụng công nghệ thông tin chưa đảm bảo (cán bộ, bộ máy quản lý, hồ sơ bệnh án...). Tuy nhiên, việc áp dụng công nghệ thông tin ở các bệnh viện vẫn còn rất đa dạng, không thống nhất, dẫn đến việc không tương thích và khó kết nối giữa các bệnh viện với nhau thành một hệ thống KCB chung.

### ***Quản lý chi phí - hiệu quả của bệnh viện***

Hiện nay đang thiếu cơ chế quản lý hiệu quả chi phí của dịch vụ KCB. Quy chế quản lý bệnh viện được ban hành từ năm 1997 khi vấn đề chính là thiếu các điều kiện để cung cấp dịch vụ KCB. Trong hoàn cảnh mới, các bệnh viện đã và đang đầu tư lớn vào cơ sở hạ tầng



và TTBYT, có nhu cầu xây dựng quy chế bệnh viện tính đến cả hiệu quả chi phí của việc cung ứng dịch vụ KCB.

Một số quy định về chuyên môn, như xét nghiệm thường quy cho người bệnh nhập viện, cũng là yếu tố ảnh hưởng tới quá tải các dịch vụ cận lâm sàng và gây lãng phí đối với người bệnh, vì không dựa trên khám lâm sàng để xác định xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh cần chỉ định.

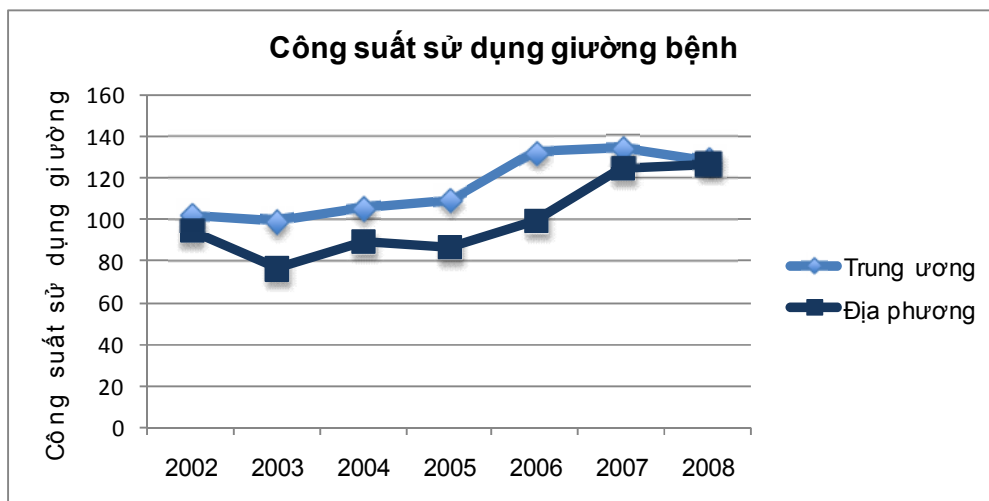
Cơ chế giám định BHXH dựa trên những nguyên tắc được tích lũy dần qua kinh nghiệm ở từng địa phương. Tuy nhiên, có một số nguyên tắc được sử dụng đã dẫn đến quá tải bệnh viện, như người bệnh sử dụng thuốc dạng tiêm hoặc truyền dịch thì phải nhập viện, người bệnh xuất viện không được nhập lại trong thời gian nhất định (do đó phải giữ bệnh nhân lâu hơn cần thiết).

Về xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh, việc chưa có quy chuẩn dẫn đến tình trạng các cơ sở khám chữa bệnh không thực hiện liên thông và công nhận kết quả của nhau, gây lãng phí cho bệnh nhân. Thiếu cơ chế xác định tính hiệu quả - chi phí của công nghệ y tế trước khi Bộ Y tế cho phép ứng dụng trong ngành y tế Việt Nam, hoặc trước khi các cơ sở y tế đầu tư mua trang thiết bị kỹ thuật cao.

Chưa có tiêu chuẩn thống nhất có thể áp dụng trong giám định BHYT, hoặc trong thanh tra KCB, để xác định cán bộ y tế có lạm dụng kỹ thuật, lạm dụng thuốc, vi phạm quy tắc ứng xử trong các đơn vị sự nghiệp y tế (Quyết định 29/2008/QĐ-BYT), hoặc vi phạm hành chính trong lĩnh vực y tế (Nghị định 45/2005/NĐ-CP) hay không. Thiếu cơ chế kiểm soát và hạn chế lạm dụng thuốc, đặc biệt thuốc kháng sinh, thuốc điều trị bệnh mạn tính. Đây là một vấn đề khó khăn không chỉ ở Việt Nam, mà còn ở tất cả các nước đang phát triển. Hiện nay vẫn còn tình trạng cùng một bệnh nhưng quá trình điều trị khác nhau tùy cơ sở KCB, thậm chí tùy cán bộ điều trị trong cùng một cơ sở y tế, do thiếu quy trình chuyên môn chuẩn [63].

### ***Quá tải bệnh viện và vấn đề an toàn cho người bệnh***

Vấn đề quá tải bệnh viện hiện còn khá trầm trọng, đặc biệt là ở bệnh viện tuyến trung ương, các thành phố lớn và một số chuyên khoa (tim mạch, ung thư). Dù số giường bệnh bình quân 10 000 dân ở Việt Nam đã tăng lên nhưng công suất sử dụng giường bệnh vẫn còn quá cao (Hình 17). Một số nguyên nhân dẫn đến tình trạng này đó là do nhu cầu CSSK của người dân ngày càng cao; khả năng tiếp cận của người dân đến bệnh viện tuyến trên được cải thiện; mức viện phí giữa các tuyến khác nhau không nhiều; chất lượng dịch vụ y tế tuyến dưới chưa được người dân tin tưởng; cơ chế tài chính tự chủ khuyến khích các bệnh viện tăng thu hút bệnh nhân để tăng nguồn thu; hệ thống chuyển tuyến hoạt động không hiệu quả...



**Hình 17: Công suất sử dụng giường bệnh theo tuyến, 2002-2008**

Nguồn: Niên giám thống kê y tế 2002-2008.

Hậu quả khác liên quan đến an toàn cho người bệnh do tình trạng lạm dụng dịch vụ đó là khi kháng sinh bị lạm dụng, tình hình kháng kháng sinh ngày càng tăng; khi thuốc tiêm và truyền dịch bị lạm dụng, nguy cơ tác động có hại của thuốc tăng lên; khi chụp X-quang và CT nhiều quá, nguy cơ ung thư trong tương lai cũng tăng [64]. Ngoài ra lạm dụng dịch vụ còn dẫn đến việc người dân phải chi trả quá nhiều cho y tế một cách không cần thiết.

### 3. Những vấn đề ưu tiên

#### 3.1. Khả năng đáp ứng của mạng lưới cung ứng dịch vụ KCB còn hạn chế

Việt Nam đã thực hiện nhiều chính sách nhằm bảo đảm công bằng trong cung ứng dịch vụ y tế, đặc biệt là chủ trương phát triển y tế cơ sở; đẩy mạnh CSSK ban đầu; ưu tiên miền núi, vùng sâu, vùng xa, vùng khó khăn; hỗ trợ tài chính cho người nghèo, cận nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi, đồng bào dân tộc thiểu số khi đi KCB... Mặc dù vậy, người nghèo và người dân tộc thiểu số vẫn gặp khó khăn trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ KCB nội trú và ngoại trú so với những nhóm dân cư khác. Mạng lưới KCB được phát triển rộng khắp toàn quốc, từ trung ương đến địa phương, nhưng chất lượng dịch vụ giữa các địa phương, vùng miền còn khác nhau khá nhiều. Y tế tư nhân phát triển, nhưng tập trung chính ở các vùng thuận lợi, vùng đô thị, kinh tế khá.

Ngoài ra, khi mô hình bệnh tật thay đổi theo hướng tỷ lệ mắc bệnh mạn tính, không lây nhiễm, số người cao tuổi tăng nhanh với nhiều bệnh kèm theo, hệ thống khám chữa bệnh chưa được điều chỉnh cho phù hợp, bảo đảm cho tuyến y tế cơ sở có thể quản lý các bệnh mạn tính, bệnh nhân người cao tuổi, nhằm tăng hiệu lực của hệ thống y tế, giảm chi phí xã hội của những nhóm bệnh này.

#### 3.2. Chất lượng, hiệu quả của mạng lưới cung ứng dịch vụ KCB còn hạn chế

Việt Nam có thể tự hào về những thành tích trong nghiên cứu, ứng dụng các kỹ thuật, công nghệ y học mới trong KCB. Tuy nhiên, vẫn còn có cơ sở KCB chưa thực hiện tốt chức năng cơ bản như chống nhiễm khuẩn, hạn chế và theo dõi tác dụng có hại của thuốc, sai sót chuyên môn. Mạng lưới KCB ở tất cả các tuyến chưa bảo đảm cung cấp dịch vụ có hiệu lực với giá thấp nhất cho người bệnh.

Hiện nay vẫn thiếu chính sách hoặc chiến lược toàn diện liên quan đến an toàn, chất lượng dịch vụ y tế. Các cơ chế hiện có về bảo đảm chất lượng và nhiều tiêu chuẩn ngành chưa được cập nhật. Những tiêu chuẩn đang có vẫn khó tiếp cận cho người hành nghề y tế trong quyết định lâm sàng, và cho người quản lý và người kiểm tra, thanh tra trong giám sát. Thiếu cơ chế khách quan, hiệu quả để đánh giá mức độ hài lòng từ phía người bệnh đối với dịch vụ y tế có thể sử dụng trong quá trình cải tiến chất lượng.

Còn có nhiều sự lãng phí và thiếu hiệu quả trong tổ chức cung ứng dịch vụ KCB do sự xáo trộn trong phân định chức năng theo tuyến, và do chưa tổ chức dịch vụ y tế theo nhu cầu của từng cụm dân cư. Tình trạng vượt tuyến để khám chữa bệnh thông thường còn phổ biến, một phần do các bệnh viện tuyến trên có nhu cầu thu hút bệnh nhân, một phần do năng lực của tuyến dưới còn hạn chế, vừa gây quá tải bệnh viện tuyến trên, vừa gây lãng phí của xã hội.

Quá trình điều trị chưa có tính liên tục khi chuyển từ tuyến này sang tuyến khác, từ cơ sở này sang cơ sở khác, thậm chí từ lần khám này sang lần khám tiếp theo tại cùng một cơ sở.

### **3.3. Cơ chế tài chính và quản lý bệnh viện còn những vấn đề đáng quan tâm**

Trong những năm gần đây có sự thay đổi rất lớn trong quản lý bệnh viện theo cơ chế tự chủ, tự chịu trách nhiệm. Tuy nhiên, hoạt động của các bệnh viện công trong cơ chế tài chính này đang xuất hiện những vấn đề đáng quan tâm. Một số văn bản pháp quy liên quan đến quản lý và kiểm soát hoạt động KCB vẫn chưa được hoàn thiện. Cán bộ lãnh đạo bệnh viện chủ yếu là các thầy thuốc giỏi chuyên môn y tế, nhưng chưa được đào tạo đầy đủ về quản lý bệnh viện. Hậu quả là một số vấn đề phát sinh như quá tải bệnh viện, lạm dụng xét nghiệm và dịch vụ bệnh viện, tinh thần, thái độ phục vụ người bệnh của một bộ phận cán bộ y tế yếu, chất lượng dịch vụ bệnh viện chưa được kiểm soát...

## **4. Khuyến nghị**

Để từng bước giải quyết các vấn đề ưu tiên trong lĩnh vực cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh, báo cáo đã khuyến nghị các giải pháp về tăng cường năng lực của nhân viên y tế (Chương 5), về đổi mới cơ chế tài chính bệnh viện (Chương 9) và các nhóm giải pháp sau đây (xem chi tiết ở chương Kết luận và khuyến nghị):

### **4.1. Tăng cường mạng lưới cung ứng dịch KCB theo hướng đáp ứng nhu cầu đa dạng và đang thay đổi của người dân**

### **4.2. Tăng cường quản lý chất lượng dịch vụ y tế**

### **4.3. Nâng cao hiệu quả công tác quản lý bệnh viện**

## Chương 4: Cung ứng dịch vụ dân số - kế hoạch hóa gia đình và chăm sóc sức khỏe sinh sản

Chương này sẽ đề cập đến lĩnh vực dân số - kế hoạch hóa gia đình (DS-KHHGĐ) và chăm sóc sức khỏe sinh sản (CSSKSS), tập trung đánh giá thực trạng cung ứng dịch vụ DS-KHHGĐ và CSSKSS, xác định những vấn đề ưu tiên cần giải quyết và khuyến nghị các giải pháp để giải quyết các vấn đề ưu tiên về cung ứng dịch vụ DS-KHHGĐ và CSSKSS trong 5 năm tới.

### 1. Khái niệm

Một số thuật ngữ/khái niệm trong chương này là những thuật ngữ/khái niệm được sử dụng phổ biến trong các tài liệu nghiên cứu về DS-KHHGĐ và SKSS, nhưng còn ít được sử dụng trong các văn bản chính sách. Vì vậy, dưới đây chúng tôi giới thiệu các thuật ngữ/khái niệm đó để có cách hiểu thống nhất.

- Tổng tỷ suất sinh (TFR): số con trung bình sinh ra còn sống của một phụ nữ trong suốt cuộc đời mình.
- Mức sinh thay thế: là mức sinh mà một đoàn hệ phụ nữ trung bình có vừa đủ số con gái để thay thế mình trong dân số. Thông thường khi tổng tỷ suất sinh đạt 2,1 con thì được coi là đạt mức sinh thay thế. Nhưng trên thực tế, mức sinh thay thế còn phụ thuộc vào tỷ suất tử vong trẻ em gái và tỷ số giới tính khi sinh.
- Tỷ suất sinh thô (CBR): số sinh ra sống trong năm tính trên 1000 dân.
- Tỷ suất chết thô (CDR): số người chết trong năm tính trên 1000 dân.
- Tỷ lệ tăng dân số: là tỷ lệ mà một dân số tăng (hoặc giảm) trong một năm nhất định do tăng tự nhiên và chuyển cư thực, biểu thị bằng số phần trăm so với dân số gốc.
- Tỷ số giới tính khi sinh (SRB): số trẻ sơ sinh trai trên 100 trẻ sơ sinh gái.
- Đà tăng dân số: xu hướng dân số tiếp tục tăng ngoài thời gian mức sinh thay thế đã đạt được do có sự tập trung tương đối cao số người trong độ tuổi sinh đẻ.
- Già hoá dân số: là sự gia tăng của tỷ trọng dân số cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) trong tổng số dân. Theo quy ước của Liên Hiệp Quốc, một quốc gia có tỷ lệ người cao tuổi từ 10% trở lên, thì được coi là quốc gia có dân số già.
- Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai (CPR): là tỷ lệ phần trăm số phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ sử dụng một biện pháp tránh thai bất kỳ.
- Sức khỏe sinh sản: là sự thoải mái hoàn toàn về thể chất, tinh thần và xã hội, không chỉ đơn thuần là không có bệnh tật hoặc tàn phế của hệ thống sinh sản.
- Tỷ số tử vong mẹ (MMR): là số bà mẹ tử vong tính trên 100 000 số sơ sinh sống.
- Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi (IMR): là số trẻ em tử vong trong độ tuổi kể từ khi sinh ra đến 11 tháng 29 ngày, tính trên 1000 trẻ sơ sinh sống.
- Tỷ số phá thai: là số trường hợp phá thai tính trên 100 trẻ sơ sinh sống.

## **2. Đánh giá thực trạng**

### **2.1. Điểm lại các chính sách DS-KHHGD và SKSS**

Từ năm 1961, Chính phủ Việt Nam đã bắt đầu triển khai chương trình DS-KHHGD, trong đó giảm sinh là mục tiêu chính của chính sách dân số trong nhiều năm. Cho đến những năm 90 của thế kỷ trước, DS-KHHGD vẫn được coi là một trong những vấn đề kinh tế - xã hội hàng đầu, bởi vì sự gia tăng dân số quá nhanh là một trong những nguyên nhân quan trọng cản trở tốc độ phát triển kinh tế - xã hội, gây khó khăn lớn cho việc cải thiện đời sống nhân dân.

Năm 1993, “Chiến lược Dân số-KHHGD đến năm 2000” được phê chuẩn với mục tiêu “Mỗi gia đình chỉ có 1 hoặc 2 con, để tới năm 2015 bình quân trong toàn xã hội mỗi gia đình (mỗi cặp vợ chồng) có 2 con, tiến tới ổn định quy mô dân số từ giữa thế kỷ XXI”.

Chiến lược Dân số Việt Nam 2001-2010 được xác định là một bộ phận của Chiến lược phát triển kinh tế-xã hội, giải quyết những vấn đề dân số gắn với phát triển, trên cơ sở những ưu tiên phát triển đất nước trong thập kỷ đầu thế kỷ XXI. Chương trình DS-KHHGD không chỉ tập trung vào các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh sản, mà mở rộng cung cấp dịch vụ cho các đối tượng thanh niên chưa lập gia đình, các nhóm dân số dễ bị tổn thương và chú trọng nâng cao chất lượng dịch vụ.

Pháp lệnh Dân số năm 2003 là một văn bản pháp lý quan trọng về các vấn đề dân số, thể hiện nghĩa vụ và trách nhiệm của công dân, Nhà nước và xã hội trong công tác DS-KHHGD.

Ngày 22 tháng 3 năm 2005, Bộ Chính trị ban hành Nghị quyết số 47-NQ/TW về tiếp tục đẩy mạnh thực hiện chính sách DS-KHHGD, trong đó xác định 2 mục tiêu cơ bản là 1) Nhanh chóng đạt mức sinh thay thế; 2) Nâng cao chất lượng dân số Việt Nam về thể chất, trí tuệ, tinh thần, cơ cấu nhằm đáp ứng nguồn nhân lực phục vụ sự nghiệp công nghiệp hoá, hiện đại hoá đất nước.

Từ năm 2005 đến nay, Việt Nam đã đạt và duy trì được mức sinh thay thế (trung bình mỗi phụ nữ có 2,1 con). Mặc dù, mức sinh và tốc độ gia tăng dân số đang giảm nhưng do mức sinh cao trong quá khứ, quy mô dân số Việt Nam sẽ tiếp tục tăng trong vài thập kỷ tới trước khi ổn định (gia tăng dân số bằng 0).

Trong bối cảnh hiện nay, đẩy mạnh thực hiện chính sách DS-KHHGD là một trong những nhiệm vụ kinh tế - xã hội quan trọng, nhằm góp phần nâng cao chất lượng và phát huy thế mạnh về nguồn nhân lực, phục vụ sự nghiệp công nghiệp hoá, hiện đại hoá đất nước và nâng cao chất lượng cuộc sống của từng người, từng gia đình và của toàn xã hội.

Về SKSS, Hội nghị quốc tế Dân số và Phát triển Quốc tế tổ chức ở Cairo năm 1994 đã định hướng lại các chính sách về dân số, từ chỗ chỉ tập trung vào các dịch vụ KHHGD trên diện hẹp sang một chương trình hoạt động rộng hơn, bao gồm cả SKSS và quyền sinh sản, trong đó đặc biệt chú ý đến các vấn đề nâng cao vị thế phụ nữ, giáo dục và việc làm. Nhiều quốc gia đã dựa vào khái niệm và các khuyến cáo của Hội nghị quốc tế về dân số và phát triển (ICPD), 1994 để xây dựng chiến lược SKSS của quốc gia mình. “Chiến lược quốc gia về CSSKSS giai đoạn 2001-2010”, được xây dựng và thực hiện ở Việt Nam từ năm 2000, đã chuyển dịch định hướng của Bộ Y tế từ CSSK bà mẹ, trẻ em-KHHGD sang CSSKSS, bao hàm toàn bộ các nội dung CSSKSS<sup>2</sup> và chú trọng vào lĩnh vực chất lượng dịch vụ, quyền của

---

<sup>2</sup> Bao gồm: thông tin, giáo dục, truyền thông, tư vấn và các dịch vụ KHHGD; các dịch vụ *chăm sóc trước sinh, sinh đẻ an toàn và chăm sóc sau sinh, chăm sóc trẻ dưới 1 tuổi* và chăm sóc sức khỏe phụ nữ nói chung; phòng và điều trị *vô sinh*; phòng ngừa và xử lý tốt các hậu quả của *xây thai*; điều trị *niêm trùng đường sinh sản*, các

khách hàng, tiếp cận với hành động chung của quốc tế và khu vực. Chiến lược đã đưa ra các định hướng giúp các địa phương lập kế hoạch và triển khai hoạt động, đồng thời chiến lược cũng giúp về nhận thức của mọi tầng lớp, từ lãnh đạo các cấp đến người dân đều rõ hơn về SKSS, từ đó hỗ trợ cho các hoạt động CSSKSS có nhiều tiến bộ.

Để hỗ trợ thực hiện Chiến lược quốc gia về CSSKSS, Chính phủ đã ban hành nhiều văn bản chính sách, trong đó những chính sách quan trọng phải kể đến là:

- Nghị định số 12/2003/NĐ-CP ngày 12/02/2003 của Chính phủ về sinh con theo phương pháp khoa học. Nghị định này đã mở ra dịch vụ hỗ trợ các cặp vợ chồng vô sinh. Đến nay, hàng ngàn các cặp vợ chồng đã lấy lại được hạnh phúc bởi những đứa trẻ ra đời bằng phương pháp khoa học.
- Nghị định số 21/2006/NĐ-CP ngày 27/2/2006 của Chính phủ về việc kinh doanh và sử dụng các sản phẩm dinh dưỡng dùng cho trẻ nhỏ. Nghị định này đã giúp việc thông tin, giáo dục, truyền thông, quảng cáo, kinh doanh, sử dụng các sản phẩm dinh dưỡng cho trẻ nhỏ được chấn chỉnh, đồng thời giúp duy trì nguồn sữa mẹ cho trẻ nhỏ.
- Nghị định số 88/2008/NĐ-CP ngày 05/08/2008 của Chính phủ về xác định lại giới tính, đã giúp cho những đối tượng có khuyết tật bẩm sinh hoặc chưa rõ ràng về giới tính được xác định lại giới tính, đồng thời nghiêm cấm việc chuyển đổi giới tính.

Bộ Y tế đã ban hành các Thông tư hướng dẫn thực hiện các Nghị định trên, đặc biệt là đã ban hành nhiều văn bản nhằm thực hiện tốt Chiến lược quốc gia về CSSKSS, như: Chỉ thị số 05/2001/CT-BYT ngày 22/5/2001 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc triển khai thực hiện Chiến lược quốc gia về CSSKSS. Chỉ thị số 04/2003/CT-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc tăng cường công tác chăm sóc trẻ sơ sinh và giảm tử vong sơ sinh. Các quyết định ban hành về quy định nhiệm vụ kỹ thuật trong lĩnh vực CSSKSS tại các cơ sở y tế, Quyết định ban hành Hướng dẫn Chuẩn quốc gia về CSSKSS, các quyết định phê chuẩn một loạt kế hoạch tổng thể, như kế hoạch tổng thể Làm mẹ an toàn, Kế hoạch hành động phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, Kế hoạch tổng thể về chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe vị thành niên và thanh niên, Kế hoạch hành động nuôi dưỡng trẻ nhỏ, Kế hoạch hành động về sự sống còn của trẻ em... Những văn bản chính sách này đã giúp tăng tính sẵn có và khả năng tiếp cận các dịch vụ CSSKSS tới cộng đồng, bao gồm tất cả các đối tượng, đồng thời cải thiện chất lượng CSSKSS, kiện toàn mạng lưới, nhân lực và công tác quản lý về CSSKSS.

## 2.2. Những tiến bộ và kết quả

### 2.2.1. Xu hướng giảm sinh được duy trì, đã đạt được mức sinh thay thế

Từ năm 1999 đến 2009, do mức sinh giảm liên tục, tổng tỷ suất sinh (TFR) giảm từ 2,33 con xuống 2,03 con. Mặt khác, tỷ suất chết thô (CDR) trong thập kỷ qua luôn được ổn định ở mức thấp trong khi tỷ suất sinh thô (CBR) giảm, dẫn đến giảm tỷ lệ gia tăng dân số từ 1,5% xuống 1,1%. Năm 2005, Việt Nam đã đạt mức sinh thay thế và mức sinh này vẫn tiếp tục được duy trì trong 5 năm qua. Theo Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2009, dân số Việt Nam là 85,8 triệu người, thấp hơn so với các dự báo trước đây.



**2.2.2. Sử dụng các biện pháp tránh thai và tránh thai hiện đại tăng**

Sử dụng biện pháp tránh thai ở Việt Nam tăng đáng kể. Phần lớn mức tăng này là tăng tỷ lệ sử dụng các biện pháp hiện đại và hiệu quả hơn. Hiện tại cứ 10 phụ nữ 15-49 tuổi có chồng thì có 8 người sử dụng một biện pháp tránh thai nào đó, trong đó có tới 7 người sử dụng biện pháp tránh thai hiện đại và 1 người dùng biện pháp truyền thống - mức sử dụng các biện pháp truyền thống thấp nhất trong 20 năm qua.

Với việc đa dạng hoá các biện pháp tránh thai, cơ cấu các biện pháp tránh thai được cải thiện rất nhiều và tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại ở mức cao (Xem Bảng 12). Năm 1988, số người sử dụng bao cao su chỉ chiếm 2% và thuốc uống tránh thai là 1%, đến năm 2006 tăng lên tương ứng là 10% và 13%. Mặc dù tỷ lệ sử dụng vòng tránh thai giảm, nhưng vẫn là biện pháp được sử dụng nhiều nhất với hơn một nửa số phụ nữ (55% năm 2008) dựa vào biện pháp này so với 62% năm 1988.

**2.2.3. Nhận thức, thái độ, hành vi về DS-KHHGD của các tầng lớp nhân dân có chuyển biến tích cực**

Công tác truyền thông, giáo dục được đổi mới cả về nội dung, hình thức và cách tiếp cận, giáo dục về DS và SKSS được đưa vào chương trình giáo dục trong và ngoài nhà trường đã tạo sự chuyển biến về nhận thức và hành vi về DS và SKSS của người dân bao gồm cả vị thành niên, thanh niên. Quy mô gia đình ít con ngày càng được chấp nhận rộng rãi; hiểu biết và thực hành về KHHGD, CSSKSS, sức khỏe bà mẹ, trẻ em trong các tầng lớp nhân dân, kể cả nam giới, đã được nâng lên rõ rệt.

Các hoạt động tuyên truyền vận động đã tạo môi trường xã hội thuận lợi, tăng cường cam kết, ủng hộ các chương trình về DS-KHHGD.

**2.2.4. Dịch vụ làm mẹ an toàn được thực hiện rộng rãi ở các tuyến**

Nhìn chung các dịch vụ làm mẹ an toàn đều được thực hiện ở các tuyến theo phân tuyến kỹ thuật và hướng dẫn chuyên môn kỹ thuật của Bộ Y tế. Sức khỏe bà mẹ được cải thiện rõ rệt, thể hiện trên chỉ số tử vong mẹ giảm từ 171 (năm 2000) xuống còn 75/100 000 trẻ sơ sinh sống vào năm 2008. Đối với sức khỏe sinh sản, số liệu thống kê cho thấy tỷ lệ phụ nữ đẻ được khám thai từ 3 lần trở lên, tỷ lệ khám sau sinh, tỷ lệ phụ nữ sinh đẻ được cán bộ y tế chăm sóc, tỷ lệ cặp vợ chồng chấp nhận biện pháp tránh thai đều cao, và hầu hết các chỉ số có xu hướng tăng từ 2006 đến 2009, trong khi số ca nạo thai to, sô tai biến sản khoa giảm (Bảng 12). Trong các chỉ số giám sát sức khỏe sinh sản tỷ lệ cặp vợ chồng chấp nhận biện pháp tránh thai có giảm từ 2008 đến 2009, và số người hút điều hòa kinh nguyệt lại tăng. Cần tiếp tục theo dõi xu hướng này và tìm rõ nguyên nhân, đồng thời tìm hiểu rõ tổng số các dịch vụ nằm ở khu vực tư nhân.

**Bảng 12: Các chỉ số dịch vụ sức khỏe sinh sản khu vực công, 2006-2009**

	2006	2007	2008	2009
Tỷ lệ phụ nữ đẻ được khám thai từ 3 lần trở lên (%)	86,5	86,6	86,7	88,3
Tỷ lệ khám sau sinh (%)	87,7	87,5	88,5	89,2
Tỷ lệ người đẻ được cán bộ y tế chăm sóc (%)	97,0	94,3	94,7	94,9
Tỷ lệ phụ nữ có thai được tiêm chủng uốn ván từ 2 lần trở lên (%)	92,6	94,6	93,5	95,1
Số tai biến sản khoa được báo cáo	3888	3535	3064	3132
Tỷ lệ cặp vợ chồng chấp nhận biện pháp tránh thai (%)	78,0	78,0	79,5	76,7
Số người nạo thai	143 594	115 510	98 948	79 843
Số người hút điều hòa kinh nguyệt	345 482	256 992	233 206	299 369

Nguồn: Niên giám thống kê y tế 2008, Báo cáo Thống kê của Vụ Bảo vệ bà mẹ, trẻ em năm 2009

### 2.2.5. Chăm sóc sức khỏe trẻ em dưới 1 tuổi có tiến bộ

Trong nhiều thập kỷ qua, ngành y tế luôn coi trọng việc chăm sóc sức khỏe trẻ em thông qua nhiều chương trình cấp quốc gia, như chương trình tiêm chủng mở rộng, phòng chống nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp, phòng chống tiêu chảy cấp, chương trình lồng ghép chăm sóc trẻ bệnh, chương trình phòng chống sốt rét, sốt xuất huyết, chương trình phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em... Đó là các yếu tố quan trọng góp phần cải thiện sức khỏe thể chất và tinh thần của trẻ em Việt Nam, đồng thời giảm rất đáng kể tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi, từ 36,7‰ (1999) xuống còn 16‰ (2009). Công tác phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em được đẩy mạnh, với định hướng chăm sóc dinh dưỡng sớm, bắt đầu từ bà mẹ trước khi có thai, trong thời gian có thai, chăm sóc và nuôi dưỡng tốt trẻ ngay từ khi sinh, đã đem lại kết quả tốt, đưa nước ta ra khỏi danh sách 20 nước có tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em cao nhất trên thế giới.

### 2.2.6. Số trường hợp phá thai giảm, dịch vụ phá thai an toàn được mở rộng

Với những nỗ lực trong việc cung cấp các dịch vụ tránh thai một cách đa dạng, thuận tiện, dễ tiếp cận, cùng với việc phổ biến các dịch vụ tránh thai khẩn cấp, đồng thời mở rộng kết hợp cung cấp song song dịch vụ kỹ thuật và tư vấn trước và sau phá thai, số trường hợp phá thai đã giảm hẳn (Bảng 12), từ chỗ số lần phá thai tương đương số lần đẻ vào những năm của thập kỷ 90, đến nay chỉ còn 0,28 lần phá thai cho 1 lần đẻ sống (2009). Chất lượng dịch vụ phá thai an toàn được mở rộng và cải thiện rõ rệt. Các cơ sở cung cấp dịch vụ phá thai thực hiện quy trình phá thai an toàn, nghiêm túc, phòng thủ thuật bố trí hợp lý, dụng cụ đầy đủ, kỹ năng tư vấn được cải thiện, năm 2009 không có tử vong mẹ do tai biến phá thai.

### 2.2.7. Phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản/nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục, phòng ngừa ung thư đường sinh sản, dự phòng và điều trị vô sinh được đẩy mạnh

Các hoạt động phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản, nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục chủ yếu được thực hiện thông qua các chiến dịch truyền thông lồng ghép với cung cấp dịch vụ KHHGĐ, việc phối hợp lồng ghép đã tạo được sự tiếp cận tới cộng đồng, tạo thế chủ động trong khám phát hiện và điều trị. Năm 2008, đã tổ chức khám phụ khoa cho 11,6 triệu người, chiếm khoảng 50% số phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, trong đó 4,6 triệu người được điều trị (chiếm khoảng gần 40% số khám).

Công tác phòng ngừa ung thư đường sinh sản đã bước đầu được chú trọng và triển khai trước hết thí điểm dự phòng ung thư cổ tử cung thứ cấp áp dụng phương pháp sàng lọc qua khám phụ khoa kết hợp với quan sát bằng mắt thường với dung dịch acid acetic (VIA). Nước ta cũng đang thí điểm kết hợp tiêm vắc-xin phòng vi rút gây u nhú ở người (HPV) với chương trình sàng lọc để phòng ung thư cổ tử cung.

Công tác hỗ trợ sinh sản các cặp vợ chồng vô sinh đang được phát triển, đến nay đã có 12 cơ sở thực hiện các kỹ thuật cao trong điều trị vô sinh và sinh con theo phương pháp khoa học, như thụ tinh nhân tạo (IUI), thụ tinh trong ống nghiệm phương pháp tiêm tinh trùng vào bào tương trứng (ICSI). Ngoài ra, đã có 40/63 trung tâm CSSKSS đã triển khai khám sàng lọc và điều trị vô sinh.

### **2.2.8. Mạng lưới cung cấp dịch vụ CSSKSS được củng cố và phát triển, từ trung ương đến địa phương**

Đến 2009, 100% số trung tâm CSSKSS tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương được kiện toàn theo Quyết định số 23/2006/QĐ-BYT. Tại tuyến huyện mặc dù có nhiều mô hình tổ chức nhưng 100% số huyện đều có khoa CSSKSS trong Trung tâm Y tế huyện. Tại tuyến xã có 98,6% số xã có trạm y tế, 65,9% có bác sĩ và 93,0% có nữ hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi, 84,4% thôn bản có nhân viên y tế hoạt động. Hệ thống khám chữa bệnh liên quan SKSS gồm 12 bệnh viện chuyên khoa phụ sản, 12 bệnh viện chuyên khoa nhi, 2 bệnh viện phụ sản tư nhân. 100% các bệnh viện nhi có khoa sơ sinh, 86% bệnh viện đa khoa tỉnh và 30,2% bệnh viện huyện đã thành lập đơn nguyên sơ sinh theo chỉ thị số 04/CT-BYT ngày 10/10/2003 của Bộ trưởng Bộ Y tế. Đến 2009 đã có 60 cơ sở y tế triển khai và duy trì hoạt động điểm cung cấp dịch vụ sức khỏe thân thiện cho vị thành niên và thanh niên, 50/63 trung tâm CSSKSS tỉnh/thành phố đã triển khai dịch vụ CSSKSS người cao tuổi.

Hệ thống mạng lưới trên đã thực hiện việc cung cấp dịch vụ CSSKSS theo phân tuyến kỹ thuật và hướng dẫn quốc gia về chuyên môn kỹ thuật. Chất lượng dịch vụ ngày càng được nâng cao, đáp ứng với quyền SKSS của người dân.

## **2.3. Những vấn đề cần giải quyết**

### **2.3.1. Chưa loại trừ được khả năng mức sinh tăng trở lại ở nhiều địa phương**

Giảm sinh là một trong những thay đổi nhân khẩu học nổi bật nhất ở Việt Nam trong gần 5 thập kỷ qua. Khi chương trình DS-KHHGD được triển khai năm 1961, tổng tỷ suất sinh hay số con trung bình của mỗi phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ là hơn 6 con. Từ năm 2005 đến nay Việt Nam đã đạt và duy trì được mức sinh thay thế (trung bình mỗi phụ nữ 15-49 tuổi có 2,1 con). Mức sinh hiện nay là gần xấp xỉ mức sinh thay thế (2,03 con/phụ nữ năm 2009). Tuy nhiên, đến năm 2009 vẫn còn 28/63 tỉnh, thành phố (chiếm 34% dân số cả nước) thuộc các vùng Trung du và Miền núi phía Bắc, Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung, Tây Nguyên chưa đạt mức sinh thay thế, do những tác động của các yếu tố tâm lý, văn hóa liên quan đến tập quán sinh con, ưa thích con trai. Vì vậy trong 5 năm tới, việc duy trì mức sinh thay thế hiện nay hoặc ở mức thấp hơn mức sinh thay thế là một thách thức lớn.

Mặc dù mức sinh thay thế đã đạt và duy trì được 5 năm qua, nhưng do *đà tăng dân số*, quy mô dân số sẽ tiếp tục tăng trong giai đoạn 2011-2020 ngay cả với mức sinh thay thế hoặc dưới mức thay thế. Theo dự báo của Liên Hợp Quốc (phương án mức sinh trung bình), dân số Việt Nam sẽ tăng khoảng 10 triệu trong 10 năm tới. Nếu mức sinh thay thế này được duy trì, quy mô dân số Việt Nam có thể được ổn định trong 2 thập kỷ tới với khoảng 115 triệu người.

Như vậy, số dân tăng thêm này phải được đưa vào trong các kế hoạch kinh tế-xã hội trong thời gian tới, đặc biệt là cung cấp các dịch vụ y tế, giáo dục, việc làm... Nếu mức sinh

ổn định dưới mức thay thế một chút, trung bình mỗi năm dân số Việt Nam vẫn tăng khoảng 1 triệu người (khoảng 1,4-1,6 triệu ca sinh và 0,5 triệu ca tử vong).

### 2.3.2. Nguy cơ gia tăng mất cân bằng giới tính khi sinh

Tỷ số giới tính khi sinh có xu hướng tăng nhẹ trong các năm 1979-1999, song vẫn trong mức chuẩn của quốc tế (104-107). Nhưng từ năm 2005 đến nay, tỷ số giới tính khi sinh luôn ở mức cao. Như vậy trong 5 năm trở lại đây, Việt Nam đã xuất hiện tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh hay tỷ số giới tính khi sinh cao. Hiện tại Việt Nam chưa xảy ra sự thiếu hụt phụ nữ như một số quốc gia khác, nhưng nếu mất cân bằng giới tính khi sinh không được kiểm soát và không có những giải pháp để cân bằng tỷ số giới tính khi sinh thì sẽ dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng về xã hội trong tương lai.

Nhằm ngăn chặn tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh, ngoài tăng cường truyền thông, cần có chính sách xã hội cụ thể, hiệu quả và đủ mạnh để điều chỉnh sự bất bình đẳng giới, kiểm soát nghiêm việc sử dụng kỹ thuật y học trong việc chẩn đoán và chọn lọc giới tính thai nhi, đặc biệt tại các thành phố/khu đô thị và những vùng phát triển hơn nơi sẵn có các thông tin và kỹ thuật chẩn đoán giới tính thai nhi [65].

### 2.3.3. Già hóa dân số và vấn đề chăm sóc y tế cho người cao tuổi

Những cải thiện đáng kể về sức khỏe đã dẫn đến giảm mức chết và tăng tuổi thọ trung bình. Người cao tuổi (60 tuổi trở lên) ở Việt Nam tăng cả về tỷ trọng và số lượng từ 7,0% (3,7 triệu) năm 1979 lên 9,1% (7,7 triệu) năm 2009. Dự báo dân số cao tuổi sẽ tiếp tục tăng trong thập kỷ tới và Việt Nam sẽ bước vào một xã hội già hóa trong khi thu nhập bình quân đầu người vẫn ở mức trung bình thấp.

Tỷ trọng dân số cao tuổi đang gia tăng sẽ là một trong những vấn đề nhân khẩu học quan trọng liên quan tới nhiều lĩnh vực như chăm sóc y tế, lao động, phúc lợi xã hội... đòi hỏi phải có những chính sách hỗ trợ xã hội phù hợp và đầu tư ngân sách nhiều hơn. Việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thích ứng với những thay đổi này trong tương lai.

### 2.3.4. Tình trạng sức khỏe bà mẹ và trẻ em có sự khác biệt giữa các vùng và còn nhiều vấn đề đáng quan tâm

Khoảng cách về tình trạng sức khỏe của nhân dân các vùng đồng bằng và miền núi được thu hẹp với tốc độ chậm, trong đó tỷ số tử vong mẹ vẫn thể hiện rõ sự cách biệt, vẫn còn 20% số bà mẹ ở các tỉnh miền núi Tây Bắc khi đẻ chưa được cán bộ được đào tạo hỗ trợ chăm sóc. Nguyên nhân chính của tình trạng này là do việc tiếp cận với các cơ sở y tế có nhiều khó khăn và quan trọng là vẫn còn tồn tại tập tục lạc hậu, nên bà mẹ thường đẻ tại nhà và không cho người ngoài đỡ [66].

Đáng quan tâm là tỷ suất tử vong trẻ em ở dưới 5 tuổi ở các vùng miền núi phía Bắc và Tây Nguyên luôn cao hơn khu vực khác. Tỷ lệ trẻ đẻ nhẹ cân ở các vùng Tây Bắc là 4,4%, Tây Nguyên là 5,9%, trong khi Đồng bằng sông Hồng là 2,5% và Đông Nam bộ là 2,7%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em thể thấp còi mới giảm rất ít, hiện còn đang ở mức cao, chung toàn quốc là 31,9% (2009) và cao nhất vẫn là Tây Nguyên 39,2% và Tây Bắc 35,7%.

Tử vong sơ sinh vẫn còn là vấn đề nghiêm trọng. Đến nay, chúng ta vẫn chưa thoát khỏi quy luật 2/3 (số tử vong trẻ em dưới 1 tuổi bằng 2/3 số tử vong trẻ em < 5 tuổi, số tử vong sơ sinh lại chiếm 2/3 số tử vong trẻ em < 1 tuổi). Như vậy, với tỷ suất tử vong trẻ em < 1 tuổi là 16‰, thì số tử vong sơ sinh ước khoảng trên 10‰.

**2.3.5. Tình trạng nhiễm khuẩn đường sinh sản/ nhiễm khuẩn lây qua đường tình dục còn nhiều**

Tình trạng nhiễm khuẩn đường sinh sản, nhiễm khuẩn lây qua đường tình dục vẫn có xu hướng tăng nhẹ, số người khám phụ khoa năm 2000 là 10,4 triệu, năm 2005 là 10,6 và năm 2008 là 11,6 triệu người. Số chữa hằng năm dao động từ 4,5 đến 4,6 triệu người.

**2.3.6. CSSKSS vị thành niên và thanh niên, người cao tuổi còn yếu kém**

Hiều biết, hành vi về SKSS, sức khỏe tình dục của vị thành niên và thanh niên còn nhiều hạn chế, dẫn đến tình trạng quan hệ tình dục không an toàn, mang thai ngoài ý muốn và phá thai gia tăng, các bệnh nhiễm khuẩn lây qua đường tình dục có xu hướng gia tăng ở vị thành niên và thanh niên. Tình trạng phá thai của nước ta tuy đã giảm nhiều nhưng vẫn nằm trong số những nước có tỷ số phá thai cao, trong đó đặc biệt là số phá thai ở tuổi vị thành niên và thanh niên vẫn có xu hướng gia tăng.

CSSKSS vị thành niên và thanh niên, người cao tuổi cũng mới triển khai trong vài năm gần đây nên vẫn còn rất sơ khai và cần nhiều nỗ lực cũng như giải pháp cho vấn đề này.

**2.3.7. Mạng lưới cung cấp dịch vụ DS-KHHGĐ và CSSKSS còn nhiều bất cập, chất lượng dịch vụ còn hạn chế**

Tổ chức bộ máy làm công tác DS-KHHGĐ và CSSKSS, nhất là ở tuyến huyện ở nhiều địa phương bị xáo trộn, chưa được củng cố, chưa ổn định gây ảnh hưởng không tốt đến việc triển khai chức năng, nhiệm vụ được giao. Hệ thống cung cấp các dịch vụ SKSS đã được hình thành, củng cố, song cơ sở làm việc của các Trung tâm CSSKSS tuyến tỉnh ở một số địa phương vẫn chưa được đầu tư xây dựng. Nhiều Trung tâm được xây dựng đã lâu nên đã xuống cấp, diện tích hẹp chưa đáp ứng triển khai theo yêu cầu nhiệm vụ và chức năng được giao. Đội ngũ cán bộ còn thiếu về số lượng, trình độ chuyên môn còn hạn chế nhất là ở tuyến huyện và tuyến xã. Mạng lưới cung cấp dịch vụ DS-KHHGĐ và CSSKSS các khu vực thuộc vùng sâu, vùng xa, vùng đặc biệt khó khăn, vùng đồng bào dân tộc còn khó tiếp cận, thiếu thôn cả về cơ sở vật chất, trang bị và nhân lực.

Hệ thống thông tin báo cáo còn nhiều hạn chế. Số liệu thu thập chưa đầy đủ, thiếu chính xác, chưa phản ánh đúng thực tế về tình hình DS-KHHGĐ và SKSS tại cơ sở. Công tác theo dõi, giám sát đối với các cơ sở cung cấp dịch vụ DS-KHHGĐ và CSSKSS tư nhân còn yếu, nhất là đối với tình trạng phá thai ở các cơ sở tư nhân.

Việc điều phối cung ứng phương tiện tránh thai chưa linh hoạt, chưa chủ động được nguồn cung cấp. Các dịch vụ kiểm tra sức khỏe tiền hôn nhân, sàng lọc trước sinh, sàng lọc sơ sinh chưa được mở rộng. Tình trạng phá thai, bao gồm cả phá thai ở thanh niên, vị thành niên còn cao.

Truyền thông cho các nhóm đối tượng đặc thù còn chưa được quan tâm đúng mức, như đối với đồng bào dân tộc thiểu số, vị thành niên và thanh niên, người cao tuổi, nam giới, người khuyết tật v.v.... Việc phối hợp truyền thông với cung cấp dịch vụ CSSKSS còn nhiều yếu kém, nhất là công tác tư vấn trước, trong và sau khi nhận dịch vụ.

**3. Những vấn đề ưu tiên**

Trên cơ sở những vấn đề hạn chế, bất cập trong lĩnh vực DS-KHHGĐ và CSSKSS nêu trên, có thể xác định những ưu tiên cần giải quyết trong giai đoạn tới là:



### 3.1. Nguy cơ mức sinh có thể tăng trở lại ở nhiều địa phương

Loại trừ nguy cơ mức sinh tăng trở lại ở nhiều địa phương, duy trì mức sinh thấp, có ý nghĩa then chốt trong việc ổn định quy mô dân số trong tương lai. Hiện tại, Việt Nam đã kết thúc thời kỳ quá độ dân số từ mức sinh cao xuống mức sinh thay thế và có thể chuyển sang một mô hình tái sản xuất dân số mới: mức sinh và mức tử vong đều thấp. Tuy nhiên cũng cần lưu ý mức sinh đã tương đối thấp ở một số địa phương có mức độ đô thị hóa cao có khả năng giảm xuống quá thấp. Để duy trì mức sinh thấp hợp lý, tránh những biến động bất lợi cho việc ổn định quy mô, cơ cấu dân số ở mức phù hợp, đòi hỏi phải có chính sách linh hoạt, thích ứng với đà tăng dân số và mức sinh ở các vùng, địa phương khác nhau.

### 3.2. Mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh có xu hướng gia tăng

Kinh nghiệm giải quyết tình trạng mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh của một số quốc gia như Hàn Quốc, Trung Quốc, Ấn Độ cho thấy, nếu không có những giải pháp kiên quyết và thận trọng, tình trạng mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh sẽ để lại những hậu quả rất nghiêm trọng và khó lường về mặt xã hội. Hàn Quốc đã nỗ lực trong 20 năm (1982-2002) để cân bằng lại tỷ số giới tính khi sinh, trong khi Trung Quốc và Ấn Độ vẫn chưa giải quyết được. Tuy nhiên, mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh đang có xu hướng tăng trong thập kỷ qua. Vì thế trong 5 năm tới, thực thi các biện pháp nhằm từng bước giải quyết tình trạng tỷ số giới tính khi sinh đang tăng ở Việt Nam là một trong các vấn đề nhân khẩu học cần được ưu tiên.

### 3.3. Chất lượng các dịch vụ KHHGĐ và CSSKSS còn hạn chế

Bất kỳ một chương trình phát triển nào muốn duy trì sự bền vững, yếu tố chất lượng đóng vai trò quyết định. Chương trình KHHGĐ của Việt Nam đã thành công trong việc giảm mức sinh và kiểm soát sự gia tăng dân số bằng việc mở rộng phạm vi cung cấp dịch vụ KHHGĐ. Vì thế, trong những năm tới chương trình KHHGĐ cần chú trọng vào nâng cao chất lượng các dịch vụ thông tin, truyền thông và tư vấn. Các dịch vụ kiểm tra sức khỏe tiền hôn nhân, sàng lọc trước sinh, sàng lọc sơ sinh chưa được mở rộng. Mạng lưới cung cấp dịch vụ, đảm bảo các nhu cầu thiết yếu về dịch vụ DS, CSSKSS cho các khu vực thuộc vùng sâu, vùng xa, vùng đặc biệt khó khăn còn rất hạn chế.

### 3.4. Còn sự khác biệt về tình trạng sức khỏe bà mẹ giữa vùng đồng bằng, đô thị với vùng núi, vùng đồng bào dân tộc thiểu số

Đây là một vấn đề tồn tại từ rất nhiều năm, ngành y tế đã đầu tư rất nhiều công sức tiền bạc vào các dự án, hầu hết các trạm y tế ở các xã thuộc các tỉnh miền núi phía Bắc và Tây Nguyên đều được xây dựng lại, đầu tư trang thiết bị, đào tạo cán bộ, thuyền chuyển cán bộ v.v... nhưng hiệu quả vẫn thấp.

### 3.5. Công tác chăm sóc sức khỏe trẻ em và cứu sống trẻ sơ sinh còn nhiều hạn chế, còn sự cách biệt về tình trạng sức khỏe trẻ em giữa vùng núi và đồng bằng, giữa người giàu và người nghèo

Đến nay, tỷ suất tử vong của trẻ em ở dưới 5 tuổi ở các khu vực miền núi, vùng sâu, hẻo lánh và các gia đình nghèo vẫn còn cao hơn gấp 3-4 lần so với vùng đồng bằng và các gia đình có thu nhập cao. Mặt khác, trong khi tỷ lệ tử vong của trẻ em dưới 1 tuổi giảm đáng kể thì tỷ lệ tử vong của trẻ sơ sinh hầu như không thay đổi, còn chiếm tới 70% tử vong trẻ em dưới 1 tuổi và trên 50% tử vong trẻ em < 5 tuổi. Tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi thể còi cọc (chiều cao/cân nặng) còn rất cao, đặc biệt là ở Tây Nguyên và miền núi phía Bắc. Vì vậy, đây là vấn đề bức xúc cần được ưu tiên giải quyết trong nhiều năm tới.



### **3.6. Tình trạng phá thai và phá thai không an toàn còn ở mức cao**

Chú trọng đến nâng cao chất lượng dịch vụ, đảm bảo các quy chuẩn kỹ thuật kể cả các cơ sở dịch vụ tư nhân. Tăng cường tư vấn sau phá thai nhằm chuyển đổi hành vi các đối tượng nhất là vị thành niên và thanh niên.

### **3.7. Tình trạng nhiễm khuẩn đường sinh sản kể cả nhiễm khuẩn lây qua đường tình dục còn phổ biến**

Tình trạng nhiễm khuẩn đường sinh sản, nhiễm khuẩn lây qua đường tình dục, nếu không được điều trị hoặc điều trị không đầy đủ, có thể để lại nhiều hậu quả nghiêm trọng, ảnh hưởng xấu đến sức khỏe, cuộc sống gia đình, như vô sinh, chửa ngoài tử cung, sảy thai, chết thai, đẻ non, tăng nguy cơ ung thư cổ tử cung...

### **3.8. Chăm sóc SKSS vị thành niên và thanh niên, người cao tuổi còn hạn chế**

Những hạn chế trong CSSKSS vị thành niên và thanh niên là nguyên nhân dẫn đến tình trạng quan hệ tình dục không an toàn, mang thai ngoài ý muốn và phá thai gia tăng, các bệnh nhiễm khuẩn lây qua đường tình dục. Mặt khác, CSSKSS vị thành niên và thanh niên, người cao tuổi mới triển khai gần đây cần nhiều nỗ lực để hoàn thiện và mở rộng.

## **4. Khuyến nghị**

Để từng bước giải quyết các vấn đề ưu tiên trong lĩnh vực cung ứng dịch vụ dân số và chăm sóc sức khỏe sinh sản, báo cáo đã khuyến nghị các nhóm giải pháp sau đây (xem chi tiết ở chương Kết luận và khuyến nghị):

### **4.1. Triển khai thực hiện tốt Chiến lược quốc gia về DS-KHHGD, CSSKSS**

### **4.2. Giảm tử vong sơ sinh, nâng cao sức khỏe trẻ em**

### **4.3. Tăng cường công tác CSSKSS.**

## Chương 5: Nhân lực y tế

Chương này tập trung đánh giá thực trạng và các vấn đề ưu tiên liên quan đến nhân lực y tế ở Việt Nam, trên cơ sở đó khuyến nghị các giải pháp cho các vấn đề ưu tiên đã xác định.

### 1. Khái niệm, quan niệm

Để có cách hiểu thống nhất về những khái niệm/quan niệm cơ bản liên quan đến nhân lực y tế, dưới đây sẽ trình bày tóm tắt khái niệm “Nhân lực y tế”, quan niệm về vai trò của nhân lực y tế và về quản lý nâng cao hiệu quả làm việc của nhân lực y tế.

Theo WHO năm 2006, “*Nhân lực y tế bao gồm tất cả những người tham gia vào các hoạt động có mục đích chính là nâng cao sức khỏe*”. Theo đó, nhân lực y tế bao gồm những người cung cấp dịch vụ y tế, người làm quản lý và cả nhân viên giúp việc không trực tiếp cung cấp các dịch vụ y tế. Nhân lực y tế bao gồm nhân viên y tế chính thức và không chính thức (như tình nguyện viên xã hội, những người CSSK gia đình, lang y...) [67].

Nhân lực y tế có vai trò quyết định và quan trọng trong cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho nhân dân. Nguồn nhân lực y tế được coi là một trong những thành phần cơ bản và quan trọng nhất của hệ thống y tế, có mối liên hệ rất chặt chẽ và không thể thiếu đối với các thành phần khác của hệ thống y tế như tài chính y tế, thông tin y tế, dịch vụ y tế, thuốc và trang thiết bị y tế, quản trị hệ thống y tế [68]. Ở Việt Nam, Nghị quyết số 46/NQ-TW, ngày 23/02/2005, của Bộ Chính trị đã nêu rõ nguyên tắc chỉ đạo nguồn nhân lực y tế, cụ thể là “*Nghề y là một nghề đặc biệt, cần được tuyển chọn, đào tạo, sử dụng và đãi ngộ đặc biệt...*”.

Y tế là một ngành sử dụng nhiều lao động, do đó giáo dục và đào tạo nhân lực y tế cần sự đầu tư lớn, có sự quan tâm của Chính phủ trong việc lập kế hoạch và điều phối nguồn nhân lực y tế nhiều hơn so với các ngành khác. Sự phát triển không ngừng của y học và công nghệ y tế đòi hỏi những người hành nghề y phải liên tục nâng cao kiến thức và kỹ năng trong suốt đời làm việc. Nhân lực y tế có đặc thù riêng về đạo đức nghề nghiệp, một nghề mà mọi công việc dù là nhỏ, đều có liên quan đến tính mạng, nhân phẩm và hạnh phúc con người. Cũng vì vậy, việc hành nghề y tế đòi hỏi có sự kiểm soát ở mức độ cao để bảo vệ cho người bệnh, cho cộng đồng và cho cả những người hành nghề y tế.

Quản lý để nâng cao hiệu quả làm việc của nguồn nhân lực xét về tổng thể đòi hỏi phải có một chiến lược quốc gia nhằm đáp ứng *đủ nhân lực* (cả về số lượng, chất lượng và cơ cấu chuyên môn) theo nhu cầu CSSK từng vùng, miền và toàn quốc; *xây dựng năng lực chuyên môn tốt*, bồi dưỡng phát triển nguồn nhân lực để có thể đảm bảo có được đúng người vào đúng vị trí mong muốn, thông qua chiến lược đào tạo phù hợp, trong đó đặc biệt coi trọng đào tạo liên tục; *tạo động lực cho nhân lực* bằng việc đề cao các giá trị đạo đức, bảo đảm các điều kiện và môi trường làm việc phù hợp và thực hiện chế độ lương, thù lao và các chế độ xã hội khác gắn với đánh giá công việc một cách có hiệu quả, công bằng [69]. Ba mục tiêu trên đây (bao phủ, năng lực và động lực) là cơ sở tạo ra tính công bằng, hiệu quả và chất lượng của hệ thống y tế, từ đó thực hiện mục tiêu cuối cùng của hệ thống y tế là nâng cao sức khỏe nhân dân.

## **2. Đánh giá thực trạng**

### **2.1. Những tiến bộ và kết quả**

#### **2.1.1. Chỉ tiêu về số bác sĩ và dược sĩ/10 000 dân đã đạt được kế hoạch đề ra**

Hiện nay số nhân lực y tế trên 10 000 dân của Việt Nam được xếp vào nhóm những nước có tỷ lệ cao (> 5 bác sĩ trên 10 000 dân) [70]. Số lượng cán bộ y tế (CBYT) trên 10 000 dân tăng từ 29,2 năm 2001 lên 34,4 năm 2008 [28]. Số lượng nhân lực y tế đã tăng lên nhiều qua các năm qua, đặc biệt là số bác sĩ, dược sĩ đại học, điều dưỡng và kỹ thuật viên y học.

Ngoài ra Việt Nam còn có 5,7 y sĩ/10 000 dân phục vụ chủ yếu ở tuyến xã; 100% số xã và 90% số thôn bản đã có cán bộ y tế (CBYT) hoạt động, 69% số xã có bác sĩ hoạt động và 65% số trạm y tế xã đạt chuẩn quốc gia vào năm 2009 [28].

#### **2.1.2. Hệ thống đào tạo y tế được mở rộng, chất lượng nhân lực y tế có tiến bộ**

*Mạng lưới các trường đào tạo nhân lực y tế đã được mở rộng*, bao gồm cả trường công và trường tư. Cả nước có 25 cơ sở đào tạo y dược bậc đại học, cả công lập và dân lập. Trong đó có 2 cơ sở đang trong giai đoạn thành lập. Hầu hết các tỉnh đều có trường trung cấp hoặc cao đẳng y tế. Chương trình đào tạo, cơ sở vật chất của nhiều trường đã được cải thiện. Một số trường đại học y dược đã có bệnh viện thực hành riêng, tạo điều kiện tốt cho sinh viên thực tập.

Bộ Y tế đã cải tiến chương trình đào tạo, mở thêm nhiều mã ngành mới trong thời gian qua, ở cả trình độ đại học (bác sĩ y học dự phòng, cử nhân kỹ thuật y tế, quản trị bệnh viện) và cao đẳng và trung cấp (y học dự phòng, dân số y tế, kỹ thuật y tế...). Chính sách đào tạo liên thông, đào tạo theo địa chỉ đã góp phần tích cực trong cung cấp nhân lực y tế cho các địa phương, đặc biệt ở các khu vực khó khăn.

Nhìn chung, những năm gần đây tỷ lệ nhân lực y tế có trình độ sơ học và trung học giảm dần, tỷ lệ nhân lực y tế có trình độ đại học và trên đại học tăng (chiếm khoảng 29%). Nhiều loại hình nhân lực y tế mới được hình thành, như cử nhân điều dưỡng, cử nhân y tế công cộng và cử nhân kỹ thuật y tế. Nhiều nhân viên y tế đã được đào tạo nâng cao trình độ ở bậc sau đại học như bác sĩ nội trú, chuyên khoa 1 (CK1), chuyên khoa 2 (CK2), thạc sĩ và tiến sĩ. Đội ngũ cán bộ khoa học kỹ thuật được tăng cường, thực hiện được nhiều kỹ thuật hiện đại...

Công tác đào tạo liên tục đối với nhân lực y tế được triển khai với các loại hình: a) đào tạo bồi dưỡng để cập nhật, bổ sung kiến thức, kỹ thuật thuộc lĩnh vực chuyên môn đang đảm nhận; b) đào tạo lại; c) đào tạo theo nhiệm vụ chỉ đạo tuyến; d) đào tạo chuyển giao kỹ thuật và e) những khoá đào tạo chuyên môn nghiệp vụ khác của ngành y tế mà không thuộc hệ thống bằng cấp quốc gia.

#### **2.1.3. Một số chính sách liên quan chế độ đãi ngộ được đổi mới**

Chính phủ đã ban hành và thực hiện các quy định về chế độ phụ cấp theo ngành nghề, khu vực cho nhân lực y tế công tác ở các khu vực và ngành nghề khó khăn, như phụ cấp độc hại, nguy hiểm, phụ cấp lưu động, phụ cấp trách nhiệm, phụ cấp phòng chống dịch, phụ cấp phẫu thuật, thủ thuật, phụ cấp làm đêm, làm thêm giờ và phụ cấp ưu đãi nghề [71]. Năm 2009, Chính phủ đã nâng phụ cấp ưu đãi và phụ cấp thu hút đối với cán bộ, viên chức y tế công tác ở vùng có điều kiện kinh tế- xã hội đặc biệt khó khăn lên 70% mức lương cơ bản<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Lương theo ngạch, bậc hiện hưởng, cộng với phụ cấp chức vụ lãnh đạo và phụ cấp thâm niên vượt khung

(Nghị định 64/2009/NĐ-CP), tạo ra phụ cấp đặc thù đối với cán bộ, viên chức công tác tại một số bệnh viện đặc biệt (Quyết định 46/2009/QĐ-TTg) và chế độ phụ cấp cho nhân viên y tế thôn bản lên 30% đến 50% lương tối thiểu tùy mức độ khó khăn của vùng công tác (Quyết định 75/2009/QĐ-TTg).

#### **2.1.4. Nhiều chính sách nhằm tăng cường năng lực tuyển dưới, đặc biệt tuyển y tế cơ sở**

Việc triển khai Đề án 1816 về luân phiên cán bộ tuyển trên hỗ trợ tuyển dưới đã bước đầu góp phần nâng cao trình độ CBYT tuyển dưới thông qua đào tạo tại chỗ, bồi túc kỹ năng và chuyển giao công nghệ.

Bộ Y tế đã xây dựng chính sách và biện pháp hỗ trợ tích cực để phát triển công tác đào tạo ở các vùng khó khăn, như triển khai đề án đào tạo cử tuyển cho một số khu vực khó khăn theo Quyết định số 1544/2007/QĐ-TTg và Nghị định 134/2006/NĐ-CP và đề nghị áp dụng tuyển sinh theo địa chỉ cho một số tỉnh có nhu cầu.

Bộ Y tế có chủ trương tăng cường đào tạo sau đại học cho nhân lực y tế thông qua việc tăng chỉ tiêu đào tạo sau đại học cho các trường, miễn thi ngoại ngữ (tiếng Anh) trong tuyển sinh cho chuyên khoa II đối với cán bộ y tế làm việc ở vùng khó khăn, tăng cường tuyển sinh sau đại học thông qua các dự án hỗ trợ y tế cho các khu vực Tây Nguyên, Đồng bằng sông Cửu Long ....

#### **2.1.5. Điều kiện tăng cường đào tạo liên tục được làm thuận lợi**

Ban hành Thông tư số 07/2008/TT-BYT, hướng dẫn triển khai đào tạo liên tục rộng rãi trên toàn quốc. Năm 2009, Vụ Khoa học và Đào tạo – Bộ Y tế đã có công văn hướng dẫn thực hiện Thông tư 07/2008/TT-BYT về tổ chức và quản lý đào tạo liên tục tại địa phương, cũng như xây dựng và biên soạn chương trình, tài liệu đào tạo liên tục [72; 73]. Việc thực hiện các chương trình đào tạo liên tục, bồi dưỡng nâng cao trình độ công chức, viên chức đã được tổ chức lại, tập trung tại hai cơ sở chính là Trường Đại học y tế công cộng và Viện Vệ sinh y tế công cộng Hồ Chí Minh, với nhiều chương trình đào tạo khác nhau. Nhiều chương trình và tài liệu đã được Hội đồng thẩm định tài liệu do Vụ Khoa học Đào tạo, Bộ Y tế phê duyệt [74].

## **2.2. Những vấn đề cần giải quyết**

### **2.2.1. Mất cân đối về nhân lực y tế gây ra tình trạng thiếu nhân lực y tế ở một số chuyên ngành và vùng miền**

*Thiếu nhân lực y tế ở một số chuyên ngành* như y học dự phòng, y tế công cộng, nhi, truyền nhiễm, tâm thần, pháp y, giải phẫu bệnh, lao và phong, thanh tra an toàn vệ sinh thực phẩm, kỹ thuật viên y tế, kỹ sư chuyên về thiết bị y tế, thống kê y tế, quản lý bệnh viện [68]. Điển hình là nhân lực y tế cho hệ thống y tế dự phòng thiếu một cách trầm trọng, đặc biệt là tuyển huyện. Theo dự thảo quy hoạch của Bộ Y tế thì cần bổ sung tới 15 979 người cho hệ thống y tế dự phòng, trong đó chủ yếu là bác sĩ và kỹ thuật viên y tế.

*Nhân lực y tế phân bố mất cân đối theo vùng miền.* Nhân lực y tế có trình độ cao như bác sĩ, dược sĩ đại học chủ yếu tập trung ở khu vực thành thị và trung tâm lớn chủ yếu là trung ương và tuyển tỉnh (Bảng 13).

**Bảng 13: Tỷ lệ nhân lực y tế phân theo trình độ và theo tuyến, 2008**

	Tổng số NLYT	Sau đại học	Đại học	Cao đẳng+ trung học	Sơ học
<b>Cơ cấu trình độ chung</b>	<b>100%</b>	<b>2,2%</b>	<b>23,0%</b>	<b>54,6%</b>	<b>17,3%</b>
Phân bố theo tuyến (%):					
Trung ương	14,5	54,2	22,1	8,4	13,3
Tỉnh	36,8	41,1	35,7	30,9	32,5
Huyện	27,6	5,0	22,9	28,2	18,6
Xã	21,1	0,0	22,1	26,1	12,9
<b>Tổng</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Nguồn: Niên giám thống kê y tế năm 2008 [28]

Bảng 13 cho thấy nhân lực y tế ở tuyến trung ương chiếm tới 14,5% tổng số nhân lực y tế của cả nước và tập trung chính ở TP Hà Nội và TP Hồ Chí Minh. Nhân lực ở địa phương, tập trung ở các thành phố, thị xã (36,8%), sau đó mới đến tuyến huyện (27,6%), và xã (21,1%).

Đại đa số CBYT có trình độ cao (đại học và sau đại học) tập trung ở tuyến trung ương và tỉnh, trong đó trình độ đại học chiếm 57,8% và sau đại học là 95,2%. Tỷ lệ bác sĩ trên 10 000 dân cao nhất là ở các thành phố lớn, như Đà Nẵng (6,9); Hải Phòng (6,6), TP Hồ Chí Minh (6,4). Trong khi đó ở một số khu vực khác thì tỷ lệ rất thấp như Bắc Trung bộ (4,2); Đồng bằng sông Cửu Long (4,1) và Duyên hải Nam Trung bộ (4,5) [28].

Tình trạng dịch chuyển nhân lực y tế từ tuyến dưới lên tuyến trên, về các thành phố lớn và từ y tế công sang tư nhân là báo động, ảnh hưởng đến việc đảm bảo số lượng nhân lực y tế cần thiết ở các cơ sở y tế (Bảng 14) [75]. Sự dịch chuyển này khiến cho tình hình phân bố nhân lực y tế ngày càng chênh lệch giữa các tuyến.

**Bảng 14: Số lượng bác sĩ bỏ cơ sở y tế công, 2008**

Tỉnh/Thành phố	Bác sĩ bỏ cơ sở y tế công		
	Chuyên	Đa khoa	Tổng
TP Hà Nội	9	15	23
TP Hồ Chí Minh	34	86	120
Hải Phòng	9	0	9
Quảng Ninh	2	1	3
Nghệ An	3	0	3
An Giang	13	1	14

Nguồn: USAID. Assessment of health system performance in six provinces of Vietnam. Hanoi, 2010 [75].

Nhiều yếu tố đang tác động tới thị trường nhân lực y tế, như tốc độ phát triển kinh tế, chênh lệch trong mức độ phát triển kinh tế giữa các khu vực, các chính sách khuyến khích phát triển y dược tư nhân, và kể cả mức sống tăng lên thay đổi sở thích và yêu cầu từ phía người tiêu dùng dịch vụ y tế. Giải quyết cân bằng cung, cầu bằng cách lập kế hoạch đào tạo đủ nhân lực phù hợp với nhu cầu của các cơ sở y tế công lập không còn là giải pháp phù hợp

nữa. Bây giờ để quản lý thị trường nhân lực y tế cần đến các công cụ mới nhằm dự báo được cung cầu, đổi mới hệ thống đào tạo để nhân lực y tế linh hoạt đáp ứng khi nhu cầu thay đổi, đảm bảo chính sách chế độ (gồm cả lương, phụ cấp, điều kiện làm việc, học tập, cơ hội thăng tiến, ...) cho cán bộ y tế phù hợp để cân bằng thị trường lao động giữa nông thôn/thành thị, giữa công việc hấp dẫn và ít hấp dẫn hơn [76]. Thậm chí, giống như ở các nước phát triển, sẽ luôn luôn có những nơi làm việc khó thu hút đủ nhân lực, và cần tính đến việc đổi mô hình cung cấp dịch vụ y tế để đáp ứng nhu cầu của dân trong điều kiện cho phép.

Tình hình trên giải thích được một phần vì sao các vùng miền núi, vùng sâu, vùng xa không thu hút được nhân lực y tế về công tác. Ngược lại, nhân lực y tế bị hút về các khu vực đô thị [77]; vì sao những lĩnh vực y tế dự phòng, lây, nhi... hiện đang thiếu nhân lực, thiếu đầu vào tuyển sinh cũng như các bác sĩ đa khoa đều không thích công tác tại lĩnh vực đó...

Để khắc phục việc thiếu nhân lực y tế ở một số khu vực và chuyên ngành, thì không chỉ đơn thuần là tăng chỉ tiêu tuyển sinh và đào tạo nhân lực y tế, mà phải có giải pháp tổng thể, đồng bộ ở cấp vĩ mô hơn [77]. Theo Kết luận 42-KL/TW của Bộ Chính trị, Bộ Y tế sẽ xây dựng văn bản quy định quyền và trách nhiệm của cán bộ y tế đối với xã hội, tiến tới luật hoá nghĩa vụ trách nhiệm của cán bộ y tế đối với vùng kinh tế khó khăn của đất nước [78].

Để khắc phục một phần thiếu bác sĩ ở các cơ sở y tế thuộc các tỉnh miền núi, đảm bảo tính công bằng và hiệu quả trong cung cấp dịch vụ CSSK cho nhân dân ở các vùng trong cả nước, Bộ Y tế đã triển khai đề án 1816, trước hết ở những nơi tuyển dưới “Cần” và tuyển trên “Có” chấp nối được yêu cầu. Sau một năm thực hiện (tính đến tháng 9/2009), đã có 59 bệnh viện cử 1846 lượt cán bộ đi luân phiên hỗ trợ 189 bệnh viện và cơ sở y tế trực thuộc 57 tỉnh, thành phố. Đã có 26 chuyên ngành, chuyên khoa được chuyển giao kỹ thuật, tổ chức được 129 lớp tập huấn với 11 978 lượt cán bộ tham gia, 70 434 lượt bệnh nhân được cán bộ luân phiên khám trực tiếp; 1882 ca phẫu thuật, đặc biệt nhiều ca bệnh hiểm nghèo đã được các bác sĩ luân phiên cứu sống, số bệnh nhân phải chuyển về tuyển trên giảm 30%. Hiện có trên 30 tỉnh thành phố đã chủ động triển khai kế hoạch luân phiên cán bộ từ bệnh viện tỉnh xuống tuyển huyện và xã [78].

Tuy nhiên, vẫn còn một số vướng mắc khi triển khai đề án 1816, như không có sự phối hợp giữa các đơn vị; cán bộ tuyển trên đôi khi không phù hợp với yêu cầu của tuyển dưới. Ở một số địa phương, vẫn còn tình trạng cán bộ tuyển trên đi làm thay công việc của tuyển dưới. Việc cử cán bộ luân phiên khiến cho các bệnh viện tuyển trên thiếu nhân lực [78; 79].

Đề án 1816 được đánh giá là một đề án có tính nhân văn cao, góp phần tích cực giải quyết thiếu nhân lực và nâng cao khả năng cung cấp dịch vụ ở tuyển dưới. Đây là một giải pháp mang tính tạm thời, nhưng theo quan điểm của Bộ Y tế, ở hoàn cảnh Việt Nam, có thể còn phải triển khai lâu dài [78].

Việc hỗ trợ học viên vùng núi, dân tộc thiểu số theo được chương trình đào tạo chưa đạt yêu cầu: chưa có các chương trình bổ túc về văn hoá, ngôn ngữ cho học sinh cử tuyển để có chung mặt bằng trình độ với các học sinh thi chính quy khác; nguồn kinh phí để cấp học bổng cho sinh viên cử tuyển còn hạn hẹp. Bên cạnh đó, cũng phải xem xét tính linh hoạt trong mô hình cung cấp dịch vụ và đào tạo loại hình nhân lực mới, không quá “cao” như bác sĩ, được sĩ mà vẫn có thể đảm nhiệm những nhiệm vụ chính của dịch vụ y tế. Kinh nghiệm ở một số nước cho thấy, ngay cả Canada cũng đã thực hiện chuyển giao nhiệm vụ điều trị bệnh nhân cho y sĩ ở một số khu vực vùng xa, để giảm bớt gánh nặng về nhu cầu bác sĩ ở các khu vực đó mà không thể đáp ứng được [80]. Vào những năm 1997 Trung Quốc cũng đã phải đối mặt với tình trạng như Việt Nam về yêu cầu phải đảm bảo chất lượng dịch vụ y tế ở khu vực nông thôn và việc dịch chuyển nhân lực y tế có trình độ về khu vực thành thị. Giải pháp đào



tạo y sĩ để có thể đảm nhiệm công việc của bác sĩ ở khu vực nông thôn đã được đưa ra cùng với việc áp dụng các quy định, tiêu chuẩn giám sát chất lượng cung cấp dịch vụ của các loại hình nhân lực y tế khác nhau. Những giải pháp đó đáp ứng được nhu cầu địa phương, có thể chấp nhận được và mang tính khả thi [81]. Một số nước khác như Thái Lan cũng đã thành công trong việc đưa ra các chương trình đào tạo cho học sinh, sinh viên ở khu vực nông thôn, xây dựng các trường đào tạo nhân lực y tế ở khu vực nông thôn [82].

*Chính sách lương, phụ cấp và thưởng còn bất cập:* tiền lương chưa đủ sống, chính sách phụ cấp theo khu vực và nghề nghiệp quá thấp, không đủ để khắc phục chênh lệch thu nhập giữa các chuyên môn và khu vực, gây khó khăn cho việc thu hút nhân lực công tác ở tuyến cơ sở và trong một số lĩnh vực như y tế dự phòng, nhi, lao... Nguồn tài chính để trả cho cán bộ y tế những khoản thu nhập bổ sung chủ yếu lấy từ nguồn thu chính thức của các cơ sở y tế, mà ở các địa phương khó khăn khó bảo đảm được nguồn thu này do sức chi trả của BHYT và của dân hạn chế.

### **2.2.2. Công tác đảm bảo chất lượng đào tạo nhân lực y tế còn nhiều hạn chế**

*Chất lượng đào tạo chưa được cải thiện ở nhiều cơ sở đào tạo về nhân lực y tế* (cơ sở vật chất thiếu, số lượng và chất lượng giảng viên còn ít; chương trình đào tạo chưa được cập nhật kịp thời, chưa thực hiện kiểm định chất lượng đào tạo) [68].

Các cơ sở đào tạo nhân lực y tế còn nhiều thiếu thốn về cơ sở vật chất, đặc biệt là cơ sở thực tập, như bệnh viện, labo y học cơ sở và thư viện. Bộ Y tế đã có nhiều chính sách tạo điều kiện và giúp đỡ các cơ sở đào tạo đưa sinh viên đi thực hành, thực tập, như Thông tư hướng dẫn kết hợp viện - trường (09/2008/TT-BYT ngày 01/08/2008). Tuy nhiên, do điều kiện khó khăn về kinh phí và cơ sở hạ tầng, một số trường vẫn chưa có bệnh viện thực hành, như Đại học Y Dược Thái Bình, Đại học Điều dưỡng Nam Định, Đại học Tây Nguyên và Đại học Y Dược Cần Thơ. Cho nên việc thiếu cơ sở thực hành, thực tập cho học sinh, sinh viên là tương đối phổ biến hiện nay ở nhiều cơ sở đào tạo nhân lực y tế.

Tình trạng thiếu trang thiết bị cho các phòng thực hành y học cơ sở tương đối phổ biến ở rất nhiều cơ sở đào tạo. Bộ Y tế đã có kế hoạch huy động vốn vay từ ADB để giúp một số cơ sở đào tạo nâng cấp phòng thực hành y học cơ sở và hy vọng sẽ bắt đầu triển khai từ năm 2011. Các trường cần có kế hoạch tiếp nhận và triển khai các cơ sở thực hành này, bắt đầu từ việc bố trí cơ sở vật chất và đào tạo nhân lực để có thể vận hành khi trang thiết bị được cung cấp [83].

Mặc dù trình độ của giảng viên của các trường đã được cải thiện [84], nhưng sẽ rất khó khăn để đạt được các mục tiêu của Chính phủ về trình độ giảng viên vào năm 2020 với ít nhất 90% giảng viên đại học và 70% giảng viên cao đẳng có trình độ thạc sĩ trở lên; trong đó ít nhất 75% giảng viên đại học và 25% giảng viên các trường cao đẳng có bằng tiến sĩ [85].

Việc áp dụng các phương pháp giảng dạy tích cực còn chưa phổ biến, chưa đồng bộ, phụ thuộc chủ yếu vào năng lực của từng trường và giảng viên trong huy động tài trợ và hỗ trợ kỹ thuật nước ngoài [86; 87]. Việc cập nhật chương trình khung cũng được thực hiện tương đối chậm so với yêu cầu.

Luật Khám bệnh, chữa bệnh được Quốc hội thông qua tháng 11/2009 và sẽ có hiệu lực vào tháng 1/2011. Luật yêu cầu nhân viên y tế phải đạt được chuẩn về lý thuyết và thực hành trong KCB, song hiện nay vẫn chưa có hướng dẫn về tiêu chuẩn năng lực chuyên môn, cơ chế kiểm tra năng lực chuyên môn hành nghề thống nhất trong cả nước. Hiện tại chuẩn đầu ra về năng lực của các ngành thuộc khối khoa học sức khỏe chưa được công bố và mới chỉ có dự thảo tiêu chuẩn năng lực của Điều dưỡng đại học do Hội Điều dưỡng xây dựng mà thôi. Đây là một thách thức mới đối với các trường đào tạo nhân lực y tế, đặc biệt là cán bộ

làm lâm sàng (bác sĩ, điều dưỡng) trong việc chuẩn bị và thực hiện các chương trình đào tạo nhằm đáp ứng yêu cầu khi cấp chứng chỉ hành nghề.

Các cơ sở đào tạo bắt buộc phải thực hiện kiểm định chất lượng đào tạo, cập nhật chương trình đào tạo, bố trí giảng viên và cơ sở vật chất phù hợp để sinh viên tốt nghiệp có thể đáp ứng đáp ứng chuẩn năng lực đầu ra theo quy định của Bộ Giáo dục và Đào tạo về đổi mới cơ chế quản lý giáo dục đại học [88]. Tuy nhiên, hiện nay kinh phí dành cho đào tạo tương đối thấp (4 triệu đồng/sinh viên đại học), học phí đóng theo quy định của Nhà nước cũng rất thấp (340 000 đồng/tháng), chỉ đủ chi trả cho lương của giảng viên. Do vậy, cần có cơ chế hỗ trợ kinh phí cho các cơ sở đào tạo nhân lực y tế để các có thể triển khai chương trình kiểm định chất lượng đào tạo một cách có hiệu quả, giảng viên có thu nhập đủ sống, chuyên tâm vào công tác giảng dạy, có đủ cơ sở thực hành, thực tập cho sinh viên, đảm bảo chuẩn đầu ra đã cam kết của các cơ sở đào tạo.

*Thực hiện đào tạo liên tục còn khó khăn trong việc đảm bảo chất lượng đào tạo và quy định bắt buộc tham gia đào tạo liên tục.* Luật Khám bệnh, chữa bệnh đã nhấn mạnh về sự cần thiết phải cập nhật kiến thức thông qua các chương trình đào tạo thường xuyên và Bộ Y tế cũng đã có Thông tư 07/2008/TT-BYT về đào tạo liên tục, nhưng việc triển khai những quy định này vẫn còn gặp một số khó khăn liên quan đến cơ chế và kinh phí. Hiện tại chưa có chế tài bắt buộc nhân viên y tế phải theo học các khóa nâng cao trình độ.

Một hạn chế lớn đối với các lớp đào tạo ngắn hạn là thiếu kinh phí, một phần do định mức thấp. Hiện nay kinh phí đào tạo lại của Bộ Y tế còn hạn chế, chỉ đủ cho 50 lớp với khoảng 2000 học viên ở các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế. Do vậy nhiều nhân viên y tế có nhu cầu nhưng không thể tham gia [68]. Bên cạnh đó, một số chương trình, dự án khác cũng có tiến hành nhiều các khoá đào tạo ngắn hạn cho cán bộ của chương trình, ví dụ như chương trình đào tạo cho tuyến huyện giai đoạn 2005-2008, mỗi năm kinh phí cho khoảng 5 tỷ đồng theo quyết định Quyết định 225/2005/TTg, tuy nhiên chi theo Luật NSNN. Tương tự như vậy, Đề án củng cố và phát triển Trung tâm YTDP tuyến huyện theo Quyết định 1402/2007/QĐ-TTg cũng yêu cầu thực hiện từ kinh phí địa phương. Tuy nhiên chất lượng giảng dạy ở các khoá học không đồng đều và chưa có cơ chế đảm bảo chất lượng đào tạo [86; 87].

Ở các khu vực khó khăn, cán bộ y tế ít có cơ hội được tham gia đào tạo liên tục do không huy động được nguồn kinh phí từ địa phương. Điều tra hệ thống y tế mới đây do Cơ quan Phát triển Quốc tế của Hoa kỳ (USAID) thực hiện cho thấy rằng kinh phí của các tỉnh cho đào tạo lại hầu như không có. Ở các bệnh viện tỉnh có thực hiện tự chủ theo Nghị định 43/2006/NĐ-CP thì chỉ dành khoảng 50 triệu đồng cho đào tạo lại/năm và ở bệnh viện huyện thì kinh phí là 12-15 triệu đồng/năm. Các cơ sở y tế dự phòng không có kinh phí dành cho đào tạo lại, và phụ thuộc hoàn toàn các các chương trình dự án [75].

Mặt khác, nhiều cơ sở y tế không thể cử người đi học nâng cao năng lực do thiếu cán bộ thực hiện nhiệm vụ chuyên môn. Vì vậy cần phải có chế độ hỗ trợ thích hợp và địa điểm, thời gian đào tạo phải thuận lợi đối với người học [68].

### 2.2.3. Quản lý nhân lực y tế còn chưa hiệu quả

#### *Quản lý nhà nước về nhân lực*

Hiện tại việc phát triển nhân lực y tế chưa được hoạch định một cách cụ thể, khiến cho việc lập kế hoạch cho đào tạo và sử dụng còn gặp nhiều khó khăn (phát triển loại hình nào, bao nhiêu là đủ). Theo số liệu hiện nay, vẫn còn chưa rõ số lượng nhân lực y tế đào tạo ra là đủ hay là thừa. Theo dự toán của Vụ Khoa học và Đào tạo, đến năm 2015, mỗi năm cần đào tạo khoảng 5299 bác sĩ và 1337 dược sĩ đại học để thay cho số người về hưu, chuyển

nghề, và đáp ứng với yêu cầu ngày càng tăng. Đây là số lượng cần thiết đủ để cung cấp cho hệ thống y tế, tính theo số bác sĩ và dược sĩ/ 1 vạn dân (Bảng 15).

**Bảng 15. Ước tính nhu cầu đào tạo hằng năm, 2015 và 2020**

Loại hình NLYT	Năm 2015		Năm 2020	
	Chỉ tiêu/ 1 vạn dân	Cần đào tạo hằng năm	Chỉ tiêu/ 1 vạn dân	Cần đào tạo hằng năm
Bác sĩ	8,0	5299	10	7030
Dược sĩ	1,6	1337	2	1724

Nguồn: JAHR 2009

Theo báo cáo của Vụ Khoa học và Đào tạo, số lượng bác sĩ và dược sĩ dự kiến ra trường năm 2012 là 4890 và 1755 [67], chưa kể số sinh viên tốt nghiệp loại hình đào tạo liên thông. Như vậy, so với nhu cầu về số lượng bác sĩ cho năm 2015 thì tổng số sinh viên tốt nghiệp vào năm 2012 còn thấp hơn số cần thiết là 5299. Cũng theo báo cáo của Vụ Khoa học và Đào tạo, nhu cầu về số dược sĩ cho ngành y tế vào năm 2015 là 1724, trong khi dự kiến số dược sĩ tốt nghiệp đại học chính quy năm 2012 là 1755, tương đương số dược sĩ cần thiết vào năm 2015. Nếu tiếp tục tăng chỉ tiêu đầu vào như hiện nay, thì số lượng dược sĩ tốt nghiệp năm 2015 sẽ cao hơn nhu cầu của ngành.

Nếu xem xét một số loại hình đào tạo còn thiếu như y tế dự phòng, nhi, lao ... thì cần có sự điều chỉnh về chỉ tiêu đào tạo cũng như chính sách phù hợp cho những học sinh, sinh viên tham gia học tập các chuyên ngành còn thiếu. Do chưa có chính sách phát triển nhân lực một cách tổng thể, thành ra chưa có những chính sách đồng bộ cần thiết.

Hiện nay y tế tư nhân đang phát triển và nhân lực cho khu vực này chủ yếu do các trường đào tạo nhân lực y tế công lập cung cấp, cũng như từ các cơ sở y tế công chuyển sang. Nếu không có chiến lược phát triển nhân lực y tế một cách tổng thể thì khó có thể có kế hoạch đào tạo nhân lực y tế một cách rõ ràng đối với các trường đào tạo nhân lực y tế công lập.

Trong giai đoạn vừa qua, có rất nhiều loại hình cán bộ mới được đào tạo như cử nhân y tế công cộng, cử nhân kỹ thuật y tế, cử nhân điều dưỡng. Việc đánh giá hiệu quả làm việc nhóm (teamwork), đánh giá về cơ cấu chuyên môn (skill mix) (phối hợp các cán bộ đã có trong ngành như bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng) trong cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nhân dân cũng chưa được thực hiện. Do vậy cần thiết có những nghiên cứu về vấn đề này một cách tổng thể để đưa ra kế hoạch đào tạo và tuyển dụng phù hợp.

### ***Quản lý nhân lực tại cơ sở y tế***

Trong những năm qua, Chính phủ đã có những cải tiến chế độ tiền lương, tiền phụ cấp cho cán bộ y tế, đặc biệt là trong một số nghề như cán bộ công tác tại chuyên khoa lao, tâm thần, nhi, HIV/AIDS, y tế dự phòng, nhằm khắc phục một phần khó khăn trong việc thu hút nhân lực cho những địa phương và chuyên ngành ít hấp dẫn [68]. Chế độ đãi ngộ cũng là một công cụ quản lý nhằm tạo động lực tăng năng suất và kết quả làm việc của nhân lực y tế. Song, hiện nay chưa có cơ chế phân công nhiệm vụ, đánh giá thực hiện công việc, chi trả theo năng suất, chất lượng công việc, cho nên không động viên được người làm việc tốt, khiến cho nhân lực y tế có xu hướng di chuyển lên tuyến trên và sang khu vực y tế tư nhân.

Điều tra về hệ thống y tế tại 6 tỉnh mới đây cho thấy rằng hầu như các cơ sở y tế đều không có mô tả công việc chi tiết cho từng vị trí công tác. Hiện tại chỉ có TP Hồ Chí Minh và An Giang thực hiện quản lý theo ISO 9001-2000 nên các bệnh viện bắt đầu xây dựng bản mô tả công việc cho từng vị trí. Tuy nhiên việc xây dựng mô tả công việc gặp khó khăn ở các cơ

sở y tế dự phòng và tuyến xã do cán bộ y tế phải làm nhiều công việc khác nhau cùng một lúc [75].

Chiến lược phát triển nhân lực y tế cụ thể sẽ góp phần tăng cường hiệu quả của hệ thống y tế kể cả trong những điều kiện khó khăn. Mọi chiến lược đều phải hướng tới mục đích đảm bảo cho mỗi người dân phải được tiếp cận với nhân viên y tế có trình độ, nhiệt tình và có tinh thần trách nhiệm trong cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nhân dân [70].

Mặc dù đã có chương trình hỗ trợ nâng cấp cơ sở vật chất ở bệnh viện tuyến huyện, bệnh viện khu vực thông qua các dự án, chương trình đầu tư theo kinh phí từ trái phiếu chính phủ, cán bộ y tế hiện đang làm việc trong điều kiện vẫn còn nhiều khó khăn, cơ sở vật chất còn thiếu thốn, trang thiết bị chưa đủ. Tuy nhiên việc giải ngân chậm, không đồng bộ, cho nên điều kiện làm việc của cán bộ y tế vẫn còn khó khăn [68]. Điều kiện làm việc của cán bộ y tế còn nhiều thiếu thốn, chưa đảm bảo an toàn, do vậy đã hạn chế hiệu quả làm việc.

Hơn nữa, hệ thống giám sát chất lượng dịch vụ lâm sàng còn chưa được thực hiện hiệu quả [68]. Những công việc như kiểm thảo tử vong, bình bệnh án về thực hiện quy chuẩn kỹ thuật cho các ca bệnh, hội chẩn, tuân thủ quy chế hội đồng thuốc và điều trị ... vẫn chưa được tiến hành thường xuyên ở các cơ sở y tế. Do đó công tác đảm bảo chất lượng dịch vụ của cơ sở y tế vẫn chưa được thực hiện đầy đủ và cần phải có sự chú ý đúng mức hơn.

Số lượng nhân lực y tế làm công tác quản lý được đào tạo chuyên về quản lý rất ít, đặc biệt trong lĩnh vực quản lý bệnh viện [68]. Để đáp ứng với đòi hỏi trong giai đoạn chuyển đổi cơ chế quản lý, các cán bộ quản lý cần phải được đào tạo cập nhật kiến thức và kỹ năng trong rất nhiều lĩnh vực ví dụ lập kế hoạch, quản lý tài chính, quản lý nhân lực, quản lý trang thiết bị và cơ sở vật chất, quản lý dữ liệu v.v. Do vậy cán bộ quản lý cần phải được tăng cường đào tạo liên tục về quản lý nói chung và quản lý bệnh viện nói riêng.

### 3. Những vấn đề ưu tiên

#### 3.1. Thiếu và mất cân đối về nhân lực y tế

- Thiếu nhân lực y tế ở một số chuyên ngành có thu nhập thấp như y học dự phòng/y tế công cộng, nhi, truyền nhiễm, y pháp, giải phẫu bệnh, thanh tra an toàn vệ sinh thực phẩm, kỹ thuật viên y tế, kỹ sư chuyên về thiết bị y tế, thống kê y tế, quản lý bệnh viện.
- Nhân lực y tế cũng *phân bố mất cân đối theo vùng miền*. Nhân lực y tế có trình độ cao như bác sĩ, dược sĩ đại học chủ yếu tập trung ở khu vực thành thị và trung tâm lớn, cả tư nhân và công lập.

#### 3.2. Công tác đảm bảo chất lượng nhân lực y tế còn nhiều hạn chế

- Chưa thực hiện kiểm định chất lượng đào tạo ở nhiều cơ sở đào tạo nhân lực y tế.
- Trình độ, kỹ năng, thời gian, phương pháp, điều kiện giảng dạy còn thiếu và yếu; phương pháp đánh giá kết quả học tập chưa hệ thống; hỗ trợ học viên vùng núi, dân tộc thiểu số theo được chương trình đào tạo chưa đạt yêu cầu.
- Chưa có tiêu chuẩn năng lực đầu ra thống nhất làm cơ sở xác định mục tiêu và chương trình đào tạo cho phù hợp.
- Cơ chế đảm bảo chất lượng của các chương trình đào tạo liên tục và quy định chế tuân thủ đào tạo liên tục chưa được xây dựng.

### **3.3. Quản lý nhân lực y tế còn chưa hiệu quả**

- Về mặt quản lý nhà nước về nhân lực y tế, hằng năm đào tạo ra đủ nhân lực y tế nhưng chưa nắm được rõ thông tin về thị trường lao động y tế, chưa xây dựng được các chính sách phù hợp với thị trường lao động để phân bổ và sử dụng lao động y tế theo nhu cầu của hệ thống y tế.
- Chưa có đánh giá về hiệu quả làm việc nhóm giữa các loại hình cán bộ y tế trong cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
- Việc giám sát lâm sàng cho cán bộ y tế chưa được thực hiện thường xuyên, chưa có cơ chế đánh giá kết quả thực hiện công việc và tạo động cơ tăng năng suất và hiệu quả làm việc.
- Công tác đào tạo nhân lực chuyên ngành quản lý còn hạn chế.

## **4. Khuyến nghị**

Để từng bước giải quyết các vấn đề ưu tiên trong lĩnh vực nhân lực y tế, báo cáo đã khuyến nghị các nhóm giải pháp sau đây (xem chi tiết ở chương Kết luận và khuyến nghị):

**4.1. Hạn chế tình trạng thiếu và mất cân đối về nhân lực y tế.**

**4.2. Tăng cường công tác đảm bảo chất lượng nhân lực y tế.**

**4.3. Nâng cao hiệu quả công tác quản lý nhân lực y tế.**

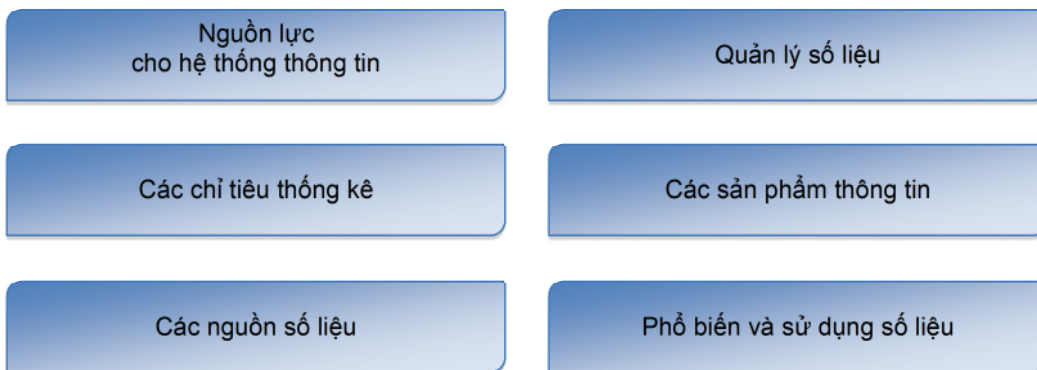
## Chương 6: Hệ thống thông tin y tế

Thông tin là một trong 6 cấu phần không thể thiếu của hệ thống y tế. Thông tin được cung cấp đầy đủ, kịp thời và chính xác sẽ giúp cho việc ra quyết định và hành động đúng, hiệu quả. Thông tin có chất lượng không chỉ phục vụ cho công tác hoạch định chính sách, quản lý, điều hành, nghiên cứu khoa học, nâng cao hiệu quả cung cấp dịch vụ y tế mà còn có tác dụng tuyên truyền để người dân biết cách phòng chống những bệnh nguy hiểm cũng như chăm sóc sức khỏe cho bản thân, gia đình và cộng đồng.

Chương này tập trung đánh giá thực trạng hệ thống thông tin y tế, xác định những vấn đề ưu tiên cần giải quyết và khuyến nghị các giải pháp nhằm tăng cường hệ thống thông tin y tế, đáp ứng yêu cầu đổi mới và tăng cường hệ thống y tế Việt Nam trong những năm tới.

### 1. Khái niệm

Hệ thống thông tin y tế, với chức năng chính là thu thập, tổng hợp, phân tích, trao đổi, công bố và sử dụng thông tin, bao gồm 6 thành phần chính: nguồn lực; các chỉ tiêu thống kê; nguồn số liệu; quản lý số liệu; các sản phẩm thông tin; phổ biến và sử dụng số liệu [89].



**Hình 18: Thành phần và tiêu chuẩn của một hệ thống thông tin y tế**

**Nguồn lực cho hệ thống thông tin** bao gồm: các chính sách về thông tin; nguồn lực về tài chính;<sup>4</sup> nguồn nhân lực; cơ sở hạ tầng; điều phối và chỉ đạo.

**Các chỉ tiêu thống kê (chỉ số)** được chia làm 3 nhóm chính: chỉ số về các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe; chỉ số về hoạt động của hệ thống y tế; chỉ số về tình hình sức khỏe nhân dân (Hình 19). Bộ chỉ số phải được phân cấp phù hợp với mỗi tuyến. Các chỉ số được chọn phải đáng tin cậy, có độ nhạy, có khả năng lượng giá/đo lường và những chỉ số đó phải hợp lý, có ích cho việc đưa ra quyết định ở các tuyến thu thập số liệu hoặc ở tuyến cao hơn.

<sup>4</sup> Theo báo cáo của Mạng lưới đo lường y tế (HMN) năm 2006, chi phí hàng năm của một hệ thống thông tin y tế toàn diện ước tính trong khoảng từ 0,53 đến 2,99 USD/đầu dân. Tính theo sức mua tương đương và dân số Việt Nam năm 2008, khoản tiền cần thiết là 280 tỉ đến 1580 tỉ đồng.



Các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe		Tình trạng sức khỏe
Các yếu tố kinh tế-xã hội và dân số		Tử vong
Các nguy cơ môi trường và hành vi		Bệnh tật
		Phúc lợi

Đầu vào	Đầu ra	Kết quả
Chính sách	Thông tin	Bao phủ dịch vụ y tế
Tài chính	Sự sẵn có dịch vụ	Sử dụng dịch vụ y tế
Nhân lực	Chất lượng dịch vụ	
Tổ chức và quản trị		

**Hình 19: Các lĩnh vực cần giám sát/đánh giá trong hệ thống thông tin y tế**

**Các nguồn số liệu** trong hệ thống thông tin y tế rất đa dạng bao gồm cả điều tra chọn mẫu, hệ thống đăng ký hộ tịch, hồ sơ cá nhân, hệ thống hành chính và hệ thống quản lý nguồn lực. Bảng 16 cho thấy các loại thông tin cần thu thập và nguồn số liệu đa dạng của hệ thống thông tin y tế. Lưu ý rằng nhiều nguồn số liệu không phải do ngành y tế, mà do ngành khác thu thập, như ngành thống kê (tổng điều tra và các điều tra chọn mẫu), ngành tư pháp (đăng ký hộ tịch), và các ngành khác (ví dụ thông tin hành chính về số tai nạn giao thông...).

**Bảng 16: Các nguồn thông tin y tế**

Nguồn số liệu	Yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe	Hệ thống y tế		Tình trạng sức khỏe
		Đầu vào, đầu ra	Bao phủ, sử dụng	
Tổng điều tra dân số và nhà ở	●	●		●
Đăng ký hộ tịch	●			●
Điều tra hộ gia đình (chọn mẫu)	●	●	●	●
Hồ sơ cá nhân (ghi nhận bệnh, hồ sơ bệnh án, ....)	●	●	●	●
Hệ thống hành chính, cung ứng dịch vụ y tế		●	●	●
Hệ thống thông tin về nguồn lực (tài chính, nhân lực, cơ sở tế...)		●		

**Quản lý số liệu** gồm một loạt các quy trình phục vụ việc lưu trữ, mã hóa, chuyển tải (luồng thông tin), bảo đảm chất lượng, tổng hợp, phân tích và phổ biến số liệu. Số liệu chính xác và đầy đủ là điều kiện quan trọng nhất của quản lý số liệu. Số liệu cần được phân tích và trình bày hợp lý, bao gồm tính toán các chỉ số và chuẩn bị các bảng, biểu và sơ đồ. Cuối cùng, số liệu phải có sẵn cho tất cả những người có nhu cầu sử dụng chúng.

**Sản phẩm thông tin** là kết quả của thu thập, xử lý và phân tích thông tin. Sản phẩm thông tin ở dạng số liệu mới chỉ là sản phẩm thô. Bản thân số liệu chỉ có giá trị cao khi chúng được làm sạch, được kiểm soát và phân tích và trở thành thông tin. Các thông tin sẽ có giá trị cao hơn khi được lồng với các thông tin khác để đánh giá dưới dạng các vấn đề mà hệ thống y tế đang phải đối mặt. Việc tổng hợp bằng chứng cần được tuyên truyền và phổ biến đến những người chịu trách nhiệm ra quyết định.

**Phổ biến và sử dụng số liệu.** Chức năng quan trọng của hệ thống thông tin y tế là kết nối việc sản xuất số liệu với sử dụng số liệu. Phổ biến thông tin là hết sức quan trọng nhằm đảm bảo các nhóm đối tượng tiếp cận thông tin một cách dễ dàng và thuận tiện. Các đối tượng sử dụng bao gồm những người cung cấp dịch vụ, những người quản lý, lập kế hoạch, hoạch định chính sách, những nhà đầu tư và cả cộng đồng.

## 2. Đánh giá thực trạng

### 2.1 Chính sách về thông tin y tế

Xuất phát từ tầm quan trọng của thông tin trong hoạch định chính sách và quản lý, điều hành, Quốc hội, Chính phủ và Bộ Y tế rất quan tâm xây dựng và tăng cường hệ thống thông tin nói chung và hệ thống thông tin y tế nói riêng. Một loạt chính sách liên quan đến công tác thông tin đã được ban hành, như:

**Luật Thống kê** số 04/2003/QH11 đã được ban hành nhằm nâng cao hiệu quả công tác thống kê, đảm bảo thông tin thống kê trung thực, khách quan, chính xác, đầy đủ, kịp thời phục vụ các cơ quan nhà nước trong việc đánh giá, dự báo tình hình, hoạch định chiến lược, chính sách, xây dựng kế hoạch phát triển kinh tế-xã hội và đáp ứng nhu cầu thông tin thống kê của các tổ chức, cá nhân; tăng cường hiệu lực quản lý nhà nước về công tác thống kê. Luật Thống kê là cơ sở cho việc xây dựng và ban hành một loạt chính sách liên quan đến thông tin thống kê. Năm 2004 Nghị định 40/2004/NĐ-CP được ban hành để hướng dẫn thực hiện Luật.

**Quy chế thống kê y tế**, được ban hành theo Quyết định số 379/2002/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế, là cơ sở pháp lý cho việc thu thập và xử lý thông tin thống kê y tế, đồng thời quy định chức năng nhiệm vụ và quyền hạn của các cơ sở y tế trong cả nước trong việc thực hiện chế độ ghi chép và báo cáo; tăng cường trách nhiệm của cán bộ quản lý và cán bộ tham gia hệ thống thông tin thống kê y tế.

Ngoài các quy định chung theo Luật Thống kê và Nghị định 40/2004/NĐ-CP, còn có một số quy định riêng về nguồn lực thống kê, quản lý nhà nước về thống kê y tế. Năm 2009, Thủ tướng Chính phủ đã ra Quyết định số 45/2009/QĐ-TTg về chế độ phụ cấp ưu đãi theo nghề đối với cán bộ, công chức làm công tác thống kê áp dụng đối với thống kê viên từ trung cấp trở lên với mức phụ cấp thêm từ 10% đến 25%. Nghị định số 14/2005/NĐ-CP ngày 04/2/2005 của Chính phủ về **xử phạt hành vi vi phạm hành chính** trong lĩnh vực thống kê, nhằm tăng cường trách nhiệm của các cấp, các ngành và người làm công tác thông tin thống kê trong việc thu thập, xử lý và cung cấp thông tin.

**Liên quan đến các chỉ tiêu thống kê**, ngày 24/11/2005, Thủ tướng Chính phủ ra Quyết định số 305/2005/QĐ-TTg, về việc ban hành Hệ thống chỉ tiêu thống kê quốc gia, trong đó quy định và phân công thu thập, tính toán chỉ tiêu của các bộ ngành. Trong lĩnh vực y tế có Quyết định số 40/2006/QĐ-BYT ngày 25/12/2006 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành hệ thống **chỉ tiêu thống kê y tế**, thống nhất khái niệm, phương pháp thu thập, tính toán, nâng cao chất lượng của số liệu và tăng cường sử dụng số liệu trong phân tích đánh giá và hoạch định chính sách.

Gần đây, Thủ tướng Chính phủ ra Quyết định số 43/2010/QĐ-TTg, ngày 02/6/2010, về việc ban hành Hệ thống chỉ tiêu thống kê quốc gia. Hệ thống chỉ tiêu thống kê quốc gia năm 2010 chính thức có hiệu lực và thay thế Hệ thống chỉ tiêu thống kê quốc gia năm 2005 từ ngày 20/7/2010.

**Về các nguồn thông tin cho ngành y tế**, Quyết định của Bộ trưởng về việc ban hành hệ thống biểu mẫu, sổ sách được xây dựng từ những năm 1960 và đã được điều chỉnh, bổ

sung cho phù hợp với từng giai đoạn đổi mới của đất nước vào các năm 1977, 1992, 2001-2002, và biểu mẫu ban hành gần đây nhất là năm 2009, sau khi bộ chỉ tiêu thống kê quốc gia và bộ chỉ tiêu thống kê y tế được ban hành. Đối với bệnh truyền nhiễm, Bộ Y tế đã ban hành quy chế thông tin báo cáo các bệnh truyền nhiễm, phục vụ kiểm soát và khống chế các bệnh dịch, lây và rất nhiều văn bản liên quan khác theo Quyết định số 4880/2002/QĐ-BYT. Ngoài nguồn thông tin thu thập thường quy từ các cơ sở y tế, còn có các cuộc điều tra quốc gia về mức sống dân cư và y tế, các cuộc điều tra, nghiên cứu nhỏ do các Chương trình mục tiêu quốc gia, các đơn vị, địa phương tiến hành cũng cung cấp nhiều thông tin quan trọng cho ngành y tế.

Nhiều văn bản chính sách về phát triển **công nghệ thông tin** trong quản lý, xử lý số liệu và điều hành các hoạt động kinh tế-xã hội đã được ban hành, như Chỉ thị 58/CT-TW năm 2000 của Bộ Chính trị về đẩy mạnh ứng dụng và phát triển công nghệ thông tin; Luật Công nghệ thông tin; Luật Giao dịch điện tử; Nghị định 64/2007/NĐ-CP của Chính phủ về việc ứng dụng công nghệ thông tin trong hoạt động của cơ quan nhà nước; Quyết định số 246/2005/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Chiến lược phát triển công nghệ thông tin và truyền thông Việt Nam đến năm 2010 và định hướng đến năm 2020... Trong ngành y tế, các quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế cũng thúc đẩy ứng dụng công nghệ thông tin trong hệ thống thông tin y tế, như: Quyết định số 1833/2002/QĐ-BYT về ban hành phần mềm quản lý y tế cơ sở; Quyết định ban hành phần mềm thống kê bệnh viện (Medisoft). Quyết định số 5573/2006/QĐ-BYT về tiêu chí phần mềm quản lý bệnh viện.

## **2.2. Những tiến bộ và kết quả**

Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển của hệ thống y tế, hệ thống thông tin y tế đã có những bước phát triển đáng kể.

### **2.2.1 Tổ chức và nhân lực để thực hiện công tác thống kê y tế**

Hệ thống thông tin thống kê tổng hợp do Vụ Kế hoạch- Tài chính làm đầu mối chỉ đạo và thực hiện. Trước năm 2008, Vụ Kế hoạch-Tài chính của Bộ Y tế có Tổ Thông tin thống kê. Thực hiện Quyết định số 44/2008/QĐ-BYT, ngày 30/12/2008, quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Vụ Kế hoạch-Tài chính thuộc Bộ Y tế, Tổ Thông tin thống kê được chuyển thành Phòng Thống kê y tế thuộc Vụ Kế hoạch-Tài chính. Phòng Thống kê y tế có nhiệm vụ giúp Vụ Kế hoạch-Tài chính thực hiện các chức năng liên quan đến công tác thống kê y tế, như: quản lý nhà nước về thống kê y tế toàn ngành; xây dựng và quản lý cơ sở dữ liệu của ngành y tế phục vụ cho việc xây dựng kế hoạch và hoạch định chính sách; chủ trì hướng dẫn nghiệp vụ thống kê cho các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế, y tế địa phương, y tế các bộ, ngành; xây dựng kế hoạch dài hạn, ngắn hạn về công tác thống kê y tế; giám sát việc triển khai công tác thống kê tại các đơn vị trực thuộc Bộ, y tế địa phương và y tế các bộ, ngành...

Năm 2009, Viện Công nghệ thông tin - Thư viện Y học Trung ương (CHITI) được thành lập trên cơ sở sát nhập Viện Thông tin Thư viện Y học Trung ương (CIMSI) và Trung tâm Tin học có các chức năng liên quan đến ứng dụng và phát triển công nghệ thông tin và thông tin y học phục vụ ngành y tế. CHITI mở rộng hoạt động theo hai hướng chủ đạo là công nghệ thông tin và thông tin thư viện trong ngành y tế. Thời gian tới CHITI sẽ có trụ sở mới tại đường Hoàng Quốc Việt với tòa nhà 9 tầng, trên diện tích 5000 m<sup>2</sup>. CHITI đã quyết định đầu tư đường cáp quang (thuê kênh riêng trực tiếp) thông qua hợp đồng với Công ty VDC với tốc độ bảo đảm nhanh hơn trước đây. Đầu tư này cho phép phát triển dịch vụ e-health trực tuyến. Đồng thời CHITI đã hỗ trợ mở trang web cho các Sở Y tế địa phương.

Ngoài 2 đầu mối chính của Bộ Y tế nêu trên, từng vụ/cục của Bộ đều có trách nhiệm xây dựng nội dung và chỉ đạo, triển khai công tác thông tin – giáo dục – truyền thông, thực hiện các hoạt động nghiên cứu, thu thập thông tin và tổ chức giám sát và theo dõi, đánh giá, sơ kết, tổng kết các hoạt động trong lĩnh vực của họ. Trong lĩnh vực YTDP có hệ thống giám sát dịch bệnh (bệnh lây nhiễm), giám sát bệnh HIV/AIDS, giám sát ngộ độc thực phẩm,... Trong lĩnh vực KCB có thông tin hành chính về các cơ sở KCB công và tư nhân, và điều tra bệnh viện hằng năm; xây dựng cơ sở dữ liệu để giám sát, theo dõi cấp chứng chỉ hành nghề, quản lý thực hiện đào tạo cập nhật kiến thức và sai sót chuyên môn trong quá trình thực hiện Luật Khám bệnh, chữa bệnh với sự hỗ trợ của chương trình phát triển nhân lực y tế của ADB.

Các viện nghiên cứu trong ngành cũng như nhiều cơ quan ngoài ngành y tế cũng tiến hành thu thập thông tin, nghiên cứu về sức khỏe, yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe, khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế,... Tổng cục Thống kê hằng năm thu thập thông tin từ hệ thống báo cáo, và từ các cuộc điều tra liên quan đến sức khỏe, dân số, yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe và dịch vụ y tế. Bộ Tài chính giám sát phân bổ ngân sách nhà nước cho ngành y tế và thông tin được Bộ Y tế phối hợp với Tổ chức Y tế Thế giới để thường xuyên xây dựng Tài khoản Y tế Quốc gia.

Trung tâm Truyền thông- Giáo dục sức khỏe trung ương và mạng lưới tại tất cả 63 tỉnh/thành phố có vai trò quan trọng trong cấp thông tin để tăng hiểu biết của người dân, chính quyền, người sử dụng lao động,... về chăm sóc sức khỏe, phòng bệnh, nâng cao sức khỏe. Vai trò của đơn vị này ngày càng quan trọng, đặc biệt đối với thông tin về các bệnh không lây nhiễm.

### 2.2.2. Các chỉ tiêu thống kê y tế

Ngành y tế hiện có danh mục các chỉ tiêu thống kê y tế (128 chỉ tiêu); có các sổ tay định nghĩa, giải thích khái niệm và phương pháp thu thập thông tin cho từng chỉ tiêu thống kê đã xây dựng từ năm 2005 và đang trong quá trình cập nhật theo Hệ thống chỉ tiêu thống kê quốc gia 2010. Theo Quyết định số 43/2010/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ, Hệ thống chỉ tiêu thống kê quốc gia (có hiệu lực từ ngày 20/7/2010) gồm 350 chỉ tiêu, trong đó có 19 chỉ tiêu được giao cho Bộ Y tế chịu trách nhiệm thu thập, tổng hợp. Các chỉ tiêu này sẽ là căn cứ để Bộ Y tế ban hành hệ thống chỉ tiêu thống kê y tế trong thời gian tới. Ngoài ra còn có nhiều chỉ số về dân số, tài chính công, bảo hiểm y tế, y tế công cộng do Tổng cục Thống kê, Cơ quan Bảo hiểm xã hội, Bộ Tài chính,... chịu trách nhiệm thu thập, tổng hợp.

### 2.2.3. Các nguồn thông tin

Ở Việt Nam, các nguồn thông tin nêu trong Bảng 16 được xây dựng và hoạt động thường xuyên. Mỗi 10 năm có Tổng điều tra dân số, mỗi năm có Điều tra Biến động dân số và KHHGD, định kỳ 2 năm một lần có Khảo sát Mức sống dân cư, và vài năm một lần có điều tra Điều tra Nhân khẩu học và Sức khỏe (DHS), Điều tra đánh giá các mục tiêu về trẻ em và phụ nữ Việt Nam (MICS), Điều tra Quốc gia về Vị thành niên và Thanh niên Việt nam (SAVY). Ngoài ra, ngành tư pháp thực hiện chứng nhận sinh và tử vong trong hệ thống hộ tịch. Quy chế hồ sơ bệnh án được thực hiện ở các bệnh viện.

Hệ thống thông tin thống kê y tế đã bao phủ toàn quốc, gắn với mạng lưới cung cấp dịch vụ y tế, và sổ ghi chép khám chữa bệnh được thực hiện ở các phòng khám ngoại trú gồm cả trạm y tế xã. Hệ thống chỉ tiêu, sổ sách, biểu mẫu được xây dựng và ban hành đã giúp cho việc thu thập và báo cáo thống kê định kỳ đi dần vào nề nếp. Những quy định hiện hành về công tác thông tin thống kê y tế đã có tác dụng làm cho hệ thống hoạt động đồng bộ hơn và đáp ứng tốt hơn nhu cầu cung cấp thông tin cho công tác quản lý y tế ở tất cả các tuyến.

Các tiểu hệ thống thông tin của các lĩnh vực, các chương trình y tế quốc gia cũng đã xây dựng hệ thống sổ sách, thông kê báo cáo định kỳ thường xuyên, cung cấp được những thông tin đáp ứng nhu cầu quản lý và điều hành hoạt động của các lĩnh vực, các chương trình y tế quốc gia.

#### **2.2.4. Quản lý số liệu**

Những phương tiện chuyển tải thông tin và thiết bị tính toán đã được nhà nước đặc biệt quan tâm. Hiện nay 100% trạm y tế xã thuộc các tỉnh đồng bằng, trung du và 80 đến 85% trạm y tế xã thuộc các tỉnh miền núi đã có điện thoại. Đây là điều kiện thuận tiện cho việc thông báo tình hình dịch bệnh và những vấn đề đang ảnh hưởng đến sức khỏe của cộng đồng. Các đơn vị thống kê tin học của Bộ Y tế, các Sở Y tế và các viện, bệnh viện trung ương, bệnh viện tỉnh đều được trang bị máy tính, internet... Mạng lưới giáo dục truyền thông cũng đã được phát triển bao phủ cả nước.

Hiện nay, việc quản lý và lưu trữ số liệu của Hệ thống thông tin y tế đã được thực hiện từ xã, huyện, tỉnh và trung ương. Tại xã/phường (trạm y tế) lưu trữ số liệu chủ yếu bằng biểu mẫu và sổ sách ghi chép ban đầu. Tuy nhiên, ngành y tế bắt đầu triển khai các giải pháp viễn thông, công nghệ thông tin nhằm tăng cường chất lượng và hiệu quả trong quản lý số liệu. Những tiến bộ của công nghệ tin học ngày càng được áp dụng rộng rãi trong ngành y tế, trong đó có phần mềm xử lý báo cáo số liệu thống kê y tế, phần mềm thống kê bệnh viện (Medisoft), đã làm giảm gánh nặng về nhân lực trong công tác cập nhật, xử lý và tổng hợp báo cáo cho các cơ sở y tế các tuyến. Một số phần mềm đang được xây dựng và hoàn chỉnh để sử dụng rộng rãi, như phần mềm quản lý bệnh viện, phần mềm quản lý bệnh nhân Phong, Lao, tiêm chủng mở rộng, tai nạn thương tích, HIV/AIDS và phần mềm quản lý dựa trên cộng đồng (CBM), ...

#### **2.2.5. Sản phẩm thông tin**

##### ***Các sản phẩm thông tin***

Hệ thống thông tin y tế đã cung cấp các sản phẩm thông tin quan trọng. Về mặt thống kê y tế, sản phẩm nổi bật là Niên giám thống kê y tế được xuất bản đều đặn, sử dụng thông tin từ báo cáo thống kê của 63 Sở Y tế tỉnh, thành phố, số liệu của các vụ, viện, Chương trình y tế quốc gia. Nội dung của Niên giám thống kê y tế bao gồm các chỉ tiêu liên quan đến sức khỏe của người dân; các chỉ tiêu phản ánh tình hình đầu tư cho lĩnh vực y tế; kết quả hoạt động cung cấp dịch vụ y tế và các chỉ tiêu tác động tới sức khỏe người dân. Số liệu trong Niên giám đã được phân theo tỉnh, vùng sinh thái và qua các năm, thuận tiện cho việc nghiên cứu, phân tích đánh giá.

Một số tỉnh cũng đã xây dựng Niên giám phản ánh hoạt động y tế trong tỉnh. Các tiểu hệ thống thông tin của các vụ, cục, viện và các chương trình y tế quốc gia cũng có những sản phẩm thông tin là các báo cáo đánh giá hằng năm. Hệ thống giám sát cũng xây dựng niên giám về mắc/ chết các bệnh dịch lây phân theo tỉnh và theo thời gian.

Ngoài ra còn có Điều tra bệnh viện hằng năm của Cục Quản lý KCB, số liệu giám sát dịch bệnh của Cục YTDP, Cục phòng, chống HIV/AIDS, số liệu chi tiết về từng Chương trình mục tiêu quốc gia, số liệu về tai nạn, thương tích.... Tổng cục Thống kê thường xuyên tiến hành các cuộc điều tra và xử lý và phân tích số liệu về Điều tra biến động dân số - KHHGD hằng năm; Khảo sát Mức sống Hộ gia đình 2 năm một lần; MICS 2000 và 2006, 2010; Điều tra Dinh dưỡng hằng năm; DHS 1998, 2003; SAVY 2002, 2010, Điều tra Y tế Quốc gia năm 2001-2002; Điều tra giám sát về HIV/AIDS, tử vong mẹ... bao gồm nhiều chỉ số bổ ích đối với việc hoạch định chính sách và giám sát tình hình hệ thống y tế.



Ngoài số liệu thống kê còn có nhiều sản phẩm thông tin bổ ích để tăng hiểu biết của người dân về chăm sóc sức khỏe, phòng bệnh và đề cập nhật, tăng kiến thức của các cán bộ y tế, như Báo Sức khỏe và Đời sống, Báo Gia đình và xã hội và website của CHITI và Bộ Y tế. Đối với cán bộ y tế, có Tạp chí Y học thực hành, Tạp chí dược học, Thông tin y dược, Y học Việt Nam...

Các nghiên cứu, báo cáo tổng hợp thông tin được tiến hành hằng năm. Tại các viện nghiên cứu, các trường đại học có các đề tài nghiên cứu cấp nhà nước, cấp bộ, cấp đơn vị, mà sản phẩm là những công trình khoa học, luận án có nhiều giá trị thông tin. Các tổ chức quốc tế cũng tài trợ nhiều nghiên cứu nhằm cung cấp cơ sở khoa học cho các chính sách và giải pháp của ngành y tế. Báo cáo JAHR cũng được coi là ấn phẩm quan trọng trong hệ thống thông tin y tế, có thể phục vụ nhiều mục đích, do tổng hợp thông tin từ nhiều nguồn, với sự tham gia của nhiều bên và được rà soát rất cẩn thận.

## 2.2.6 Phổ biến và sử dụng thông tin

### *Phổ biến thông tin y tế*

Công nghệ thông tin ngày càng phát triển và các nội dung về e-health, thống kê y tế, số liệu điều tra ngày càng được phổ biến theo dạng điện tử. Nhờ vậy có thể giảm thời gian từ khi tổng hợp thông tin đến khi cung cấp cho người sử dụng, giảm chi phí, tăng khả năng sử dụng thông tin. Bộ Y tế và các bộ khác, các địa phương, các đơn vị của Bộ Y tế đã có các website để phổ biến thông tin về văn bản pháp quy, thống kê y tế, kết quả nghiên cứu...

Ngoài ra, nhiều nguồn thông tin vẫn được phổ biến theo dạng xuất bản phẩm như Niên giám Thống kê Y tế, Báo cáo kết quả các cuộc điều tra. Số liệu của các cuộc điều tra thường được phổ biến tại cuộc họp công bố (hội thảo), cho phép những người quan tâm có thể thảo luận với những người thu thập và tổng hợp thông tin. Các nhà nghiên cứu ngày càng muốn tiếp cận với các cơ sở dữ liệu thô để tiếp tục khai thác nhằm phân tích chính sách, giám sát, đánh giá các can thiệp, chương trình, dự án.

### *Sử dụng thông tin y tế*

Thông tin y tế được sử dụng cho nhiều mục đích khác nhau. Thứ nhất, các thông tin được các cơ quan hoạch định chính sách và quản lý vĩ mô sử dụng làm bằng chứng để xây dựng chính sách, chiến lược và kế hoạch y tế, đồng thời để theo dõi, giám sát và đánh giá kết quả thực hiện. Thứ hai, thông tin được sử dụng để theo dõi, giám sát, nâng cao chất lượng, hiệu quả các chương trình mục tiêu và kết quả hoạt động của mạng lưới phòng bệnh và khám chữa bệnh thông qua cập nhật các hướng dẫn điều trị, danh mục thuốc chủ yếu, quy trình kỹ thuật,... Thứ ba, thông tin được sử dụng để giám sát, đánh giá tác động, hiệu quả, mức độ bao phủ của các can thiệp chính sách, can thiệp y tế. Thứ tư, thông tin được chia sẻ để tạo ra hiểu biết chung về tình hình giữa các bên liên quan, và hợp tác giải quyết các vấn đề nan giải. Thứ năm, thông tin được sử dụng để tiến hành các nghiên cứu và đề đào tạo.

## 2.3. Những vấn đề cần giải quyết

Mặc dù có tiến bộ, song nhìn chung hệ thống thông tin y tế của Việt Nam còn nhiều nhược điểm cần được khắc phục.



### **2.3.1. Nguồn lực thông tin y tế**

#### ***Chính sách***

Mặc dù nhiều chính sách liên quan đến hệ thống thông tin nói chung và thống kê y tế nói riêng đã được ban hành, song vẫn chưa bao phủ các thành phần của hệ thống, thiếu đồng bộ và thiếu một số chính sách đặc biệt quan trọng.

Hiện nay, chưa có chiến lược, kế hoạch tổng thể cho hệ thống thông tin y tế để định hướng và xác định lộ trình phát triển của hệ thống thông tin thống kê y tế nói chung, cũng như các tiểu hệ thống qua từng giai đoạn. Năm 2006 có một nghiên cứu đánh giá hệ thống thông tin y tế và năm 2007 Bộ Y tế đã xây dựng dự thảo Kế hoạch chiến lược phát triển hệ thống thông tin y tế đến năm 2015 và tầm nhìn đến năm 2020, nhưng do thiếu kinh phí và nhân lực, nên chưa được bổ sung, hoàn thiện để trình Bộ Y tế ban hành Chiến lược.

Khu vực y được tư nhân ngày càng mở rộng, đóng góp rất nhiều vào việc CSSK nhân dân. Tuy nhiên, hiện nay vẫn còn thiếu các văn bản quy định nghĩa vụ và trách nhiệm cập nhật, báo cáo số liệu về hoạt động cung cấp dịch vụ y tế của các cơ sở hành nghề y, được tư nhân.

Mặc dù các vụ cục, các chương trình y tế quốc gia và các bộ, ngành liên quan đã có những chính sách quy định thu thập, xử lý và báo cáo riêng thuộc hệ thống mình quản lý, nhưng chưa có chính sách quy định sự phối hợp, phân công trách nhiệm, nghĩa vụ thu thập, xử lý, cung cấp và chia sẻ thông tin giữa các hệ thống thông tin trong ngành y tế và giữa hệ thống thông tin y tế với hệ thống của các bộ/ngành liên quan, như Tổng cục Thống kê, Bộ Tài chính, BHXH, Hải quan... Hiện tượng xin - cho số liệu vẫn là phổ biến đã ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng, tính kịp thời và sự chồng chéo trong thu thập và xử lý số liệu.

#### ***Tài chính***

Ngân sách đầu tư cho hệ thống thông tin y tế rất thấp và không thường xuyên. Theo Chỉ thị 28/1998/CT-TTg, Bộ Tài chính phải bố trí kinh phí điều tra, thu thập và xử lý số liệu thống kê trong ngân sách hằng năm của các bộ, ngành. Tuy nhiên, hiện nay trong kế hoạch phân bổ ngân sách hằng năm của các tuyến y tế, kể cả tuyến trung ương, không có dòng ngân sách dành riêng cho công tác thông tin thống kê y tế, gây khó khăn cho việc tiến hành các cuộc điều tra định kỳ cũng như tổ chức các khóa đào tạo, mua sắm thiết bị, ứng dụng những thành tựu khoa học kỹ thuật trong công tác thông tin thống kê y tế, thậm chí cả in ấn biểu mẫu, đặc biệt là ở tỉnh nghèo và vùng khó khăn.

Thiếu kinh phí ổn định để tiến hành các điều tra định kỳ. Do kinh phí đầu tư cho hệ thống quá thấp, nên không thể tiến hành điều tra định kỳ và Bộ Y tế phụ thuộc vào nguồn kinh phí từ các tổ chức viện trợ quốc tế, hoặc các cuộc điều tra do Tổng cục Thống kê thực hiện. Chưa có điều tra về y tế trong Chương trình điều tra thống kê quốc gia để bảo đảm thu thập được các chỉ tiêu thống kê cần sử dụng trong ngành. Đến nay, Bộ Y tế mới tổ chức được một cuộc Điều tra Y tế Quốc gia năm 2002 với sự hỗ trợ tài chính của Sida Thụy Điển, không có kinh phí để tổ chức định kỳ. Còn nhiều số liệu thống kê khác được sử dụng trong ngành y tế phụ thuộc vào các cuộc điều tra do tổ chức quốc tế viện trợ, như các cuộc điều tra DHS, SAVY, MICS, Điều tra sức khỏe thể giới, chưa đưa vào Chương trình điều tra thống kê quốc gia. Còn nhiều chỉ tiêu thống kê cần thiết cho quản lý hệ thống y tế không được thu thập trong các cuộc điều tra đó.

#### ***Nhân lực***

Theo Chỉ thị 28/1998/CT-TTg, các bộ, ngành căn cứ vào hệ thống số liệu mà bộ, ngành chịu trách nhiệm tổng hợp và cung cấp, tiến hành củng cố tổ chức bảo đảm đủ biên chế

và các điều kiện cần thiết để từng bước nâng cao chất lượng và hiện đại hoá công tác thống kê.

Tuy nhiên, hiện nay thiếu các quy định về tổ chức, nhân sự làm công tác thống kê y tế tại các tuyến và các đơn vị y tế trong cả nước. Các cơ sở y tế tuy đều bố trí cán bộ thông tin thống kê, nhưng theo đánh giá của các chuyên gia, lực lượng cán bộ này còn yếu và thiếu, chưa tương xứng với công việc được giao, kể cả tuyến trung ương. Tại Bộ Y tế, Tổ Thông tin thống kê trước đây mới được chuyển thành Phòng Thống kê y tế thuộc Vụ Kế hoạch - Tài chính, là cơ quan chịu trách nhiệm cao nhất về công tác thống kê y tế, song chỉ có 5 cán bộ trong biên chế nhà nước và 1 cán bộ hợp đồng. Sở Y tế vừa phải tổng hợp số liệu về hoạt động y tế và thực trạng sức khỏe của nhân dân trong tỉnh, vừa phải chịu trách nhiệm xây dựng mạng lưới thống kê trong tỉnh, nhưng cũng chỉ có 1 cán bộ làm công tác thống kê. Các bệnh viện lớn từ 500 giường bệnh trở lên mới có 1 cán bộ thống kê chuyên trách. Các vụ, cục, viện, các chương trình y tế quốc gia tại tuyến trung ương, tỉnh, huyện tuy có bố trí cán bộ làm công tác thống kê, nhưng hầu hết họ phải kiêm nhiệm.

Nhân lực của hệ thống còn yếu về chuyên môn. Thêm vào đó những người làm thông tin y tế còn chịu nhiều áp lực từ phía các nhà quản lý, hoạch định chính sách của các cơ quan nhà nước hay những nhà đầu tư.

Trong mấy năm gần đây, Bộ Y tế và các chương trình cũng đã cố gắng tổ chức các lớp tập huấn, nhưng do kinh phí có hạn nên chủ yếu là hướng dẫn ghi chép biểu mẫu sổ sách, báo cáo và tính toán một số chỉ tiêu đơn giản. Kiến thức về sử dụng số liệu trong phân tích, đánh giá, dự báo của các nhà quản lý, kế hoạch và thống kê ở các tuyến còn hạn chế, nhiều người chưa được tập huấn kỹ năng phân tích số liệu, cũng như sử dụng các phần mềm phân tích như: STATA, SPSS, GIS.

Năm 2009, Thủ tướng Chính phủ đã ra Quyết định số 45/2009/QĐ-TTg về chế độ phụ cấp ưu đãi theo nghề đối với cán bộ, công chức làm công tác thống kê, song Quyết định này mới được thực hiện ở hệ thống thống kê Nhà nước (tức là Tổng cục Thống kê), chưa áp dụng ở các bộ, ngành. Cán bộ làm công tác thống kê tin học của các cơ sở y tế không ổn định, một phần do chính sách đãi ngộ thường thấp hơn so với cán bộ cùng trình độ ở lĩnh vực khác. Quan niệm làm thống kê là để báo cáo cấp trên còn phổ biến nên đã không khuyến khích người làm công tác thông tin thống kê y tế cũng như đầu tư cho lĩnh vực này.

### ***Cơ sở hạ tầng***

Cơ sở hạ tầng cho thông tin, thống kê còn nhiều thiếu thốn. Việc cung cấp các trang thiết bị tính toán cho các cơ sở y tế nói chung và cho công tác thông tin thống kê nói riêng còn nhiều hạn chế. Cán bộ làm công tác thống kê tin học ở rất nhiều cơ sở y tế tuyến huyện và một số cơ sở y tế tuyến tỉnh chưa được trang bị máy vi tính riêng mà phải sử dụng chung với các bộ phận khác. Rất nhiều bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến trung ương được trang bị máy tính với cấu hình rất thấp không đáp ứng yêu cầu quản lý và xử lý số liệu. Hầu hết trạm y tế xã, phường chưa được cung cấp máy tính. Phòng Thống kê y tế là cơ quan thống kê cao nhất của ngành cũng chưa được trang bị máy chủ để cập nhật và lưu trữ số liệu.

### ***Tổ chức và quản lý***

Phòng Thống kê y tế là một đơn vị trực thuộc Vụ Kế hoạch-Tài chính, Bộ Y tế, còn gặp khó khăn trong việc thực hiện chức năng điều phối giữa các tiểu hệ thống thông tin y tế và với các hệ thống thông tin của các bộ/ngành liên quan. Hệ thống thông tin y tế chưa được tổ chức để khai thác thường xuyên thông tin từ các tiểu hệ thống, kiểm tra và bảo đảm chất lượng và độ tin cậy của số liệu và phổ biến các thông tin đó để những người cần sử dụng có

thể dễ dàng tiếp cận. Hậu quả là mỗi chương trình, lĩnh vực khi cần thông tin lại ban hành biểu mẫu yêu cầu cơ sở báo cáo. Chính vì vậy đã có sự chồng chéo trong thu thập, xử lý thông tin và gây quá tải về sổ sách, biểu mẫu cho các cơ sở y tế, đặc biệt là tuyến y tế cơ sở. Việc ghi chép quá nhiều biểu mẫu như vậy không những đã chiếm khá nhiều thời gian dành cho công tác chuyên môn của cán bộ y tế mà sai số do sao chép cũng không thể tránh khỏi.

### **2.3.2. Các chỉ tiêu thống kê**

Một trong những nhiệm vụ của Vụ Kế hoạch-Tài chính (Phòng thống kê y tế) là giúp Bộ Y tế xây dựng và quản lý thống nhất các chỉ tiêu thống kê y tế. Năm 2010, các chỉ tiêu thống kê y tế đang trong quá trình tổng hợp ý kiến để cập nhật phù hợp với Hệ thống chỉ tiêu thống kê quốc gia mới, khắc phục những điểm chưa hợp lý trong hệ thống được ban hành từ năm 2005.

Hiện nay danh mục chỉ tiêu quá nhiều (127 chỉ tiêu), trong đó có một số chỉ tiêu không cần thiết ở tuyến quốc gia hay tuyến tỉnh. Yêu cầu về thông tin từ các chương trình, dự án, nhà tài trợ thường quá nhiều, quá chi tiết đã gây quá tải cho các cơ sở y tế.

Một số thông tin quan trọng chưa được thu thập thường xuyên như: tử vong mẹ, tử vong sơ sinh, tử vong trẻ em dưới 5 tuổi, nguyên nhân tử vong, chỉ tiêu phản ánh yếu tố nguy cơ đến sức khỏe, chỉ tiêu phản ánh sự công bằng trong chăm sóc sức khỏe...

Thông tin cơ bản nhất của hệ thống thông tin y tế là tử vong. Hiện nay các số liệu về tử vong chưa đảm bảo độ tin cậy cần thiết. Mặc dù có 3 cơ quan thu thập thông tin về tử vong là Tổng cục Thống kê, Bộ Tư pháp và Bộ Y tế, song hầu hết các nguồn số liệu này không thu thập đầy đủ và chính xác về nguyên nhân tử vong. Bộ Tư Pháp chỉ thu thập được khoảng  $\geq 60\%$  số người chết và số liệu thường rất chậm và không được phổ biến rộng rãi. Tổng cục Thống kê thu thập số liệu tử vong qua các đợt điều tra biến động dân số và KHHGĐ và tổng điều tra dân số 10 năm/ 1 lần. Mẫu điều tra biến động dân số dù rất lớn, nhưng vẫn chưa đủ lớn để thu thập và ước tính tổng số chết theo từng vùng/tỉnh, và thiếu nguyên nhân tử vong. Bộ Y tế tuy có thu thập và tính toán số liệu tử vong theo nguyên nhân, nhưng chỉ là bệnh nhân điều trị nội trú bị tử vong tại cơ sở y tế công, nên số này rất thấp so với thực tế.

### **2.3.3. Các nguồn số liệu**

Thông tin y tế không thể thu thập bằng một phương pháp duy nhất là báo cáo định kỳ mà phải kết hợp với những phương pháp khác, như điều tra, giám sát để thu thập những thông tin mà báo cáo định kỳ không thể thu thập được hoặc phúc tra hay điều chỉnh số liệu báo cáo định kỳ. Đối với từng nguồn thông tin có những khó khăn nhất định về chất lượng, độ tin cậy, khả năng tiếp cận số liệu, tính kịp thời của số liệu...

Hệ thống hộ tịch là nguồn chính lấy thông tin về sinh, tử và nguyên nhân tử vong ở nước ta, nhưng vẫn còn yếu. Ngành tư pháp thu thập thông tin trong quá trình cấp giấy khai sinh, khai tử, nhưng phụ thuộc vào người dân chủ động đến thực hiện thủ tục. Ngành tư pháp ít sử dụng thông tin về sinh tử trong quản lý ngành, nên không ưu tiên cho việc này. Số liệu của hệ thống hộ tịch cho thấy trong vòng một năm từ 01/10/2008 đến 30/09/2009, tổng cộng có 1,23 triệu ca khai sinh và 293 nghìn ca khai tử, trong đó còn thiếu 11 tỉnh chưa báo cáo kết quả khai sinh, còn 2 tỉnh không có hoặc chỉ có 1 ca tử vong, và không có bao nhiêu ca sinh/tử khai năm nay, trong khi việc sinh/tử đã diễn ra năm trước [90]. Để hệ thống hộ tịch thực sự có ý nghĩa cần phối hợp với ngành y tế để kiểm tra chéo, giảm dần các vấn đề tồn tại của hệ thống.

Trong hệ thống báo cáo định kỳ thiếu các thông tin từ các cơ sở y tế tư nhân. Thông tin thống kê y tế hiện nay được thu thập và tổng hợp chủ yếu từ các cơ sở y tế nhà nước, nên

số liệu chưa phản ánh chính xác thực trạng sức khỏe cũng như các hoạt động cung cấp dịch vụ chăm sóc và bảo vệ sức khỏe của lĩnh vực y tế.

Hệ thống giám sát các bệnh truyền nhiễm gây dịch tuy đã được xây dựng và hoạt động từ rất nhiều năm nay, nhưng việc phối hợp và chia sẻ thông tin giữa khoa lâm của các bệnh viện với Hệ thống giám sát tại các tuyến còn hạn chế đã ảnh hưởng không ít đến chất lượng số liệu.

Hệ thống ghi nhận một số bệnh không lây (như ghi nhận ung thư) chưa được củng cố và tăng cường. Mô hình bệnh tật của Việt Nam trong những năm gần đây đã có sự thay đổi đáng kể, với sự gia tăng các bệnh không lây, như ung thư, tim mạch, đái tháo đường, tai nạn thương tích, ngộ độc. Song số liệu hiện nay của ngành y tế về các bệnh này chủ yếu được tính trên số lượt nhập viện công lập, không dựa trên cơ sở là người bệnh (vì có thể cùng 1 người nhập viện nhiều lần với một bệnh mạn tính) và chưa có cơ chế để định kỳ thu thập thông tin về tỷ lệ mắc/chết theo bệnh tại cộng đồng. Việc thiếu thông tin hoặc thông tin không đầy đủ về các bệnh không lây đã gây khó khăn cho phân tích, đánh giá tình hình thực hiện các chính sách cũng như tìm ra những biện pháp phòng ngừa và điều trị thích hợp.

Số liệu về tài chính thường rất chậm, không đầy đủ và chưa đảm bảo chính xác. Nguyên nhân của vấn đề này là do quản lý tài chính chưa được tập trung theo ngành.<sup>5</sup> Do nhiều đầu mối quản lý, song việc xây dựng những quy chế phối kết hợp và phân công thu thập, báo cáo và chia sẻ thông tin về tài chính giữa các cơ quan và các tuyến cũng như các nhà tài trợ chưa được thực hiện. Số liệu về tài chính y tế hiện nay chỉ thu thập được chủ yếu từ ngân sách nhà nước cấp, nhưng rất chậm và không đầy đủ. Theo kết quả lập TKYT quốc gia năm 2008 thì số liệu về chi do NSNN cấp chỉ chiếm khoảng 35% trong khi đó chi ngoài ngân sách cao hơn gần 2 lần (65%). Trong mấy năm gần đây, Bộ Y tế đã cố gắng lập tài khoản, song mới thực hiện được ở cấp quốc gia. Nên đã gây khó khăn cho việc phân tích đánh giá hiệu quả cung cấp dịch vụ y tế của các tỉnh và lĩnh vực, các chương trình y tế quốc gia như lao, phong, sốt rét, tâm thần...

Còn nhiều loại thông tin khác cần thiết để quản lý ngành đang thiếu nguồn thu thập, như các yếu tố nguy cơ liên quan đến sức khỏe, cơ cấu chuyên khoa của nhân lực y tế, tỷ lệ bệnh viện có ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý, tỷ lệ cơ sở y tế tuyến huyện, tỉnh đang thiếu nhân lực so với định mức, chi phí cung ứng các loại dịch vụ y tế.

Nhiều nguồn thông tin chưa bền vững. Hiện nay ngành y tế dựa khá nhiều và các cuộc điều tra như MICS, SAVY, DHS, ĐTYTQG 2002 do nước ngoài tài trợ, chưa đưa vào Chương trình điều tra thống kê quốc gia. Một số tiểu hệ thống thông tin y tế tuy có được các dự án trong nước và quốc tế hỗ trợ về kỹ thuật và trang thiết bị để thu thập và xử lý thông tin, song sự hỗ trợ này chỉ tập trung ở một số vùng /tỉnh của Dự án và thời gian mà dự án còn hoạt động, không bao phủ được toàn bộ hệ thống cũng như tính bền vững sau khi kết thúc dự án.

#### 2.3.4. Quản lý số liệu

Quản lý số liệu gồm một loạt các quy trình phục vụ việc lưu trữ, mã hóa, chuyển tải (luồng thông tin), bảo đảm chất lượng, tổng hợp, phân tích và phổ biến số liệu.

<sup>5</sup> Bộ Y tế chịu trách nhiệm phân bổ và quản lý tài chính của cơ quan bộ và các đơn vị y tế trung ương. Ở địa phương, Sở Tài chính phân bổ kinh phí hoạt động của các đơn vị y tế tuyến tỉnh và bệnh viện quận, huyện, Trung tâm y tế dự phòng huyện và trạm y tế thông qua Sở Y tế. Một số tỉnh, phòng y tế huyện quản lý trạm y tế thì kinh phí hoạt động của trạm y tế, y tế thôn bản và phòng y tế quận/huyện do UBND quận/ huyện phân bổ và quản lý. Kinh phí hoạt động của các đơn vị y tế thuộc các ngành khác là do các bộ ngành chủ quản quản lý. Đối với các dự án viện trợ hoặc vay vốn nước ngoài cũng đã chuyển trực tiếp tới các tỉnh quản lý.

Việc ứng dụng công nghệ hiện đại trong xử lý, lưu trữ và chuyển tải thông tin dù có khá lên, nhưng vẫn còn chậm, đã ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng số liệu, tính kịp thời và yêu cầu của người sử dụng.

Vì ngành y tế phụ thuộc nhiều vào ngành khác, và trong nội bộ ngành có nhiều nguồn số liệu do từng đơn vị khác nhau thu thập, vấn đề lớn nhất là tập hợp các thông tin ở một đầu mối cho người cần sử dụng dễ tiếp cận. Kho dữ liệu của các tuyến còn nghèo nàn, chưa bao gồm số liệu liên quan của các nguồn khác nhau. Số liệu chưa được quản lý một cách khoa học và chưa được cập nhật, lưu trữ và chuyển tải bằng phương tiện hiện đại, gây khó khăn cho việc khai thác, sử dụng và phân tích số liệu.

### **2.3.5. Sản phẩm thông tin**

Có nhiều sản phẩm thông tin được sử dụng trong hệ thống y tế. Tuy nhiên còn có một số vấn đề liên quan đến mức độ phù hợp để đáp ứng nhu cầu của ngành.

Hầu hết các chỉ tiêu thống kê trong các sản phẩm thông tin được cung cấp hiện nay mới thực hiện phân tổ theo tỉnh/thành phố, chưa phân tổ theo các tiêu thức quan trọng, như: theo đặc điểm dân số (tuổi/ giới); theo nhóm thu nhập (giàu/ nghèo); theo trình độ văn hóa hay thành thị/ nông thôn... đã gây khó khăn cho việc phân tích, đánh giá và nghiên cứu khoa học.

Các sản phẩm thông tin điện tử chưa được phát triển nhiều, gây khó khăn cho những người cần phân tích sâu hơn dựa trên cơ sở dữ liệu không phải ấn phẩm. Việc này ảnh hưởng đến khả năng mở rộng các sản phẩm thông tin mang tính phân tích sâu.

### **2.3.6. Phổ biến và sử dụng thông tin**

Việc phổ biến thông tin y tế còn chậm và chưa theo tinh thần cởi mở để nhiều bên có thể sử dụng và hỗ trợ sự phát triển của ngành. Việc sử dụng, phân tích số liệu và dự báo còn nhiều hạn chế ở tất cả các tuyến.

Hiện nay các cuộc điều tra do Tổng cục Thống kê tiến hành có lịch rõ ràng về việc phổ biến số liệu và Chính phủ yêu cầu đúng tiến độ. Các kết quả đã được hoàn thành thì hợp báo, phát ấn phẩm và đưa tài liệu lên mạng. Việc này bảo đảm thông tin liên quan đến lĩnh vực y tế của hệ thống thống kê quốc gia có thể tiếp cận tương đối dễ dàng, kịp thời. Tuy nhiên, đối với hầu hết các nguồn trong nội bộ ngành, còn thiếu nhân lực và nguồn lực để tổng hợp nhanh, thiếu chế tài để yêu cầu các đơn vị tuân thủ lịch báo cáo, thiếu cơ chế giám sát chất lượng và chưa có quy chế phổ biến số liệu để bảo đảm số liệu dễ tiếp cận đối với tất cả các bên có nhu cầu sử dụng.

Nhìn chung việc phân tích và sử dụng số liệu trong hệ thống y tế còn yếu, kể cả ở tuyến trung ương. Số liệu tại các tuyến tỉnh và tuyến trung ương mới được phân tích sơ bộ thông qua tính toán các chỉ tiêu và trình bày theo các bảng biểu, đồ thị. Việc phân tích như trên mới chuyển số liệu thành những thông tin ban đầu. Thông tin ban đầu chỉ có tác dụng cho công tác quản lý, theo dõi chương trình và lượng giá tiến độ so với mục tiêu của ngành cũng như từng chương trình, lĩnh vực. Tuy nhiên việc phân tích sâu để đánh giá xu hướng, dự báo hay phát hiện những vấn đề, những yếu tố nguy cơ mà hệ thống y tế đang phải đối mặt, tức là chuyển thông tin thành bằng chứng, chưa được thực hiện thường xuyên.

Số liệu của hệ thống thông tin thống kê y tế được sử dụng chủ yếu để đánh giá về thực trạng và báo cáo cấp trên, chưa được sử dụng nhiều trong việc tính toán các chỉ tiêu kế hoạch cũng như phân bổ nguồn lực tại tuyến tỉnh và các tuyến dưới, nên đã không thấy hết được tầm quan trọng của số liệu.



### 3. Những vấn đề ưu tiên

Như trên đã trình bày, hệ thống thông tin thống kê y tế còn nhiều vấn đề cần giải quyết, song trong những năm tới cần tập trung giải quyết 3 vấn đề ưu tiên như sau.

#### 3.1. Chính sách về hệ thống thông tin y tế chưa đầy đủ

Thiếu một số chính sách định hướng lớn cho hệ thống thông tin y tế như Chiến lược, kế hoạch phát triển tổng thể hệ thống thông tin y tế. Thiếu một số quy định liên quan đến bảo đảm nguồn lực để thực hiện nhiệm vụ thống kê y tế, đặc biệt về ngân sách và nhân lực. Cơ sở pháp lý để thu thập thông tin ở cơ sở ngoài công lập và thông tin về hoạt động xã hội hóa trong cơ sở công lập chưa rõ ràng. Các quy định về phối hợp, phân công trách nhiệm thu thập, xử lý, cung cấp và chia sẻ thông tin trong nội bộ ngành y tế và giữa ngành y tế với các bộ/ngành có liên quan còn thiếu. Các cơ chế giám sát, chế tài nhằm bảo đảm các đơn vị thực hiện nghiêm túc nhiệm vụ thống kê y tế chưa có. Chưa cập nhật các chỉ tiêu thống kê của ngành y tế phù hợp với nhu cầu giám sát, đánh giá kế hoạch 5 năm.

#### 3.2. Khả năng đáp ứng nhu cầu sử dụng số liệu còn hạn chế

Chất lượng thông tin y tế xét về mức độ đầy đủ, phương pháp thu thập và tính toán, độ tin cậy, mức độ phân tổ, tính kịp thời, mức độ đáp ứng nhu cầu của hệ thống y tế còn nhiều vấn đề cần giải quyết. Cơ chế bảo đảm chất lượng số liệu chưa hiệu quả. Hệ thống thu thập, xử lý thông tin trong hệ thống báo cáo định kỳ còn có sự chồng chéo giữa ngành y tế và các bộ/ngành, gây quá tải về số sách, biểu mẫu cho các cơ sở y tế, và không thể tránh khỏi sai số do sao chép. Ứng dụng tin học để tăng chất lượng, tính toàn diện trong hệ thống hành chính, quản lý và thống kê y tế chưa hiệu quả.

#### 3.3. Phân tích và sử dụng số liệu thống kê còn yếu

Số liệu thống kê mới được phân tích sơ bộ, chuyển số liệu thành những thông tin ban đầu. Việc phân tích sâu để đánh giá xu hướng, phục vụ dự báo hay nhận dạng các vấn đề, những yếu tố nguy cơ mà hệ thống y tế đang phải đối mặt, tức là chuyển thông tin thành bằng chứng, chưa được thực hiện thường xuyên.

Nguyên nhân là do kiến thức về sử dụng số liệu trong phân tích, đánh giá, dự báo của các nhà quản lý, kế hoạch và thống kê ở các tuyến còn hạn chế; kho dữ liệu của các tuyến còn nghèo nàn, chưa bao gồm số liệu liên quan của các nguồn khác nhau; chưa được quản lý một cách khoa học và chưa được cập nhật, lưu trữ và chuyển tải bằng phương tiện hiện đại.

### 4. Khuyến nghị

Để từng bước giải quyết các vấn đề ưu tiên trong lĩnh vực phát triển hệ thống thông tin y tế, báo cáo đã khuyến nghị các nhóm giải pháp sau đây (xem chi tiết ở chương Kết luận và khuyến nghị):

#### 4.1. Phát triển hệ thống thông tin y tế

#### 4.2. Tăng cường sử dụng và phân tích số liệu

#### 4.3. Nâng cao chất lượng thông tin



## **Chương 7: Thuốc, vắc-xin, máu và sinh phẩm khác**

Chương này sẽ đề cập một số vấn đề liên quan đến thuốc, vắc-xin, sinh phẩm, máu. Đây là những sản phẩm thiết yếu trong y tế, một đầu vào không thể thiếu cho các hoạt động y tế. Thuốc, vắc-xin, sinh phẩm, máu là hàng hóa cần có sự kiểm soát đặc biệt, để tránh tình trạng kém chất lượng, sử dụng không hợp lý, cũng như để bảo đảm giá hợp lý, khi nào người bệnh cần, đều có thể tiếp cận được và không phải chi từ tiền túi, hoặc từ BHYT ở mức quá cao.

Mục đích của chương này là đánh giá thực trạng về thuốc, vắc-xin, sinh phẩm, máu, xác định những vấn đề ưu tiên và khuyến nghị các giải pháp trong kế hoạch 5 năm tới.

Nguồn dữ liệu chính được sử dụng để phân tích, đánh giá là các số liệu do Cục Quản lý Dược Việt Nam thu thập thường xuyên dựa trên rất nhiều chỉ số phục vụ giám sát lĩnh vực dược phẩm [91]. Đối với vắc-xin, máu và các chế phẩm của máu, chúng tôi dựa vào các nguồn tài liệu có sẵn của Viện huyết học và Truyền máu, và Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương- cơ quan chịu trách nhiệm về Chương trình Tiêm chủng mở rộng, đồng thời tham khảo ý kiến của các chuyên gia về hai lĩnh vực này.

### **1. Đánh giá thực trạng**

Việc đánh giá thực trạng được tiến hành dựa trên sự tham khảo khung phân tích do Tổ chức Y tế thế giới khuyến nghị [91], bao gồm các nội dung: i) Chính sách quốc gia và hệ thống pháp quy; ii) Hệ thống phân phối; iii) Tài chính và giá thuốc; iv) Sản xuất và nhập khẩu; v) Chất lượng; vi) Sử dụng hợp lý.

#### **1.1. Thực trạng lĩnh vực dược**

##### **1.1.1. Chính sách quốc gia và hệ thống pháp quy**

###### ***Tiến bộ, kết quả***

Chính sách quốc gia về thuốc của Việt Nam được ban hành từ năm 1996, trong đó có đề cập đến các chính sách cụ thể, gồm: thuốc thiết yếu; sử dụng thuốc hợp lý, an toàn; đảm bảo chất lượng thuốc; sản xuất cung ứng, xuất nhập khẩu thuốc; thuốc cổ truyền; đào tạo nhân lực dược; thông tin về thuốc; tăng cường công tác quản lý về dược; nghiên cứu khoa học, hợp tác trong và ngoài nước về dược. Hai mục tiêu nhằm bảo đảm công bằng và hiệu quả trong cung ứng và sử dụng thuốc được xác định là: i) Bảo đảm cung ứng đủ thuốc có chất lượng với giá cả hợp lý đến người dân; ii) Đảm bảo sử dụng thuốc hợp lý, an toàn, có hiệu quả [92; 93].

Năm 2005, Quốc hội đã thông qua Luật Dược, một bước phát triển lớn trong việc xây dựng các văn bản quy phạm pháp luật toàn diện về lĩnh vực dược. Luật Dược quy định việc kinh doanh thuốc; đăng ký, lưu hành thuốc; sử dụng thuốc; cung ứng thuốc; thông tin, quảng cáo thuốc; thử thuốc trên lâm sàng; quản lý thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần, các tiền chất dùng làm thuốc và thuốc phóng xạ; tiêu chuẩn chất lượng thuốc và kiểm nghiệm thuốc.

Theo Luật Dược 2005, Bộ Y tế được ủy nhiệm giữ vai trò cơ quan quản lý nhà nước về Dược cùng với sự hỗ trợ của các bộ, ban, ngành khác liên quan. Chức năng điều hành dược thực hiện qua một số cơ quan như sau:

1. Cục Quản lý Dược Việt Nam chịu trách nhiệm quản lý về lĩnh vực dược nói chung, cụ thể bao gồm đăng ký thuốc, sản phẩm máu, vắc-xin và mỹ phẩm, điều tiết các hoạt

động sản xuất, kinh doanh, xuất nhập khẩu, thực hành nhà thuốc, thông tin quảng cáo thuốc, quản lý giá thuốc và chất lượng thuốc.

2. Viện kiểm nghiệm (NIDQC) hỗ trợ cho Cục Quản lý Dược trong việc kiểm tra chất lượng thuốc.
3. Thanh tra Bộ Y tế hỗ trợ Cục Quản lý Dược về việc thi hành các quy chế về thuốc.
4. Cục Quản lý khám chữa bệnh chịu trách nhiệm đảm bảo sử dụng thuốc an toàn, hợp lý trong điều trị.
5. Trung tâm thông tin thuốc và phản ứng có hại của thuốc chịu trách nhiệm về công tác theo dõi phản ứng có hại của thuốc.

Nhằm thực hiện Chính sách quốc gia về thuốc và Luật Dược, Chính phủ và Bộ Y tế đã và đang xây dựng và ban hành nhiều văn bản dưới luật. Việc xây dựng các văn bản này đã quan tâm đến tính đồng nhất với các văn bản quốc tế tương ứng.

Về **quản lý về cung ứng thuốc, phân phối và phát thuốc**, Việt Nam đã xây dựng danh mục thuốc thiết yếu, cập nhật gần đây nhất vào năm 2005. Ngoài ra có các văn bản hướng dẫn thực hành tốt về sản xuất thuốc (GMP), bảo quản thuốc (GSP), lưu thông phân phối thuốc (GDP), quản lý nhà thuốc (GPP). Bộ Y tế cũng xây dựng các quy chế liên quan đến công tác dược bệnh viện gồm cả việc đấu thầu thuốc (Thông tư hướng dẫn đấu thầu thuốc (hệ bệnh viện) từ năm 2004 và sửa đổi theo Thông tư liên tịch số 10/2007/TTLT-BYT-BTC, về việc hướng dẫn đấu thầu mua thuốc trong các cơ sở y tế công lập.) Hiện nay Bộ Y tế đang chủ trì việc thảo luận về việc thí điểm đấu thầu tập trung, theo vùng thay cho đấu thầu tại từng cơ sở để khắc phục những khó khăn trong việc thực hiện chính sách đấu thầu thuốc bệnh viện và quản lý sử dụng thuốc trong bệnh viện.

Về **quản lý giá thuốc** có các văn bản như Thông tư liên tịch số 11/2007/TTLT-BYT-BTC-BCT hướng dẫn thực hiện quản lý nhà nước về giá thuốc dùng cho người. Chính sách này được bổ sung, sửa đổi nhiều lần trong các năm 2008 và 2009. Các chính sách khuyến khích sử dụng thuốc gốc, đấu thầu thuốc bệnh viện, dự trữ thuốc, cũng nhằm mục đích quản lý giá thuốc.

Về quản lý nhà nước về **sản xuất thuốc**, Chính phủ đã ban hành Chiến lược phát triển ngành Dược (108/2002/QĐ-TTg) và Chính sách quốc gia về y dược học cổ truyền (222/2003/QĐ-TTg). Các tiêu chuẩn thực hành tốt sản xuất thuốc (GMP) được ban hành và áp dụng, hướng tới đạt tiêu chuẩn GMP-WHO. Luật Dược, Điều 2, khoản 49 có quy định về việc ưu tiên đối với thuốc sản xuất trong nước tương đương về chất lượng và giá không cao hơn thuốc nhập khẩu. Quyết định số 05/2008/QĐ-BYT thông qua danh mục thuốc chủ yếu sử dụng tại các cơ sở khám chữa bệnh và quyền ưu tiên đối với thuốc sản xuất trong nước.

Những quy định chung về **nhập khẩu thuốc** được điều chỉnh trong Thông tư số 06/2006/TT-BYT và 01/2007/TT-BYT. Việc nhập khẩu một số thuốc chưa có số đăng ký như một số thuốc hiếm, thuốc cho phòng chống dịch, thuốc của các cơ sở đạt tiêu chuẩn GMP được quy định tại Quyết định số 151/2007/QĐ-TTg. Nhằm hỗ trợ cho việc xuất nhập khẩu dược phẩm trong thị trường ASEAN, Việt Nam đã sửa đổi Quy chế đăng ký thuốc phù hợp với hồ sơ kỹ thuật chung của ASEAN (ACTD) và những yêu cầu kỹ thuật chung của ASEAN (ACTR) kể từ năm 2006, đồng thời ban hành Thông tư số 22/2009/TT-BYT nhằm hướng dẫn việc đăng ký thuốc để các công ty dược phẩm trong và ngoài nước có thể áp dụng những tiêu chuẩn này kể từ 24/05/2010.

Về **quản lý nhà nước về thông tin quảng cáo thuốc**, năm 2004 Bộ Y tế đã sửa đổi quy chế thông tin quảng cáo về Dược (Thông tư số 13/2009/TT-BYT). Ngoài ra, Cục Quản lý

Dược cũng ban hành danh mục hoạt chất thuốc được phép thông tin quảng cáo trên phương tiện thông tin đại chúng. Cục Quản lý Dược đã ban hành “Cẩm nang hướng dẫn thẩm định hồ sơ đăng ký thông tin, quảng cáo thuốc”. Quy định về trình dược viên và các hoạt động quảng cáo khác được đề cập trong Thông tư 13, các quy định về vi phạm hành chính và xử phạt cũng được cập nhật bao gồm các quy chế, chính sách sửa đổi khác.

Về **bảo đảm chất lượng thuốc**, Bộ Y tế đã hướng dẫn việc quản lý chất lượng thuốc (Thông tư 09/2010/TT-BYT); xây dựng tiêu chuẩn đối với thuốc xin cấp số đăng ký, hướng dẫn về việc lấy mẫu thuốc để xác định chất lượng (04/2010/TT-BYT), rút số đăng ký đối với các thuốc không đạt chất lượng. Cục Quản lý Dược đã xây dựng các văn bản liên quan đến sinh khả dụng- bio-availability (BA), tương đương sinh học- Bioequivalence (BE) khi đăng ký mới hoặc đăng ký lại thuốc (08/2010/TT-BYT).

Về sử dụng thuốc **an toàn hợp lý**, Bộ Y tế đã có văn bản hướng dẫn về cảnh giác thuốc, quản lý thuốc gây nghiện, hướng tâm thần (10/2010/TT-BYT và 11/2010/TT-BYT); kê đơn thuốc (04/2008/QĐ-BYT và 1847/2003/QĐ-BYT). Trung tâm thông tin thuốc và theo dõi phản ứng có hại của thuốc cũng đã được thành lập (Quyết định số 991/2009/QĐ-BYT). Năm 1997, Bộ Y tế yêu cầu tất cả các bệnh viện thành lập Hội đồng Thuốc và Điều trị nhằm góp phần giám sát việc sử dụng thuốc hợp lý và an toàn trong hệ thống bệnh viện.

### ***Khó khăn, hạn chế***

Từ sau khi Chính sách quốc gia về thuốc được ban hành và thực hiện cách đây gần 15 năm (1996), thị trường thuốc đã có những diễn biến tương đối phức tạp, nhiều thách thức mới về giá thuốc, chất lượng thuốc, cũng như về sử dụng thuốc an toàn, hiệu quả đang đòi hỏi phải có sự xem xét, điều chỉnh các cơ chế, chính sách cho phù hợp.

Đây không phải là vấn đề riêng của Việt Nam, mà còn là vấn đề của nhiều nước đang phát triển. Vì vậy, “Tổng kết đánh giá 15 năm thực hiện Nghị quyết 37/NQ-CP của Chính phủ về Chính sách thuốc quốc gia giai đoạn 1996-2010; Xây dựng chính sách quốc gia về được giai đoạn 2010-2020” được coi là một trong những nhiệm vụ quan trọng [94].

Mặc dù đã có rất nhiều quy định phù hợp với tiêu chuẩn quốc tế về quản lý thuốc, nhưng trên thực tế vẫn tồn tại một số thách thức liên quan đến thi hành, theo dõi, đánh giá việc thực hiện các điều luật, các quy chế. Cụ thể, dù thông tin về giá thuốc ngày càng minh bạch, vẫn thiếu cơ chế chủ động quản lý thặng dư, hoặc tận dụng giá tham khảo quốc tế trong công tác quản lý giá thuốc nhằm bảo đảm cho bệnh nhân mức giá hợp lý nhất. Về chất lượng, những tiêu chuẩn cao về chất lượng được đưa ra trong các quy định “Thực hành tốt”, Cục Quản lý Dược đang nỗ lực để hướng dẫn thực hiện các quy định này, tuy nhiên, trong ngắn hạn, những thay đổi trong tiêu chuẩn sẽ gây khó khăn cho các doanh nghiệp. Cần có cơ chế theo dõi, giám sát, đánh giá mức độ tuân thủ, những khó khăn, bất cập để bổ sung các quy định nhằm hỗ trợ đạt tiêu chuẩn đề ra. Đối với sử dụng thuốc an toàn hợp lý, mặc dù đã ban hành quy chế kê đơn và bán thuốc theo đơn, việc giám sát mức độ tuân thủ còn yếu, chưa có chế tài đủ mạnh để bảo đảm quy chế được thực hiện. Đối với các bác sĩ kê đơn thuốc, hiện nay đang thiếu các hướng dẫn điều trị đủ chi tiết để định hướng rõ hơn về sử dụng thuốc an toàn, hợp lý trong KCB.

### **1.1.2. Hệ thống phân phối thuốc**

#### ***Tiến bộ, kết quả***

Cho đến nay, Việt Nam đã công bố 5 lần danh mục thuốc thiết yếu. Danh mục lần cuối cùng công bố tháng 7 năm 2005, quy định 355 loại thuốc tân dược và 84 loại thuốc y học cổ truyền. Danh mục thuốc thiết yếu là cơ sở pháp lý để ban hành các chính sách về đầu

tư, quản lý giá, vốn, thuế liên quan đến thuốc, cấp số đăng ký lưu hành thuốc, xuất nhập khẩu thuốc.

Số sản phẩm thuốc trên thị trường hiện nay rất phong phú. Số lượng thuốc có giấy phép lưu hành có hiệu lực ngày càng tăng: Năm 2003 là 10 800; năm 2007 là 16 618; năm 2008 là 20 066 và tính đến hết năm 2009 là 22 615 (10 692 số đăng ký thuốc trong nước và 11 923 số đăng ký thuốc nước ngoài.) Ngoài ra còn có cơ chế cho các bệnh viện chuyên khoa có thể nhập khẩu những thuốc hiếm, chưa đăng ký tại Việt Nam.

Với nền kinh tế thị trường, việc phân phối thuốc ở Việt Nam hiện nay được thực hiện bởi doanh nghiệp, nhà thuốc, cơ sở y tế trong khu vực công lập và tư nhân. Hệ thống cung ứng thuốc vì thế rất đông đảo, bao gồm 1350 doanh nghiệp trong nước; 91 doanh nghiệp xuất nhập khẩu trực tiếp thuốc; 438 doanh nghiệp nước ngoài cung cấp thuốc, 38 916 cơ sở bán lẻ thuốc [28].

Tại các bệnh viện, việc mua sắm thuốc đang được thực hiện theo quy chế đấu thầu thuốc dựa trên danh mục thuốc chủ yếu của từng bệnh viện. Quy chế này có tiềm năng giúp giảm giá do sự cạnh tranh giữa các bên tham gia đấu thầu nếu được thực hiện hiệu quả. Các bệnh viện bán thuốc cho bệnh nhân nội trú theo giá bệnh viện mua. Hầu hết các trạm y tế đều có quỹ quay vòng vốn thuốc và nhiều trạm y tế được cấp thuốc để thực hiện việc khám chữa bệnh theo BHYT. Bảng 17 cho thấy tỉ lệ trạm y tế có một số loại thuốc thiết yếu.

**Bảng 17: Tỷ lệ trạm y tế có sẵn thuốc thiết yếu theo loại thuốc, 2006**

Tên thuốc	Tỉ lệ trạm y tế có sẵn thuốc vào ngày điều tra (%)
a) Amoxicillin 250 mg, sản xuất tại VN	92,2
b) Amoxicillin 250 mg, nhập khẩu	27,2
c) Amoxicillin 500 mg, sản xuất tại VN	94,8
d) Amoxicillin 500 mg, nhập khẩu	29,7
e) Paracetamol 500 mg, sản xuất tại VN	96,5
f) Paracetamol 500 mg, nhập khẩu	27,2
g) Rimifon 50 mg, sản xuất tại VN (điều trị lao)	39,4
h) Rimifon 50 mg, nhập khẩu (điều trị lao)	16,8
i) Diclofenac 50 mg, sản xuất tại VN	84,2
j) Diclofenac 50 mg, nhập khẩu	21,6
k) Mebendazol 500 mg, sản xuất tại VN	86,5
l) Mebendazol 500 mg, nhập khẩu	20,6
m) ORESOL (muối chống mất nước)	92,5
n) Viên sắt 0,05 g, lọ 250 viên (chữa thiếu máu)	69,6
o) Vitamin A 50 000 UI	65,7
p) Bao cao su chất lượng cao (Trust, OK,...)	81,7

Nguồn : Kết quả Khảo sát Mức sống hộ gia đình Việt Nam năm 2006 [95]

### **Khó khăn, hạn chế**

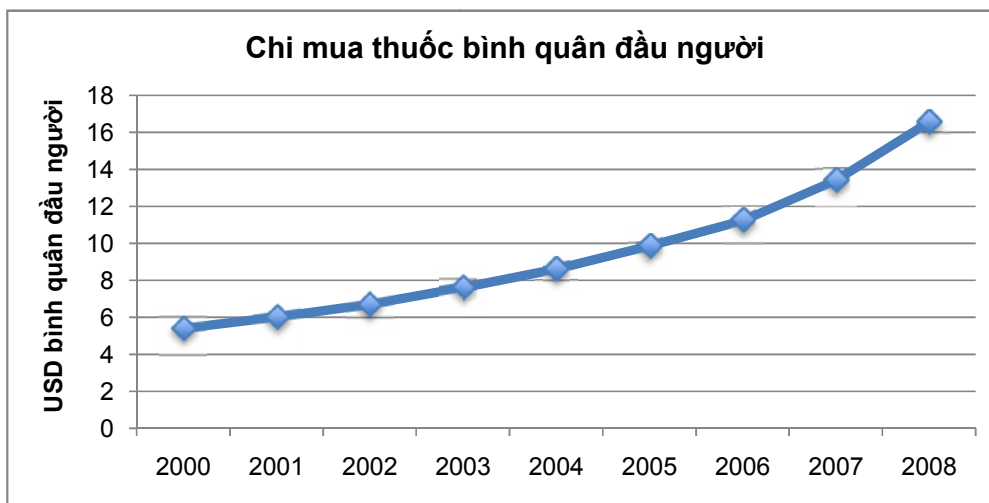
Dù hệ thống phân phối thuốc có phát triển mạnh, và số lượng thuốc có số đăng ký ngày càng nhiều, nhưng vẫn có những vấn đề cần xem xét.

Theo quy định hiện nay ở nước ta, việc dự trữ mua sắm do từng bệnh viện đảm nhiệm dẫn đến tình trạng đa dạng, khó kiểm soát giá thuốc và các sản phẩm phục vụ công tác y dược. Cũng do hệ thống mua sắm phân tán trong từng bệnh viện, từng nhà thuốc, việc đảm bảo chất lượng thuốc thiết yếu trong chuỗi cung ứng gặp nhiều khó khăn vì chất lượng cung ứng khác nhau theo cấp độ và việc cung ứng khá phức tạp, qua nhiều khâu trung gian giữa các nhà phân phối do đó khó có thể xác định nguồn gốc của sản phẩm.

### **1.1.3. Tài chính cho thuốc**

#### ***Tiến bộ, kết quả***

Ở Việt Nam, trong tổng chi cho y tế, thuốc luôn chiếm tỷ trọng cao. Theo số liệu gần đây nhất của Tài khoản y tế quốc gia, năm 2007, tổng chi cho thuốc phòng, chữa bệnh là 28,4 nghìn tỷ đồng, tính theo giá so sánh năm 2007, chi mua thuốc tăng gần gấp đôi từ 2000 đến 2007 và chiếm khoảng 40% tổng chi y tế [96; 97; 98; 99]. Theo số liệu Niên giám thống kê y tế các năm, chi thuốc bình quân đầu người tăng nhanh và đạt mức gần 17 USD bình quân đầu người năm 2008 (Hình 20).

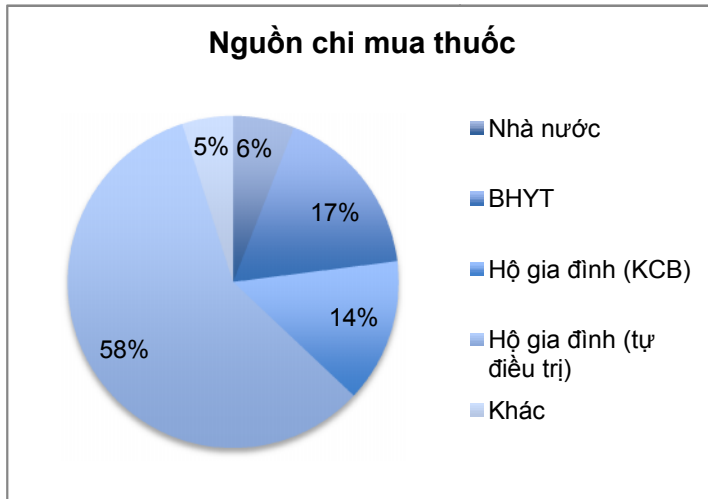


**Hình 20: Chi mua thuốc bình quân đầu người, 2000-2008 giá hiện hành**

Nguồn: Niên giám thống kê y tế các năm

#### ***Nguồn tài chính để mua thuốc***

Nguồn tài chính mua thuốc chủ yếu là hộ gia đình: 58% mua thuốc tự điều trị, 14% chi khi đi khám chữa bệnh. Như vậy chi phí cho thuốc từ hộ gia đình chiếm 72% tổng chi cho thuốc (Hình 21).



**Hình 21: Nguồn chi mua thuốc, 2007**

Nguồn : Bộ Y tế, Tài khoản Y tế quốc gia 1998-2008

BHYT cũng đóng vai trò quan trọng trong cấp tài chính để mua thuốc. Theo quy định của Luật BHYT, Bộ Y tế phối hợp các Bộ ngành liên quan xây dựng danh mục thuốc chủ yếu, danh mục vật tư y tế được quỹ BHYT thanh toán. Đối với trường hợp các bệnh nhân sử dụng thuốc ung thư, thuốc chống thải ghép ngoài danh mục, quỹ BHYT thanh toán 50% chi phí đối với các trường hợp tham gia BHYT có đủ thời gian từ 36 tháng trở lên. BHYT thanh toán tiền thuốc do bác sĩ kê đơn thuốc theo danh mục thuốc chủ yếu cho phép. Năm 2009, khoảng 50% chi phí bảo hiểm y tế dành cho việc chi trả tiền thuốc [100].

Nguồn kinh phí từ ngân sách nhà nước để mua thuốc chủ yếu phục vụ các chương trình mục tiêu quốc gia. Hiện nay, đối với một số bệnh, nhà nước cấp thuốc miễn phí cho các bệnh nhân, ví dụ, bệnh lao, HIV/AIDS, tâm thần phân liệt, động kinh. Đối với chương trình HIV/AIDS, tỷ trọng rất lớn tiền thuốc ARV được tài trợ bởi các nhà tài trợ như PEPFAR, quỹ toàn cầu, quỹ hỗ trợ nghiên cứu Bill Clinton.

#### *Quản lý giá thuốc*

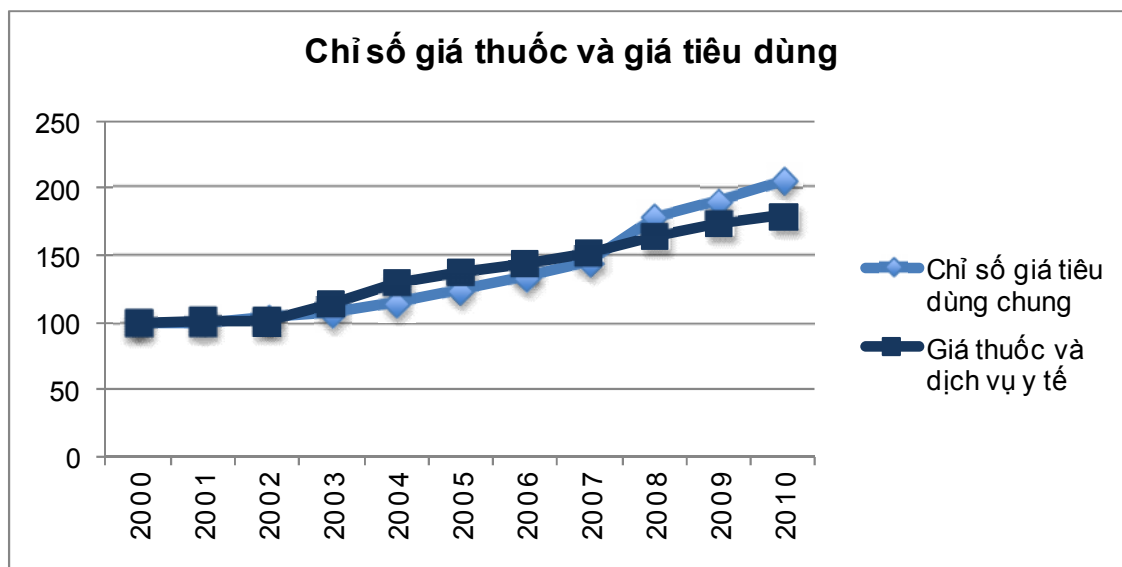
Vì thuốc là một sản phẩm thiết yếu, Nhà nước đóng vai trò quan trọng trong bình ổn giá nhằm bảo đảm người bệnh có thể tiếp cận thuốc khi có nhu cầu và không phải chi quá mức để sử dụng thuốc.

Cục Quản lý Dược Việt Nam phối hợp với Bộ tài chính và Bộ Công thương chịu trách nhiệm thi hành và thiết lập các quy chế kiểm soát giá thuốc Theo Luật Dược, Nghị định 79/2006/NĐ-CP và Thông tư liên tịch số 11/2007/TTLT-BYT-BTC-BCT. Nguyên tắc quản lý giá thuốc là các cơ sở sản xuất, nhập khẩu, bán buôn, bán lẻ thuốc tự định giá, cạnh tranh về giá, đồng thời chịu sự kiểm tra, kiểm soát của Nhà nước về giá thuốc. Nhà nước sử dụng các biện pháp bình ổn giá thuốc trên thị trường để đáp ứng nhu cầu về thuốc phục vụ công tác chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân. Các cơ sở kinh doanh thuốc phải thực hiện đầy đủ các hướng dẫn về kê khai; kê khai lại; niêm yết giá thuốc và chịu trách nhiệm trước pháp luật về giá kê khai, kê khai lại, niêm yết và giá bán thuốc. Cơ quan quản lý nhà nước về giá thuốc (Cục quản lý Dược và Sở Y tế) có trách nhiệm xem xét tính hợp lý của giá thuốc, không thực hiện việc phê duyệt giá thuốc do cơ sở tự kê khai và kê khai lại. Việc quản lý giá thuốc được tổ chức theo cơ chế phân cấp giữa cơ quan quản lý Nhà nước về giá thuốc ở Trung ương và địa phương theo địa bàn và lĩnh vực.



Sau khi thực hiện, nếu có vướng mắc thì chính sách bình ổn giá thuốc sẽ lại được điều chỉnh. Đồng thời một số chính sách khác về lĩnh vực được cũng được áp dụng nhằm bình ổn giá thuốc. Các chính sách này bao gồm đấu thầu thuốc sử dụng trong bệnh viện công, dự trữ thuốc, khuyến khích phát triển thuốc sản xuất nội địa, cấm sử dụng lợi ích vật chất hay tài chính dưới mọi hình thức để tác động tới thầy thuốc, người dùng thuốc nhằm tăng việc kê đơn, sử dụng thuốc.

Theo số liệu về chỉ số giá tiêu dùng của Tổng cục Thống kê, chỉ số giá nhóm hàng dược phẩm, y tế năm 2003-2004 rất cao. Những năm sau đó, mức gia tăng giá thuốc được kiểm chế dưới mức gia tăng tiêu dùng chung (Hình 22). Hiện nay có khoảng 95% số lượng thuốc cơ bản, thông thường (tương đương 21.000 mặt hàng thuốc) trong Danh mục đã được quản lý, giá cả ổn định và đảm bảo đủ số lượng đáp ứng nhu cầu điều trị [101].



**Hình 22: Chỉ số giá thuốc và giá tiêu dùng, 2000-2009**

Nguồn: Tổng cục Thống kê, Niên giám thống kê. Chỉ số giá tiêu dùng

### ***Khó khăn, hạn chế***

Cơ cấu các nguồn chi trả cho thuốc hiện nay cho thấy gánh nặng rất lớn đối với các hộ gia đình. Giải pháp giảm gánh nặng qua BHYT chưa khắc phục được vấn đề này vì tỷ lệ tiền thuốc được BHYT chi trả vẫn còn rất nhỏ trong tổng chi phí cho thuốc (chiếm khoảng 17% tổng tiền thuốc) [96; 97; 98; 99]. Nhiều khi người bệnh phải bỏ tiền túi mua thuốc do bác sĩ chỉ định vì không có BHYT, hoặc vì thuốc được kê nằm ngoài danh mục thuốc BHYT thanh toán, hoặc do tỷ lệ cùng chi trả cao và chi phí thuốc cao. Nhưng vấn đề lớn hơn là việc tự điều trị rất phổ biến. Chi phí cho thuốc có 2 yếu tố, một là lượng thuốc và hai là giá thuốc. Giải pháp cần tác động tới cả hai. Vấn đề lượng và loại thuốc được chọn sẽ được thảo luận trong mục về sử dụng thuốc an toàn hợp lý. Trong mục này sẽ đi sâu vào vấn đề giá thuốc.

Hiện có khoảng 5% số mặt hàng thuốc, gồm những thuốc mới phát minh, thuốc trong diện bảo hộ, độc quyền (20 năm), thuốc nhập bằng đường xách tay, thuốc hiếm, thường có sự biến động giá, trong đó thực sự chỉ có khoảng 30 mặt hàng thuốc là có biến động mạnh và thường xuyên. Sự biến động giá của nhóm thuốc này đôi khi gây nên những bức xúc trong dư luận xã hội và gây khó khăn cho công tác quản lý giá, vì trong đó có nhiều mặt hàng là các thuốc độc quyền của các công ty đa quốc gia [101]. Trong quá trình giám sát, đánh giá kết quả thực hiện chính sách bình ổn giá thuốc, một số nghiên cứu gần đây cho thấy dù tốc độ gia tăng giá đã được kiểm chế, nhưng giá thuốc ở Việt Nam vẫn còn ở mức cao so với các nước

trong khu vực và quốc tế [102]. Một báo cáo nhanh về quy trình tiếp cận Insulin ở Việt Nam cũng cho thấy giá một số thuốc liên quan đến bệnh tiểu đường ở Việt Nam cao hơn giá quốc tế cùng loại (từ 1,02 đến 6,60 lần) [103]. Số liệu từ hệ thống trao đổi thông tin giá thuốc của khu vực Tây Thái bình Dương (WPRO) cũng cho thấy giá thuốc trong cơ sở y tế công lập ở Việt Nam cao hơn giá tham khảo quốc tế, đặc biệt đối với thuốc điều trị bệnh lao, đái tháo đường và một số thuốc kháng sinh [104]. Theo kinh nghiệm của nhiều nước trên thế giới, kể cả các nước OECD [105], quản lý giá thuốc là lĩnh vực phức tạp, liên quan đến lợi ích của nhiều bên gồm người bệnh, BHYT, bác sĩ, bệnh viện, doanh nghiệp sản xuất, nhập khẩu và phân phối thuốc, các hiệu thuốc. Các chính sách nhằm giảm giá thuốc cần được nghiên cứu và điều chỉnh liên tục dựa trên đánh giá tác động đến các bên liên quan.

Theo chính sách liên quan đến **kê khai giá thuốc** bán trên thị trường Việt Nam, cơ quan có thẩm quyền xem xét hồ sơ kê khai và nếu giá không hợp lý sẽ yêu cầu doanh nghiệp xem lại. Yếu tố thiết yếu cho sự thành công của chính sách này là phải có thông tin cập nhật, chi tiết về giá tham khảo ở từng khâu trong quá trình phân phối để có cơ sở xác định giá kê khai có hợp lý hay không. Vấn đề hiện nay là xác định giá tham khảo nào để sử dụng, xác định những loại thuốc nào trong tổng số hàng nghìn tên thuốc để tham khảo giá, và tập hợp bằng chứng xác thực để thiết lập một hệ thống quản lý giá thuốc hiệu quả.

Chính sách **phát triển thị trường thuốc gốc, thuốc nội địa**, cạnh tranh theo giá rẻ hơn cũng là một yếu tố quan trọng để chính sách bình ổn giá trong hoàn cảnh kinh tế thị trường có thể thành công. Ngành sản xuất dược phẩm nội địa chính là nguồn thuốc gốc tiềm năng rất lớn. Mặc dù thuốc sản xuất trong nước hiện nay chiếm khoảng 50% tổng trị giá thuốc sử dụng nói chung, tại các bệnh viện, thuốc nội địa chiếm tỷ lệ nhỏ hơn, đặc biệt ở các bệnh viện tư, bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh [106]. Yếu tố cản trở sự phát triển của thuốc gốc một phần do nhiều thầy thuốc và người bệnh đều tin rằng thuốc nhập ngoại tốt hơn. Việc kê đơn thuốc vẫn chưa tuân thủ ghi theo tên hoạt chất và còn có một số yếu tố khác nữa ảnh hưởng đến việc kê đơn của các bác sĩ như tác động của trình độ viên đối với thuốc ngoại mạnh hơn thuốc nội. Một yếu tố khác cũng ảnh hưởng tới khả năng phát triển thuốc gốc, đó là quy định về bằng sáng chế liên kết hoặc dữ liệu độc quyền làm chậm việc đăng ký thuốc gốc sau khi bằng sáng chế hết hạn.

Mặc dù có chính sách về **thông tin và quảng cáo thuốc**, trong đó cấm sử dụng lợi ích vật chất hay tài chính để tác động tới thầy thuốc, người dùng thuốc nhằm thúc đẩy việc kê đơn, sử dụng thuốc (Theo 13/2009/TT-BYT), cơ chế giám sát, phát hiện vi phạm và xử phạt vẫn còn yếu vì thiếu lực lượng thanh tra dược. Tỷ lệ hoa hồng cho đơn vị mua sắm hoặc người kê đơn thuốc được tính vào giá thuốc là một trong các yếu tố làm tăng giá thuốc. Muốn chính sách cấm chi hoa hồng hiệu quả phải kết hợp với nhiều chính sách khác, như: trả lương chính thức đủ sống và xứng đáng với trình độ học vấn, trách nhiệm và cường độ làm việc, phát triển thông tin quản lý trong bệnh viện nhằm phát hiện lạm dụng thuốc dựa trên thống kê, thanh toán dịch vụ theo phương thức khuyến khích tiết kiệm (như định suất hoặc chi trả theo trường hợp bệnh), xây dựng các hướng dẫn điều trị chuẩn có quy định rõ loại thuốc cần sử dụng trong điều trị....

Vai trò **kiểm soát giá thuốc của BHYT**. BHYT là đơn vị có sức mua rất lớn, tuy nhiên lực lượng giám định chưa được phát huy. Hiện nay đang nghiên cứu phương án BHYT đấu thầu mua thuốc, sử dụng sức mua lớn để thương lượng giảm giá thuốc. Cơ chế giám định BHYT hiện nay chủ yếu dựa trên danh mục thuốc chủ yếu và giá đấu thầu thuốc. Vì thiếu các hướng dẫn điều trị chuẩn được cập nhật, cụ thể để làm tiêu chuẩn, nên BHYT rất khó có thể giám định về thuốc sử dụng có hợp lý không.

**Đấu thầu thuốc:** Việc cung ứng thuốc cho các bệnh viện đều phải thông qua đấu thầu. Các bệnh viện thực hiện việc đấu thầu thuốc dựa trên các quy định hiện hành. Trong quá trình thực hiện đấu thầu, có một số thông tin gợi ý rằng cơ chế đấu thầu chưa hiệu quả để bảo đảm giá thấp, và để bảo đảm bệnh viện cung ứng được đủ thuốc cho bệnh nhân nội trú. Ví dụ, theo nghiên cứu tại một số cơ sở y tế công lập do Thanh tra Bộ Y tế tiến hành, giá trúng thầu trung bình là 106% so với giá kế hoạch (dao động từ 61,5% đến 142,3% tùy từng cơ sở y tế) [107]. Do đấu thầu thuốc được tiến hành tại từng cơ sở riêng lẻ, ở hầu hết các cơ sở y tế, sức mua không đủ lớn để ép giá xuống, bảo đảm lúc nào cũng có đủ các loại thuốc cần thiết. Rất cần có cơ chế giám sát và đánh giá tác động đấu thầu thuốc đối với giá thuốc, sự sẵn có thuốc cho bệnh nhân nội trú nhằm điều chỉnh các chính sách cho phù hợp.

#### **1.1.4. Sản xuất và nhập khẩu**

##### ***Tiến bộ, kết quả***

Năng lực sản xuất trong nước cung ứng được khoảng 50% trị giá thuốc tiêu dùng trong thị trường. Đối với 50% thị phần còn lại, thuốc chủ yếu nhập khẩu từ Pháp, Ấn Độ, Hàn Quốc, Thụy Sĩ, Đức, Hoa Kỳ. Cả năm 2009, trị giá tân dược nhập khẩu là 1098 triệu USD [108].

**Công nghiệp dược** của Việt Nam trong những năm gần đây phát triển mạnh hơn trước đây. Số lượng doanh nghiệp, mặt hàng đều tăng nhanh [109]. Nhà nước xếp ngành hóa dược vào danh mục ngành mũi nhọn của nền kinh tế. Định hướng của Quy hoạch phát triển ngành công nghiệp hóa dược đến năm 2015 và tầm nhìn đến năm 2025 có nhấn mạnh vào sản xuất và chế biến nguyên liệu làm thuốc, sản xuất những thuốc có nhu cầu lớn trong nước và để xuất khẩu, đầu tư vào công nghệ cao và sạch.

##### ***Xuất nhập khẩu***

Việt Nam gia nhập WTO từ năm 2006 và đã thực hiện quy định của Bộ Thương mại liên quan đến các khía cạnh của sở hữu trí tuệ (TRIPS), thực thi sáng chế độc quyền trong vòng 20 năm đối với dược phẩm.

Việt Nam đã cam kết hài hòa hóa quy định dược phẩm trong khối ASEAN. Sự hội nhập này cho thấy các nước ASEAN sẽ sử dụng cùng một hồ sơ đăng ký và thực hiện cùng một hình thức kiểm soát chất lượng giống nhau ở tất cả các nước -nhằm đạt được mục tiêu đăng ký thuốc và tiêu chuẩn chất lượng thuốc được công nhận trên nhiều quốc gia. Thực thi cam kết này, tháng 11 năm 2009, Cục Quản lý Dược đã ban hành Thông tư mới (22/2009/TT-BYT) về đăng ký thuốc tuân theo các hồ sơ kỹ thuật chung ASEAN (ACTD) của dược phẩm dùng cho người [110]. Hội nhập hóa ASEAN cũng ban hành hướng dẫn về sinh khả dụng (BA) và tương đương sinh học (BE).

##### ***Khó khăn, hạn chế***

Liên quan đến sản xuất, Việt Nam đang gặp thách thức vì phụ thuộc quá nhiều vào nhập khẩu để đáp ứng nhu cầu nguyên liệu. Năm 2008, 90% hoạt chất (Active Pharmaceutical Ingredient) phải nhập ngoại, chủ yếu từ Trung Quốc, Ấn Độ, Xin-ga-po [108]. Hiện nay chúng ta đang nghiên cứu tìm phương án tăng cường sản xuất hóa dược, dược liệu để tháo gỡ cản trở cho sản xuất thuốc trong nước.

Công nghệ sản xuất hiện nay ở nhiều nhà máy chưa bảo đảm chất lượng sản phẩm. Hiện nay các mặt hàng được sản xuất trong nước chủ yếu là các thuốc thông thường. Tuy nhiên, nhà nước đang hỗ trợ đầu tư và dây chuyền sản xuất hiện đại, công nghệ tiên tiến.

Trong thương lượng WTO với một số quốc gia, Việt Nam cũng đã thông qua việc điều chỉnh các quy định TRIPS như dữ liệu độc quyền và bằng sáng chế liên kết. Dù các điều kiện thêm này giúp mở rộng thị trường xuất khẩu nhiều mặt hàng của Việt Nam, nhưng phải cân đối với bất lợi cho phát triển sản xuất thuốc gốc trong nước, và quan trọng hơn là bất lợi cho người tiêu dùng là bệnh nhân phải trả giá thuốc cao kéo dài nhiều năm.

### 1.1.5 Chất lượng thuốc

#### *Tiến bộ, kết quả*

Các quy định về chất lượng thuốc đang được rà soát và sửa đổi để dần dần đạt tiêu chuẩn khu vực và quốc tế.

Gần đây, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư 09/2010/TT-BYT về Hướng dẫn việc quản lý chất lượng thuốc thay thế cho Quy chế quản lý chất lượng thuốc áp dụng từ năm 1998. Thông tư này quy định các hoạt động về quản lý chất lượng thuốc trong quá trình sản xuất, xuất khẩu, nhập khẩu, lưu hành và sử dụng tại Việt Nam; quyền và trách nhiệm của cơ sở kinh doanh thuốc, người tiêu dùng và các tổ chức, cá nhân liên quan đến chất lượng thuốc.

Việt Nam đã xây dựng và triển khai nhiều tiêu chuẩn thực hành tốt (GPs). Hiện nay đã có tiêu chuẩn thực hành tốt sản xuất (GMP), bảo quản thuốc (GSP), kiểm nghiệm thuốc (GLP), phân phối thuốc (GDP), nhà thuốc (GPP) và trồng trọt và hái cây thuốc (GACP).

Số doanh nghiệp đạt tiêu chuẩn thực hành sản xuất tốt tăng hằng năm. Tính đến cuối năm 2009, có 98 nhà máy đạt ít nhất tiêu chuẩn GMP-VN (Bảng 18) và 55% nhà máy đạt chuẩn GMP-WHO. Ngoài ra hiện nay có 98 doanh nghiệp đạt tiêu chuẩn thực hành tốt kiểm nghiệm thuốc (GLP). Đến cuối năm 2008, số doanh nghiệp có chứng chỉ thực hành bảo quản tốt là 126 (GSP) [28]. Theo báo cáo của Cục Quản lý Dược, tính đến 31/11/2009, 10,63% cơ sở bán lẻ đạt GPP [111].

**Bảng 18: Số doanh nghiệp đạt tiêu chuẩn thực hành tốt qua các năm**

Năm	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
GMP	18	25	31	41	45	57	66	74	89	98
GLP	0	6	16	26	32	43	60	74	88	98

Nguồn: Cục Quản lý Dược

Kiểm soát chất lượng là trách nhiệm của Viện Kiểm nghiệm thuốc trung ương (NIDQC). Cơ quan này đã được cấp giấy chứng nhận thực hành tốt phòng kiểm nghiệm (GLP) của WHO. Hiện tại có 63 trung tâm kiểm nghiệm tuyến tỉnh, với năng lực kiểm nghiệm khác nhau theo phân tuyến công việc từ Viện kiểm nghiệm trung ương. Chính phủ cũng đang xây dựng ba phòng thí nghiệm khu vực tại Đà Nẵng, Cần Thơ và Huế.

Cục Quản lý Dược mới ban hành Thông tư 04/2010/TT-BYT về việc lấy mẫu kiểm tra thuốc để khắc phục vấn đề trước đây mẫu được kiểm tra còn ít so với lượng thuốc lưu thông. Thông tư cũng đề cập yêu cầu của Chính phủ về việc thử nghiệm lâm sàng đối với các loại thuốc mới và vắc-xin bao gồm các sản phẩm chưa được sử dụng từ 5 năm trở lên tại bất kỳ quốc gia nào trên thế giới.

Quy định sửa đổi về việc đăng ký thuốc được ban hành năm 2009 (22/2009/TT-BYT). Quy định này bổ sung các tiêu chuẩn chất lượng cần đạt để được phẩm được phép lưu thông trong nước.

### **Khó khăn, hạn chế**

Vấn nạn sản xuất, buôn bán thuốc giả là vấn đề toàn cầu, không loại trừ nước phát triển hay kém phát triển. Theo đánh giá của Tổ chức Y tế Thế giới (2006) tỷ lệ thuốc giả dao động từ dưới 1% ở các nước phát triển, các nước có hệ thống pháp luật, hệ thống quản lý hiệu quả, đến trên 10% ở các nước đang phát triển, các nước có hệ thống pháp luật, quản lý còn yếu kém. Nhờ áp dụng những biện pháp cứng rắn và có hiệu quả, nhìn chung tỷ lệ thuốc giả trong những năm gần đây duy trì ở tỷ lệ thấp, chỉ dao động trên dưới mức 0,1% (Dòng trên của Bảng 19).

Các thuốc giả thấy trên thị trường ở Việt Nam thường là kháng sinh: ampicillin, amoxicillin, chloramphenicol, erythromycin, và tetracycline [112]. Đối với các thuốc nhập khẩu thì kháng sinh cũng là nhóm thuốc bị vi phạm nhiều nhất (20 trên 45 thuốc) [94]. Tỷ lệ thuốc giả (theo số lượng mẫu được kiểm tra) qua các năm được trình bày trong Bảng 19.

Thuốc không đạt tiêu chuẩn chất lượng cũng là vấn đề cần quan tâm đối với hệ thống y tế ở các quốc gia. Theo số liệu của Cục Quản lý Dược, trong tổng số mẫu thuốc lấy để kiểm tra, khoảng 3% không đạt tiêu chuẩn chất lượng. Tỷ lệ này dao động hằng năm nhưng không có xu hướng lên hoặc xuống (Bảng 19).

**Bảng 19: Tỷ lệ thuốc giả và thuốc kém chất lượng trong mẫu lấy để kiểm tra, 2000-2009**

Năm	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Tỷ lệ thuốc giả	0,3	0,03	0,06	0,06	0,09	0,13	0,17	0,095	0,12
Tỷ lệ thuốc không đạt tiêu chuẩn chất lượng	3,3	3,2	3,1	3,1	3,0	3,2	3,3	2,9	3,7

Nguồn: Cục Quản lý Dược [94; 111]

Bảo quản thuốc rất quan trọng để bảo đảm thuốc có tác dụng như mong muốn. Số cơ sở được cấp giấy chứng nhận thực hành bảo quản thuốc tốt tăng từ 79 cơ sở năm 2007 đến 108 cơ sở năm 2008 (tăng 37%), đóng góp vào việc bảo đảm chất lượng thuốc. Tác động của điều kiện bảo quản thuốc đối với hàm lượng và chất lượng thuốc chưa được nghiên cứu, theo dõi nhiều ở Việt Nam. Tuy nhiên, có một nghiên cứu đánh giá hàm lượng hoạt chất thuốc động kinh được tiến hành năm 2008 ở một thành phố ở miền Nam Việt Nam, sử dụng phương pháp HPLC đối với mẫu nhỏ [113]. Kết quả gợi ý như cầu theo dõi tình hình bảo quản thuốc vì chỉ có 35% số thuốc được nghiên cứu đảm bảo đúng hàm lượng và mức độ duy trì được hàm lượng hoạt chất có tương quan với điều kiện bảo quản thuốc. Do các thuốc nhạy cảm đối với các yếu tố môi trường (nhiệt, ánh sáng và độ ẩm), việc thực hiện GSP là không thể thiếu trong bảo đảm chất lượng.

Áp dụng các tiêu chuẩn thực hành tốt nhằm nâng cao chất lượng là một thách thức lớn đối với các cơ sở sản xuất trong nước và đối với các phòng kiểm nghiệm thuốc có vai trò chủ chốt trong bảo đảm chất lượng thuốc lưu thông trong thị trường Việt Nam. Quy định mới về lấy mẫu thuốc để kiểm tra chất lượng đang đòi hỏi cán bộ trong lĩnh vực này phải được đào tạo phù hợp và số cán bộ phải tăng lên mới đảm bảo được thực hiện đầy đủ các quy định kiểm soát chất lượng thuốc ngày càng chặt chẽ.



### 1.1.6. Sử dụng thuốc an toàn hợp lý

#### **Tiến bộ, kết quả**

Nhằm bảo đảm người bệnh sử dụng thuốc an toàn hợp lý, Bộ Y tế đã xây dựng nhiều cơ chế khác nhau. Năm 1997, Bộ Y tế có văn bản yêu cầu các bệnh viện thành lập Hội đồng Thuốc và điều trị. Thành viên của Hội đồng gồm có bác sĩ lâm sàng, dược sĩ và chuyên gia vi sinh. Một trong những nhiệm vụ của Hội đồng Thuốc và điều trị là thực hiện các hướng dẫn của Bộ Y tế về việc sử dụng thuốc, đưa ra các lời khuyên về mặt chuyên môn nhằm giúp cải thiện việc sử dụng thuốc hợp lý, an toàn và hiệu quả. Ngoài ra, Hội đồng còn có nhiệm vụ tham vấn giúp xây dựng danh mục thuốc chủ yếu sử dụng tại đơn vị của họ. Một số loại thuốc kháng sinh nhất định, ví dụ như meropenem, trước khi sử dụng phải tham khảo ý kiến tư vấn của Hội đồng. Một nhiệm vụ khác của Hội đồng là chỉ đạo tuyên cho các cán bộ y tế địa phương về việc sử dụng thuốc hợp lý và tổ chức các hoạt động giám sát và báo cáo về tình trạng kháng kháng sinh. Cho đến nay, gần 100% các bệnh viện đã có Hội đồng Thuốc và điều trị.

Nhằm cung cấp thông tin về chỉ định thuốc, Nhà nước đã xây dựng Dược thư, một tài liệu tham khảo có nội dung khoa học và rất phong phú để phát cho các cơ sở y tế sử dụng trong việc kê đơn thuốc, hoặc phát thuốc cho người bệnh.

Các quy chế (số 1847/2003/QĐ-BYT, ngày 28/5/2003, và số 04/2008/QĐ-BYT, ngày 1/1/2008) về kê đơn và bán thuốc theo đơn đã được ban hành. Nhằm hỗ trợ thực hiện quy chế, Bộ Y tế cũng ban hành danh mục thuốc không cần kê đơn.

Tháng 6 năm 2009, Bộ Y tế đã thành lập Trung tâm quốc gia về thông tin thuốc và phản ứng có hại của thuốc (DI-ADR) tại trường Đại học Dược Hà Nội. Công tác cảnh giác được cũng được chuyển giao từ Cục Quản lý Dược sang trung tâm này từ tháng 1 năm 2010 [114]. Hệ thống cảnh giác được quốc gia được thành lập với sự hỗ trợ kỹ thuật từ WHO, Tổ chức Quản lý Khoa học về Sức khỏe (MSH) và Viện Nuffic (Hà Lan). Số lượng báo cáo các trường hợp ADR tăng theo thời gian (1062; 1284; 1778; 2005 tương ứng cho các năm 2006; 2007; 2008; và 2009) [94; 111], do việc bổ sung chỉ số về báo cáo ADR hằng năm vào các chỉ số “Kiểm tra bệnh viện”. Năm 2009, 23% bệnh viện đã báo cáo tác động không mong muốn của thuốc.

#### **Khó khăn, hạn chế**

Sử dụng thuốc không an toàn và bất hợp lý dẫn đến nhiều hậu quả. Thứ nhất, sử dụng kháng sinh, kháng vi rút không hợp lý dẫn đến tình trạng kháng thuốc ngày càng gia tăng. Một điều tra giám sát cộng đồng cho thấy 95% các chủng *S. pneumoniae* (nguyên nhân chính gây viêm phổi), đã kháng với ít nhất một loại kháng sinh và 60% các chủng là đa kháng thuốc [115]. Các loại vi khuẩn gây viêm phổi hiện nay đã kháng với các loại thuốc thông dụng trong cộng đồng. Tình hình này dẫn đến việc buộc phải thay thế các loại thuốc đắt tiền hơn và có thể dẫn đến thất bại nhiều hơn trong điều trị [116]. Kháng kháng sinh trong bệnh viện đã gia tăng nhanh chóng. Một nghiên cứu tại bệnh viện Bạch Mai cho thấy tỉ lệ vi khuẩn kháng cephalosporin (ESBL dương) đã tăng từ 21,5% đến 41,2% từ năm 2006 đến năm 2008 [117].

Thứ hai, sử dụng thuốc không an toàn có thể dẫn đến gia tăng tác dụng có hại của thuốc. Tình trạng tai biến do thuốc ở Việt Nam chưa được đánh giá đầy đủ do mới thành lập trung tâm báo cáo ADR. Theo số liệu báo cáo hiện nay, trung bình cả nước chưa đến 6 trường hợp/ngày báo cáo về các phản ứng có hại của thuốc. Tuy nhiên, dạng và loại thuốc được sử dụng có nguy cơ tai biến cao hơn ở nước khác vì việc sử dụng kháng sinh không có kiểm



soát, và có khi bác sĩ thích chỉ định thuốc tiêm thuốc truyền dịch. Tình hình kháng thuốc là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến việc tăng sử dụng các thuốc kháng sinh đắt tiền hơn như imipenem và meropenem [116].

Thứ ba, thuốc đắt có thể dẫn đến sử dụng thuốc không hợp lý do không đủ tiền để mua đủ liều. Và như vậy sẽ không hiệu quả trong quản lý bệnh mạn tính hoặc chữa khỏi bệnh cấp tính.

Cuối cùng, một yếu tố không kém quan trọng là việc chi hoa hồng của các công ty cho bác sĩ, dược sĩ. Tỷ lệ hoa hồng cao có thể khuyến khích chỉ định thuốc không cần thiết, thuốc biệt dược đắt tiền, làm cho nguy cơ sử dụng thuốc không hợp lý càng cao, hoặc gây hậu quả về tài chính đối với các hộ gia đình và quỹ BHYT.

Mặc dù đã triển khai nhiều quy chế và cơ chế để bảo đảm sử dụng thuốc an toàn hợp lý, nhưng chúng ta vẫn chưa đạt kết quả mong muốn.

Theo quy chế **kê đơn và bán thuốc theo đơn**, đối với các thuốc phải kê đơn, cơ sở bán thuốc chỉ bán khi có đơn của các bác sĩ, nhưng thực tế hầu như chưa có hiệu thuốc/nhà thuốc nào thực hiện nghiêm túc quy chế này. Các hiệu thuốc vẫn bán thuốc kê đơn mà không cần đơn của bác sĩ. Chưa bắt buộc kê đơn thuốc theo tên gốc. Nguyên nhân của vấn đề này là số đơn vị bán thuốc lẻ quá lớn và lực lượng thanh tra, kiểm tra, giám sát lại quá ít, chế tài chưa thực sự có ý nghĩa để bắt buộc các hiệu thuốc thực hiện quy chế. Tình hình tự mua thuốc không theo đơn của bác sĩ còn rất phổ biến, kể cả khi mua thuốc corticoid và kháng sinh.

**Phác đồ điều trị chuẩn** chưa được xây dựng và cập nhật thường xuyên, điều này đã dẫn đến bất hợp lý trong thực hành điều trị tại nhiều bệnh viện. Một nghiên cứu thực hiện bởi Cục quản lý Khám chữa bệnh về sử dụng thuốc trong 14 bệnh viện cho thấy sử dụng quá nhiều thuốc cho bệnh nhân. Trong một bệnh viện, số lượng cao nhất của thuốc được kê cho một bệnh nhân lên tới 82 [118]. Đánh giá thực hành mua sắm tại bệnh viện, chi phí cho thuốc vượt quá mức được phê duyệt [107]. Để tăng cường sử dụng thuốc hợp lý, bác sĩ và dược sĩ lâm sàng cần dựa vào các hướng dẫn điều trị chuẩn được cập nhật. Tuy nhiên, hiện nay vẫn chưa có các tài liệu chuẩn và cập nhật. Điều đó cũng cho thấy, cần tăng cường hơn nữa vai trò của Hội đồng Thuốc và điều trị.

Các bệnh viện tuyến huyện **thiếu trầm trọng nhân lực được** có trình độ và chuyên gia vi sinh. Bộ Y tế đã triển khai thực hiện Chỉ thị 05/2004/CT-BYT về việc chấn chỉnh công tác cung ứng, sử dụng thuốc trong bệnh viện. Cụ thể như sau: các bệnh viện phải áp dụng hướng dẫn sử dụng thuốc hợp lý, an toàn; giám sát kê đơn kháng sinh, tổ chức tập huấn tăng cường sử dụng thuốc hợp lý. Tuy nhiên, tác động của Chỉ thị chưa được thể hiện rõ ràng.

Sử dụng **danh mục thuốc thiết yếu** là một trong những công cụ chính để tăng cường sử dụng hợp lý thuốc. Việt Nam hiện nay có các loại danh mục khác nhau, một cho các thuốc thiết yếu và một cho việc hoàn trả của bảo hiểm y tế. Bệnh viện cũng được uỷ quyền để phát triển các danh mục riêng của mình. Nhìn chung, danh mục thuốc thiết yếu phải là cơ sở cho việc mua sắm, nhưng ở Việt Nam thì chưa thực hiện được điều này.

Các **yếu tố kinh tế** cũng ảnh hưởng tới việc sử dụng thuốc không an toàn, không hợp lý. Trường hợp thuốc quá đắt, đặc biệt đối với bệnh mạn tính, nhiều bệnh nhân sẽ không mua đủ liều vì thiếu tiền. Vì chi phí khám chữa bệnh cao do bác sĩ chỉ định nhiều xét nghiệm, và vì giá thuốc trong bệnh viện nhiều lúc đắt hơn bên ngoài, nhiều bệnh nhân tự mua thuốc về điều trị mà không được bác sĩ chỉ định và giám sát. Hậu quả là dùng không đúng thuốc cần thiết, không đúng liều, không tránh tác động không muốn do tương tác với thuốc khác hoặc chống chỉ định.

Hiện nay, Việt Nam chưa có chương trình **giám sát quốc gia về kháng kháng sinh** ở quy mô toàn quốc. Mới đây Bộ Y tế xây dựng chương trình giám sát kháng thuốc, thu thập các báo cáo về tình hình sử dụng kháng sinh cũng như kháng kháng sinh từ 20 bệnh viện có phòng xét nghiệm vi sinh lâm sàng. Tuy nhiên số liệu từ các phòng xét nghiệm này chưa được kiểm tra về mặt chất lượng và chưa được phổ biến rộng rãi cho cán bộ chuyên môn cũng như cho người dân. Các xét nghiệm kháng kháng sinh cần phải được tiến hành chặt chẽ theo các hướng dẫn chuẩn và đảm bảo chất lượng.

Hiện nay, nguy cơ **sử dụng kháng sinh trong nông nghiệp** góp phần vào sự phát triển của các chủng vi khuẩn kháng thuốc đối với con người như thế nào còn chưa được xác định rõ ràng. Tuy nhiên, một lượng lớn được phẩm được sử dụng trong nông nghiệp là kháng sinh. Thậm chí kháng sinh là nhóm thuốc phổ biến nhất sử dụng cho động vật (chiếm 70% tất cả các loại thuốc) [119].

## 1.2. Thực trạng lĩnh vực vắc-xin

Từ nhiều năm nay, Việt Nam là một trong những quốc gia có tỷ lệ bao phủ tiêm chủng mở rộng cao, hầu hết đều đạt trên 90% do đó tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong của một số bệnh truyền nhiễm của trẻ em giảm rất nhiều. Nhờ có tiêm chủng mở rộng, bệnh bại liệt đã được thanh toán vào năm 2000. Uốn ván sơ sinh đã được loại trừ trên quy mô huyện vào năm 2005; tiến tới loại trừ sởi vào năm 2012. Với một số bệnh, như sởi, bạch hầu, ho gà, trong nhiều năm nay tỷ lệ mắc đã giảm rõ rệt, không có trường hợp nào tử vong [28].

Trong thời gian tới, nhu cầu về tiêm chủng của Việt Nam sẽ tăng cao. Chiến lược sản xuất vắc-xin trong nước rất phù hợp về mặt tài chính và kỹ thuật, tuy nhiên vẫn có một số loại vắc-xin sẽ phải tiếp tục nhập khẩu. Về tổng thể, trong lĩnh vực này, chúng ta vẫn còn một số thách thức liên quan đến bảo đảm chất lượng vắc-xin, sản xuất hiệu quả và bảo quản tốt vắc-xin trong quá trình phân phối, an toàn khi sử dụng và tính bền vững của tài chính vắc-xin.

### 1.2.1 Hệ thống văn bản pháp quy

Vắc-xin là chế phẩm chứa kháng nguyên tạo cho cơ thể khả năng đáp ứng miễn dịch, được dùng với mục đích phòng bệnh và theo hệ thống pháp luật Việt Nam được quản lý theo Luật dược. Cơ chế quản lý chất lượng vắc-xin, quản lý sản xuất và phân phối vắc-xin và thông tin và quảng cáo vắc-xin được quy định theo các văn bản pháp quy được miêu tả trong mục về thuốc.

Có hai đơn vị chính có trách nhiệm quản lý nhà nước về vắc-xin và chức năng, nhiệm vụ được nêu rõ trong Quyết định số 23/2008/QĐ-BYT (ban hành quy định về sử dụng vắc-xin, sinh phẩm y tế trong dự phòng và điều trị), đó là:

- Cục Quản lý Dược có trách nhiệm tổ chức thẩm định, xét duyệt, cấp số đăng ký lưu hành, quản lý chất lượng vắc-xin, sinh phẩm y tế, cho phép xuất, nhập các vắc-xin, sinh phẩm y tế sử dụng trong tiêm chủng phòng bệnh; đình chỉ hoặc không cho phép sử dụng các vắc-xin, sinh phẩm y tế sử dụng trong tiêm chủng phòng bệnh.
- Cục Y tế dự phòng có trách nhiệm chủ trì, phối hợp với các Vụ, Cục có liên quan để chỉ đạo, hướng dẫn, kiểm tra hoạt động tiêm chủng vắc-xin, sinh phẩm y tế trong phạm vi cả nước; thông tin tuyên truyền về an toàn tiêm chủng, bổ sung danh mục bệnh truyền nhiễm phải sử dụng vắc-xin, sinh phẩm y tế bắt buộc, độ tuổi trẻ em thuộc Chương trình tiêm chủng mở rộng trong từng giai đoạn cụ thể. Tiếp nhận bản cam kết của các cơ sở tiêm chủng trực thuộc Bộ.

Chương này chủ yếu đề cập chức năng của Cục Quản lý Dược. Các vấn đề liên quan đến sử dụng vắc-xin được đề cập trong Chương về Y tế dự phòng.

### **1.2.2 Nhu cầu sử dụng vắc-xin**

Việt Nam ngày càng mở rộng tiêm các loại vắc-xin. Trước năm 1997, chương trình tiêm chủng mở rộng chỉ áp dụng đối với 6 loại vắc-xin: lao, bại liệt, bạch hầu, ho gà, uốn ván, sởi. Từ năm 1998 cho đến nay đã bổ sung 4 loại vắc-xin: viêm gan B, viêm não Nhật Bản, tả, thương hàn. Thời gian tới sẽ thêm vắc-xin Hib (dưới dạng phối hợp với vắc-xin bạch hầu, ho gà, uốn ván, viêm gan B). Đối với người lớn, hiện nay chủ yếu tiêm phòng uốn ván cho phụ nữ mang thai để giảm nguy cơ uốn ván sơ sinh, và tiêm phòng dại sau khi bị thú vật cắn. Trên thế giới còn nhiều loại vắc-xin phòng bệnh truyền nhiễm, nhưng vì kinh phí hạn hẹp nên Việt Nam chưa thể đưa vào chương trình tiêm chủng mở rộng, mà chỉ có thể lựa chọn một số loại vắc-xin phòng những bệnh được coi là ưu tiên đối với y tế công cộng và có giá hợp lý để đưa vào chương trình. Trong thời gian tới cần xem xét chi phí- hiệu quả để đưa thêm vắc-xin quai bị, thủy đậu, rubella, rotavirus, pneumococcal vào tiêm chủng mở rộng, vì đây là những bệnh đang xảy ra và có thể trở thành gánh nặng bệnh tật lớn ở nước ta. Đối với phụ nữ cũng nên nghiên cứu chi phí- hiệu quả cho việc tiêm chủng phòng HPV nhằm giảm nguy cơ mắc ung thư cổ tử cung.

### **1.2.3 Sản xuất và cung ứng vắc-xin**

Sản xuất vắc-xin trong nước có rất nhiều lợi thế: chủ động trong việc sử dụng vắc-xin, khi có dịch, vắc-xin trong nước sẽ đáp ứng được ngay. Việt Nam đã sản xuất được nhiều loại vắc-xin: Lao, bạch hầu, ho gà, uốn ván, bại liệt, viêm não Nhật Bản, viêm gan B, sởi, tả thương hàn. Tuy nhiên, mỗi công ty sản xuất một loại vắc-xin riêng biệt. Theo xu hướng chung trên thế giới, người ta tiến tới sản xuất vắc-xin ở dạng phối hợp, như vắc-xin bạch hầu- ho gà-uốn ván-viêm gan B-Hib. Vắc-xin phối hợp có lợi thế: trẻ ít bị đau hơn vì chỉ tiêm có 1 mũi thay vì phải tiêm nhiều mũi, không phải đưa trẻ nhiều lần đến điểm tiêm chủng giúp tăng tỷ lệ tiêm đủ và đúng lịch, giảm chi phí bảo quản và thực hiện tiêm chủng nhiều vắc-xin khác nhau [120].

GAVI đã tài trợ cho Việt Nam vắc-xin phối hợp 5 trong 1 (bạch hầu- ho gà- uốn ván- viêm gan B- Hib) trong 5 năm 2010- 2015. Sau 5 năm hết tài trợ, hy vọng rằng các công ty vắc-xin trong nước có thể sản xuất được vắc-xin phối hợp này để tiếp tục duy trì tiêm chủng cho trẻ em, không bị ngắt quãng việc sử dụng. Muốn như vậy nhà nước cần đầu tư cho sản xuất vắc-xin trong nước, mặt khác các nhà sản xuất phải hợp tác chặt chẽ với nhau.

Năm 2010, Chính phủ đã đưa vắc-xin vào danh sách các sản phẩm sẽ được hỗ trợ đặc biệt trong chương trình quốc gia nâng cao năng suất và chất lượng (Theo Quyết định số 712/2010/QĐ-TTg). Chương trình này nhằm mục đích xây dựng và áp dụng hệ thống tiêu chuẩn, quy chuẩn kỹ thuật, các hệ thống quản lý mô hình, công cụ cải tiến năng suất và chất lượng. Đồng thời sẽ hỗ trợ phát triển nguồn lực cần thiết để nâng cao năng suất và chất lượng sản phẩm, trong đó có vắc-xin.

### **1.2.4 Tài chính cho vắc-xin**

Với sự phát triển nhanh về kinh tế, thu nhập quốc dân đầu người của Việt Nam năm 2008 là 1062 USD [28], Việt Nam không còn nằm trong danh sách các nước cần đặc biệt hỗ trợ về y tế nói chung và vắc-xin nói riêng. Các nhà tài trợ đang giảm dần việc hỗ trợ về vắc-xin cho Việt Nam. Năm 2009, tổng chi phí của Nhà nước Việt Nam cho hoạt động tiêm chủng mở rộng là 142 tỷ đồng, con số này từ nguồn nước ngoài chỉ khoảng 3 tỷ đồng [121].

Trong hoàn cảnh đó, việc xem xét có áp dụng loại vắc-xin mới trong Chương trình tiêm chủng mở rộng, việc tính toán chi phí - lợi ích là rất quan trọng để có cơ sở phù hợp thuyết phục bổ sung thêm ngân sách cho việc nâng số lượng vắc-xin đưa vào chương trình tiêm chủng mở rộng.

Từ năm 2002, Bộ Y tế đã ban hành Hướng dẫn thực hành tốt sản xuất vắc-xin và sinh phẩm y tế Việt Nam (theo Quyết định số 5405/2002/QĐ-BYT) và năm 2005 đã ban hành hướng dẫn trình tự, thủ tục và thẩm quyền cấp giấy chứng nhận đạt tiêu chuẩn thực hành tốt sản xuất vắc-xin và sinh phẩm y tế (GMP). Theo Quyết định này, năm 2010 là hạn cuối để các cơ sở sản xuất vắc-xin đạt GMP-WHO.

Vắc-xin là một loại sinh phẩm có hàm lượng kháng nguyên cao, điều kiện bảo quản khắt khe và thời hạn sử dụng ngắn hơn các loại thuốc khác, vì thế không thể sản xuất và/hoặc nhập khẩu số lượng lớn trong một lần và do đó có thể xảy ra tình trạng thiếu vắc-xin mùa vụ, kể cả với vắc-xin thuộc chương trình tiêm chủng mở rộng.

Theo ý kiến của một chuyên gia về lĩnh vực vắc-xin thì chất lượng vắc-xin ở Việt Nam rất khác nhau, phụ thuộc vào hãng sản xuất. Về tổng thể, vắc-xin sản xuất trong nước có chất lượng ổn định hơn. Có những lô vắc-xin nhập ngoại không đảm bảo chất lượng. Việc bảo quản vắc-xin ở tuyến dưới chưa tốt; trang thiết bị, dây truyền lạnh bảo quản vắc-xin còn thiếu hoặc đã đến lúc phải thay thế vì cũ. Điều này sẽ ảnh hưởng đến hiệu quả vắc-xin.

### 1.3. Thực trạng lĩnh vực máu và các chế phẩm máu

Máu và các chế phẩm máu có vai trò quan trọng trong việc điều trị một số bệnh hiểm nguy, đặc biệt là trong một số tình huống mất máu nguy kịch thì máu dường như yếu tố không thể thiếu được trong việc cứu sống bệnh nhân. Trong khoảng hai thập kỷ gần đây ngành huyết học truyền máu đã có những bước tiến dài.

#### 1.3.1 Hệ thống văn bản pháp quy

Năm 2001, Thủ tướng đã ra Quyết định số 198/2001/QĐ-TTg phê duyệt Chương trình An toàn truyền máu. Hiện nay, các sinh phẩm y tế đang được quản lý theo Luật Dược (2005). Năm 2007, Bộ Y tế đã ban hành quy chế truyền máu (theo Quyết định số 06/2007/QĐ-BYT) quy định về các hoạt động chuyên môn trong truyền máu, bao gồm: Tuyển chọn người hiến máu, thu gom máu và các thành phần máu, xét nghiệm, điều chế, bảo quản, vận chuyển, dự trữ, cung cấp, sử dụng máu và chế phẩm máu, truyền máu tự thân, xử lý các tác dụng không mong muốn liên quan đến truyền máu.

Trách nhiệm thực hiện quy chế được phân công cho một số đơn vị. Năm 2007, Bộ Y tế đã chuyển giao việc thực hiện chức năng, nhiệm vụ quản lý nhà nước về vắc-xin và sinh phẩm y tế từ Cục Y tế dự phòng Việt Nam sang Cục Quản lý Dược Việt Nam (theo Quyết định số 24/2007/QĐ-BYT). Năm 2008 Cục Quản lý KCB được thành lập thay thế cho Vụ Điều trị. Cụ thể, trách nhiệm hiện nay được phân công như sau:

- Cục Quản lý KCB có trách nhiệm chủ trì, phối hợp với các Vụ, Cục có liên quan để chỉ đạo, hướng dẫn, kiểm tra hoạt động truyền máu trong phạm vi cả nước.
- Cục Quản lý Dược có trách nhiệm chủ trì, phối hợp với Cục Quản lý KCB và các Vụ, Cục có liên quan tổ chức việc thẩm định và trình Bộ trưởng Bộ Y tế cấp giấy chứng nhận cơ sở có đủ điều kiện điều chế các chế phẩm máu và cấp đăng ký cho các chế phẩm máu được sử dụng trong cơ sở điều trị.

- Vụ Kế hoạch - Tài chính có trách nhiệm chủ trì, phối hợp với Cục Quản lý KCB và các cơ quan có liên quan để hướng dẫn chế độ tài chính đảm bảo các hoạt động truyền máu.
- Thanh tra Bộ Y tế có trách nhiệm chủ trì, phối hợp với Cục Quản lý KCB và các Vụ, Cục có liên quan để tổ chức việc thanh tra hoạt động truyền máu trong phạm vi cả nước.
- Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương có trách nhiệm chỉ đạo, hướng dẫn, kiểm tra, thanh tra hoạt động truyền máu trong phạm vi địa phương.
- Viện Huyết học Truyền máu Trung ương là Viện chuyên khoa trực thuộc Bộ Y tế có trách nhiệm chỉ đạo về chuyên môn kỹ thuật để bảo đảm chất lượng, an toàn truyền máu trong phạm vi cả nước.
- Các Trung tâm truyền máu khu vực có trách nhiệm chỉ đạo về chuyên môn kỹ thuật để bảo đảm chất lượng, an toàn truyền máu đối với các cơ sở được Bộ Y tế giao phụ trách.
- Các bệnh viện có trách nhiệm bảo đảm chất lượng, an toàn truyền máu trong bệnh viện. Mỗi bệnh viện phải tổ chức Hội đồng Truyền máu để tham mưu cho Giám đốc Bệnh viện trong việc bảo đảm chất lượng, an toàn truyền máu.

Tuy nhiên, năm 2008 khi xây dựng Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Cục Quản lý Dược và Cục Quản lý KCB, các chức năng liên quan đến truyền máu vẫn chưa được đề cập cụ thể. Hiện nay Bộ Y tế đang trong quá trình sửa đổi Quy chế truyền máu với sự hỗ trợ của Tổ chức Y tế Thế giới.

Hiện tại chưa có văn bản pháp quy nào đề cập đến:

- Trách nhiệm triển khai hệ thống chất lượng đối với cơ sở truyền máu.
- Việc cần phải triển khai và công nhận hệ thống quản lý chất lượng trong các cơ sở truyền máu: Áp dụng các tiêu chuẩn quốc gia và quốc tế (ISO 9001, 17025, 15189, 14001, SA 8000, OHSAS 18001).
- Cấp giấy phép hoạt động dựa trên các yêu cầu, tiêu chuẩn tối thiểu đối với các cơ sở truyền máu và định kỳ thanh tra, kiểm tra hoạt động.

### **1.3.2 Tài chính truyền máu**

Tổ chức hiến máu, sàng lọc máu, sản xuất chế phẩm máu, bảo quản và phân phối các chế phẩm máu đòi hỏi kinh phí tương đối lớn. Vì vậy, Bộ Y tế và Bộ Tài chính đã ban hành các Thông tư hướng dẫn và cập nhật mức chi cho công tác tiếp nhận, sàng lọc máu toàn phần và điều chế các chế phẩm máu đạt tiêu chuẩn (Thông tư số 21/2009/TT-BYT) và Hướng dẫn nội dung và mức chi cho công tác tuyên truyền, vận động hiến máu tình nguyện (Thông tư số 182/2009/TT-BTC). Vì vậy khi người bệnh sử dụng máu, vẫn phải thu phí để hoàn trả các chi phí đó. Hiện nay chưa có mức viện phí cập nhật cho sản phẩm máu.

### **1.3.3 Tổ chức hiến máu**

Ở tất cả các tỉnh/thành đều có Ban chỉ đạo vận động hiến máu tình nguyện tỉnh do Chủ tịch Ủy ban nhân dân làm chủ tịch và Chủ tịch Hội Chữ thập đỏ tỉnh làm phó chủ tịch. Cán bộ y tế của các tỉnh hỗ trợ Ban chỉ đạo về mặt kỹ thuật. Phong trào hiến máu nhân đạo đã và đang phát triển, nâng tỷ lệ máu từ nguồn hiến máu tăng nhanh, năm 2009 đạt 74% trên tổng số đơn vị máu thu thập được. Việt Nam đã lấy ngày 7/4 hằng năm là "Ngày toàn dân



hiển máu nhân đạo”. Tuy nhiên chỉ dựa trên tình nguyện viên để thu thập máu là không đủ. Cho đến nay, vẫn còn khoảng 20% lượng máu thu gom từ người bán máu [122].

Mới đây, theo Luật Hoạt động Hội Chữ thập đỏ, Hội Chữ thập đỏ được phép thành lập Trung tâm hiến máu lâm sàng. Cho đến nay mới có Tp. Hồ Chí Minh có trung tâm này và hoạt động chuyên nghiệp, đảm bảo chất lượng. Tuy nhiên mô hình này chưa được nhân rộng ra các tỉnh khác trong cả nước.

### 1.3.4 Sản xuất chế phẩm máu và bảo đảm an toàn máu

Với sự hỗ trợ của Ngân hàng thế giới, Bộ Y tế đã triển khai dự án xây dựng 4 trung tâm truyền máu khu vực, tại Hà Nội, Huế, Tp. Hồ Chí Minh và Cần Thơ. Với các Trung tâm này, dự án tập trung vào các nội dung [123]:

- Hiến máu tình nguyện
- Triển khai ngân hàng máu
- Sử dụng máu lâm sàng hiệu quả
- Quản lý chất lượng
- Phát triển cán bộ
- Quản lý cơ sở vật chất
- Hỗ trợ bệnh nhân nghèo.

Ngoài ra dự án còn hỗ trợ xây dựng Viện huyết học truyền máu trung ương trở thành cơ quan đầu ngành về huyết học và truyền máu của cả nước.

Về đào tạo cán bộ, với sự hỗ trợ của Ngân hàng thế giới, Tổ chức Y tế thế giới và một số tổ chức quốc tế khác, nhiều cán bộ tuyến trung ương cũng như địa phương đã được đào tạo về quản lý chất lượng máu.

Mặc dầu đã có những biến chuyển lớn về kỹ thuật cũng như sự quan tâm của các cấp chính quyền và cộng đồng, đến nay, cả nước mới chỉ có 5 trung tâm khu vực thu thập, sàng lọc và xử lý sản phẩm máu, sau đó phân phối cho các bệnh viện có nhu cầu. Việc thu thập máu cũng như 5 trung tâm xử lý máu chưa có mạng lưới phân phối tốt để phân bổ các sản phẩm máu đến các cơ sở có nhu cầu. Điều đó có nghĩa là các sản phẩm máu sử dụng ở nhiều cơ sở có khi chưa được sàng lọc và chất lượng còn thấp.

### 1.3.5 Truyền máu

Điều chế các chế phẩm máu mới chỉ áp dụng được tại các trung tâm truyền máu. Truyền máu toàn phần vẫn còn phổ biến ở nhiều nơi, truyền máu từng phần mới chỉ được áp dụng ở các cơ sở y tế gần trung tâm truyền máu. Tuyến tỉnh chưa thực hiện được việc truyền máu từng phần nên càng làm trầm trọng thêm tình trạng thiếu máu. Ở các địa bàn xa xôi, hẻo lánh, việc tiếp cận với máu và các chế phẩm máu gặp nhiều khó khăn do thiếu máu, thiếu cơ sở vật chất, trang thiết bị để thu gom, sàng lọc, lưu trữ máu. Tình hình trên cho thấy truyền máu chưa bảo đảm tính hiệu quả, công bằng.

## 2. Những vấn đề ưu tiên

### 2.1. Giá thuốc còn cao dù biến động giá có giảm

Giá bán lẻ thuốc Việt Nam cao hơn khá nhiều so với giá tham khảo quốc tế và giá CIF. Tỷ lệ thuốc gốc, có lợi thế là rẻ hơn thuốc biệt dược, hiện chưa chiếm thị phần lớn do



hiều nguyên nhân. Các quy định về đấu thầu và cách thực hiện đấu thầu cũng dẫn đến giá thuốc tại bệnh viện cao hơn giá thuốc ở bên ngoài. Giá thuốc cao là một trong những nguyên nhân dẫn đến chi phí cho thuốc tăng cao (chiếm 40% tổng chi y tế toàn xã hội) và làm tăng chi phí cho y tế.

Giá thuốc còn cao là một cản trở cho người dân sử dụng thuốc khi cần thiết, đặc biệt đối với các bệnh nhân có bệnh mạn tính, gây khó khăn trong việc bảo vệ người dân trước rủi ro tài chính...

## **2.2. Chất lượng thuốc và nguyên liệu làm thuốc chưa được kiểm soát đủ chặt chẽ**

Trong kinh tế thị trường, “thuốc” là một loại hàng hóa giống như loại hàng hóa khác ở khía cạnh phải chịu tác động của quy luật cung - cầu, và các hãng sản xuất và các cơ sở bán thuốc đều hoạt động vì lợi nhuận. Tuy nhiên, “thuốc” lại là loại hàng hóa đặc biệt vì nó ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe, thậm chí đến sinh mạng của người tiêu dùng. Một yếu tố khác là người tiêu dùng thuốc thường khó đánh giá chất lượng của sản phẩm khi mua. Để bảo vệ quyền lợi của người tiêu dùng, tức là bảo đảm thuốc an toàn, hiệu quả, cần có những biện pháp nghiêm ngặt để kiểm soát chất lượng của sản phẩm đặc biệt này, từ khâu nguyên liệu, sản xuất, nhập khẩu, bảo quản, cung ứng...

Mặc dù đã xây dựng các quy chế kiểm định thuốc, đăng ký thuốc, nhưng vẫn còn hiện tượng hàng giả, hàng kém chất lượng trên thị trường thuốc Việt Nam, đặc biệt thuốc đông dược và dược liệu. Việc kiểm định thuốc, thanh tra thuốc cần được củng cố hơn nữa để phát hiện kịp thời, hạn chế tác động có hại của thuốc có thể tránh được. Thực hiện tốt việc này sẽ đóng góp lớn vào việc tăng độ tin cậy của thuốc nội địa, hỗ trợ phát triển sản xuất và xuất khẩu.

Hiện nay các tiêu chuẩn thực hành tốt bắt đầu được áp dụng trong lĩnh vực dược, nhưng chưa áp dụng đầy đủ ở tất cả các cơ sở liên quan. Tiêu chuẩn GMP đang áp dụng ở các doanh nghiệp sản xuất dược phẩm, nhưng vẫn chưa thống nhất một tiêu chuẩn, tức là GMP-WHO, mà vẫn áp dụng hai tiêu chuẩn GMP-Việt Nam và GMP-WHO. Vẫn còn thuốc lưu thông trên thị trường Việt Nam chưa đạt tiêu chuẩn GMP. Các tiêu chuẩn thực hành tốt nhất thuốc, chuỗi nhà thuốc, bảo quản tốt, kiểm định tốt, chưa bắt buộc cho tất cả các cơ sở y tế.

## **2.3. Sử dụng thuốc chưa an toàn, hợp lý**

Một trong các nguyên nhân dẫn đến chi phí thuốc cao là do việc sử dụng thuốc, đặc biệt là các thuốc kháng sinh, không hợp lý. Hậu quả có thể lớn hơn nữa, vì sử dụng không hợp lý ảnh hưởng xấu tới sức khỏe người bệnh khi có phản ứng có hại của thuốc, khi có tương tác của thuốc, sốc phản vệ, và khi tình hình kháng thuốc (kháng sinh, kháng vi rút) tăng lên.

Có nhiều nguyên nhân đến sử dụng thuốc không an toàn hợp lý. Thứ nhất là các yếu tố về hiểu biết từ phía bệnh nhân tự điều trị, và từ phía bác sĩ kê đơn mà không có thông tin đủ về tương tác, tác dụng phụ và thiếu hướng dẫn điều trị chuẩn có đủ chi tiết và cập nhật về kê đơn thuốc hợp lý. Thứ hai là yếu tố kinh tế khuyến khích bán thuốc đắt hơn, trong đó có cả thuốc tiêm, truyền dịch. Thứ ba là quy chế về kê đơn thuốc, bán thuốc theo đơn chưa được triển khai một cách nghiêm túc. Thứ tư là thực hiện xét nghiệm vi sinh, đặc biệt kháng sinh đồ, chưa được thực hiện phổ biến ở các bệnh viện do thiếu cán bộ, thiếu trang thiết bị, hoặc vì chi phí cho các loại xét nghiệm đó không được hoàn trả đầy đủ từ nguồn BHYT. Thứ năm, hệ thống báo cáo tác động có hại của thuốc mới bắt đầu hoạt động, chưa phản ứng kịp thời khi có thuốc kém chất lượng gây tai biến, biến chứng trong điều trị.

## 2.4. Việc mở rộng thêm vắc-xin mới, vắc-xin phối hợp và bảo đảm tính bền vững trong cung ứng vắc-xin đang đứng trước nhiều thách thức

Mặc dù nước ta khá thành công trong thực hiện tiêm chủng phòng bệnh và trong việc sản xuất vắc-xin đạt tiêu chuẩn chất lượng, song vẫn còn một số vấn đề nổi cộm cần được khắc phục trong thời gian tới.

- Có nhiều loại vắc-xin mới phòng những bệnh phổ biến ở Việt Nam, nhưng Việt Nam lại chưa sản xuất được. Phương án nhập khẩu vừa đắt, vừa khó bảo đảm ổn định do đặc tính của vắc-xin thời gian bảo quản ngắn, có những loại lại phải chuyển công thức kháng nguyên hằng năm nên không thể nhập khẩu lớn.
- Hiện nay mỗi một công ty sản xuất một loại vắc-xin riêng rẽ. Theo xu hướng chung trên thế giới, người ta tiến tới sản xuất vắc-xin ở dạng phối hợp như vắc-xin bạch hầu-ho gà-uốn ván-viêm gan B-Hib vì có nhiều lợi thế. Tuy nhiên, với sự phân tán sản xuất vắc-xin ở nước ta thì việc phối hợp các vắc-xin để tăng hiệu quả TCMR gặp khó khăn.
- Hệ thống cung ứng dịch vụ vắc-xin tương đối rộng rãi, ngoài hệ thống dọc của chương trình tiêm chủng quốc gia, các bệnh viện cũng cung ứng dịch vụ này đối với các vắc-xin không nằm trong danh mục của chương trình và đối với vắc-xin viêm gan B mũi sơ sinh.

## 2.5. Số lượng máu an toàn chưa đủ

Hệ thống pháp quy liên quan đến truyền máu vẫn chưa được hoàn thiện, trách nhiệm chưa hoàn toàn rõ ràng. Hệ thống hiến máu tự nguyện chưa bảo đảm đủ khối lượng máu cần thiết cho xã hội, dẫn đến có khi phải sử dụng máu cấp cứu (không thực hiện đầy đủ các xét nghiệm sàng lọc).

## 3. Khuyến nghị

Để từng bước giải quyết các vấn đề ưu tiên trong lĩnh vực thuốc, vắc-xin, sinh phẩm, máu, báo cáo đã khuyến nghị các nhóm giải pháp sau đây (xem chi tiết ở chương Kết luận và khuyến nghị):

### 3.1. Triển khai các giải pháp quản lý chất lượng thuốc, quản lý giá thuốc

### 3.2. Nâng cao hiệu quả sử dụng thuốc hợp lý

### 3.3. Bảo đảm chất lượng vắc-xin, máu và sinh phẩm y tế

### 3.4. Phân tích chi phí-hiệu quả của một số loại vắc-xin mới.

## **Chương 8: Trang thiết bị y tế**

Trang thiết bị y tế (TTBYT) một lĩnh vực chuyên môn của ngành y tế bao gồm các loại thiết bị, dụng cụ, vật tư, phương tiện vận chuyển chuyên dụng phục vụ cho công tác khám chữa bệnh, phòng bệnh, nâng cao sức khỏe nhân dân. Dược/thuốc và Trang thiết bị y tế là một trong 6 bộ phận cấu thành của hệ thống y tế, có mối quan hệ tác động qua lại, gắn kết, hỗ trợ với các cấu phần khác, như cung ứng dịch vụ, nhân lực, hệ thống thông tin, tài chính và quản trị, để bảo đảm cho công tác chăm sóc sức khỏe (CSSK) đạt được kết quả cao nhất.

TTBYT là loại sản phẩm đặc biệt, ứng dụng các thành tựu mới nhất của các ngành khoa học công nghệ cao và có yêu cầu khắt khe về độ an toàn, tính ổn định và độ chính xác. TTBYT cũng thường được sử dụng làm thước đo mức độ hiện đại của một đơn vị cơ sở y tế, đồng thời cũng đóng góp vào chất lượng dịch vụ y tế do đơn vị y tế đó cung cấp. Cùng với nhu cầu ngày càng cao về chăm sóc sức khỏe của nhân dân, hệ thống TTBYT đã được đầu tư với quy mô lớn, đổi mới và hiện đại hóa hơn nhiều so với thời gian trước đây.

Chương này sẽ phân tích thực trạng và đề xuất giải pháp cho một số vấn đề ưu tiên trong nhiều vấn đề cần giải quyết, nhằm góp phần phát huy hơn nữa hiệu quả của trang thiết bị và công nghệ y tế, được ứng dụng vào việc CSSK nhân dân.

### **1. Đánh giá thực trạng**

#### **1.1. Những tiến bộ và kết quả**

Trong những năm gần đây, lĩnh vực TTBYT đã có nhiều tiến bộ và kết quả, đóng góp tích cực vào những thành tựu chung của hệ thống y tế Việt Nam, thể hiện ở những mặt chủ yếu sau đây.

##### **1.1.1. Chiến lược và chính sách quốc gia về TTBYT**

Trong những năm qua, để đáp ứng được nhu cầu của công tác bảo vệ, chăm sóc sức khỏe của nhân dân, hệ thống y tế trong cả nước đã được đầu tư nâng cấp, trong đó TTBYT chiếm tỷ trọng đáng kể cả về số lượng và giá trị bằng nhiều nguồn vốn khác nhau.

Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt Chính sách quốc gia giai đoạn 2002-2010 về TTBYT theo Quyết định số 130/2002/QĐ-TTg. Nhà nước đã tiếp tục ban hành và chỉ đạo thực hiện các chính sách để nâng cao vai trò của lĩnh vực TTBYT trong công tác bảo vệ và chăm sóc sức khỏe của nhân dân. Các mục tiêu đã được đề ra để định hướng cho các hoạt động trong lĩnh vực TTBYT, bao gồm mục tiêu chung, mục tiêu cụ thể như sau:

Mục tiêu chung của Chính sách quốc gia là: Bảo đảm đủ TTBYT cho các tuyến theo quy định của Bộ Y tế; Từng bước hiện đại hóa trang thiết bị cho các cơ sở y tế; phấn đấu đến năm 2010 đạt trình độ kỹ thuật về TTBYT ngang tầm các nước tiên tiến trong khu vực; Xây dựng đội ngũ cán bộ kỹ thuật chuyên ngành để khai thác sử dụng, bảo dưỡng, sửa chữa và kiểm chuẩn TTBYT; Phát triển công nghiệp TTBYT để nâng cao tỷ trọng sản phẩm TTBYT được nghiên cứu và sản xuất trong nước.

Mục tiêu cụ thể: (i) Phấn đấu đến năm 2005 đáp ứng được nhu cầu TTBYT thông dụng cho các đơn vị y tế cơ sở; (ii) Tiếp tục trang bị và phát huy hiệu quả ba trung tâm y tế chuyên sâu Hà Nội, TP Hồ Chí Minh và Huế, có kế hoạch mở rộng tới các khu vực theo vùng kinh tế xã hội; (iii) Mở rộng sản xuất TTBYT thông dụng, bảo đảm cung cấp đủ 40% nhu cầu

trong ngành vào năm 2005 và 60% vào năm 2010. Đẩy mạnh sản xuất TTBYT công nghệ cao, đầu tư các dây chuyền công nghệ tiên tiến cho sản xuất TTBYT, dược phẩm và vắc-xin.

Nhà nước đã ban hành các văn bản quy phạm pháp luật liên quan đến TTBYT nhằm thực hiện các mục tiêu của Chính sách quốc gia về TTBYT 2002-2010.

Bộ Y tế đã từng bước hoàn chỉnh và đổi mới hệ thống bộ máy quản lý Nhà nước về TTBYT từ trung ương đến địa phương, nâng cao năng lực quản lý TTBYT của các cơ sở y tế trong toàn ngành; các cơ sở y tế có cán bộ nghiệp vụ theo dõi công tác TTBYT; các bệnh viện, các viện trung ương, bệnh viện đa khoa tỉnh có phòng vật tư thiết bị y tế; các trung tâm y tế huyện có cán bộ chuyên môn theo dõi công tác vật tư thiết bị y tế.<sup>6</sup>

Nhằm định hướng cho các cơ sở y tế trong đầu tư, mua sắm trang thiết bị bằng nguồn vốn trái phiếu Chính phủ một cách hiệu quả theo hướng phù hợp với nhu cầu CSSK cũng như năng lực chuyên môn, Bộ Y tế đã ra Quyết định số 3333/2008/QĐ-BYT về việc ban hành Danh mục TTBYT thiết yếu và Quyết định 431/2009/QĐ-BYT về việc ban hành Danh mục TTBYT Phòng khám đa khoa khu vực tuyến huyện. Còn đối với các cơ sở y tế khác vẫn áp dụng theo Quyết định 437/2002/QĐ-BYT và Quyết định 1020/2004/QĐ-BYT.

Để chuẩn hóa và hỗ trợ cho các cơ sở y tế trong việc mua sắm TTBYT Bộ Y tế đã chỉ đạo việc xây dựng và ban hành tài liệu Cơ sở Dữ liệu TTBYT cho các bệnh viện thuộc các tuyến xã, huyện và tỉnh.

### 1.1.2. Tăng cường đầu tư mua sắm TTBYT

Việc đầu tư mua sắm TTBYT chủ yếu qua đấu thầu cạnh tranh theo luật định. Tuy nhiên, do TTBYT có những đặc thù so với trang thiết bị của ngành khác, nên đã có một số quy định đặc biệt. Dưới đây tổng quan các quy định pháp luật, tình hình thực hiện đấu thầu mua sắm TTBYT và xác định một số lĩnh vực cần giải quyết nhằm cải thiện tình hình.

Để nâng cao hiệu quả của việc đầu tư vào TTBYT, nâng cao vai trò của công tác đấu thầu trong lĩnh vực mua sắm TTBYT, ngành y tế áp dụng Luật Đấu thầu năm 2005 và Nghị định số 58/2008/NĐ-CP ngày 05/05/2008 và gần đây là Nghị định 85/2009/NĐ-CP ngày 15/10/2009 hướng dẫn thực hiện Luật Đấu thầu. Trong quá trình thực hiện Luật, Nhà nước đã xây dựng thêm các hướng dẫn cụ thể, như:

Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 49/2007/QĐ-TTg ngày 11/4/2007 về các trường hợp đặc biệt được chỉ định thầu; Quyết định số 39/2008/QĐ-TTg ngày 14/3/2008 ban hành quy chế đấu thầu, đặt hàng đối với các dịch vụ công; Chỉ thị số 27/2008/CT-TTg ngày 5/9/2008 về việc chấn chỉnh công tác đấu thầu sử dụng vốn nhà nước. Ngoài ra Bộ Kế hoạch và Đầu tư, Bộ Tài chính và Bộ Thương mại đã ban hành thêm các văn bản quy phạm pháp luật liên quan.

Đặc biệt trong lĩnh vực TTBYT, Bộ Y tế đã ban hành các quyết định phù hợp, như: Quyết định số 2738/QĐ-BYT ngày 24/7/2007 ủy quyền phê duyệt hồ sơ mời thầu, kết quả lựa chọn nhà thầu của các đơn vị thuộc Bộ Y tế; Quyết định số 2876/QĐ-BYT ngày 1/8/2007 hướng dẫn thực hiện đấu thầu trong ngành y tế; Quyết định số 4318/QĐ-BYT ngày 6/11/2007 ủy quyền cho Thủ trưởng đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ Y tế phê duyệt hồ sơ mời thầu và kết quả lựa chọn nhà thầu; Quyết định số 1232/QĐ-BYT ngày 8/4/2008 phân cấp thẩm quyền quyết định mua sắm, sửa chữa lớn tài sản từ kinh phí chi thường xuyên và các quỹ của các đơn vị hành chính, sự nghiệp trực thuộc Bộ.

<sup>6</sup> Cấp Bộ Y tế theo 188/2007/NĐ-CP và 2964/2004/QĐ-BYT, cấp tỉnh theo 13/2008/NĐ-CP, cấp huyện theo 14/2008/NĐ-CP. Tại bệnh viện theo quy chế bệnh viện.

Điều kiện thực hiện mua sắm TTBYT thuận lợi do hệ thống văn bản pháp quy về đấu thầu tương đối đầy đủ đã làm cho chất lượng của công tác đấu thầu được nâng cao, chất lượng các dịch vụ tư vấn, cung cấp hàng hóa cũng được nâng cao với giá cả phù hợp. Qua thời gian thực hiện các quy định đấu thầu, đội ngũ cán bộ làm công tác đấu thầu đã chuyên sâu hơn trong các lĩnh vực tổ chức đấu thầu, soạn thảo hồ sơ mời thầu, đánh giá hồ sơ dự thầu, ký kết và giám sát quá trình thực hiện hợp đồng. Luật Đấu thầu quy định điều kiện chặt chẽ để được áp dụng đấu thầu hạn chế nên đấu thầu rộng rãi tăng, đấu thầu hình thức khác giảm.

Thực hiện đầu tư mua sắm thiết bị thông qua hình thức “xã hội hóa” (XHH) đã góp phần khắc phục tình hình nhà nước thiếu vốn để đầu tư vào TTBYT trong 10 năm trở lại đây. Định hướng XHH tạo ra sự tự chủ trong việc huy động nguồn vốn để đầu tư tăng cường cơ sở vật chất, đổi mới trang thiết bị thông qua nhiều hình thức, như:

- Vay các tổ chức tín dụng
- Huy động vốn từ cán bộ, công nhân viên
- Huy động vốn từ các nhà đầu tư thông qua liên doanh, liên kết
- Khuyến khích các cá nhân, tổ chức trong nước và nước ngoài hoạt động từ thiện cung cấp, hỗ trợ các TTBYT và hỗ trợ khám chữa bệnh, giúp cho các cơ sở có điều kiện tốt hơn để phục vụ nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân

Theo số liệu năm 2008, các bệnh viện công đã huy động được khoảng 3000 tỷ đồng để đầu tư TTBYT, trong đó các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế huy động được trên 500 tỷ đồng, các đơn vị thuộc TP Hồ Chí Minh huy động và vay quỹ kích cầu gần 1000 tỷ đồng; các đơn vị thuộc Hà Nội huy động được trên 100 tỷ đồng; Quảng Ninh gần 50 tỷ đồng... [124]. Cơ chế giao quyền tự chủ đã tạo điều kiện cho các đơn vị chủ động thực hiện việc kiểm soát chi tiêu nội bộ, phát huy tính dân chủ, sáng tạo, nâng cao kỹ năng quản lý và thực hiện nhiệm vụ chuyên môn của đơn vị.

Theo thống kê sơ bộ, một số TTBYT hiện đại, có giá trị lớn đã được đầu tư, trang bị trong công tác chẩn đoán và điều trị, như: hơn 100 hệ thống chụp cắt lớp vi tính (CT scanner) các loại, 20 hệ thống chụp cộng hưởng từ (MRI), 3 hệ thống chụp mạch (Angiography), 4 hệ thống dao mổ Gamma, 3 hệ thống gia tốc tuyến tính, 11 hệ thống thiết bị tán sỏi ngoài cơ thể. Ngoài ra, các thiết bị khác như: Laser Excimer, phẫu thuật Phaco, X-quang số hóa, nội soi các loại, siêu âm màu, các máy xét nghiệm sinh hóa, huyết học và miễn dịch... cũng được nhiều đơn vị liên kết, đầu tư lắp đặt.

Thực tế cho thấy, tại những thành phố lớn, việc XHH lĩnh vực TTBYT được triển khai khá tốt (TP Hồ Chí Minh: 432 tỷ đồng, Hà Nội: 120 tỷ đồng, Thanh Hóa: 65 tỷ đồng, Hải Phòng: 46 tỷ đồng), nhưng tại các tỉnh miền núi khó khăn thì hầu như không huy động được thông qua hình thức XHH này.

Ngoài ra các Hội đồng Tư vấn kỹ thuật các cấp đã được thành lập để tư vấn, hỗ trợ cho các cơ sở y tế, công tác quản lý sau đấu thầu (theo dõi, nghiệm thu hợp đồng, lắp đặt, chạy thử, bàn giao, hướng dẫn sử dụng, bảo hành, bảo trì...) cũng được đề cao để đảm bảo hiệu quả của công tác mua sắm, cung cấp thiết bị đúng với yêu cầu và tiến độ dự kiến. Công tác thanh tra trong lĩnh vực mua sắm TTBYT cũng được Bộ Y tế đẩy mạnh với mục tiêu giám sát tính hiệu quả của việc đầu tư TTBYT.

### **1.1.3. Tăng cường hiệu quả trong việc khai thác, sử dụng TTBYT**

Để tăng cường quản lý việc sử dụng, khai thác có hiệu quả các TTBYT, Bộ Y tế đã giao trách nhiệm cụ thể cho đơn vị phụ trách TTBYT các cấp, tuyên xây dựng các tiêu chuẩn



về TTBYT, xây dựng các quy chế kiểm chuẩn, xây dựng năng lực kỹ thuật về TTBYT theo khu vực và quy định về ngân sách có thể dành cho duy trì bảo dưỡng TTBYT.

Bộ Y tế đã nâng cao vai trò của các Phòng Vật tư - Thiết bị y tế tại các bệnh viện, sở y tế hoặc bộ phận chuyên trách theo dõi về TTBYT trong công tác tham mưu, tư vấn đối với việc đầu tư, quy trình mua sắm, quản lý khai thác sử dụng có hiệu quả vật tư, TTBYT.

Bộ Y tế đã chỉ đạo các hoạt động nhằm tăng cường công tác dịch vụ kỹ thuật - thiết bị y tế. Tiến bộ đáng kể được thể hiện trong việc thực hiện kiểm chuẩn định kỳ TTBYT đang sử dụng tại các cơ sở y tế cũng như sản phẩm sản xuất trong nước và nhập khẩu. Viện Trang thiết bị và Công trình y tế đã được xây dựng và từng bước củng cố, được Bộ Y tế giao nhiệm vụ làm đầu mối trong công tác kiểm tra, kiểm định, hiệu chuẩn thiết bị y tế và công tác này cũng đã được triển khai tại nhiều cơ sở y tế. Phối hợp với Tổng cục Tiêu chuẩn - Đo lường - Chất lượng, ngành y tế đã đào tạo kiểm định viên, xây dựng và ban hành các quy trình kiểm chuẩn TTBYT. Một cơ sở kiểm định TTBYT tại TP Hồ Chí Minh đã được xây dựng.

Các trung tâm dịch vụ kỹ thuật TTBYT được xây dựng và củng cố. Trước mắt tập trung xây dựng Trung tâm dịch vụ kỹ thuật TTBYT tại Đà Nẵng để đảm bảo dịch vụ kỹ thuật cho khu vực miền Trung và Tây Nguyên. Các loại hình dịch vụ kỹ thuật TTBYT được đa dạng hóa. Công tác thanh tra, kiểm tra chất lượng, giám sát hiệu quả khai thác sử dụng TTBYT tại các cơ quan theo các quy định của Nhà nước được đẩy mạnh.

Công tác nghiên cứu khoa học, chuyển giao công nghệ và hợp tác quốc tế về TTBYT được tăng cường. Đã thành lập cơ sở nghiên cứu với sự tham gia của các cơ quan trực thuộc Bộ, các cơ sở khoa học công nghệ, các nhà khoa học để nghiên cứu khả năng ứng dụng những TTBYT, các phương pháp điều trị và chẩn đoán mới xuất hiện trên thế giới để áp dụng có chọn lọc vào Việt Nam; thực hiện chính sách khuyến khích các nhà khoa học, các cơ sở khoa học và công nghệ trong và ngoài ngành tham gia nghiên cứu, khai thác sử dụng và thực hiện dịch vụ kỹ thuật về TTBYT.

Bên cạnh đó, Bộ Y tế đã phối hợp chặt chẽ với Trung tâm Tiêu chuẩn chất lượng (Bộ Khoa học và Công nghệ) xây dựng và ban hành các tiêu chuẩn ngành và tiêu chuẩn Việt Nam trong lĩnh vực TTBYT. Tính đến nay, lĩnh vực TTBYT đã có 135 tiêu chuẩn Việt Nam và 35 Tiêu chuẩn ngành.

Công tác kiểm định, hiệu chuẩn TTBYT cũng đã được triển khai tại nhiều cơ sở y tế, thực hiện với sự ủy quyền của cơ quan có thẩm quyền của Bộ Khoa học và Công nghệ, nhiều TTBYT đã được kiểm định, như: máy X-quang các loại, hệ thống chụp cắt lớp vi tính/CT-scanner, máy điện tim, máy thở, máy gây mê, máy siêu âm, máy làm giàu oxy... và nhiều thiết bị y tế khác.

Về tài chính, theo Chỉ thị số 01/2003/CT-BYT ngày 13/06/2003 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc tăng cường công tác quản lý TTBYT, các đơn vị được phép dành từ 5% đến 7% trong số kinh phí thường xuyên được cấp hằng năm cho hoạt động mua sắm tài sản cố định để thực hiện công tác kiểm chuẩn, bảo hành, bảo dưỡng và sửa chữa TTBYT tại đơn vị.

#### **1.1.4. Đào tạo phát triển nhân lực cho lĩnh vực TTBYT**

Khi hệ thống TTBYT phát triển, cần thiết phải có một đội ngũ nhân viên kỹ thuật đủ mạnh để duy trì, bảo dưỡng, sửa chữa, kiểm chuẩn; đội ngũ kỹ thuật cũng cần được mở rộng phạm vi hoạt động để sản xuất phụ tùng, các thiết bị, dụng cụ đơn giản phục vụ trong ngành với giá cả hợp lý.



Để phát triển nhân lực kỹ thuật TTBYT ở nước ta, Bộ Y tế đã xây dựng kế hoạch đào tạo nguồn nhân lực kỹ thuật TTBYT trong cả nước; tích cực phối hợp với Bộ Giáo dục và Đào tạo để nâng cao quy mô và chất lượng đào tạo đội ngũ cán bộ kỹ thuật trong các lĩnh vực quản lý, kỹ thuật công nghệ và kỹ năng sử dụng TTBYT. Tổ chức các hội nghị chuyên đề về phát triển nguồn nhân lực cho lĩnh vực TTBYT; khảo sát nhu cầu, điều tra hiện trạng đội ngũ cán bộ chuyên ngành TTBYT và đánh giá nhu cầu trên cơ sở ý kiến của các đơn vị đào tạo. Mở rộng mạng lưới đào tạo, đáp ứng yêu cầu của ngành trong phạm vi cả nước. Cùng cố, thành lập hoặc giao nhiệm vụ cho các cơ sở đào tạo xây dựng nội dung, chương trình đào tạo thiết thực, đáp ứng yêu cầu sử dụng trong thực tế. Nghiên cứu xây dựng cơ chế, chính sách phù hợp, mở rộng định biên và chức danh, bố trí công tác cho cán bộ tại các cơ sở y tế để thu hút nguồn nhân lực phục vụ cho ngành.

#### **1.1.5. Củng cố hệ thống kinh doanh, xuất nhập khẩu TTBYT**

TTBYT thường rất tốn kém, không chỉ do chi phí mua sắm ban đầu mà còn cả chi phí cho hóa chất, vật tư tiêu hao, sửa chữa, bảo dưỡng khi sử dụng. Thị trường TTBYT toàn cầu rất lớn và có nhiều tổ chức, doanh nghiệp tham gia. Tuy nhiên, không phải nhà cung ứng TTBYT nào cũng hoạt động có trách nhiệm để cung cấp TTBYT có chất lượng, hoạt động hiệu quả. Vì vậy, nhà nước cần có vai trò quan trọng trong quản lý các cơ sở kinh doanh, nhập khẩu TTBYT, chủ yếu về mặt thu thập và phổ biến thông tin về các đơn vị cung ứng dịch vụ có chất lượng, uy tín, và chi phí hợp lý. Đồng thời nhà nước phải có hệ thống chế tài đối với đơn vị kinh doanh, XNK thiếu trách nhiệm.

Trong những năm qua Bộ Y tế đã tiến hành củng cố hệ thống kinh doanh, xuất nhập khẩu TTBYT: Thống nhất quản lý nhà nước về kinh doanh, xuất nhập khẩu TTBYT từ trung ương đến địa phương. Thiết lập hệ thống thanh tra, kiểm tra và giám sát chất lượng TTBYT đang lưu hành trên thị trường; Có chính sách hỗ trợ về vốn và kỹ thuật cho các cơ sở thuộc thành phần kinh tế nhà nước nhằm phát huy vai trò chủ đạo trong lĩnh vực kinh doanh TTBYT; Tạo điều kiện thuận lợi để các thành phần kinh tế có thể tham gia hoạt động kinh doanh TTBYT theo quy định của Nhà nước và hướng dẫn của Bộ Y tế.

Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 08/2006/TT-BYT ngày 13/06/2006 hướng dẫn các hoạt động nhập khẩu đối với sản phẩm sử dụng trong lĩnh vực gia dụng, y tế và TTBYT và Thông tư số 09/2006/TT-BYT ngày 11/07/2006 hướng dẫn sửa đổi, bổ sung Mục IV và Phụ lục 09 của Thông tư 08/2006/TT-BYT.

Đồng thời Bộ Y tế cũng thành lập các Hội đồng Tư vấn cấp giấy phép nhập khẩu TTBYT, xây dựng và ban hành quy trình cấp giấy phép nhập khẩu và hướng dẫn cụ thể cho các doanh nghiệp.

Hiện nay Bộ Y tế đang chỉ đạo xây dựng và thực hiện đề tài ứng dụng công nghệ thông tin vào quy trình thẩm định, cấp giấy phép nhập khẩu TTBYT nhằm xây dựng một hệ thống cơ sở dữ liệu điện tử để quản lý công tác cấp phép xuất nhập khẩu TTBYT một cách nhanh chóng, hiệu quả, quản lý tình hình sử dụng khai thác TTBYT tại các đơn vị cơ sở.

#### **1.1.6. Tăng cường đầu tư phát triển công nghiệp sản xuất, dịch vụ TTBYT**

Theo mục tiêu của Chính sách quốc gia về TTBYT giai đoạn 2002-2010, ngành công nghiệp sản xuất TTBYT cần bảo đảm cung cấp đủ 40% nhu cầu trong ngành vào năm 2005 và 60% vào năm 2010. TTBYT bao gồm các loại máy móc tương đối tinh vi về mặt công nghệ và kỹ thuật. Đầu tư nghiên cứu TTBYT rất tốn kém, và hiện nay các nước nghèo khó mà cạnh tranh với các công ty đa quốc gia trong việc sản xuất các loại TTBYT công nghệ cao. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều mặt hàng dạng “dụng cụ” y tế, hoặc trang bị nội thất như giường bệnh, tủ, xe đẩy, và cả những thiết bị đơn giản như nồi hấp, tủ sấy, máy hút... mà các

kỹ sư và các nhà máy của Việt Nam đều có khả năng thiết kế và sản xuất, nhằm cung ứng cho hệ thống y tế trong nước với giá rẻ, chất lượng bảo đảm để giảm gánh nặng tài chính do phải nhập khẩu.

Để nâng cao vai trò của ngành công nghiệp sản xuất dịch vụ TTBYT, tại Quyết định số 18/2005/QĐ-TTg ngày 21/01/2005 Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt đề án “Nghiên cứu chế tạo và sản xuất TTBYT đến năm 2010”.

Bộ Y tế đã phối hợp với các bộ, ngành có liên quan hình thành 7 tiểu đề án thành phần để nghiên cứu chế tạo và sản xuất các nhóm sản phẩm khác nhau; mở rộng hợp tác với các tập đoàn sản xuất TTBYT có uy tín trên thế giới trong việc liên doanh sản xuất và chuyển giao công nghệ.

Những loại trang thiết bị có cấp số đăng ký, có tiêu chuẩn đã được sản xuất, cung ứng và sử dụng trong ngành y tế, các cơ sở sản xuất TTBYT đều có tiêu chuẩn cơ sở cho từng loại sản phẩm, bao gồm cả các sản phẩm thuộc thiết bị bệnh viện.

Đến nay cả nước đã có 48 đơn vị nghiên cứu chế tạo và sản xuất TTBYT với 621 sản phẩm được sản xuất trong nước và được Bộ Y tế cấp giấy chứng nhận đăng ký lưu hành.

Bên cạnh đó, thực hiện Nghị định 69/2008/NĐ-CP ngày 30/05/2008 của Thủ tướng Chính phủ, Bộ Y tế đã chủ trương khuyến khích huy động các nguồn lực “xã hội hóa” đầu tư cho hai loại hình dịch vụ, đó là “Nghiên cứu chế tạo và sản xuất TTBYT trong nước” và “Cơ sở dịch vụ bảo trì, sửa chữa và kiểm chuẩn TTBYT”.

### **1.1.7. Tăng cường hợp tác, hội nhập quốc tế về lĩnh vực TTBYT**

Nhằm phát triển quy mô và chất lượng sản xuất TTBYT trong nước, ngành y tế đang tích cực tham gia hội nhập thị trường TTBYT quốc tế. Nếu thành công thì không chỉ đóng góp vào tăng hiệu quả dịch vụ y tế trong nước mà còn đóng góp vào tăng GDP.

Bộ Y tế đã phối hợp với các bộ, ngành liên quan rà soát và bổ sung các văn bản quy phạm pháp luật và quản lý nhà nước về lĩnh vực TTBYT theo các quy định của lộ trình hội nhập của Tổ chức Thương mại Thế giới (WTO). Ngoài ra, dưới sự chỉ đạo của Bộ Y tế, ngành TTBYT đã tổ chức các hội nghị, hội thảo phổ biến các nội dung và áp dụng các quy định chung về hội nhập.

Nắm bắt được những cơ hội của việc hội nhập với nền kinh tế thế giới, Bộ Y tế đã định hướng để lĩnh vực TTBYT có thể tham gia hội nhập, đẩy mạnh hợp tác quốc tế.

Hiện nay Việt Nam đang là thành viên của tổ chức Nhóm công tác ASEAN về các sản phẩm TTBYT thuộc Ủy ban tư vấn ASEAN về Tiêu chuẩn và Chất lượng (ACCSQ/MDPWG) và là thành viên quan sát của Tổ chức hài hòa các thủ tục trong ASEAN (AHWP).

Ngoài ra, Bộ Y tế cũng chỉ đạo tổ chức các Hội thảo chuyên ngành để phổ biến các Tiêu chuẩn và các quy định quản lý cho các cán bộ hoạt động trong lĩnh vực TTBYT, cập nhật và phổ biến các nội dung của hội nhập và các cam kết quốc tế và khu vực trong lĩnh vực TTBYT tới các nhà quản lý và các cán bộ chuyên môn trong lĩnh vực.

## **1.2. Những vấn đề cần giải quyết**

### **1.2.1. Hệ thống văn bản pháp quy về quản lý TTBYT chưa được hoàn chỉnh**

Hệ thống các văn bản pháp quy về quản lý nhà nước trong lĩnh vực TTBYT còn thiếu và chưa cập nhật thường xuyên. Cụ thể là:

Thiếu chính sách khuyến khích, hỗ trợ ngành công nghiệp sản xuất TTBYT trong bối cảnh hội nhập với nền kinh tế thế giới. Thiếu các thông tư hướng dẫn các hoạt động nhập khẩu, thành lập các Hội đồng Tư vấn cấp giấy phép nhập khẩu, xây dựng và ban hành quy trình cấp giấy phép nhập khẩu, các đề tài ứng dụng công nghệ thông tin vào quy trình thẩm định, cấp giấy phép nhập khẩu TTBYT.

Chưa có **thiết kế chuẩn** cho bệnh viện và cơ sở y tế các tuyến phù hợp với các vùng miền, đặc biệt là các cơ sở y tế liên quan đến CSSK ban đầu. Chưa có cơ chế đánh giá công nghệ y tế (HTA) nhằm lựa chọn công nghệ có hiệu quả-chi phí thích hợp.

Ngoài ra còn thiếu và chưa cập nhật thường xuyên các văn bản pháp quy khác về tiêu chuẩn hoá, về quản lý đầu tư từ các nguồn “XHH”, xuất nhập khẩu và kinh doanh TTBYT, quản lý và thanh tra, giám sát sử dụng, hiệu chỉnh, bảo dưỡng TTBYT trong các cơ sở KCB nhằm bảo đảm an toàn và hiệu quả cho người bệnh.

### **1.2.2. Hiệu quả đầu tư trong lĩnh vực TTBYT còn hạn chế**

Hệ thống y tế Việt Nam đang phát triển mạnh theo hướng hiện đại hóa. Hiện nay, số lượng và chủng loại TTBYT còn thấp so với thế giới và so với nhu cầu. Theo đánh giá hiện nay mới chỉ có khoảng 30% số bệnh viện có TTBYT đáp ứng đầy đủ nhu cầu khám chữa bệnh. Trong số 70% bệnh viện còn lại, có 30% bệnh viện chưa được trang bị hệ thống TBVT đảm bảo cho quá trình chẩn đoán và điều trị, 40% số bệnh viện mới đáp ứng được một phần hoặc tạm thời các nhu cầu về TTBTY hoặc các TTBYT đã có đủ nhưng đã quá tuổi thọ, quá cũ, sắp lạc hậu về công nghệ (căn cứ số liệu khảo sát 31 bệnh viện tuyến tỉnh, trung ương) [125]. Các TTBYT còn chưa đồng bộ nên hiệu quả sử dụng chung còn hạn chế. Một số cơ sở y tế có số bệnh nhân đông dẫn đến việc sử dụng quá tải các TTBYT khiến cho không có thời gian cho công tác bảo dưỡng thiết bị. Mặc dù nhiều cơ sở y tế đang thiếu TTBYT thiết yếu, vẫn còn có một số cơ sở y tế mua sắm vượt quá nhu cầu cần thiết.

Các cơ chế quản lý, giám sát của Nhà nước để bảo đảm hiệu quả đầu tư TTBYT còn yếu. Công tác thanh tra trong lĩnh vực mua sắm TTBYT giám sát tính hiệu quả của việc đầu tư TTBYT chưa đầy đủ. Chưa thiết lập hệ thống báo cáo, theo dõi giám sát kịp thời tính hiệu quả trong sử dụng kinh phí được cấp. Việc liên doanh, liên kết, huy động các nguồn vốn từ nhân dưới hình thức “góp vốn, chia lãi” để lắp đặt TTBYT ở các cơ sở y tế công lập có thể dẫn đến việc lạm dụng TTB, gây lãng phí công sức và tiền của của xã hội.

### **1.2.3. Nguồn nhân lực trong lĩnh vực TTBYT chưa đáp ứng nhu cầu**

Căn cứ vào các đánh giá hiện tại, nguồn nhân lực hoạt động trong lĩnh vực TTBYT (bao gồm sản xuất, duy tu, bảo dưỡng, sửa chữa, kỹ thuật viên chuyên về TTBYT, và thầy thuốc-người chỉ định và sử dụng kết quả trong chẩn đoán) chưa đáp ứng được nhu cầu thực tế cả về số lượng và chất lượng.

Quản lý đào tạo, phát triển nguồn nhân lực về TTBYT chưa đáp ứng yêu cầu của ngành trong phạm vi cả nước. Theo thống kê của Bộ Y tế, tỷ lệ cán bộ kỹ thuật về TTBYT tại các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh và tuyến huyện còn thấp (trong đó có 6% là kỹ sư, 35% là kỹ thuật viên, công nhân kỹ thuật, 59% còn lại là các bác sĩ, dược sĩ kiêm nhiệm) [125]. Nội dung, chương trình của các cơ sở đào tạo về TTBYT còn nghèo nàn, chưa thiết thực, chưa được cập nhật thường xuyên đáp ứng với công nghệ và TTBYT mới và yêu cầu thực tế sử dụng. Các cơ sở đào tạo còn thiếu rất nhiều các trang thiết bị thí nghiệm và thực hành cho các học viên. Trình độ chuyên môn của một số bác sĩ, nhân viên y tế chưa được nâng cao thích hợp để đáp ứng với công nghệ y tế mới, vì vậy chưa phát huy được hết hiệu quả của các TTBYT được đầu tư.

Ngoài đào tạo và phát triển nhân lực, còn có những vấn đề khác liên quan đến lập kế hoạch và quản lý nhân lực TTBYT. Hiện nay đang thiếu cơ chế, chính sách phù hợp để mở rộng định biên và chức danh, thu hút nguồn nhân lực chuyên về TTBYT phục vụ cho ngành.

#### 1.2.4. Sản xuất trang thiết bị y tế tại Việt Nam còn yếu

Nhằm cung cấp cho thị trường TTBYT đạt tiêu chuẩn, có chất lượng, giá hợp lý, ở mức công nghệ, kỹ thuật phù hợp với điều kiện tài chính và nhân lực có sẵn trong nước và tiện cho việc mua phụ tùng thay thế, sửa chữa, duy tu, bảo dưỡng, Nhà nước khuyến khích đầu tư sản xuất trang thiết bị, dụng cụ y tế trong nước. Tuy nhiên, hiện nay phần lớn các TTBYT hiện đại đều phải nhập khẩu, trong nước mới chỉ sản xuất được các TTBYT thông dụng, hàm lượng công nghệ còn thấp, như: thiết bị nội thất bệnh viện, vật tư y tế tiêu hao.... Các TTBYT đòi hỏi công nghệ cao hơn như máy ghi điện não, máy siêu âm màu, hệ thống thiết bị X-quang, Doppler tim thai... đều còn đang trong quá trình nghiên cứu và phát triển.

Các sản phẩm TTBYT được sản xuất trong nước chưa thật sự chiếm được niềm tin của các cơ sở y tế. Vấn đề tồn tại này một phần do chất lượng của các sản phẩm TTBYT sản xuất trong nước chưa thật sự cao, độ ổn định, độ chính xác, bền vững và tin cậy còn thấp, còn hay bị hỏng vặt và chưa đáp ứng được yêu cầu cao về TTBYT. Mặt khác do tâm lý quen sử dụng hàng ngoại nhập, đặc biệt là các sản phẩm nhập khẩu từ các nước công nghiệp phát triển đã khiến cho các đơn vị sử dụng còn ngần ngại chưa nhiệt tình trong việc tiếp cận các sản phẩm TTBYT được sản xuất trong nước.

Cơ chế để tạo môi trường hấp dẫn cho các doanh nghiệp tham gia sản xuất TTBYT, khuyến khích sử dụng TTBYT sản xuất trong nước vẫn chưa phù hợp. Mặc dù đề án “Nghiên cứu chế tạo và sản xuất TTBYT đến năm 2010” đã được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt từ 21/01/2005, nhưng đến nay vẫn thiếu điều kiện phù hợp cho phát triển sản xuất TTBYT trong nước, như: a) các văn bản pháp quy hỗ trợ trong thử nghiệm lâm sàng; b) chính sách thuế ưu đãi (đặc biệt đối với nhập khẩu phụ tùng, linh kiện điện tử, cơ khí phục vụ quá trình sản xuất); c) cơ chế vay vốn, thuê đất ưu đãi và chính sách khuyến khích các cơ sở y tế sử dụng TTBYT được sản xuất trong nước.

#### 1.2.5. Bảo đảm chất lượng TTBYT còn hạn chế

Công tác kiểm chuẩn, bảo hành, bảo dưỡng và sửa chữa TTBYT chưa được quan tâm đúng mức tại nhiều cơ sở y tế (nhất là cơ sở y tế thuộc tuyến tỉnh, huyện và các phòng khám khu vực), nên TTBYT bị xuống cấp nhanh, tuổi thọ giảm. Nguyên nhân của tình trạng trên liên quan nhiều vấn đề về điều kiện kỹ thuật, chính sách và yếu tố khuyến khích.

Công tác kiểm tra chất lượng, đo chuẩn, hiệu chỉnh các TTBYT nhập khẩu cũng như các trang thiết bị được sản xuất trong nước chưa được thực hiện chặt chẽ. Hệ thống các tiêu chuẩn để đánh giá chất lượng của các trang thiết bị chưa đầy đủ và đồng bộ gây khó khăn cho việc sản xuất và kiểm định đánh giá chất lượng của các TTBYT. Còn thiếu nhiều thiết bị kiểm chuẩn cả về số lượng và chủng loại nên còn hạn chế trong việc mở rộng chủng loại TTBYT cũng như tần suất kiểm định.

Nhiều đơn vị chưa quan tâm chỉ đạo để bảo đảm sử dụng TTBYT đúng mục đích; chưa dành đủ kinh phí cho công tác bảo trì, bảo dưỡng sửa chữa thiết bị, lựa chọn ký hợp đồng bảo trì, bảo dưỡng các thiết bị y tế hiện đại với các cơ sở dịch vụ kỹ thuật thiết bị y tế đủ năng lực và có chức năng hành nghề. Lực lượng cán bộ kỹ thuật để bảo quản, bảo dưỡng, sửa chữa TTBYT của đơn vị vừa yếu lại vừa thiếu, do đó công tác sửa chữa, bảo dưỡng máy móc thường bị động. Công tác kiểm định, hiệu chỉnh các TTBYT, đặc biệt là các trang thiết

bị sau khi sửa chữa lớn chưa được thực hiện thường xuyên. Tình hình trên đã dẫn đến hiệu quả sử dụng các TTBYT còn chưa cao.

Sự độc quyền của một số nhà cung cấp thiết bị cũng là một yếu tố ảnh hưởng đến công tác bảo trì, bảo dưỡng, sửa chữa nhỏ cung cấp phụ tùng thay thế và vật tư tiêu hao sau thời gian bảo hành.

## **2. Các vấn đề ưu tiên**

### **2.1. Hiệu quả đầu tư trong lĩnh vực TTBYT còn hạn chế**

Đầu tư để phát triển TTBYT như thế nào để bảo đảm hiệu quả - chi phí của hệ thống y tế là một vấn đề lớn cần được ưu tiên xem xét giải quyết. Như đã phân tích ở trên, việc mua sắm TTBYT chưa đồng bộ, chưa phù hợp với nhu cầu sử dụng, còn nhiều cơ sở y tế đang thiếu TTBYT thiết yếu, trong khi có một số cơ sở y tế mua sắm vượt quá nhu cầu cần thiết, dẫn đến tình trạng chỉ định sử dụng trang thiết bị chưa hợp lý. Việc đào tạo cán bộ sử dụng trang thiết bị chưa được quan tâm đầy đủ. Cơ chế quản lý, giám sát của Nhà nước để bảo đảm hiệu quả đầu tư TTBYT còn yếu. Công tác thanh tra trong lĩnh vực mua sắm TTBYT giám sát tính hiệu quả của việc đầu tư TTBYT chưa đầy đủ. Chưa thiết lập hệ thống báo cáo, theo dõi giám sát tính hiệu quả trong sử dụng kinh phí được cấp.

### **2.2. Sản xuất trang thiết bị y tế tại Việt Nam còn yếu**

Hiện nay Việt Nam mới chỉ sản xuất được các TTBYT thông dụng, hàm lượng công nghệ còn thấp. Các dụng cụ, thiết bị y tế công nghệ cao mới đang trong quá trình nghiên cứu và phát triển. Phần lớn các TTBYT hiện đại đều phải nhập khẩu. Đáng quan tâm là chưa có cơ chế phù hợp để tạo môi trường và điều kiện hấp dẫn cho các doanh nghiệp tham gia sản xuất TTBYT, khuyến khích sử dụng TTBYT sản xuất trong nước. Nếu tình hình này kéo dài thì Việt Nam ngày càng bị phụ thuộc vào các TTBYT và vật tư tiêu hao của nước ngoài, không chỉ ảnh hưởng lớn đến chi phí y tế, mà còn thiệt hại về kinh tế do không chiếm lĩnh được thị trường TTBYT có nhiều tiềm năng.

### **2.3. Bảo đảm chất lượng TTBYT còn hạn chế**

Đầu tư mua sắm TTBYT rất tốn kém, song, vấn đề đáng quan tâm hiện nay là chất lượng TTBYT thường bị xuống cấp nhanh, tuổi thọ giảm. Vì vậy cần coi đây là một vấn đề ưu tiên cần giải quyết, nhằm bảo đảm chất lượng và hiệu quả sử dụng của TTBYT nói chung, đặc biệt là các TTBYT công nghệ cao. Vấn đề này liên quan đến nhiều yếu tố, như: công tác kiểm tra chất lượng, hiệu chuẩn các TTBYT nhập khẩu cũng như các trang thiết bị được sản xuất trong nước chưa được thực hiện chặt chẽ. Hệ thống các tiêu chuẩn để đánh giá chất lượng của các trang thiết bị chưa đầy đủ. Công tác bảo hành, bảo dưỡng và sửa chữa TTBYT chưa được quan tâm đúng mức; sự độc quyền của một số nhà cung cấp thiết bị...

## **3. Khuyến nghị**

Để từng bước giải quyết các vấn đề ưu tiên trong lĩnh vực trang thiết bị y tế, báo cáo đã khuyến nghị các nhóm giải pháp sau đây (xem chi tiết ở chương Kết luận và khuyến nghị):

### **3.1. Tăng cường bảo đảm chất lượng cơ sở hạ tầng, trang thiết bị y tế.**

### **3.2. Tăng cường sản xuất TTBYT trong nước.**

### **3.3. Triển khai công tác đánh giá công nghệ y tế (HTA) .**



## Chương 9: Tài chính y tế

Tài chính y tế là một trong 6 thành phần chủ chốt của hệ thống y tế, có tác động quan trọng đến định hướng công bằng, hiệu quả và phát triển của hệ thống y tế. Tiêu chí đánh giá một hệ thống tài chính y tế tốt là phải đảm bảo đủ nguồn tài chính cho CSSK sao cho người dân được CSSK khi cần và được bảo vệ tránh khỏi các thảm họa tài chính hay đói nghèo do phải chi trả cho dịch vụ y tế. Nội dung chính của chương này tập trung vào đánh giá thực trạng và xác định các vấn đề ưu tiên liên quan đến lĩnh vực tài chính y tế, từ đó nêu ra các giải pháp phù hợp có thể đưa vào kế hoạch 5 năm 2011-2015 của ngành.

### 1. Khái niệm

**Chi ngân sách nhà nước cho y tế** là khoản chi cho y tế từ ngân sách nhà nước đã được cơ quan nhà nước có thẩm quyền quyết định và được thực hiện trong một năm để bảo đảm thực hiện các chức năng, nhiệm vụ của Nhà nước về y tế.<sup>7</sup> NSNN cho y tế đơn thuần là khoản chi cho y tế bao gồm chi thường xuyên, chi đầu tư phát triển và chi Chương trình mục tiêu y tế quốc gia từ nguồn thu ngân sách nhà nước nói chung (không bao gồm chi NSNN cấp qua BHYT).

**Chi tiền túi hộ gia đình cho y tế** là mọi khoản chi trực tiếp của hộ gia đình chi trả cho các cơ sở cung ứng dịch vụ y tế khi ốm đau phải khám, chữa bệnh và sử dụng các dịch vụ và hàng hóa y tế (thuốc, vật tư y tế...).

**Chi tiêu công cho y tế** bao gồm chi NSNN cho y tế, chi từ nguồn vốn hỗ trợ chính thức (ODA) và viện trợ phi chính phủ (NGO) do nhà nước quản lý và chi từ quỹ BHXH cho y tế.

**Chi tiêu tư cho y tế** bao gồm chi tiền túi hộ gia đình cho y tế và các khoản chi tư khác (do doanh nghiệp, các tổ chức xã hội, từ thiện chi cho y tế).

**Tổng chi y tế** là tổng chi của toàn xã hội cho y tế, bao gồm “chi tiêu công” và “chi tiêu tư” cho y tế.

**Bảo hiểm y tế xã hội** là chương trình BHYT do nhà nước tổ chức thực hiện, trong đó mức phí bảo hiểm thường được tính theo tỷ lệ thu nhập của người lao động, trong khi quyền lợi KCB được hưởng không theo mức đóng góp mà theo nhu cầu bệnh tật. Quỹ BHYT xã hội được hình thành từ nguồn đóng góp của người lao động, chủ sử dụng lao động và chính phủ.

**BHYT toàn dân** là chương trình BHYT xã hội bao phủ được toàn bộ dân số. Trong một số trường hợp, có thể công bố đạt được mục tiêu bao phủ toàn dân khi tỷ lệ bao phủ dưới 100%, nhưng với điều kiện những người chưa có BHYT phải được bảo vệ trước rủi ro bệnh tật bằng những cơ chế tài chính y tế an toàn khác.

<sup>7</sup> Xem Điều 1, Luật của Quốc hội Nước Cộng hòa Xã hội chủ nghĩa Việt Nam số 01/2002/QH11 ngày 16 tháng 12 năm 2002 về ngân sách nhà nước.



## **2. Đánh giá thực trạng**

### **2.1. Các chính sách, định hướng lớn về tài chính y tế**

#### **2.1.1. Tăng nguồn tài chính công cho y tế**

Trên quan điểm nhất quán coi sức khỏe là vốn quý nhất của mỗi con người và toàn xã hội, công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe là hoạt động nhằm đảm bảo nguồn nhân lực cho xã hội và đầu tư cho y tế là đầu tư phát triển, Đảng và Nhà nước ta luôn coi y tế là lĩnh vực ưu tiên cần được tăng cường đầu tư từ nguồn NSNN. Nghị quyết số 46-NQ/TW ngày 23/2/2005 của Bộ Chính trị đã nêu rõ cần: “Đổi mới và hoàn thiện chính sách tài chính y tế theo hướng tăng nhanh tỷ trọng các nguồn tài chính công (bao gồm ngân sách nhà nước, bảo hiểm y tế), giảm dần hình thức thanh toán viện phí trực tiếp từ người bệnh”. Nghị quyết số 18/2008/QH12, ngày 3/6/2008, về đẩy mạnh thực hiện chính sách pháp luật xã hội hóa để nâng cao chất lượng CSSK nhân dân, trong đó đã quyết định “*Tăng tỷ lệ chi ngân sách hằng năm cho sự nghiệp y tế, bảo đảm tốc độ tăng chi cho y tế cao hơn tốc độ tăng chi bình quân chung của ngân sách nhà nước...*”. Mới đây, trong kết luận số 43-KL/TW, ngày 1/4/2009, của Bộ Chính trị về 3 năm thực hiện Nghị quyết 46-NQ/TW và 5 năm thực hiện Chỉ thị 06-CT/TW cũng chỉ rõ phải: “*cơ cấu lại nguồn tài chính cho y tế để tiến đến nguồn tài chính công (ngân sách Nhà nước và BHYT) chiếm một tỷ trọng cao (ít nhất là trên 50%) trong tổng ngân sách chi tiêu y tế từ tất cả các nguồn*”.

#### **2.1.2. Ưu tiên phân bổ ngân sách cho vùng khó khăn, y tế cơ sở và y tế dự phòng**

Các văn bản của Đảng và Chính phủ cũng nêu rõ ưu tiên trong phân bổ NSNN cho y tế cho các vùng khó khăn, vùng sâu, vùng xa, lĩnh vực y tế dự phòng và CSSK ban đầu tại tuyến y tế cơ sở. Nghị quyết số 46-NQ/TW đã khẳng định: “*Nhà nước cần đầu tư mạnh, tạo bước bứt phá để nâng cấp các cơ sở y tế, trong đó ưu tiên củng cố, hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở, y tế dự phòng, các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh, tuyến huyện; các trung tâm y tế khu vực, nhất là ở Tây Nguyên, miền núi phía Bắc, miền Trung và Đồng bằng sông Cửu Long*”. Nghị quyết 18/QH12 cũng chỉ rõ “*Dành ít nhất 30% ngân sách y tế cho y tế dự phòng. Tiếp tục cho phép phát hành trái phiếu Chính phủ để đầu tư, nâng cấp bệnh viện đa khoa huyện, đa khoa khu vực liên huyện, trạm y tế xã, bệnh viện lao, tâm thần, ung bướu, chuyên khoa nhi và một số bệnh viện đa khoa tỉnh thuộc vùng miền núi, khó khăn; hoàn thành việc đầu tư nâng cấp bệnh viện đa khoa huyện và đa khoa khu vực liên huyện vào năm 2010*”. Gần đây nhất, trong Kết luận số 43 của Bộ Chính trị, vấn đề này lại được tái khẳng định: “*ưu tiên sử dụng ngân sách nhà nước cho y tế dự phòng, đầu tư cải tạo, nâng cấp các cơ sở y tế, đặc biệt là các vùng khó khăn*”.

Các nghị quyết này đã được Chính phủ hiện thực hóa bằng các hàng loạt hành động cụ thể như: nâng cấp bệnh viện đa khoa huyện và khu vực từ nguồn trái phiếu chính phủ bằng Quyết định số 225/2005/QĐ-TTg cho giai đoạn 2005-2008 và Quyết định số 47/2008/QĐ-TTg cho giai đoạn 2008-2010; Quyết định số 950/2007/QĐ-TTg về đầu tư xây dựng trạm y tế xã vùng khó khăn giai đoạn 2008-2010; Quyết định 930/2009/QĐ-TTg đầu tư xây dựng, cải tạo, nâng cấp các bệnh viện chuyên khoa lao, tâm thần, ung bướu, chuyên khoa nhi, bệnh viện đa khoa tỉnh thuộc vùng miền núi, khó khăn bằng nguồn trái phiếu Chính phủ. Trong năm 2008, Thủ tướng cũng đã ban hành các Quyết định số 24, 25, 26, 27/QĐ-TTg về một số cơ chế, chính sách hỗ trợ phát triển kinh tế-xã hội đối với các tỉnh vùng Bắc Trung bộ và Duyên hải Trung Bộ, vùng Tây Nguyên vùng Đồng bằng sông Cửu Long và vùng Trung du và miền núi Bắc bộ đến năm 2010.

### 2.1.3. Nhà nước trợ cấp kinh phí khám, chữa bệnh người nghèo và đối tượng chính sách xã hội

Mục tiêu đảm bảo công bằng trong CSSK luôn được chú trọng trong định hướng chính sách của Đảng và nhà nước. Các văn bản chủ chốt trong công tác CSSK đều khẳng định cần đảm bảo ngân sách nhà nước để hỗ trợ CSSK các nhóm đối tượng bao gồm: người có công với cách mạng, người nghèo, người dân tộc thiểu số, trẻ em dưới 6 tuổi và đối tượng chính sách xã hội. Nghị quyết 18/2008/QH12 của Quốc hội chỉ rõ ưu tiên trợ cấp của nhà nước cho các đối tượng chính sách xã hội “... Quan tâm dành ngân sách cho chăm sóc sức khỏe người có công, người nghèo, nông dân, đồng bào dân tộc thiểu số, nhân dân ở vùng kinh tế – xã hội khó khăn và đặc biệt khó khăn ...”. Kết luận số 43 của Bộ Chính trị cũng chỉ rõ: “Nhà nước đảm bảo kinh phí khám chữa bệnh cho người có công với cách mạng, người nghèo, đồng bào dân tộc thiểu số, trẻ em dưới 6 tuổi..., và hỗ trợ bảo hiểm y tế cho người cận nghèo”.

Công tác CSSK cho người nghèo và trẻ em không ngừng được đẩy mạnh. Năm 2002 Thủ tướng ban hành Quyết định 139/2002/QĐ-TTg bảo đảm kinh phí từ ngân sách trung ương để thành lập Quỹ KCB người nghèo tại các tỉnh, tiếp theo là Nghị định 63/2005/NĐ-CP về việc cấp thẻ BHYT cho người nghèo. Mức trợ cấp mua bảo hiểm y tế cho người nghèo cũng liên tục được điều chỉnh theo hướng tăng dần. Theo Luật BHYT, đến 01/01/2010 mức đóng góp mua BHYT người nghèo tăng lên tương đương 4,5% lương tối thiểu. Đối với đối tượng cận nghèo, từ năm 2008, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 117/2008/QĐ-TTg quy định NSNN hỗ trợ tối thiểu 50% mức phí đóng BHYT. Theo Thông tư liên tịch số 09/2009/TTLT-BYT-BTC ngày 14/8/2009 của liên Bộ Y tế và Tài chính, căn cứ vào khả năng ngân sách địa phương và huy động từ các nguồn khác, Ủy ban Nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương có thể quyết định mức hỗ trợ tiền đóng BHYT cho các đối tượng cao hơn mức hỗ trợ tối thiểu (50%). Cũng theo Luật BHYT, từ 1/1/2010 việc thực hiện khám chữa bệnh miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi theo Nghị định 36/2005/NĐ-CP của Chính phủ được chuyển từ hình thức cấp phát thẻ KCB miễn phí và thanh toán theo thực tế cho các cơ sở y tế nhà nước sang cấp thẻ BHYT miễn phí và khám chữa bệnh theo chế độ BHYT.

### 2.1.4. Thực hiện BHYT toàn dân

Định hướng thực hiện BHYT toàn dân là một nội dung quan trọng được thể hiện nhất quán trong các văn bản quan trọng của Đảng và Nhà nước. Định hướng này giúp xác định rõ mô hình hệ thống y tế nước ta, đó là một hệ thống y tế dựa trên BHYT nhằm mục tiêu công bằng, hiệu quả và phát triển. Trong các văn bản ban hành trước Luật BHYT đều thống nhất năm 2010 là mốc thực hiện mục tiêu BHYT toàn dân. “*Xây dựng và thực hiện tốt lộ trình tiến tới bảo hiểm y tế toàn dân vào năm 2010*” (NQ-46/TW) “*đẩy nhanh tiến độ thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân*” (NQ-18/QH12). Kết luận số 43 còn chỉ rõ phương thức đạt mục tiêu BHYT toàn dân là thông qua BHYT bắt buộc toàn dân: “*đẩy nhanh tiến độ thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân, từng bước tiến đến bảo hiểm y tế bắt buộc toàn dân*”. Tuy nhiên, trước tình hình thực tế về độ bao phủ BHYT và những vấn đề khó khăn vướng mắc trong thực hiện BHYT toàn dân, Luật BHYT đã điều chỉnh mục tiêu BHYT toàn dân lùi lại vào năm 2014 với lộ trình cụ thể việc mở rộng các nhóm đối tượng:

- Năm 2009: Thực hiện BHYT đối với trẻ em dưới 6 tuổi
- Năm 2010: Thực hiện BHYT đối với người cận nghèo và học sinh, sinh viên
- Năm 2012: Thực hiện BHYT đối với người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp

- Năm 2014: Thực hiện BHYT đối với thân nhân của người lao động, xã viên hợp tác xã, hộ kinh doanh cá thể và các đối tượng khác.

Luật BHYT được thông qua và có hiệu lực từ 1/7/2009 là cơ sở pháp lý quan trọng để BHYT phát triển trong thời gian tới. Mới đây Ban Bí thư Trung ương đã ban hành Chỉ thị 38-CT/TW, ngày 7/9/2009 về “*Đẩy mạnh công tác BHYT trong tình hình mới*”, trong đó nhấn mạnh vai trò đảm bảo an sinh xã hội và công bằng trong chăm sóc sức khỏe của BHYT và yêu cầu các cấp ủy đảng, chính quyền, Mặt trận Tổ quốc và các đoàn thể nhân dân quán triệt và thực hiện đồng bộ, có hiệu quả các chính sách về BHYT.

#### **2.1.5. Thực hiện xã hội hóa, huy động các nguồn lực trong xã hội cho công tác CSSK**

Định hướng xã hội hóa để giải quyết các vấn đề xã hội, trong đó có y tế, đã được đề cập chính thức từ năm 1996, trong văn kiện Đại hội Đảng VIII: “*Các vấn đề chính sách xã hội đều giải quyết theo tinh thần xã hội hoá. Nhà nước giữ vai trò nòng cốt đồng thời động viên mọi người dân, các doanh nghiệp, các tổ chức trong xã hội, các cá nhân và tổ chức nước ngoài cùng tham gia giải quyết những vấn đề xã hội*” [126]. Trong những năm gần đây, “xã hội hoá” đã trở thành một định hướng lớn, một giải pháp quan trọng đặc biệt trong việc đổi mới các lĩnh vực y tế, giáo dục, văn hoá ở Việt Nam.

Để chỉ đạo thực hiện chủ trương xã hội hoá, Chính phủ đã ban hành nhiều văn bản quan trọng như Nghị quyết 90/CP, ngày 21-8-1997, Nghị định 73/1999/NĐ-CP; Nghị quyết 05/2005/NQ-CP, ngày 18-4-2005 “*Về đẩy mạnh xã hội hoá các hoạt động giáo dục, y tế, văn hoá và thể dục thể thao*” và mới đây nhất Chính phủ đã ban hành Nghị định 69/2008/NĐ-CP, quy định các chế độ khuyến khích xã hội hóa đối với các hoạt động trong lĩnh vực giáo dục, dạy nghề, y tế, văn hóa, thể thao, môi trường, đặc biệt các chế độ về đất đai và thuế. Nghị định quy định đối tượng điều chỉnh bao gồm cả các cơ sở sự nghiệp công lập thực hiện góp vốn, huy động vốn, liên doanh, liên kết.

Trong lĩnh vực y tế, chủ trương xã hội hóa được triển khai theo hai khía cạnh chủ yếu đó là: phát triển y tế ngoài công lập và huy động các nguồn lực của xã hội dưới nhiều hình thức để phát triển các cơ sở y tế công lập, như liên doanh liên kết giữa các bệnh viện công lập và tư nhân trong đầu tư trang thiết bị y tế, cơ sở vật chất. Về khía cạnh thứ nhất, một hệ thống văn bản pháp quy điều chỉnh hoạt động y tế ngoài công lập đã được thiết lập dựa trên Pháp lệnh Hành nghề y tế tư nhân ban hành lần đầu tiên năm 1993 và lần gần đây nhất là năm 2003. Về khía cạnh thứ hai, Bộ Y tế có ban hành Thông tư số 15/TT-BYT hướng dẫn các bệnh viện công lập trong việc thực hiện liên doanh liên kết đầu tư trang thiết bị y tế. Xã hội hóa công tác y tế là giải pháp quan trọng được đề cập đến trong hầu hết các văn bản chính sách y tế quan trọng. Kết luận số 42 của Bộ Chính trị yêu cầu: “*Hoàn thiện hệ thống chính sách, pháp luật để đẩy mạnh xã hội hoá công tác chăm sóc sức khoẻ nhân dân. Tổ chức thực hiện ưu đãi về đất đai, tín dụng, thuế theo quy định của pháp luật nhằm khuyến khích, huy động nguồn lực đầu tư cho phát triển và mở rộng các cơ sở y tế tư nhân*”.

#### **2.1.6. Đổi mới cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính**

Cùng với quá trình đổi mới kinh tế xã hội của đất nước, trong thời gian qua ngành y tế đã rất nỗ lực trong việc thực hiện các chính sách cải cách y tế, như chế độ thu một phần viện phí, BHYT, phát triển y tế tư nhân và mới đây nhất là giao quyền tự chủ cho các đơn vị sự nghiệp công lập theo Nghị định 43/2006/NĐ-CP của Chính phủ. Mặc dù đã đạt được nhiều kết quả khả quan trong công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân, nhưng ngành y tế vẫn lúng túng trong việc xây dựng một cơ chế hoạt động và tài chính phù hợp để phát triển hệ thống y tế trong nền kinh tế thị trường mà vẫn thực hiện mục tiêu bảo đảm an sinh xã hội, công bằng trong chăm sóc sức khỏe. Đảng và Nhà nước đã vạch rõ yêu cầu

ngành y tế phải đổi mới cơ chế hoạt động và tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp y tế và chi đạo: Đổi mới cơ chế tài chính trong các đơn vị sự nghiệp y tế công lập gắn với việc thực hiện lộ trình tiến tới bảo hiểm y tế toàn dân, đồng thời theo hướng tính đúng, tính đủ chi phí dịch vụ y tế. Nguồn tài chính công phải là nguồn chính, chiếm tỷ lệ ngày càng cao trong tổng chi xã hội cho y tế, giữ vai trò chủ đạo trong việc bảo đảm hoạt động của các cơ sở khám và chữa bệnh tại các cơ sở y tế công lập; Nhà nước thực hiện các chính sách trợ cấp CSSK cho người có công với cách mạng, người nghèo, đồng bào dân tộc thiểu số, trẻ em dưới 6 tuổi... [127]. Nội dung cơ bản của cơ chế tài chính mới bao gồm việc giao quyền tự chủ cho các đơn vị theo nhóm đã được phân loại và xây dựng chính sách viện phí mới trên cơ sở tính đúng, tính đủ các chi phí trực tiếp phục vụ bệnh nhân bao gồm cả nhân lực và khấu hao tài sản cố định.

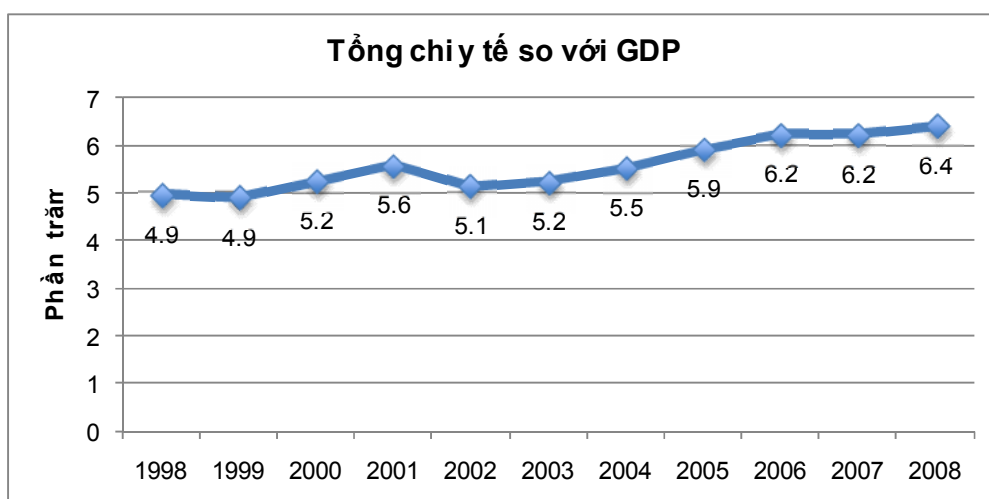
### 2.1.7. Thực hiện chế độ đãi ngộ đối với cán bộ y tế

Cùng với nguồn tài chính, nhân lực y tế là yếu tố quan trọng hàng đầu quyết định hoạt động của toàn bộ hệ thống y tế. Nghị quyết 46 của Bộ Chính trị đã nêu rõ: *“Nghề y là một nghề đặc biệt, cần được tuyển chọn, đào tạo, sử dụng và đãi ngộ đặc biệt. Cần xây dựng và thực hiện chính sách đãi ngộ hợp lý đối với cán bộ, nhân viên y tế”*. Sự cần thiết tạo ra những khích lệ phù hợp về mặt tài chính cho cán bộ y tế, đặc biệt những người đang làm việc tại các vùng khó khăn, y tế cơ sở và y tế dự phòng cũng được nêu rõ trong Nghị quyết 18 của Quốc hội: *“Bổ sung và hoàn thiện chế độ ưu đãi đặc biệt với cán bộ y tế, nhất là đối với cán bộ y tế công tác ở vùng miền núi, biên giới, hải đảo, vùng đồng bào dân tộc thiểu số và các địa bàn khó khăn khác, cán bộ y tế dự phòng”*. Kết luận số 42 của Bộ Chính trị, liên quan đến việc cơ cấu tiền công, tiền lương của cán bộ y tế vào giá thành dịch vụ y tế, cũng chỉ rõ: *“Cần có những giải pháp cụ thể để khuyến khích các chuyên gia, thầy thuốc giỏi, đặc biệt là các cán bộ y tế giỏi đang công tác tại các vùng khó khăn, miền núi y tế cơ sở. Cho phép thực hiện chế độ phụ cấp hợp lý đối với cán bộ y tế theo nghề (trước mắt áp dụng tương đương như với người thầy giáo), theo vùng, miền, theo các chuyên ngành độc hại, nguy hiểm đối với sức khoẻ cán bộ y tế”*.

## 2.2. Các kết quả đạt được

### 2.2.1. Mức tăng cao về tổng chi toàn xã hội cho y tế

Tổng mức chi toàn xã hội cho y tế của Việt Nam tăng khá nhanh trong thời gian gần đây. Trong giai đoạn 1998-2008, tính theo giá so sánh, tốc độ tăng chi y tế bình quân hằng năm đạt 9,8% cao hơn so với tốc độ tăng GDP bình quân hằng năm là 7,2% [99]. Tổng chi y tế so với GDP tăng qua các năm giai đoạn 1998-2008 và từ năm 2000 luôn đạt mức trên 5% và đạt 6.2% GDP năm 2007 (Hình 23).



**Hình 23: Tổng chi y tế tính theo % so với tổng sản phẩm quốc nội (GDP), 1998-2008**

Nguồn: Bộ Y tế, Tài khoản Y tế quốc gia 2000-2008 [99]

Theo Tổ chức Y tế thế giới, tổng chi cho y tế cần chiếm ít nhất 4-5% GDP để có thể đạt được mục tiêu chăm sóc sức khỏe toàn dân [128]. So với nhiều nước khác Việt Nam có tỷ lệ tổng chi y tế so với GDP cao hơn mặc dù GDP bình quân đầu người của Việt Nam thấp hơn các nước này như Ma-lai-xia, Thái Lan, Trung Quốc... (Bảng 20)

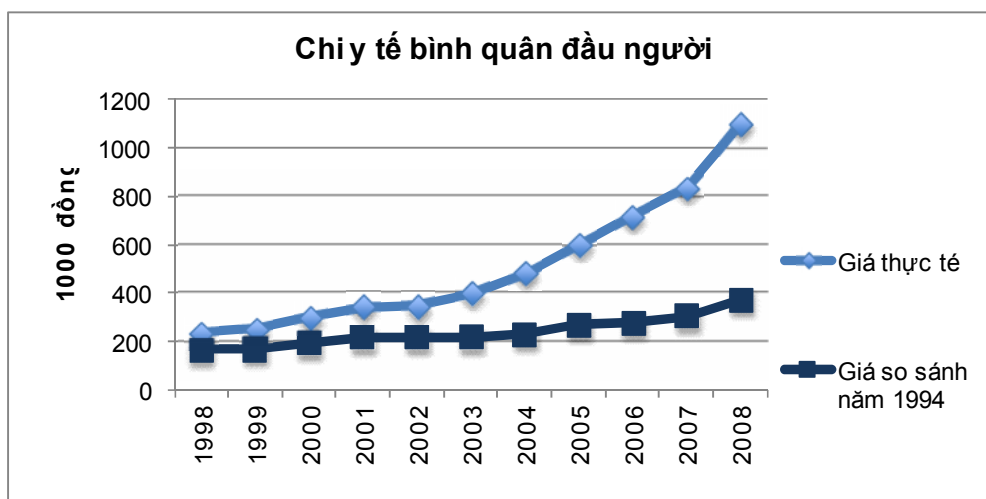
**Bảng 20: So sánh quốc tế: Tổng chi y tế và chi công cho y tế, 2007**

Quốc gia	% tổng chi y tế theo GDP	% chi công cho y tế trong tổng chi y tế
In-đô-nê-xia	2,2	55
Thái lan	3,7	73
Phi-líp-pin	3,9	35
Trung Quốc	4,3	45
Ma-lai-xia	4,4	44
Hàn Quốc	6,3	55
Việt Nam	6,2	38

Nguồn: WHO financing fact sheet, WHO Vietnam Country Office, 2010 [129]

Chi phí y tế bình quân đầu người của Việt Nam năm 2008 là 1,1 triệu đồng, tính tương đương sức mua Đô-la thì đạt mức \$PPP 178. Chi phí y tế bình quân đầu người tăng nhanh, tính theo giá thực tế thì tăng gấp 4,6 lần từ 1998 đến 2008. Tuy nhiên, để đánh giá giá trị thực của chi y tế phải điều chỉnh theo chỉ số giảm phát. Sử dụng chỉ số giảm phát có năm gốc là 1994 của Việt Nam, mức tăng chi y tế bình quân đầu người chỉ lên 2,3 lần. (Hình 24).





**Hình 24: Chi y tế bình quân đầu người của Việt Nam (1000VND), 1998-2008**

Nguồn: Bộ Y tế, Tài khoản Y tế quốc gia 2000-2008 [99]

Cũng cần nhìn nhận mức tăng cao tổng chi toàn xã hội cho y tế chưa hẳn đã là tiên bộ. Nếu tăng tổng chi chủ yếu do chi cho những dịch vụ không hẳn cần thiết, hoặc là chi cho KCB nhiều do thực hiện phòng bệnh kém thì đó là sự lãng phí nguồn lực.

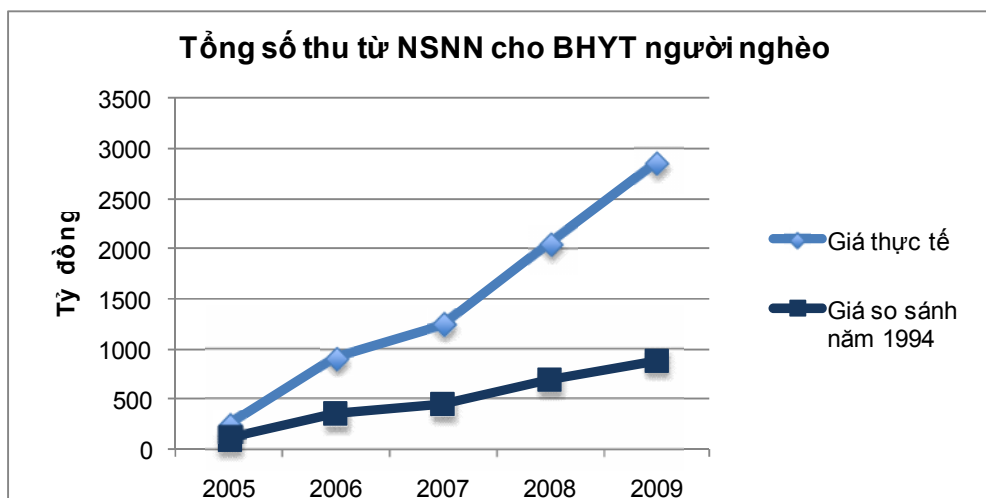
### 2.2.2. Chính sách tài chính hướng theo mục tiêu công bằng

Việt Nam được xem là một quốc gia đã có những chính sách tài chính y tế công bằng theo hướng hỗ trợ người nghèo và các nhóm dễ tổn thương như trẻ em, người già, người dân tộc... [130]. Từ khi có Quyết định 139/2002/QĐ-TTg về việc thành lập Quỹ Khám chữa bệnh cho người nghèo tại cấp tỉnh, công tác KCB cho người nghèo bao gồm cả nhóm dân tộc thiểu số sống tại sáu tỉnh miền núi phía Bắc, năm tỉnh Tây Nguyên và tất cả những người dân sống ở các xã “135” đã có những bước tiến mới về cả quy mô người hưởng lợi cũng như mức quyền lợi cao hơn hẳn cho người nghèo.

Trong giai đoạn đầu thực hiện Quyết định 139, Quỹ Khám chữa bệnh người nghèo tại các tỉnh được sử dụng theo hai hình thức: mua BHYT cho người nghèo hoặc chi trả trực tiếp cơ sở y tế chi phí khám chữa bệnh cho người nghèo. Năm 2004, tỷ lệ người nghèo được hưởng lợi từ Quỹ khám chữa bệnh người nghèo là 84%. Trong đó 35,5% người nghèo được cấp thẻ BHYT, còn lại 64,5% được hưởng lợi thông qua hình thức chi trả trực tiếp [131]. Từ năm 2006, thực hiện Nghị định 63/2006/NĐ-CP về BHYT, toàn bộ đối tượng hưởng lợi từ Quỹ khám chữa bệnh cho người nghèo được cấp thẻ BHYT.

Từ năm 2006, số người nghèo được cấp thẻ BHYT tăng vọt, gấp gần 3 lần so với năm 2005 và với tổng số trên 15 triệu thẻ, chiếm tỷ lệ trên 40% tổng số người có thẻ BHYT. Đến năm 2008, tổng số người nghèo được cấp thẻ BHYT là 15,8 triệu người. Kinh phí từ ngân sách nhà nước cấp mua BHYT cho người nghèo tăng nhanh qua các năm do mức mệnh giá thẻ tăng lên từ 50 000đ (2002), 60 000đ (2006), 80 000đ (2007), 130 000 (2008), rồi 394 200 (2010, khi áp dụng 4,5% lương tối thiểu), trong khi số đối tượng được cấp thẻ BHYT người nghèo không giảm (Hình 25).





**Hình 25: Kinh phí mua BHYT cho người nghèo qua các năm 2005-2008 (tỷ đồng) theo giá hiện hành và giá so sánh với năm 1994**

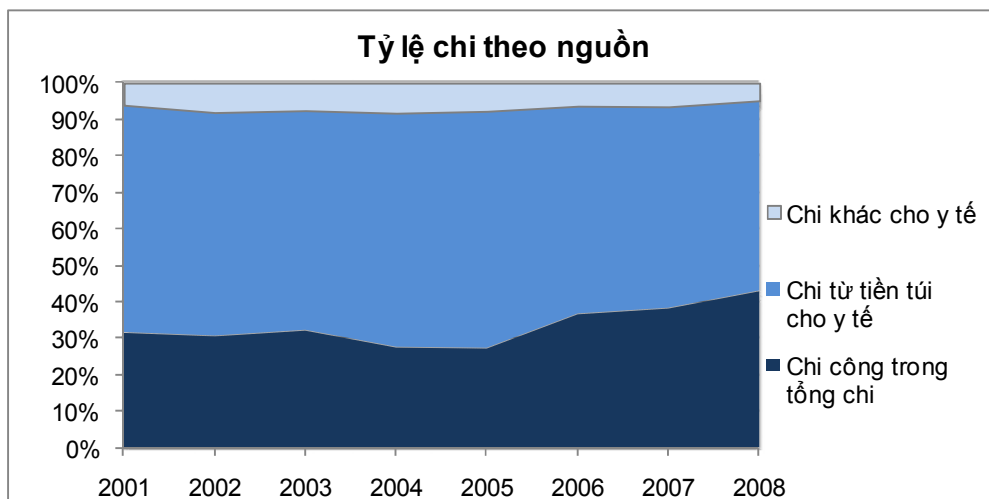
Nguồn: Bộ Y tế, Niên giám thống kê Y tế (2006-2008) [48]

Theo Quyết định số 289/QĐ-TTg ngày 18/3/2008, ngân sách nhà nước hỗ trợ 50% mệnh giá thẻ bảo hiểm y tế đối với thành viên thuộc hộ cận nghèo tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện. Theo lộ trình thực hiện BHYT toàn dân quy định trong Luật BHYT, việc bao phủ đối tượng cận nghèo được thực hiện vào năm 2010.

Trẻ em dưới 6 tuổi là đối tượng được đặc biệt chú trọng trong công tác CSSK. Trong phân bổ ngân sách cho y tế dự phòng, Nhà nước ưu tiên vào một số chương trình có đối tượng chính là trẻ em như TCMR, phòng chống rối loạn do thiếu i-ốt, cấp Vitamin A, phòng chống bệnh tiêu chảy và nhiễm khuẩn hô hấp trẻ em. Trong điều trị, trẻ em dưới 6 tuổi được miễn phí KCB. Thực hiện Nghị định số 36/2005/NĐ-CP của Chính phủ về việc cấp thẻ KCB miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi, hằng năm ngân sách đều bố trí kinh phí thanh toán chi phí KCB cho trẻ em dưới 6 tuổi theo hình thức thực thanh thực chi. Từ năm 2005 đến năm 2007, kinh phí cấp cho KCB trẻ em dưới 6 tuổi tăng lên đáng kể từ 890,1 tỷ năm 2005 lên 1 053 tỷ năm 2008 [48]. Tuy nhiên, theo kết quả báo cáo đánh giá công tác KCB miễn phí cho trẻ em của Bộ Y tế và UNICEF, tỷ lệ giải ngân so với kinh phí được cấp chỉ đạt khoảng 60%. Cũng theo kết quả báo cáo này, tỷ lệ trẻ em dưới 6 tuổi được cấp thẻ KCB miễn phí là 66% [132]. Luật BHYT quy định từ 1/7/2010 toàn bộ trẻ em dưới 6 tuổi được cấp thẻ BHYT miễn phí.

### 2.2.3. Nguồn tài chính công cho CSSK tăng lên

Trong những năm gần đây nguồn tài chính công cho y tế bao gồm NSNN cấp, viện trợ và chi từ BHYT tăng lên rõ rệt, chiếm tỷ trọng 43% trong tổng chi toàn xã hội cho y tế năm 2008 (Hình 26).



**Hình 26: Tỷ lệ chi từ nguồn công, tiền túi của hộ gia đình và nguồn khác, 2001-2008**

Nguồn: Bộ Y tế, Tài khoản Y tế quốc gia 1998-2008 [99] (số liệu năm 2008 là kết quả sơ bộ)

Thực hiện Nghị quyết số 18/2008/QH12 của Quốc hội, Chính phủ đã chú trọng tăng nguồn NSNN cấp cho y tế trong thời gian qua ở mức khá cao. Theo số liệu sơ bộ, tốc độ tăng ngân sách toàn ngành năm 2009 cao hơn mức tăng bình quân chung của ngân sách nhà nước. Ngoài NSNN cấp cho chi thường xuyên, nguồn tài chính từ NSNN còn hỗ trợ cho các chương trình trợ cấp mua BHYT cho các đối tượng ưu tiên như người nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi cũng như đầu tư cho các chương trình nâng cấp bệnh viện huyện, y tế xã, bệnh viện tỉnh.... Tỷ trọng chi ngân sách y tế trong tổng chi NSNN tăng từ 4,8% năm 2002 lên 7,4% năm 2007 và ước tính sơ bộ năm 2008 tỷ lệ này đạt 10,2% [99].

Trong kinh phí được cấp từ chi NSNN, ngành y tế được phân bổ nguồn vốn huy động từ trái phiếu chính phủ để đầu tư cơ sở hạ tầng cho bệnh viện đa khoa tuyến huyện, bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh. Riêng Dự án nâng cấp bệnh viện đa khoa huyện và khu vực từ nguồn trái phiếu chính phủ được cấp 3750 tỷ đồng năm 2008 và 3000 tỷ đồng năm 2009. Tỷ lệ giải ngân đạt khoảng 60-70% ngân sách cấp. Ngoài ra, cũng trong năm 2009, 500 tỷ đồng từ nguồn trái phiếu chính phủ đã được cấp cho đề án xây dựng, nâng cấp bệnh viện chuyên khoa nhi, lao, tâm thần và ung bướu tuyến tỉnh và một số bệnh viện đa khoa tỉnh khó khăn.

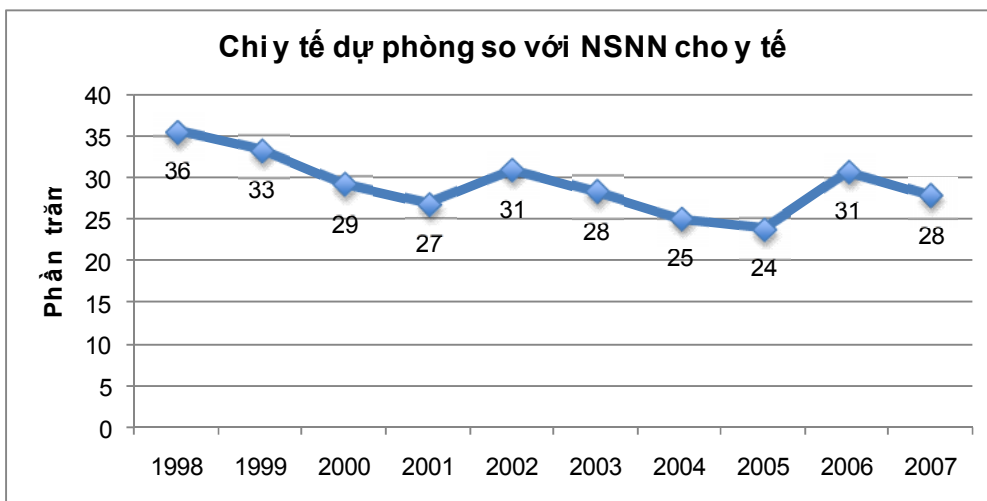
Khi tỷ trọng tài chính công trong tổng chi y tế tăng lên thì kết quả tất yếu là tỷ lệ chi tiền túi từ hộ gia đình sẽ giảm xuống. Tỷ lệ chi tiêu từ tiền túi của gia đình cho y tế tại Việt Nam đã giảm từ 65% năm 2005 xuống 52% năm 2008 [99].

#### 2.2.4. Tỷ lệ chi cho y tế dự phòng, y tế công cộng tăng lên

Theo Tài khoản y tế quốc gia, chi y tế được phân loại theo hoạt động y tế, trong đó có chi cho y tế dự phòng và y tế công cộng, gồm các hoạt động nhằm nâng cao tình trạng sức khỏe của cộng đồng theo các chương trình phòng chống bệnh dịch: (1) Phòng chống các bệnh lây nhiễm; (2) Phòng chống các bệnh không lây nhiễm; (3) CSSK bà mẹ trẻ em và KHHGD; (4) CSSK ban đầu, y tế trường học; (5) Kiểm soát vệ sinh an toàn thực phẩm, nước sạch; (6) Vệ sinh môi trường; (7) Truyền thông giáo dục sức khỏe; (8) Các dịch vụ phòng bệnh và y tế công cộng khác.

Chủ trương ưu tiên cấp ngân sách y tế cho lĩnh vực y tế dự phòng được chú trọng thực hiện trong thời gian qua, đặc biệt sau khi Nghị quyết 18/2008/QH12 của Quốc hội chỉ rõ cần “dành ít nhất 30% ngân sách y tế cho y tế dự phòng”. Theo số liệu Tài khoản y tế quốc gia

2004-2007, tỷ trọng chi cho y tế dự phòng trong tổng NSNN cho y tế năm 2006 tăng mạnh đạt mức 30,7%, so với năm 2005 chỉ đạt 23,9%. Nhưng mức này không ổn định qua các năm như thể hiện trong Hình 27.

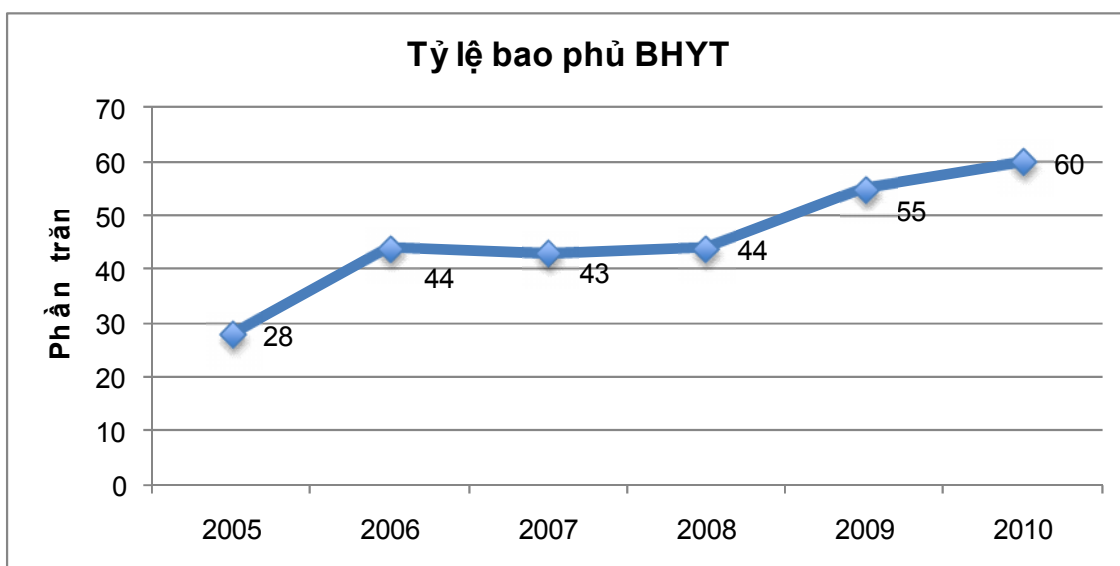


**Hình 27: Tỷ lệ chi cho y tế dự phòng so với NSNN cho y tế, 1998-2007**

Nguồn: Tài khoản y tế quốc gia 1998-2008 [99]

### **2.2.5. Mở rộng diện bao phủ BHYT tiến tới BHYT toàn dân**

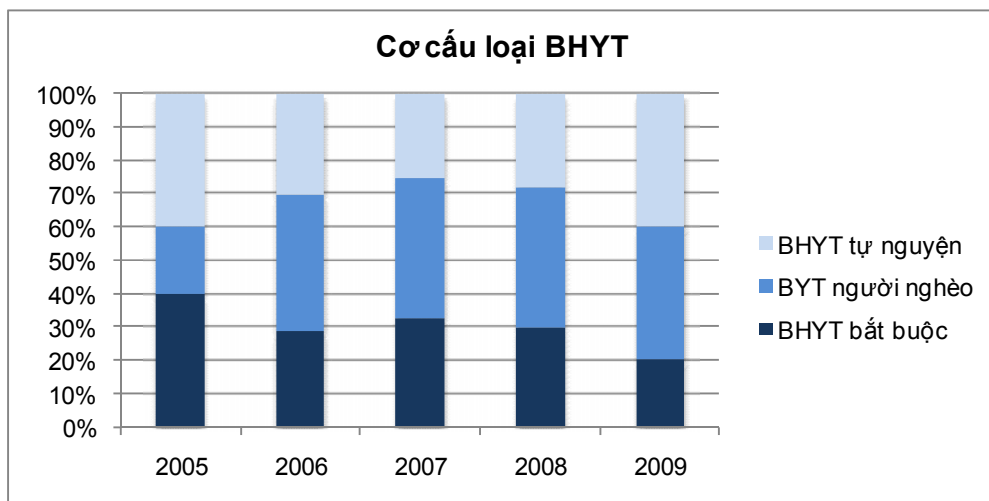
Cam kết thực hiện mục tiêu BHYT toàn dân được củng cố và thúc đẩy với việc thông qua luật BHYT năm 2008, khẳng định mục tiêu BHYT toàn dân và xác định lộ trình đạt mục tiêu đó vào năm 2014. Tỷ lệ bao phủ BHYT trong dân số được tăng lên cùng với cam kết của Chính phủ mở rộng trợ cấp từ NSNN mua BHYT cho 11 trong tổng số 24 nhóm đối tượng tham gia BHYT. Năm 2010, tỷ lệ người có BHYT của Việt Nam ước đạt 60% (Hình 28).



**Hình 28: Tỷ lệ bao phủ của BHYT 2005-2010**

Nguồn: BHXH Việt Nam [133]

Cùng với việc mở rộng độ bao phủ BHYT, cơ cấu đối tượng tham gia BHYT cũng có sự thay đổi theo hướng tăng tỷ trọng nhóm BHYT cho người nghèo và giảm tỷ trọng nhóm BHYT tự nguyện (Hình 29).



**Hình 29: Cơ cấu các nhóm đối tượng tham gia BHYT 2005-2009**

Nguồn: BHXH Việt Nam [133]

Tỷ lệ đóng góp từ quỹ BHYT trong tổng chi y tế gia tăng qua các năm, từ mức 7,9% năm 2005 lên mức 17,6% năm 2008 [99].

## 2.3. Những vấn đề cần giải quyết

### 2.3.1. Tỷ lệ chi tiêu công cho y tế vẫn còn thấp

Mặc dù tỷ lệ chi tiêu công cho y tế trong thời gian gần đây đã tăng lên đáng kể, nhưng vẫn chưa đạt tỷ trọng 50% tổng chi y tế (Hình 26). Theo Tổ chức Y tế thế giới khó có thể đạt được mục tiêu bao phủ toàn dân về dịch vụ y tế nếu chi y tế từ tiền túi chiếm hơn 30% tổng chi y tế. Tại Việt Nam tỷ lệ chi tiền túi hộ gia đình mặc dù có giảm, nhưng vẫn ở trên mức 50%. Ngân sách nhà nước đầu tư cho y tế có tăng, nhưng mức tăng còn thấp, chưa đáp ứng được các yêu cầu chi tiêu của ngành cho các nội dung chi phụ thuộc vào nguồn NSNN như đầu tư cơ sở hạ tầng, đầu tư đào tạo và trả lương cho nhân lực y tế khu vực công lập, trợ cấp cho các nhóm dễ bị tổn thương, chi cho y tế dự phòng và y tế cơ sở.

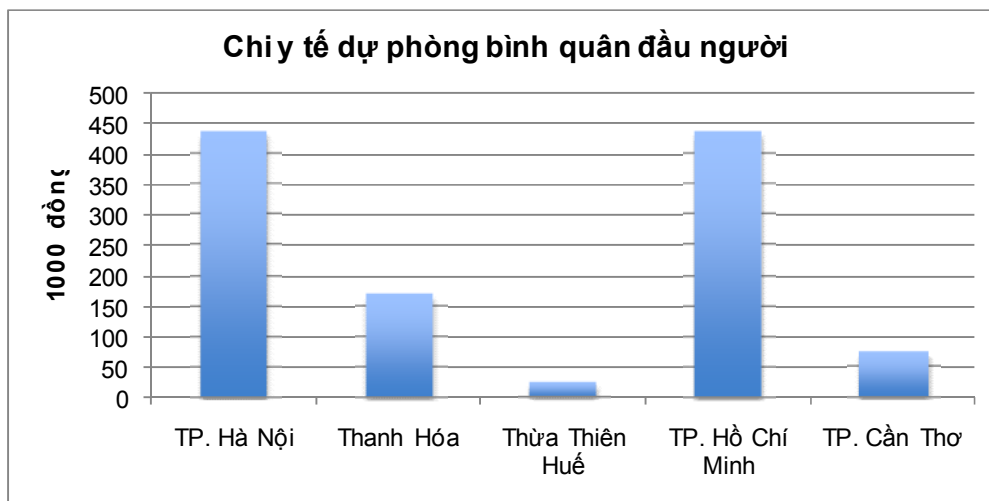
Mặc dù tỷ lệ bao phủ BHYT về chiều rộng đang ngày càng tăng, nhưng mức độ bao phủ BHYT về chiều sâu còn hạn chế, tỷ lệ chi từ quỹ BHYT cho y tế mới chiếm tỷ lệ 17,6% tổng chi y tế (năm 2008). Tổng giá trị viện trợ và vay nước ngoài hằng năm chiếm không quá 10% ngân sách nhà nước cho y tế và có chiều hướng giảm trong những năm gần đây.

Việc cân đối nguồn ngân sách có hạn cho các lĩnh vực ưu tiên khác nhau nhằm mục tiêu nâng cao sức khỏe và đảm bảo công bằng trong CSSK cần được thực hiện bằng Kế hoạch chi tiêu trung hạn - một công cụ lập kế hoạch ngân sách hiệu quả, có sự kết nối giữa các mục tiêu chiến lược và việc phân bổ nguồn lực. Tuy nhiên Kế hoạch chi tiêu trung hạn chưa được áp dụng hiệu quả trong hệ thống y tế nước ta, đặc biệt ở địa phương, nhằm hỗ trợ ngành y tế chủ động nắm rõ nguồn lực tài chính trung hạn có thể được sử dụng.

Mặt khác, hiện còn tồn tại sự chênh lệch khá lớn về đầu tư cho y tế giữa các địa phương, các tuyến, dẫn đến khác biệt về chất lượng dịch vụ y tế giữa các địa phương. Chỉ tính riêng mức chi cho y tế dự phòng bình quân đầu người năm 2007 giữa 5 tỉnh có số liệu

theo hệ thống Tài khoản y tế quốc gia cho thấy sự chênh lệch lớn về nguồn lực tài chính đầu tư cho y tế dự phòng giữa các địa phương này (Hình 30).

Theo Luật Ngân sách, Bộ Y tế chỉ quản lý và điều hành ngân sách của các đơn vị trực thuộc và phân ngân sách trung ương hỗ trợ địa phương. Tại các địa phương, việc phân bổ ngân sách và quản lý tài chính do Hội đồng Nhân dân và UBND cấp tỉnh quyết định. Với cơ chế quản lý và phân bổ ngân sách theo Luật Ngân sách, ngành y tế khó điều hành hoạt động một cách có hiệu quả, vì nhiệm vụ giao cho đơn vị không gắn liền với ngân sách và cấp phát tài chính, đặc biệt là công tác phòng chống dịch bệnh. Số liệu một số tỉnh cho thấy, tỷ lệ chi ngân sách cho y tế rất khác nhau giữa các địa phương, có nơi chỉ 5,5%-6%, có nơi 8%, tùy thuộc vào sự quan tâm của chính quyền địa phương cũng như khả năng ngân sách của các địa phương. Khi phân bổ ngân sách các địa phương đều phải tập trung cho các ưu tiên về cơ sở hạ tầng, phát triển kinh tế, giáo dục, môi trường... nên một số địa phương khó dành ưu tiên tăng ngân sách cho y tế.



**Hình 30: Chi y tế dự phòng bình quân đầu người tại một số tỉnh, 2007**

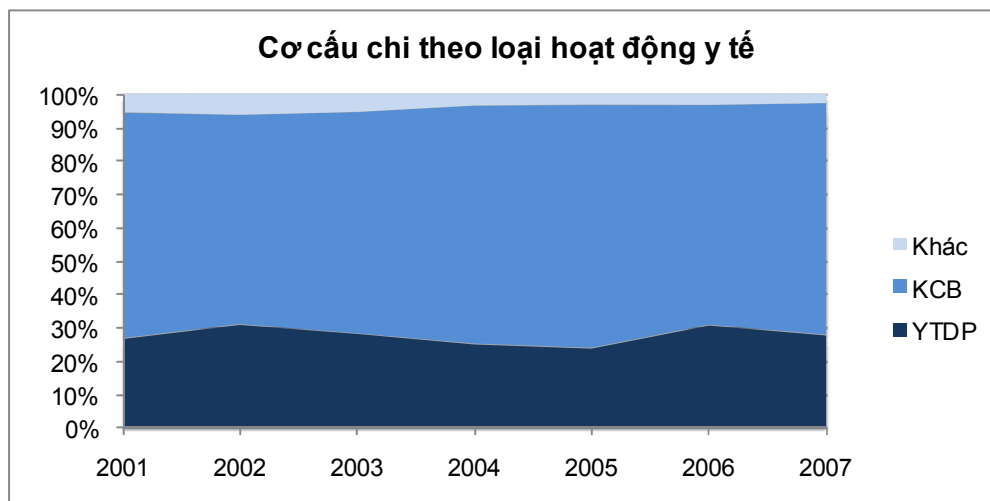
Nguồn: Tài khoản y tế quốc gia 1998-2008 [99]

### 2.3.2. Việc phân bổ và sử dụng nguồn tài chính chưa tạo động cơ phù hợp làm tăng tính hiệu quả

Hiện nay, việc lập kế hoạch và phân bổ NSNN cho y tế đang thực hiện theo Luật Ngân sách nhà nước, thể hiện rõ tính phân cấp. Ngân sách y tế cho địa phương được phân bổ căn cứ theo dân số và có điều chỉnh theo vùng miền theo Quyết định 151/2006/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ. Về đến các địa phương, các định mức phân bổ cụ thể, như phân bổ cho phòng bệnh, điều trị, phân bổ cho từng loại hình bệnh viện, từng đơn vị y tế dự phòng, do UBND cấp tỉnh căn cứ vào định mức phân bổ do Chính phủ quy định, khả năng tài chính và điều kiện của địa phương để trình Hội đồng Nhân dân quyết định. Trên thực tế, phần lớn các tỉnh vẫn dựa vào phương pháp phân bổ cũ là theo giường bệnh đối với cơ sở điều trị và theo số cán bộ y tế và dân số đối với các cơ sở y tế dự phòng. Như vậy, việc cấp NSNN cho các cơ sở y tế chủ yếu vẫn dựa theo các chỉ tiêu mang tính kế hoạch, hành chính mà chưa tính đến chất lượng dịch vụ cung cấp và kết quả đầu ra.

Một vấn đề khác liên quan đến tính hiệu quả trong phân bổ nguồn lực tài chính y tế là cơ cấu phân bổ nguồn tài chính chưa cân đối giữa dự phòng và điều trị. Mặc dù tỷ lệ chi cho y tế dự phòng trong ngân sách nhà nước cho y tế có tăng lên gần đây, nhưng vẫn chiếm tỷ lệ thấp (Hình 31). Tình trạng phần lớn kinh phí y tế được dồn cho khu vực điều trị là một vấn đề chung đối với các nước đang phát triển, khi nguồn tài chính y tế huy động được chưa đáp ứng

nhu cầu CSSK nhân dân. Một số nghiên cứu đã chứng minh hiệu quả đầu tư cho y tế dự phòng thường cao hơn nhiều so đầu tư cho điều trị. Do đó, tỷ lệ phân bổ giữa dự phòng và điều trị cần phải cân đối để đảm bảo thực hiện các mục tiêu của y tế công cộng.



**Hình 31: Tỷ trọng chi cho khám chữa bệnh và y tế dự phòng trong tổng chi y tế, 2001-2007**

Nguồn: Tài khoản y tế Quốc gia 1998-2008 [99]

Mặc dù chi phí cho lĩnh vực điều trị chiếm tỷ trọng lớn trong tổng chi y tế, song phân tích cơ cấu tài chính bệnh viện cho thấy có một số vấn đề chưa hợp lý ảnh hưởng đến tính hiệu quả. Khảo sát hoạt động tài chính các bệnh viện công lập cho thấy, nhìn chung nguồn thu của các bệnh viện tăng rõ rệt trong các năm gần đây, đặc biệt là tại các bệnh viện có mức độ tự chủ cao. Mức tăng chủ yếu là từ nguồn thu viện phí, BHYT và các nguồn thu khác. Trong tổng nguồn thu, thu sự nghiệp chiếm tỷ trọng lớn ở hầu hết các bệnh viện (96,8% ở bệnh viện tự chủ toàn phần; 72% ở bệnh viện tuyến trung ương; 81,7% ở bệnh viện tuyến tỉnh và 59,4% ở bệnh viện tuyến huyện) [134]. Trong tổng chi của bệnh viện, phần chi cho chuyên môn nghiệp vụ (bao gồm chi cho thuốc, hóa chất, máu, vật tư tiêu hao, chi cho hoạt động chuyên môn khác, chi hành chính và chi duy tu bảo dưỡng) trên tổng chi dao động từ 46-66% (năm 2008). Tỷ trọng chi cho con người dao động trong khoảng từ 22-45%. Mức chi cho con người này tương đối thấp so với các nước phát triển (70-80%). Tỷ trọng chi cho thuốc cao, trong khi việc kiểm soát cung ứng và sử dụng thuốc còn nhiều khó khăn.

Theo số liệu Tài khoản y tế quốc gia [99], năm 2007, trong tổng chi NSNN cho y tế tỷ lệ chi thường xuyên chiếm tới hơn 93%, chi cho đầu tư phát triển bao gồm chi mua tài sản cố định và xây lắp chỉ còn 6,85%. Tỷ lệ chi cho đầu tư phát triển thấp đã gây khó khăn cho việc cải thiện điều kiện cơ sở vật chất, ứng dụng khoa học kỹ thuật, nâng cao chất lượng dịch vụ y tế. Gần đây, nhờ có nguồn đầu tư từ trái phiếu chính phủ, tỷ trọng chi cho đầu tư phát triển của ngành y tế đã tăng lên đáng kể.

Cho đến nay, việc chi trả dịch vụ y tế, dù từ nguồn BHYT hay từ hộ gia đình, đều thông qua phương thức “phí theo dịch vụ”. Phương thức chi trả này bộc lộ rõ nhược điểm là tạo điều kiện cho xu hướng lạm dụng xét nghiệm, thuốc từ phía cơ sở cung ứng dịch vụ. Nhận thức được vấn đề này, Bộ Y tế, BHXH Việt Nam với sự hỗ trợ của một số nhà tài trợ đã có nhiều nỗ lực thử nghiệm và xây dựng phương thức chi trả mới như thanh toán theo định suất, chi trả theo trường hợp bệnh để tiến tới chi trả theo nhóm chẩn đoán (DRG).



Nghị định 62/2009/NĐ-CP quy định “*Phương thức thanh toán theo định suất được áp dụng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban đầu*” [135]. Phương thức thanh toán định suất được bắt đầu triển khai thí điểm từ năm 2001, đến nay trên cả nước đã có 43 đơn vị triển khai thí điểm phương thức này, trong đó chủ yếu là các bệnh viện đa khoa tuyến huyện. Tuy nhiên, kết quả đánh giá bước đầu cho thấy việc áp dụng phương thức thanh toán định suất còn bộc lộ nhiều vấn đề, như quỹ định suất bị bội chi rất lớn ở hầu hết các bệnh viện, chi phí bình quân khám chữa bệnh BHYT không những không giảm mà còn tăng lên ở cả khu vực điều trị nội trú và ngoại trú... [136]. Một trong những vướng mắc chủ yếu khi triển khai phương thức thanh toán này là việc xác định quỹ định suất chưa phù hợp do chưa dựa trên việc hạch toán chi phí dịch vụ y tế và mức độ sử dụng dịch vụ y tế bình quân theo từng nhóm đối tượng.

Phương thức thanh toán theo trường hợp bệnh đang được triển khai thí điểm tại bệnh viện huyện Ba Vì và bệnh viện Thanh Nhàn tại Hà Nội. Tuy nhiên, phương án triển khai phương thức chi trả theo trường hợp bệnh sẽ đòi hỏi đầu tư vào việc tính chi phí bệnh viện, triển khai áp dụng mã thủ thuật, phẫu thuật tại các cơ sở y tế, điều chỉnh các hệ số tương đối theo trường hợp bệnh đang áp dụng quốc tế cho phù hợp với Việt Nam, đồng thời phải xây dựng các hướng dẫn điều trị chuẩn và có cơ chế bảo đảm chất lượng dịch vụ y tế. Hiện nay Bộ Y tế đang xây dựng lộ trình cụ thể để áp dụng phương thức chi trả theo trường hợp bệnh.

### **2.3.3. Bảo vệ người dân trước các rủi ro tài chính khi sử dụng dịch vụ y tế**

Một trong các mục tiêu cơ bản của hệ thống tài chính y tế là bảo vệ người dân trước các rủi ro về tài chính khi ốm đau, bệnh tật [128]. Tiêu chí đánh giá một hệ thống tài chính y tế tốt là phải đảm bảo đủ nguồn tài chính cho CSSK sao cho người dân được CSSK khi cần và được bảo vệ tránh khỏi các thảm họa tài chính hay đói nghèo do phải chi trả cho dịch vụ y tế. Ngoài tăng chi NSNN cho y tế thì phát triển BHYT xã hội là giải pháp hữu hiệu để đạt được mục tiêu này thông qua việc sử dụng hình thức trả trước và chia sẻ rủi ro. Với tỷ lệ bao phủ BHYT năm 2010 là 60%, Việt Nam vẫn còn một chặng đường dài và khó khăn để đạt mục tiêu BHYT toàn dân vào năm 2014.

Kinh nghiệm nhiều nước cho thấy khả năng mở rộng độ bao phủ BHYT càng về sau càng khó khăn. Trong các nguồn đóng góp cho quỹ BHYT hiện nay, Nhà nước đang là người đóng góp lớn nhất, chiếm 56% tổng nguồn thu BHYT [133]. Việc thực hiện lộ trình BHYT toàn dân theo Luật BHYT phụ thuộc chủ yếu vào sự cam kết của Chính phủ và khả năng đáp ứng từ nguồn NSNN trợ cấp cho các nhóm đối tượng khó khăn tham gia BHYT. Mức độ tuân thủ quy định tham gia BHYT bắt buộc trong nhóm lao động hưởng lương còn hạn chế cũng là một thách thức lớn đối với mục tiêu mở rộng bao phủ BHYT. Năm 2008, tỷ lệ người lao động tại các doanh nghiệp có BHYT mới đạt 64%.<sup>8</sup>

Mục tiêu góp quỹ chia sẻ rủi ro của BHYT bị ảnh hưởng bởi cơ chế quản lý quỹ BHYT trong những năm gần đây. Người có BHYT tại một số tỉnh nghèo, các tỉnh miền núi thường ít sử dụng dịch vụ y tế (do nhiều yếu tố, trong đó có sự hạn chế của hệ thống cung ứng dịch vụ, yếu tố địa lý/giao thông, văn hóa và đặc biệt là khả năng tài chính của người nghèo đối với các khoản chi phí ngoài BHYT), nên quỹ BHYT thường kết dư, trong khi Quỹ BHYT tại các tỉnh/ thành phố lớn, có điều kiện kinh tế xã hội phát triển, lại thường rơi vào tình trạng thâm hụt quỹ nặng nề. Như vậy, dẫn tới hiện tượng nguồn quỹ BHYT của vùng nghèo bao cấp ngược cho khu vực thành phố lớn, tỉnh giàu.

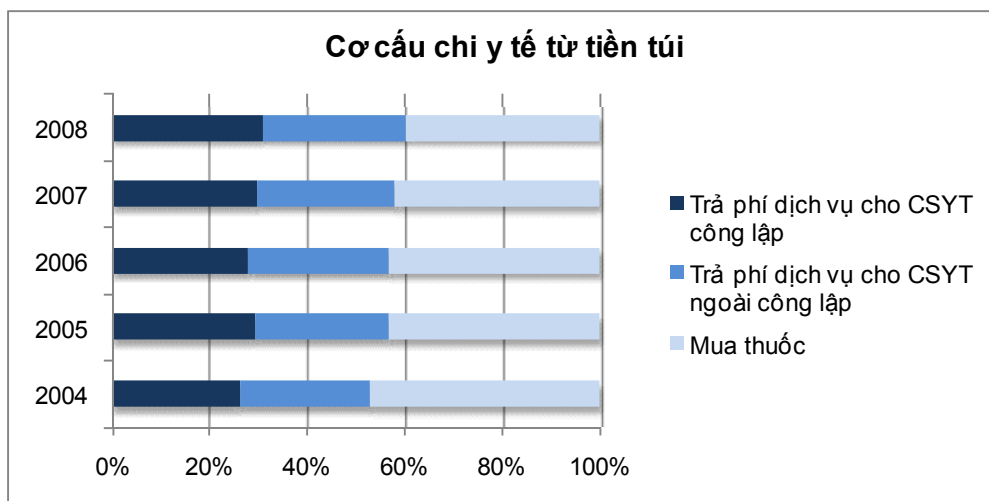
<sup>8</sup> Tính toán dựa trên số liệu của Báo cáo 2009 tổng hợp số thẻ và thu chi (BHXH) và số liệu Điều tra doanh nghiệp 2009 (Tổng cục Thống kê)

Độ bao phủ BHYT tăng đòi hỏi việc nâng cao năng lực của bộ máy quản lý BHYT. Hiện nay hệ thống BHYT chưa có một phần mềm và mã cá nhân thống nhất để quản lý bệnh nhân BHYT, cũng như chi phí khám chữa bệnh BHYT. Quỹ BHYT được quản lý điều hành cùng với các quỹ có tính chất khác trong cùng bộ máy BHXH, như quỹ hưu trí, nên thiếu tính chuyên nghiệp và kỹ năng tác nghiệp đặc thù. Mặt khác, vấn đề thiếu nhân lực đang ngày càng trầm trọng, nhất là khi tỷ lệ bao phủ BHYT tăng lên.

Tỷ lệ chi tiền túi của hộ gia đình trong tổng chi y tế của Việt Nam vẫn ở mức cao (trên 50%). Tỷ lệ hộ gia đình phải gánh chịu chi phí y tế quá mức (catastrophic expenditures) (lớn hơn 25% khả năng chi trả ngoài lương thực của hộ gia đình) của Việt Nam đang ở mức khá cao (12% - 2008) so với nhiều nước đang phát triển [137].

Trong tổng chi tiền túi hộ gia đình cho y tế, chi tiền tự mua thuốc vẫn chiếm tỷ lệ lớn nhất (40%), tỷ lệ chi trả cho cơ sở y tế công lập và ngoài công lập tương đương khoảng 30% (Hình 32). Các nghiên cứu gần đây về vai trò của BHYT trong việc bảo vệ người có thẻ BHYT trước các rủi ro tài chính khi đau ốm cho thấy BHYT có tác động giảm chi phí bình quân khi sử dụng dịch vụ ngoại trú và nội trú, nhưng hầu như không có tác động đối với chi tiêu cho việc tự mua thuốc và thậm chí còn tăng mức chi cho mua vật tư y tế. Như vậy, vai trò của BHYT đối với việc giảm chi tiền túi của hộ gia đình cho y tế còn ở mức hạn chế [130].

Khoảng 30% người có BHYT cho người nghèo vẫn gặp chi phí quá mức cho y tế (chi y tế vượt 10% chi phí lương thực thực phẩm) [138]. Điều này phản ánh thực tế là người có thẻ BHYT gia tăng mức độ sử dụng dịch vụ y tế và BHYT không chi trả toàn bộ chi phí KCB, bao gồm cả chi phí tự mua thuốc ngoài danh mục BHYT, chi phí khám chữa bệnh tại cơ sở y tế tư nhân, chi phí tiền ăn, tiền đi lại trong quá trình khám, chữa bệnh hoặc nhập viện.... Như vậy, ngoài việc mở rộng độ bao phủ BHYT về chiều rộng, còn cần chú ý đến bao phủ về chiều sâu, tăng gói thụ hưởng để giảm chi tiền túi của người có thẻ BHYT khi đi khám, chữa bệnh. Việc áp dụng cơ chế cùng chi trả 5% đối với diện người nghèo có BHYT có thể gây những khó khăn về mặt tài chính cho người nghèo, nhất là người nghèo, người dân



tộc thiểu số tại các vùng khó khăn.

**Hình 32: Cơ cấu chi y tế từ tiền túi hộ gia đình**

Nguồn: Tài khoản Y tế Quốc gia 1998-2008 [99]

#### **2.3.4. Kiểm soát chi phí y tế còn khó khăn**

Điều tra mức sống dân cư các năm cho thấy xu hướng gia tăng rõ rệt về mức chi tiền túi của hộ gia đình cho y tế. Tính tỷ lệ chi y tế trong tổng chi tiêu hộ gia đình cho thấy, năm 2002, chi tiêu cho y tế chiếm 5,6%, đến năm 2008 tỷ lệ này lên 6,4%. Ở nông thôn năm 2008, chi tiêu y tế chiếm 7,0% tổng chi của hộ gia đình so với ở thành thị là 5,8% [139].

Khảo sát mức chi phí bình quân điều trị ngoại trú và nội trú cho bệnh nhân BHYT năm 2005 và năm 2008 tại 16 bệnh viện trong toàn quốc cho thấy mức chi phí bình quân một lần khám bệnh năm 2008 so với năm 2005 tăng tại tất cả các bệnh viện, trong đó nhóm bệnh viện tỉnh và huyện có mức tăng cao nhất, với mức chênh lệch chi phí bình quân năm 2008 so với năm 2005 tương ứng là 3 và 2,3 lần. Đối với điều trị bệnh nhân nội trú, chi phí bình quân một đợt điều trị nội trú của năm 2008 đều tăng so với năm 2005 tại tất cả các nhóm bệnh viện. Trong đó, nhóm bệnh viện trung ương và bệnh viện huyện có mức chi phí bình quân điều trị nội trú của năm 2008 gấp hơn 2 lần so với năm 2005.

Có nhiều yếu tố dẫn tới tăng chi của toàn xã hội cho y tế, như tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế của người dân tăng; y học và các dịch vụ y tế phát triển, nhiều trang thiết bị mới, thuốc mới được áp dụng để nâng cao chất lượng dịch vụ; tăng giá các yếu tố đầu vào như thuốc, vật tư tiêu hao, điện, nước...

Trong bối cảnh các cơ sở y tế công lập đẩy mạnh việc thực hiện xã hội hóa, đầu tư trang thiết bị y tế, thiết bị xét nghiệm, chẩn đoán, với sự góp vốn của tư nhân dẫn đến việc chỉ định xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh có xu hướng gia tăng rõ rệt. Số liệu BHYT cho thấy tỷ trọng chi cho xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh trong chi phí khám chữa bệnh BHYT đang có xu hướng tăng nhanh, nhất là tại các bệnh viện tuyến trung ương và tỉnh [61].

Nhiều chính sách gần đây có tác động cộng hưởng làm tăng chi phí y tế, như xã hội hóa trong đầu tư TTBYT, phương thức thu phí theo dịch vụ, tự chủ tài chính, năng lực quản lý bệnh viện còn hạn chế, trong bối cảnh các biện pháp kiểm soát chi phí (hướng dẫn điều trị, phác đồ điều trị, quy trình chuyên môn, thanh tra, kiểm tra...) chưa hoàn thiện và còn hạn chế. Những điều này dễ dẫn đến tình trạng lạm dụng dịch vụ y tế dẫn đến làm tăng chi phí y tế cho người sử dụng và toàn xã hội.

### **3. Những vấn đề ưu tiên**

#### **3.1. Tỷ lệ chi tiêu công cho y tế còn thấp**

- NSNN chưa đáp ứng đủ nhu cầu để chi cho đầu tư cơ bản, đào tạo nhân lực y tế, thù lao tương xứng cho cán bộ y tế, hỗ trợ mua BHYT cho các nhóm đối tượng...
- Chi cho y tế từ quỹ BHYT còn thấp (chiếm 17,6% tổng chi y tế - năm 2008), trong khi chi trực tiếp từ người bệnh vẫn còn quá cao.

#### **3.2. Hiệu quả phân bổ và sử dụng nguồn tài chính y tế còn hạn chế**

- Việc cấp NSNN cho các cơ sở y tế chủ yếu vẫn dựa theo các chỉ tiêu đầu vào mang tính kế hoạch, hành chính mà chưa tính đến kết quả đầu ra và chất lượng dịch vụ đã cung cấp.
- Các phương thức thành toán chi phí bệnh viện hiện nay chưa khuyến khích hiệu suất, tiết kiệm trong cung ứng dịch vụ y tế.
- Cơ cấu phân bổ tài chính cho các lĩnh vực hoạt động y tế (dự phòng và điều trị, chi thường xuyên và chi đầu tư phát triển) chưa ổn định, chưa bảo đảm công bằng, hiệu quả.

### 3.3. Độ bao phủ BHYT chưa cao

- Tỷ lệ bao phủ BHYT trong nhân dân chưa cao. Tỷ lệ chi y tế được gọi là “quá mức” (catastrophic) vẫn còn cao so với các nước trong khu vực.
- Việc mở rộng tiếp BHYT phụ thuộc chủ yếu vào khả năng trợ cấp từ NSNN.
- Mức độ tuân thủ thấp đối với quy định tham gia BHYT bắt buộc trong nhóm lao động chính quy.
- Cơ chế và năng lực quản lý quỹ BHYT còn hạn chế.

### 3.4. Kiểm soát chi phí y tế còn khó khăn

- Hiện chưa có biện pháp kiểm soát hiệu quả việc sử dụng các chỉ định không cần thiết bao gồm cả thuốc và dịch vụ kỹ thuật cao làm tăng chi phí người sử dụng.
- Phương thức thanh toán theo phí dịch vụ tạo động cơ gia tăng tình trạng sử dụng dịch vụ quá mức cần thiết.
- Sự tham gia góp vốn và điều hành của tư nhân với động cơ vì lợi nhuận trong các dự án liên doanh liên kết đầu tư TTBYT tại các cơ sở y tế công lập, có nguy cơ làm tăng các chỉ định không cần thiết.
- Chưa có cơ chế kiểm soát việc mở rộng dịch vụ/TTBYT có chi phí cao nhưng lợi ích thấp đối với CSSK.

## 4. Khuyến nghị

Để từng bước giải quyết các vấn đề ưu tiên trong lĩnh vực tài chính y tế, báo cáo đã khuyến nghị các nhóm giải pháp sau đây (xem chi tiết ở chương Kết luận và khuyến nghị):

### 4.1. Tăng tỷ trọng các nguồn tài chính công cho y tế

### 4.2. Nâng cao hiệu quả phân bổ và sử dụng các nguồn tài chính y tế

### 4.3. Tăng cường kiểm soát chi phí y tế

## **Chương 10: Quản trị hệ thống y tế**

Chương này sẽ phân tích thực trạng quản trị hệ thống y tế ở Việt Nam, xác định những vấn đề ưu tiên và khuyến nghị các giải pháp thực hiện trong kế hoạch của ngành y tế giai đoạn 2011- 2015.

### **1. Khái niệm**

*Khái niệm quản trị*<sup>9</sup> (governance) không phải là một khái niệm mới, nhưng nội hàm của nó đã có thay đổi trong những thập kỷ gần đây. *Quản trị tốt* (good governance) được coi là một nội dung quan trọng của cải cách hành chính nhà nước. Tuy nhiên, quản trị không giới hạn ở nhà nước mà gồm cả sự đóng góp của các tổ chức dân sự. Theo UNESCAP, quản trị tốt có những đặc trưng cơ bản sau [140]:

- Có sự tham gia của các bên liên quan trong chu trình chính sách (hoạch định, thực hiện, giám sát, đánh giá, điều chỉnh).
- Đảm bảo sự nghiêm minh và bình đẳng trước pháp luật.
- Đảm bảo sự minh bạch.
- Thể hiện tính đáp ứng tốt.
- Có sự đồng thuận của cộng đồng trong xác định các vấn đề ưu tiên.
- Đảm bảo sự công bằng, không ai bị loại trừ quyền lợi.
- Có hiệu quả.
- Đảm bảo tính trách nhiệm giải trình.

*Quản trị trong hệ thống y tế.* Có nhiều quan niệm khác nhau về quản trị tốt đối với hệ thống y tế. Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đưa ra định nghĩa khá rộng: quản trị tốt hệ thống y tế là *sự quản lý cẩn thận, có trách nhiệm đối với sức khỏe của nhân dân* (“the careful and responsible management of the well-being of the population”) [141]. Các chuyên gia của WHO nêu lên 3 nhiệm vụ cơ bản của quản trị trong lĩnh vực y tế là: 1) tập hợp và sử dụng thông tin, bằng chứng, 2) xác định tầm nhìn và định hướng chính sách, 3) Thực hiện chính sách thông qua các quy định và hoạt động tuyên truyền, vận động. Tiếp tục ý tưởng trên, năm 2002 Travis và cộng sự [142] đề xuất 6 nội dung của quản trị trong hệ thống y tế, bao gồm: 1) Tập hợp tri thức, bằng chứng, 2) Xây dựng chính sách chiến lược, 3) Đảm bảo nguồn lực triển khai chính sách, cơ chế khuyến khích, thưởng phạt, 4) Xây dựng liên minh, hợp tác, 5) Tổ chức bộ máy phù hợp mục tiêu chính sách và điều kiện văn hóa xã hội, 6) Đảm bảo tính trách nhiệm giải trình.

Gần đây, USAID định nghĩa quản trị tốt trong hệ thống y tế là “quá trình điều hành tốt các nguồn lực y tế, các hoạt động của hệ thống y tế và sự tham gia của các bên nhằm mục tiêu bảo vệ sự sống của con người, và quá trình đó được thực hiện một cách công khai, minh bạch, có trách nhiệm, công bằng và đáp ứng tốt nhu cầu của người dân” [143] USAID nhấn mạnh sự cần thiết xây dựng các chính sách y tế một cách hiệu quả, với những quy định minh bạch, chia sẻ thông tin rộng rãi và vận động sự tham gia tích cực của các bên liên quan. Mỗi

---

<sup>9</sup> Thuật ngữ tiếng Anh “governance” được Học viện Chính trị Hành chính Quốc gia Hồ Chí Minh dịch sang tiếng Việt là “quản trị” và được sử dụng trong các tài liệu giảng dạy của Học viện (ví dụ trong cuốn “Tài liệu bồi dưỡng về quản lý nhà nước”, quyển I. Hành chính Nhà nước và công nghệ hành chính, NXB Khoa học và kỹ thuật, Hà Nội, 2009.

liên hệ giữa các thành tố chủ yếu của quản trị chung và quản trị trong hệ thống y tế được các chuyên gia của USAID tóm tắt trong bảng dưới đây.

**Bảng 21: Mối liên quan giữa các thành tố chủ yếu của quản trị chung và quản trị trong hệ thống y tế**

Các thành tố của quản trị chung (Theo WB 2006)	Các thành tố của quản trị trong hệ thống y tế (Theo WHO và một số văn liệu khác)
Dân chủ và trách nhiệm giải trình	Trách nhiệm giải trình Sự tham gia của xã hội và đáp ứng của hệ thống
Sự ổn định về chính trị	
Năng lực của Chính phủ	Năng lực phân tích thông tin Hoạch định chính sách và lập kế hoạch
Chất lượng của hệ thống văn bản hành chính	Hệ thống văn bản quy định, hướng dẫn
Pháp trị	
Kiểm soát tham nhũng	Sự tham gia của xã hội và đáp ứng của hệ thống

Nguồn: Islam, M., ed. 2007. *Health Systems Assessment Approach: A How-To Manual*. [143]

Mặc dù có những định nghĩa khác nhau về khái niệm quản trị trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, nhưng nội hàm của khái niệm quản trị trong y tế có những điểm chung sau đây:

- Quản trị tốt phải dựa trên một hệ thống thông tin quản lý có khả năng cung cấp thông tin chính xác, kịp thời và toàn diện và dựa trên khả năng tập hợp, xử lý và cung cấp dữ liệu, thông tin về nhu cầu chăm sóc sức khỏe, thực trạng hệ thống y tế và các lựa chọn chính sách, chiến lược y tế.
- Quản trị tốt đòi hỏi một quy trình xây dựng, thảo luận, ban hành chính sách, theo dõi và giám sát thực hiện chính sách với sự tham gia đóng góp của mọi bên liên quan, trong đó có sự tham gia của cộng đồng, của các tổ chức xã hội.
- Để triển khai thực hiện các chính sách, chương trình y tế, cần có hệ thống văn bản quy định, quy chuẩn để hướng dẫn thực hiện, có cơ chế khuyến khích, thưởng phạt thích đáng.
- Quá trình xây dựng kế hoạch hoạt động và dự toán ngân sách y tế phải có sự tham gia và tiếp thu đóng góp của nhiều bên, của các tổ chức trong và ngoài nhà nước.
- Tổ chức bộ máy của hệ thống y tế phải được thiết kế phù hợp, đáp ứng được các mục tiêu, chiến lược y tế.
- Đảm bảo tính trách nhiệm và tính minh bạch là một trong những yêu cầu quan trọng nhất của quản trị tốt, thông qua việc giải trình, báo cáo kế hoạch, kết quả thực hiện nhiệm vụ thuộc phạm vi trách nhiệm của cá nhân, tổ chức. Việc xem xét thưởng, phạt, theo dõi, kiểm tra, giám sát của cơ quan hành chính nhà nước và của cộng đồng đối với các cá nhân, tổ chức cung ứng dịch vụ y tế, bằng việc đo lường, đánh giá chất lượng, hiệu quả dịch vụ y tế, so sánh với các chuẩn mực chuyên môn và đạo đức.

## 2. Đánh giá thực trạng

Phần đánh giá thực trạng sau đây lựa chọn trình bày một số nội dung đáng quan tâm nhất về quản trị hệ thống y tế ở nước ta hiện nay, dựa vào nội hàm của khái niệm quản trị



trong hệ thống y tế đã nêu ở trên. Riêng những nội dung liên quan tới hệ thống thông tin quản lý y tế (HMIS), do đã được trình bày trong chương 6 nên không đề cập lại trong chương này. Vì vậy, phần đánh giá thực trạng về quản trị trong hệ thống y tế tập trung vào 4 nội dung sau đây:

- Công tác hoạch định chính sách, chiến lược y tế.
- Xây dựng cơ chế, công cụ để triển khai, thực hiện chính sách.
- Tổ chức hệ thống y tế.
- Theo dõi, giám sát, đảm bảo tính trách nhiệm giải trình.

## **2.1. Những tiến bộ và kết quả**

### **2.1.1. Công tác hoạch định chiến lược và chính sách y tế có tiến bộ**

Trong những năm gần đây, *công tác hoạch định chính sách và chiến lược của ngành y tế đã có những bước phát triển mới*. Một số định hướng chính sách lớn về y tế đã được ban hành như Nghị quyết số 46-NQ/TW của Bộ Chính trị về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới, Kết luận số 42-KL/TW của Bộ Chính trị về đổi mới cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công lập, Kết luận số 43-KL/TW của Bộ Chính trị về kết quả 3 năm thực hiện Nghị quyết 46-NQ/TW và 5 năm thực hiện Chỉ thị 06, Kết luận số 44-KL/TW của Bộ Chính trị về kết quả 3 năm thực hiện Nghị quyết 47-NQ/TW về việc tiếp tục thực hiện chính sách dân số - kế hoạch hóa gia đình.

Cũng trong thời gian 5 năm qua, *một số văn bản quy phạm pháp luật quan trọng về chính sách y tế đã được xây dựng và ban hành*, như Luật Bảo hiểm y tế (năm 2008), Luật Khám bệnh, chữa bệnh (năm 2009), Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm, Nghị quyết số 18/NQ-QH12 của Quốc hội, Quyết định số 153/2006/QĐ-TTg của Thủ tướng phê duyệt quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn tới 2020....

*Hoạt động đối thoại trao đổi thông tin* giữa các cơ quan trong và ngoài ngành y tế, giữa các bên liên quan nhằm vận động tạo sự đồng thuận trong quá trình xây dựng các chính sách đã được tăng cường và đạt được hiệu quả tốt hơn. Cụ thể là trong những năm gần đây, ngành y tế đã vận động được sự ủng hộ của các cơ quan Đảng, Chính phủ và Quốc hội trong định hướng xây dựng và ban hành một số chính sách quan trọng (ví dụ trong định hướng cải cách cơ chế hoạt động và cơ chế tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp y tế công lập, trong chính sách đầu tư phát triển y tế cơ sở v.v...).

Theo quy định tại Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật, *các chính sách chiến lược, các chương trình y tế đã được thảo luận với các hình thức phong phú, với sự tham gia rộng rãi hơn*, xin ý kiến đóng góp của các bên liên quan, thông qua các kênh thông tin khác nhau. Các dự thảo văn bản Luật, Nghị định đều được công bố trên website của Bộ Y tế và website của Chính phủ để lấy ý kiến của nhân dân trước khi Quốc hội và Chính phủ ban hành.

*Các hoạt động đối thoại, thảo luận và phối hợp với các tổ chức quốc tế*, đặc biệt là các nhà tài trợ quốc tế trong quá trình xây dựng chính sách, đánh giá chính sách y tế đã được tổ chức thường xuyên trong những năm gần đây. Sự phối hợp của Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (HPG) trong quá trình xây dựng các báo cáo chung về y tế (JAHR), xây dựng Kế hoạch 5 năm và các hoạt động khác của HPG là những ví dụ nổi bật về sự tham gia của các tổ chức quốc tế trong quá trình hoạch định chính sách y tế ở Việt Nam.

### 2.1.2. Cơ chế triển khai, thực hiện chính sách được cải thiện

Trong những năm qua nhiều văn bản hướng dẫn triển khai thực hiện chính sách trong các lĩnh vực quản lý kinh tế - tài chính, nhân lực, tổ chức nhân sự và hoạt động cung ứng dịch vụ y tế... đã được bổ sung, sửa đổi. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh đã được ban hành. Trong lĩnh vực Vệ sinh an toàn thực phẩm, nhiều quy chuẩn kỹ thuật mới được xây dựng, một số tiêu chuẩn Việt Nam về thực phẩm được công bố.

Một số chính sách về chế độ đãi ngộ, khuyến khích cán bộ, viên chức y tế công tác tại các vùng có điều kiện kinh tế xã hội đặc biệt khó khăn, cho nhân viên y tế thôn bản đã được xây dựng và ban hành (Nghị định số 64/2009/NĐ-CP, Quyết định số 75/2009/QĐ-TTg ngày 11/5/2009).

Chính sách tự chủ theo Nghị định số 43/2006/NĐ-CP tại hệ thống bệnh viện công, bên cạnh những tác động khác, đã tạo ra cơ chế khuyến khích các cơ sở y tế công tăng hiệu suất cung ứng dịch vụ, tăng thu nhập cho cán bộ, nhân viên y tế.

### 2.1.3. Tổ chức hệ thống y tế tiếp tục được hoàn thiện

*Cơ cấu tổ chức* bộ máy quản lý hệ thống y tế được tiếp tục hoàn thiện. Ở trung ương, cơ cấu tổ chức một số vụ, cục của Bộ Y tế được điều chỉnh theo Nghị định số 188/2007/NĐ-CP. Ngoài Vụ Bảo hiểm y tế là Vụ được thành lập từ năm 2005, Tổng cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình đã được thành lập năm 2008 [144] trực thuộc Bộ Y tế, với mạng lưới các Chi cục và Trung tâm Dân số - Kế hoạch hóa gia đình ở cấp tỉnh, thành phố và quận, huyện, được phân công thực hiện các chức năng, nhiệm vụ rõ ràng. Chi cục Vệ sinh an toàn thực phẩm tại các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương cũng được thành lập theo Thông tư liên tịch số 12/2008/TTLT-BYT-BNV, là đơn vị trực thuộc Sở Y tế [145]. Gần đây, Cục Môi trường y tế được thành lập để tập trung giải quyết các vấn đề vệ sinh môi trường y tế, trong đó có vấn đề rác thải y tế (Nghị định số 22/2010/NĐ-CP).

*Tổ chức y tế cơ sở đã được điều chỉnh phù hợp hơn với hoàn cảnh thực tế.* Tổ chức mạng lưới y tế cơ sở đã được cơ cấu lại theo Thông tư liên tịch số 03/2008/TTLT-BYT-BNV, hướng dẫn thực hiện Nghị định số 13/2009/NĐ-CP và số 14/2009/NĐ-CP, thay thế cho các Nghị định số 171/2004/NĐ-CP và Nghị định số 172/2004/NĐ-CP. Sau một thời gian hệ thống y tế cơ sở bị phân chia thành nhiều đơn vị riêng biệt, các cơ quan quản lý và cung ứng dịch vụ y tế tại tuyến huyện, quận đang được lồng ghép lại, giảm bớt đầu mối, tạo điều kiện phối hợp và phát huy nguồn lực cho công tác chăm sóc sức khỏe có hiệu quả hơn. Trung tâm y tế huyện được thành lập thống nhất trên địa bàn cấp huyện thực hiện hai chức năng y tế dự phòng và khám chữa bệnh; nơi có điều kiện thì tách riêng bệnh viện, và trung tâm y tế chỉ thực hiện chức năng y tế dự phòng. Trạm y tế xã, phường, thị trấn là đơn vị sự nghiệp, trực thuộc Trung tâm y tế huyện [146].

*Kết quả phân cấp rộng rãi trong toàn bộ hệ thống bệnh viện công, thông qua việc thực hiện Nghị định số 43/2005/NĐ-CP* bên cạnh một số hạn chế (xem thêm chương Tài chính y tế và chương Cung ứng dịch vụ y tế), đã tạo điều kiện cho các bệnh viện cung cấp thêm nhiều loại dịch vụ y tế mới, đặc biệt là dịch vụ y tế kỹ thuật cao và tăng cường hiệu suất hoạt động của các cơ sở y tế công lập ở các thành phố lớn.

*Xu hướng cổ phần hóa bệnh viện công* (tức tư nhân hóa một phần bệnh viện công) - hình thức tự chủ bệnh viện công ở cấp độ cao nhất, đã được chính thức quyết định dừng lại, nhờ những cân nhắc về tác động bất lợi của quá trình tư nhân hóa một phần bệnh viện công đối với mục tiêu công bằng và hiệu quả của hệ thống y tế. Theo chỉ đạo của Bộ Chính trị, Bộ Y tế đang triển khai các hoạt động khảo sát đánh giá nhằm “phát hiện và khắc phục các

khuyến hướng biến bệnh viện công thành bệnh viện tư dưới mọi hình thức, khắc phục những hạn chế do việc thực hiện cơ chế tự chủ hoàn toàn về tài chính trong ngành y tế” [127].

#### **2.1.4. Công tác theo dõi, giám sát có tiến bộ**

Chức năng, nhiệm vụ và quyền hạn của các cơ quan, đơn vị, cơ sở cung ứng dịch vụ y tế công đã được quy định rõ ràng hơn trong các văn bản quyết định thành lập, tuy nhiên hầu hết các vị trí công tác trong hệ thống y tế, đặc biệt là y tế công lập đều chưa có bản mô tả công việc.

Về tổ chức bộ máy ở cơ quan trung ương, quyết định thành lập Cục Quản lý Khám, chữa bệnh trên cơ sở Vụ Điều trị, và thành lập Phòng Quản lý chất lượng dịch vụ y tế thuộc Cục Quản lý khám, chữa bệnh là một bước phát triển mới trong hoạt động quản lý, giám sát hệ thống cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh. Bên cạnh những chức năng nhiệm vụ khác, Cục có nhiệm vụ chỉ đạo, hướng dẫn, kiểm tra và đánh giá việc thực hiện các quy định chuyên môn, quy chuẩn kỹ thuật quốc gia đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng.

Đối với công tác theo dõi, giám sát và kiểm tra, thanh tra, Lãnh đạo ngành y tế đã xác định việc “kiện toàn hệ thống thanh tra y tế bao gồm cả thanh tra vệ sinh an toàn thực phẩm về số lượng nhân viên, chất lượng hoạt động; tăng cường công tác thanh kiểm tra, chống tiêu cực, tham nhũng, lãng phí” như một trong những trọng tâm công tác của ngành trong lĩnh vực quản lý nhà nước [147].

Hoạt động chỉ đạo tuyến, bao gồm các nội dung theo dõi, hướng dẫn, kiểm tra việc thực hiện các nhiệm vụ y tế của y tế tuyến trên đối với y tế tuyến dưới, tiếp tục được duy trì, tuy nhiên có bị giảm sút tại một số bệnh viện trong quá trình thực hiện chính sách bệnh viện tự chủ [134]. Đề án 1816 được thực hiện rộng rãi ở phạm vi toàn quốc từ năm 2009 đã góp phần tăng cường hoạt động chỉ đạo tuyến, với hàng ngàn lượt cán bộ chuyên môn ở các bệnh viện tuyến trên được cử về công tác tại tuyến dưới.

*Hội đồng bệnh nhân trong các bệnh viện công lập tiếp tục duy trì hoạt động và có vai trò tích cực* trong việc thực hiện trực tiếp chức năng giám sát chất lượng dịch vụ y tế. Hội đồng bệnh nhân được thành lập ở tất cả các khoa điều trị của bệnh viện công các tuyến; các cuộc họp giữa đại diện Hội đồng bệnh nhân và lãnh đạo khoa điều trị và lãnh đạo bệnh viện được tổ chức định kỳ (hàng tuần đối với các khoa, hàng tháng đối với toàn viện) ở đa số bệnh viện công là cơ hội để đại diện người bệnh trao đổi, đề xuất và đóng góp ý kiến về chất lượng dịch vụ y tế, tinh thần thái độ phục vụ của cán bộ y tế trong bệnh viện, và cũng là cơ hội để bệnh viện trình bày giải thích với người bệnh về hoạt động khám chữa bệnh trong bệnh viện [75].

Cùng với việc tổ chức các hòm thư góp ý đặt tại bệnh viện và thực hiện lịch tiếp dân định kỳ, việc tổ chức hoạt động đối thoại giữa bệnh viện và hội đồng bệnh nhân có thể coi là những hình thức trao đổi thông tin quan trọng giữa người cung ứng dịch vụ và người sử dụng dịch vụ, nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ y tế và tăng cường trách nhiệm giải trình của hệ thống cung ứng dịch vụ y tế.

## **2.2. Những vấn đề cần giải quyết**

### **2.2.1. Năng lực hoạch định chính sách còn hạn chế**

Một trong những vấn đề của công tác hoạch định chính sách và chiến lược y tế là năng lực và tầm nhìn dài hạn trong xây dựng chính sách còn hạn chế. Hệ thống y tế Việt Nam đang trong quá trình đổi mới, với nhiều vấn đề phức tạp được đặt ra cho các nhà hoạch định

chính sách y tế. Do còn thiếu một khung chiến lược và tầm nhìn dài hạn về một mô hình hệ thống y tế phù hợp với Việt Nam nên nhiều chính sách y tế còn chậm đổi mới hoặc đổi mới chưa cơ bản, chưa đồng bộ. Bộ Chính trị đã nhận định: *“ngành y tế còn chậm đổi mới và còn lúng túng cả về nhận thức và xây dựng cơ chế hoạt động”* [127]. Hệ thống y tế Việt Nam cũng đang có nguy cơ phải đối mặt với những vấn đề chung của một số nước đang phát triển mà WHO đã nêu trong Báo cáo sức khỏe thế giới 2008, đó là xu hướng *“buông lỏng quản lý tạo cơ hội cho quá trình thị trường hóa y tế phát triển không kiểm soát”*, tình trạng chia cắt của hệ thống điều trị và sự phát triển mất cân đối, thiên lệch ở các chuyên khoa sâu [32].

Việc xây dựng chính sách dựa trên thông tin đầy đủ và tin cậy tuy đã được coi là cần thiết, nhưng trong quá trình tập hợp, xem xét các thông tin, bằng chứng chưa thực sự toàn diện, chưa thấu đáo. Báo cáo nghiên cứu *“Đánh giá hệ thống y tế”* của Viện Chiến lược và Chính sách y tế (2009) cho thấy quá trình tập hợp, xử lý thông tin trong hệ thống y tế chưa đảm bảo cung cấp thông tin đầy đủ, chính xác cho hoạt động quản lý. Nguyên tắc hoạch định chính sách dựa trên bằng chứng chưa được coi trọng, năng lực của cơ quan hoạch định chính sách còn hạn chế; các cơ quan nghiên cứu và đội ngũ chuyên gia xây dựng chính sách chưa có kiến thức và kỹ năng trong việc tổng hợp, bằng chứng từ các nghiên cứu tổng quan. Việc chuẩn bị cho các báo cáo đề xuất chính sách dựa trên bằng chứng cũng chưa được quan tâm và chuẩn bị thấu đáo.

*Việc đánh giá tác động của dự thảo chính sách, chiến lược y tế đã được thực hiện, nhưng còn yếu.* Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật quy định trong quá trình xây dựng văn bản quy phạm pháp luật phải thực hiện nghiên cứu đánh giá tác động và xây dựng báo cáo đánh giá tác động của dự thảo văn bản luật, nêu rõ các vấn đề cần giải quyết và các giải pháp đối với từng vấn đề đó; chi phí, lợi ích của các giải pháp; so sánh chi phí, lợi ích của các giải pháp [148]. Tuy nhiên đầu tư về thời gian và nhân lực cho nghiên cứu đánh giá tác động chưa đáp ứng được nhu cầu.

*Sự tham gia của cộng đồng và các tổ chức dân sự xã hội trong hoạch định chính sách, chiến lược y tế chưa đạt mức cần thiết.* Sự đóng góp ý kiến trực tiếp của người hưởng lợi (đặc biệt là người dân), cộng đồng, y tế tư nhân và các tổ chức dân sự xã hội trong quá trình xây dựng một số chính sách y tế còn ít. Cách tập hợp ý kiến của người hưởng lợi khác nhau tùy thuộc vào đơn vị chủ trì xây dựng chính sách. Dự thảo một số chính sách được công bố công khai lấy ý kiến của người dân trên website của Bộ Y tế và website của Chính phủ, tuy nhiên, các ý kiến đóng góp qua website chưa nhiều.

*Hoạt động đối thoại, vận động tạo sự đồng thuận về chính sách, chiến lược y tế tuy đã có nhiều tiến bộ trong những năm gần đây, nhưng chưa đáp ứng đầy đủ yêu cầu, đặc biệt là yêu cầu tăng tính thuyết phục, đạt được sự đồng thuận giữa các tổ chức trong và ngoài ngành y tế.* Trong quá trình hoạch định chính sách, việc xây dựng và thực hiện kế hoạch thông tin, tuyên truyền, giải trình, vận động tạo sự đồng thuận cho các đề xuất chính sách chưa đạt hiệu quả cao. Một số đề xuất chính sách quan trọng không được chấp nhận trong quá trình xem xét, phê duyệt (ví dụ, đề xuất về cấp chứng chỉ hành nghề trong Luật Khám bệnh, chữa bệnh, về cùng chi trả trong Luật BHYT), ảnh hưởng tới tính khả thi của một số điểm trong chính sách đã được ban hành.<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Luật quy định người nghèo cũng phải cùng chi trả 5% chi phí khám chữa bệnh, nhưng đa số người nghèo không có khả năng chi trả dẫn tới ngành y tế phải tìm các nguồn tài chính khác để hỗ trợ cho người nghèo; quy định người có BHYT bị tai nạn giao thông không được hưởng quyền lợi BHYT khi chưa có xác nhận không vi phạm pháp luật.

### 2.2.2. Việc xây dựng, ban hành các văn bản về quy chuẩn chuyên môn chưa đáp ứng yêu cầu

*Việc tổ chức, xây dựng, ban hành các văn bản về quy chuẩn chuyên môn quan trọng chưa đáp ứng được nhu cầu của hệ thống y tế.* Hướng dẫn điều trị chuẩn là tài liệu cần thiết đảm bảo mục tiêu an toàn, chất lượng và hiệu quả trong điều trị, nhưng cho tới nay chưa được ban hành (ngoại trừ hướng dẫn chẩn đoán và điều trị cho một số ít bệnh lây nhiễm trình bày ở trên). Chuẩn mực quốc gia cho các phòng xét nghiệm y học cũng chưa được ban hành, dẫn tới việc khó kiểm soát về chất lượng xét nghiệm và là một trong các nguyên nhân của tình trạng nhiều cơ sở y tế không công nhận kết quả xét nghiệm của các cơ sở y tế khác.

*Các quy định, chuẩn mực chuyên môn đã ban hành chậm được cập nhật.* Danh mục thuốc chủ yếu (về bản chất là danh mục thuốc thiết yếu mở rộng) tuy đã được ban hành, nhưng chậm cập nhật. Quá trình lựa chọn thuốc, bổ sung thuốc mới, loại bỏ thuốc ra khỏi danh mục không dựa trên cơ sở bằng chứng khoa học mà chủ yếu dựa vào đề xuất của người cung ứng dịch vụ, dẫn tới tình trạng danh mục thuốc có cả những thuốc mà các nước kinh tế phát triển cũng không đưa vào danh mục. Quy hoạch đầu tư thiết bị y tế dựa trên đánh giá công nghệ y tế và hoàn cảnh kinh tế - xã hội Việt Nam cũng chưa được tổ chức nghiên cứu xây dựng, tạo ra tình trạng đầu tư lớn các thiết bị y tế công nghệ cao, tập trung ở các đô thị lớn nhưng không dựa trên quy hoạch, không đảm bảo được nguyên tắc chi phí - hiệu quả.

### 2.2.3. Công tác quản lý còn phân tán

*Nguồn lực của Bộ Y tế để thực hiện chức năng quản lý ở cấp vĩ mô bị phân tán.* Bộ Y tế hiện quản lý trực tiếp 73 đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ, bao gồm 34 bệnh viện trung ương, 25 viện, trung tâm và 14 trường đại học, cao đẳng và trung tâm bồi dưỡng cán bộ [149], chưa kể 4 đơn vị sự nghiệp khác<sup>11</sup> thuộc cơ cấu tổ chức của Bộ theo Nghị định 188/2007/NĐ-CP, ngày 27/12/2007. Các đơn vị này trải ra ở nhiều vùng của cả nước. Với những chức năng, nhiệm vụ như hiện nay, Bộ Y tế khó tập trung đủ thời gian và nhân lực cho công tác hoạch định chiến lược, chính sách và thực hiện nhiệm vụ theo dõi, giám sát hệ thống y tế đang chuyển đổi mạnh mẽ..

### 2.2.4. Tổ chức hệ thống y tế địa phương thiếu ổn định

Tổ chức hệ thống y tế địa phương có nhiều biến động, nhất là tuyến y tế cơ sở và mạng lưới y tế dự phòng. Các đơn vị y tế tuyến huyện đã trải qua nhiều mô hình tổ chức trong hơn 10 năm qua, từ mô hình tập trung (đơn vị dự phòng, điều trị nằm chung trong một trung tâm), tới mô hình phân tán với nhiều đầu mối (gồm bệnh viện đa khoa, y tế dự phòng và phòng y tế). Hiện nay, theo Thông tư liên tịch số 03/2008/TTLT-BYT-BNV, y tế tuyến huyện tùy điều kiện từng địa phương mà tổ chức Trung tâm y tế + bệnh viện đa khoa + Trung tâm Dân số - Kế hoạch hóa gia đình, hoặc Trung tâm y tế (trong đó có Bệnh viện đa khoa) + Trung tâm Dân số - Kế hoạch hóa gia đình. Tuy nhiên, trong thực tế một số địa phương chưa triển khai được việc tổ chức lại y tế tuyến huyện theo Thông tư số 03/2008/TTLT-BYT-BNV), dẫn tới tình trạng có nhiều mô hình tổ chức y tế tuyến huyện khác nhau giữa các tỉnh, thậm chí giữa các huyện trong cùng một tỉnh [150].

*Lồng ghép dự phòng và điều trị trong mạng lưới y tế cơ sở còn yếu.* Tình trạng tổ chức tách biệt các đơn vị điều trị và dự phòng ở y tế cơ sở hiện nay tạo ra sự tách biệt giữa công tác y tế dự phòng và điều trị. Sự tách biệt đó là không phù hợp với những quan điểm về chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ) trong thế kỷ 21, khi CSSKBĐ không chỉ tập trung

<sup>11</sup> Gồm Viện Chiến lược và Chính sách y tế; Báo Sức khỏe và Đời sống; Tạp chí Y học thực hành; Tạp chí Dược học.



vào một số bệnh lây nhiễm và cấp tính, mà là sự chăm sóc toàn diện, trong đó phòng ngừa, phát hiện và can thiệp sớm các bệnh không lây nhiễm có vai trò ngày càng lớn [32]. Bệnh viện đa khoa tuyến huyện hoạt động độc lập và ít tham gia trực tiếp vào công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu. Vai trò chỉ đạo và hỗ trợ trong công tác khám chữa bệnh của các bệnh viện đa khoa đối với hoạt động của Trạm Y tế xã, phường và thị trấn (sau đây gọi tắt là Trạm Y tế xã) cũng giảm sút, do Trạm Y tế xã là đơn vị trực thuộc Trung tâm Y tế (theo hướng dẫn tại Thông tư liên tịch số 03/2008/TTLT-BYT-BNV). Trung tâm Y tế với nhiệm vụ chính là thực hiện các chương trình y tế dự phòng, thường không có nhiều năng lực chỉ đạo hỗ trợ về chuyên môn đối với hoạt động khám chữa bệnh tại Trạm Y tế xã, một nội dung quan trọng của chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Cơ cấu tổ chức của Sở Y tế được xây dựng theo Thông tư liên tịch số 03 (2008), ban hành trước khi có Luật BHYT, nên thiếu tổ chức chuyên môn nghiệp vụ về BHYT để thực hiện các chức năng nhiệm vụ quản lý nhà nước tại địa phương theo Luật BHYT. Cơ quan Bảo hiểm xã hội, đơn vị triển khai thực hiện chính sách BHYT, là cơ quan đa nhiệm, vừa thực hiện chính sách BHYT, vừa thực hiện các nhiệm vụ thu chi quỹ hưu trí, trợ cấp thất nghiệp, thai sản..., không có bộ máy chuyên trách để triển khai chương trình BHYT, nên có nhiều khó khăn trong vận hành quản lý quỹ BHYT.

### 2.2.5. Công tác kiểm tra, giám sát còn nhiều hạn chế

Công tác theo dõi, giám sát và kiểm tra, thanh tra trong hệ thống y tế còn nhiều khó khăn, bất cập cần giải quyết, nhất là trong bối cảnh nhiều thay đổi nhanh chóng trong hệ thống y tế. Kết quả nghiên cứu của Viện Chiến lược và Chính sách y tế năm 2007 cho thấy: Công tác kiểm tra, giám sát chưa được sự quan tâm đúng mức; nhân lực cho kiểm tra, giám sát và thanh tra còn hạn chế; thiếu tiêu chí, quy trình và hướng dẫn cụ thể cho giám sát, đánh giá; thiếu chế tài thưởng, phạt phù hợp; trách nhiệm với quyền hạn chưa gắn chặt chẽ; sự tham gia của các tổ chức xã hội nghề nghiệp trong kiểm tra, giám sát còn hạn chế...

## 3. Các vấn đề ưu tiên

### 3.1. Năng lực hoạch định chính sách, chiến lược còn hạn chế

Đây là vấn đề rất quan trọng của quản trị trong mọi lĩnh vực, trong đó có lĩnh vực y tế. Năng lực xây dựng chiến lược, chính sách còn hạn chế; “ngành y tế còn chậm đổi mới và còn lúng túng cả về nhận thức và xây dựng cơ chế hoạt động” [127]. Thiếu năng lực và ít tập hợp, sử dụng bằng chứng sẽ dẫn tới hoạch định chính sách không dựa trên bằng chứng.

Việc đánh giá toàn diện tác động kinh tế - xã hội của chính sách y tế sẽ đảm bảo tính khả thi, việc đưa chính sách vào cuộc sống sẽ ít vướng mắc hơn. Các dự thảo chính sách liên quan tới đổi mới cơ chế tài chính, cơ chế tự chủ bệnh viện công, xã hội hóa lĩnh vực y tế... cần tiếp tục nghiên cứu, đánh giá tác động một cách thận trọng, thấu đáo để có những điều chỉnh cho phù hợp với tình hình mới.

- Hoạt động thuyết phục tạo sự đồng thuận đã có nhiều tiến bộ, nhưng vẫn chưa đáp ứng được yêu cầu tạo được sự đồng thuận cao giữa các tổ chức trong và ngoài ngành y tế đối với một số chính sách quan trọng. Thông tin, đối thoại, tuyên truyền tạo sự đồng thuận trong hoạch định chính sách sẽ giúp cho những chính sách đúng được chấp nhận và phê duyệt.



### **3.2. Năng lực kiểm tra, theo dõi, giám sát còn hạn chế**

Một chính sách tốt sẽ không được triển khai hiệu quả nếu không thực hiện tốt công tác kiểm tra, theo dõi và giám sát. Trong hoàn cảnh hiện nay khi y tế tư nhân đang phát triển rất nhanh, khối lượng dịch vụ y tế tư nhân cung cấp ngày càng lớn, các cơ sở y tế công đang thực hiện chính sách tự chủ cùng với rất nhiều chính sách mới thì việc hoàn thiện tổ chức bộ máy, cơ chế và công cụ kiểm tra, theo dõi, giám sát đảm bảo chất lượng dịch vụ y tế càng trở nên cấp thiết. Để thực hiện việc này, có những vấn đề cụ thể cần ưu tiên giải quyết như sau:

Nguồn lực (nhân lực, nguồn tài chính) thực hiện chức năng hướng dẫn, theo dõi, giám sát còn hạn chế ở tất cả các tuyến. Nếu vấn đề này không được giải quyết thì sẽ không thể thực hiện tốt công tác theo dõi, giám sát và kiểm tra.

- Sự tham gia của các tổ chức xã hội nghề nghiệp, tổ chức dân sự xã hội và các đối tượng thụ hưởng trong công tác theo dõi, giám sát thực hiện các quy định chuyên môn y tế còn hạn chế. Vai trò của các tổ chức xã hội nghề nghiệp trong giám sát cung ứng dịch vụ y tế chưa được khẳng định bằng các quy định pháp luật. Cũng cố, kiện toàn các tổ chức xã hội nghề nghiệp trong lĩnh vực y tế và phát huy vai trò của các tổ chức này trong hoạt động theo dõi, giám sát thực hiện các quy định và chuẩn mực chuyên môn sẽ giảm bớt sự quá tải đối với các cơ quan quản lý nhà nước, đồng thời bảo đảm thực hiện được hoạt động theo dõi, giám sát có hiệu quả nhờ trình độ chuyên môn và tính tự quản của các tổ chức xã hội nghề nghiệp.
- Thiếu bộ công cụ/chỉ số theo dõi, giám sát đối với một số lĩnh vực như khám, chữa bệnh, dược, vật tư, trang thiết bị y tế, an toàn thực phẩm... Công cụ theo dõi, giám sát quá trình thực hiện và đánh giá kết quả thực hiện các chính sách cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe còn yếu, gây khó khăn cho công tác theo dõi, giám sát, trong một số trường hợp khiến cho việc giám sát không thể thực hiện được.

### **3.3. Bộ máy tổ chức hệ thống y tế còn những điểm chưa phù hợp**

Hoàn thiện bộ máy hành chính của hệ thống y tế nhằm nâng cao hiệu quả quản lý nhà nước phải được coi là một trong những công việc cần ưu tiên thực hiện. Ổn định tổ chức mạng lưới y tế cơ sở cũng là điều kiện tiên quyết để thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu, nền tảng của công tác chăm sóc sức khỏe.

- Bộ Y tế hiện phải quản lý trực tiếp nhiều đơn vị trực thuộc là một thách thức lớn đối với Bộ trong nhiệm vụ hoạch định chiến lược, chính sách của ngành, đặc biệt là trong bối cảnh hệ thống y tế thay đổi nhanh chóng với nhiều khó khăn, thách thức to lớn. Tổ chức hệ thống y tế địa phương cũng có nhiều biến động, việc lồng ghép dự phòng và điều trị trong mạng lưới y tế cơ sở còn hạn chế. Những thách thức mới của công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu trong thế kỷ 21 đòi hỏi sự hợp nhất các tổ chức thực hiện nhiệm vụ dự phòng và chữa bệnh ở y tế cơ sở.
- Mô hình tổ chức của cơ quan thực hiện chính sách BHYT cũng còn nhiều hạn chế, khó đáp ứng được mục tiêu bao phủ toàn dân; thiếu bộ phận chuyên trách quản lý nhà nước đối với BHYT ở cấp tỉnh.

## **4. Khuyến nghị**

Để từng bước giải quyết các vấn đề ưu tiên trong lĩnh vực quản trị hệ thống y tế, báo cáo đã khuyến nghị các nhóm giải pháp sau đây (xem chi tiết ở chương Kết luận và khuyến nghị).

- 4.1. Bổ sung, hoàn thiện các chính sách, kế hoạch.**
- 4.2. Nâng cao năng lực hoạch định chính sách, chiến lược.**
- 4.3. Nâng cao năng lực và hiệu quả theo dõi, giám sát thực hiện chính sách y tế.**
- 4.4. Hoàn thiện và ổn định mô hình tổ chức mạng lưới y tế các tuyến.**
- 4.5. Tăng cường cơ chế phối hợp liên ngành.**

## **Chương 11: Kết luận và khuyến nghị**

### **1. Kết luận**

#### **1.1. Tình trạng sức khỏe, bệnh tật**

Trong những năm qua, tình trạng sức khỏe của người Việt Nam đã có những cải thiện rõ rệt. Tuổi thọ trung bình của người Việt Nam đã tăng lên 72,8 tuổi (nam đạt 70,2 tuổi, nữ đạt 75,6 tuổi) [2]. Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi chỉ còn 16‰; tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi còn 25,0‰; tỷ số tử vong mẹ giảm từ 165/100 000 trẻ đẻ sống (năm 2001–2002) xuống còn 69/100 000 (2009). Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi thể nhẹ cân giảm bền vững qua các năm, từ 25,2% năm 2005 xuống 21,2% năm 2007 và 18,9% năm 2009. Tất cả các chỉ tiêu Quốc hội giao cho y tế năm 2010 đều đã đạt được. Nhìn chung, Việt Nam có thể đạt được các mục tiêu phát triển Thiên niên kỷ đã cam kết liên quan đến y tế vào năm 2015; một số chỉ tiêu đạt trước thời hạn.

Mặc dù đã đạt được những thành tựu đáng kể, song vẫn còn sự chênh lệch khá lớn về tình trạng sức khỏe giữa các vùng, miền, giữa các nhóm dân cư, mức sống. Chỉ số sức khỏe trung bình của cả nước khá tốt, nhưng tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi [2], tỷ lệ trẻ em suy dinh dưỡng [28], tỷ số tử vong mẹ vẫn còn rất cao ở những vùng miền núi, vùng sâu, vùng xa, vùng khó khăn và các nhóm dân cư có thu nhập thấp.

Mô hình bệnh tật và tử vong hiện đang trong giai đoạn chuyển đổi. Tỷ lệ mắc các bệnh mạn tính, bệnh không lây nhiễm (như đái tháo đường, ung thư, bệnh tim mạch), tai nạn, thương tích ngày càng tăng. Một số bệnh truyền nhiễm nguy hiểm gây dịch vẫn có nguy cơ bùng phát trở lại như tả, sốt rét, sốt xuất huyết... Tình hình dịch tễ bệnh lao còn cao, một lượng lớn bệnh nhân lao vẫn còn tồn tại trong cộng đồng mà chưa được phát hiện. Dịch HIV đã có xu hướng chững lại, nhưng chưa được khống chế. Bên cạnh đó, một số dịch bệnh mới, bệnh lạ xuất hiện và phức tạp, khó lường.

Các yếu tố nguy cơ tác động xấu đến sức khỏe có xu hướng gia tăng như ô nhiễm môi trường, thiếu an toàn vệ sinh thực phẩm, tai nạn lao động, tai nạn giao thông, biến đổi khí hậu, các vấn đề về lối sống (hút thuốc lá, nghiện hút, lạm dụng rượu, bia, tình dục không an toàn), biến động dân số...

Tốc độ tăng dân số hằng năm đã giảm mạnh, còn 1,2%, song quy mô dân số tiếp tục tăng, mật độ dân số khá cao (259 người/km<sup>2</sup>) đang là yếu tố nguy cơ và thách thức đối với công tác CSSK nhân dân. Với tỷ lệ người cao tuổi chiếm 9,1% dân số năm 2009, Việt Nam đang bước vào giai đoạn dân số già hóa, với nhiều thách thức về gia tăng các bệnh không lây nhiễm, bệnh mạn tính sẽ dẫn đến chi phí CSSK ngày càng gia tăng.

#### **1.2. Y tế công cộng và y tế dự phòng**

Việt Nam đã xây dựng được một mạng lưới y tế công cộng và y tế dự phòng rộng khắp từ trung ương tới thôn, bản và có sự tham gia phối hợp của nhiều bộ ngành. Theo từng giai đoạn, Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt các Chương trình mục tiêu y tế quốc gia để giải quyết những vấn đề sức khỏe cấp bách của cộng đồng. Mạng lưới y tế dự phòng được củng cố, hoạt động được tăng cường, không để dịch lớn xảy ra, kịp thời ứng phó với các vấn đề sức khỏe liên quan đến thiên tai, thảm họa như bão, lũ, lụt lội, hạn hán... Các hoạt động nhằm bảo đảm vệ sinh an toàn thực phẩm cũng được tăng cường. Hầu hết các chỉ tiêu liên quan đến y tế dự phòng đều đã đạt được.

Gần đây, nhiều văn bản pháp quy liên quan đến y tế dự phòng đã được xây dựng và ban hành, ví dụ Luật Phòng chống bệnh truyền nhiễm (2007), Luật Phòng chống bệnh HIV/AIDS (2005), Luật An toàn thực phẩm (2010) và Chiến lược quốc gia y tế dự phòng đến năm 2010 và định hướng 2020... Cơ sở hạ tầng, nhân lực, phương tiện, ngân sách cho y tế dự phòng trong những năm gần đây cũng được tăng cường.

Tuy nhiên, vẫn còn nhiều thách thức ảnh hưởng đến hiệu quả của công tác y tế dự phòng. Nhận thức và hiểu biết của người dân về bảo vệ và nâng cao sức khỏe, phòng bệnh, phòng dịch, xây dựng lối sống lành mạnh còn chưa cao, chưa chuyển thành hành động thực tế. Các chiến dịch truyền thông sức khỏe chưa thực sự tác động sâu rộng tới đối tượng đích. Khả năng tiếp cận thông tin truyền thông-giáo dục sức khỏe của người dân còn hạn chế, phương thức truyền thông-giáo dục sức khỏe ở một số địa phương còn chưa phù hợp và linh hoạt.

Các yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe có liên quan đến môi trường, nước sạch, nghề nghiệp, VSATTP và lối sống thay đổi vẫn còn phổ biến trong xã hội. Các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm, như dịch tả, cúm A (H5N1) luôn tiềm ẩn và có thể bùng phát thành dịch bất cứ lúc nào nếu không được theo dõi, kiểm soát chặt chẽ. Tai nạn thương tích và các bệnh không lây nhiễm ngày một gia tăng, trong khi các giải pháp phòng chống đòi hỏi phải mang tính tổng hợp, liên ngành, chứ không chỉ riêng biện pháp y tế.

Cơ chế phối hợp liên ngành, và sự tham gia của người dân, các đoàn thể, tổ chức xã hội còn hạn chế và chưa phát huy hết tiềm năng. Năng lực các trung tâm YTDP tuyến tỉnh thành phố còn hạn chế về nguồn lực, nhân lực, hệ thống thông tin, lập kế hoạch, trang thiết bị và phương tiện kỹ thuật, hỗ trợ giám sát tuyến dưới về chuyên môn, kỹ thuật. YTDP tuyến cơ sở (huyện, xã, thôn) chưa được kiện toàn ngang tầm nhiệm vụ. Mối quan hệ giữa hệ thống YTDP với các ban ngành, tổ chức xã hội ở địa phương chưa chặt chẽ. Chính sách đãi ngộ đối với cán bộ YTDP chưa thỏa đáng.

### 1.3. Cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh

Trong những năm gần đây, mạng lưới các cơ sở KCB từ tuyến y tế cơ sở đến trung ương, công lập và ngoài công lập, được mở rộng và bao phủ đến tận các xã, thôn/bản toàn quốc. Số giường bệnh viện đến năm 2010 đạt mức 20,5 giường trên 10 000 dân. Thông qua tăng đầu tư từ ngân sách nhà nước, huy động vốn ODA và vốn “xã hội hóa”, các loại cơ sở khám chữa bệnh đa khoa, chuyên khoa, y học cổ truyền, phục hồi chức năng, trạm y tế xã được củng cố cơ sở hạ tầng, đào tạo cán bộ, đầu tư trang thiết bị để ngày càng cung cấp nhiều loại dịch vụ đa dạng đáp ứng nhu cầu của người dân.

Gần đây, một số văn bản quy phạm pháp luật quan trọng trong lĩnh vực KCB đã được ban hành, nổi bật là Luật Khám bệnh, chữa bệnh (2009) và Luật Bảo hiểm Y tế (2008). Bộ Y tế đang xây dựng các văn bản hướng dẫn để thực hiện. Ngoài ra, Nghị định 43/2006/NĐ-CP của Chính phủ về tự chủ tài chính và chính sách về xã hội hóa áp dụng trong ngành y tế đã tạo ra cơ chế mới để quản lý ngành, khuyến khích huy động vốn để phát triển mạng lưới KCB.

Một số chính sách về nâng cao chất lượng dịch vụ được ban hành, thực hiện mang lại hiệu quả cao, như Chỉ thị 06/2007/CT-BYT và Quyết định 1816 về cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh...

Một số kết quả của sự đầu tư và thực hiện các chính sách mới, số người khám chữa bệnh tại các bệnh viện công lập và trạm y tế tăng, đạt mức hơn 2 lần KCB một năm một

người [48]. Năm 2008, cứ 100 người thì có khoảng 12 lượt nhập viện [58]. Tỷ lệ người nghèo tiếp cận dịch vụ y tế nội trú và ngoại trú không có sự chênh lệch lớn so với nhóm mức sống khác nhau. Năm 2009 mạng lưới KCB đã thực hiện được hơn 2 triệu phẫu thuật từ loại 3 trở lên, tăng 8% so với năm 2008. Nhiều kỹ thuật tiên tiến đã được triển khai, như ghép thận, ghép giác mạc, ghép tế bào gốc, ghép gan, phẫu thuật nội soi... Đến hết năm 2009, sau một năm rưỡi thực hiện Đề án 1816, đã luân phiên 1846 lượt cán bộ y tế, do việc tăng cường năng lực để thực hiện các kỹ thuật chuyên môn ở tuyến dưới, tỷ lệ chuyển tuyến từ các bệnh viện tuyến dưới nhận được cán bộ luân phiên đã giảm được trung bình 30%.

Mặc dù đã đạt được nhiều kết quả tốt về năng lực cung ứng và khả năng tiếp cận song lĩnh vực cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh vẫn còn nhiều hạn chế, thách thức. Còn có sự lãng phí và thiếu hiệu quả trong tổ chức cung ứng dịch vụ KCB do hệ thống chuyển tuyến không hiệu quả và chưa tổ chức dịch vụ y tế theo cụm dân cư. Tình trạng vượt tuyến khá phổ biến. Nhiều người sử dụng dịch vụ tuyến tỉnh, thậm chí tuyến trung ương, để khám chữa bệnh thông thường mà đáng lẽ có thể được điều trị hiệu quả tại tuyến huyện hoặc thậm chí tuyến xã. Việc KCB không theo tuyến gây tình trạng quá tải ở bệnh viện tuyến trên và hoạt động không hết công suất tại các cơ sở y tế tuyến dưới, gây lãng phí đáng kể cho cả hệ thống y tế.

Khả năng tiếp cận với dịch vụ có chất lượng còn khác biệt giữa các nhóm mức sống. Trong khi người dân ở Tây Bắc và Tây Nguyên (2 vùng khó khăn nhất) dựa chủ yếu vào trạm y tế để KCB, nhưng tỷ lệ đạt chuẩn quốc gia về y tế xã ở 2 vùng này là thấp nhất. Trong khi người có mức sống cao chủ yếu điều trị nội trú tại bệnh viện, thì đối với người nghèo, trạm y tế vẫn là nơi duy nhất họ có thể tiếp cận để hưởng dịch vụ y tế.

Chính sách bảo hiểm y tế đã giúp người nghèo tăng khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, nhưng tỷ lệ nhóm 20% người nghèo nhất được thanh toán một phần hoặc toàn bộ chi phí khám chữa bệnh bằng thẻ BHYT có xu hướng giảm: năm 2006 đạt 75%, đến năm 2008 chỉ đạt 62%. Năm 2008, tỷ lệ hộ gia đình chi quá mức cho y tế<sup>12</sup> đã tăng từ 11% lên 12% hộ gia đình, chứng tỏ việc bảo vệ tránh rủi ro tài chính khi sử dụng dịch vụ y tế vẫn còn hạn chế.

Hiện nay, vấn đề quản lý chất lượng dịch vụ KCB vẫn còn nhiều khó khăn, thách thức. Các hướng dẫn chuyên môn, phác đồ điều trị chuẩn, hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh vẫn còn thiếu đối với nhiều bệnh. Xây dựng và thường xuyên cập nhật hướng dẫn điều trị cho các bệnh dựa trên bằng chứng về an toàn và hiệu lực của các can thiệp là một khối lượng công việc rất lớn, nhưng chưa được tổ chức thành hoạt động thường xuyên của Bộ Y tế và chưa phân bổ đủ nguồn lực để thực hiện. Thông tin liên quan đến người bệnh và quá trình điều trị chưa có tính liên tục khi chuyển tuyến, chuyển cơ sở KCB, thậm chí giữa các lần khám tại một cơ sở gây ảnh hưởng tới chất lượng và tăng chi phí điều trị.

Một số cơ chế tài chính có xu hướng làm tăng chi phí y tế, ví dụ: áp dụng cơ chế thanh toán “phí theo dịch vụ”, huy động nguồn đầu tư xã hội hóa, liên doanh liên kết lắp đặt trang thiết bị y tế, cơ chế tự chủ tài chính, đi kèm với bối cảnh năng lực quản lý còn hạn chế và cơ chế kiểm tra, giám sát còn yếu. Những yếu tố này thúc đẩy động cơ tăng doanh thu của bệnh viện, dẫn đến nguy cơ lạm dụng kỹ thuật hoặc thuốc trong một số cơ sở y tế.

Việc giám định BHYT, thanh tra KCB, xác định việc lạm dụng kỹ thuật, lạm dụng thuốc, vi phạm quy tắc ứng xử, vi phạm hành chính trong các đơn vị sự nghiệp y tế cũng còn rất nhiều khó khăn. Ứng dụng công nghệ thông tin trong bệnh viện còn chậm.

---

<sup>12</sup> Vượt 25% tổng chi ngoài lương thực thực phẩm của hộ gia đình.

#### 1.4. Dân số, kế hoạch hóa gia đình và sức khỏe sinh sản

Từ năm 2005 Việt Nam đã đạt mức sinh thay thế và tiếp tục được duy trì mức sinh này trong 5 năm qua. Dân số năm 2009 là 85,8 triệu người, thấp hơn so với các dự báo trước đây. Nhận thức, thái độ, hành vi về DS-KHHGĐ và CSSKSS của các tầng lớp nhân dân, kể cả nam giới, đã có chuyển biến tích cực. Quy mô gia đình ít con ngày càng được nhiều người chấp nhận.

Mạng lưới cung cấp dịch vụ CSSKSS được củng cố và phát triển, bao phủ 100% huyện, 93% xã, 84% thôn, bản. Đến 2009, 100% số trung tâm CSSKSS được kiện toàn [151]. Hiện có 12 bệnh viện chuyên khoa phụ sản, 12 bệnh viện chuyên khoa nhi, 2 bệnh viện phụ sản tư nhân. Tỷ lệ bệnh viện có khoa sơ sinh, đơn nguyên sơ sinh ngày càng cao. Dịch vụ làm mẹ an toàn được thực hiện rộng rãi ở các tuyến. Số trường hợp phá thai giảm, dịch vụ phá thai an toàn được mở rộng. Phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản, nhiễm khuẩn lây qua đường tình dục, phòng ngừa ung thư đường sinh sản, dự phòng và điều trị vô sinh được đẩy mạnh. Đã có 60 cơ sở y tế triển khai và duy trì hoạt động điểm cung cấp dịch vụ sức khỏe thân thiện cho vị thành niên và thanh niên, 50/63 trung tâm CSSKSS tỉnh/thành phố triển khai dịch vụ CSSKSS người cao tuổi.

Mặc dù có tiến bộ để duy trì mức sinh hợp lý, giảm tử vong mẹ, tử vong sơ sinh, và tăng cường CSSKSS, nhưng vẫn cần tiếp tục nỗ lực để duy trì kết quả đã đạt được và tăng chất lượng dịch vụ đáp ứng nhu cầu của người dân. Đến năm 2009 vẫn còn 28/63 tỉnh, thành phố (chiếm 34% dân số cả nước) chưa đạt mức sinh thay thế. Mặt khác, do đà tăng dân số, quy mô dân số sẽ tiếp tục tăng trong giai đoạn 2011-2020. Tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh ngày càng trầm trọng. Tình trạng sức khỏe bà mẹ và trẻ em có sự khác biệt giữa các vùng. Tử vong sơ sinh, chu sinh còn cao. Hiểu biết và hành vi về SKSS, sức khỏe tình dục của vị thành niên và thanh niên còn nhiều hạn chế, dẫn đến tình trạng quan hệ tình dục không an toàn, mang thai ngoài ý muốn và gia tăng phá thai, các bệnh nhiễm khuẩn lây qua đường tình dục có xu hướng tăng ở vị thành niên và thanh niên.

Mạng lưới cung cấp dịch vụ DS-KHHGĐ và CSSKSS còn nhiều bất cập, chất lượng dịch vụ còn hạn chế, nhất là ở vùng sâu, vùng xa, vùng đồng bào dân tộc thiểu số. Tổ chức bộ máy làm công tác DS-KHHGĐ và CSSKSS, nhất là ở tuyến huyện ở nhiều địa phương chưa được củng cố, chưa ổn định. Việc điều phối cung ứng phương tiện tránh thai chưa linh hoạt, chưa chủ động được nguồn cung cấp. Các dịch vụ kiểm tra sức khỏe tiền hôn nhân, sàng lọc trước sinh, sàng lọc sơ sinh chưa được mở rộng. Truyền thông cho các nhóm đối tượng đặc thù còn chưa được quan tâm đúng mức. Việc phối hợp truyền thông với cung cấp dịch vụ CSSKSS còn hạn chế.

#### 1.5. Nhân lực y tế

Số lượng nhân lực y tế đã tăng lên nhiều qua các năm qua, đặc biệt là số bác sĩ, dược sĩ đại học, điều dưỡng và kỹ thuật viên y học. Hiện nay số nhân lực y tế trên 10 000 dân của Việt Nam được xếp vào nhóm những nước có tỷ lệ cao, tăng từ 29,2 năm 2001 lên 34,4 năm 2008, trong đó có 6,5 bác sĩ trên 10 000 dân; 100% số xã và 90% số thôn bản đã có nhân viên y tế hoạt động, 69% số xã có bác sĩ hoạt động vào năm 2009.

Mạng lưới các trường đào tạo nhân lực y tế đã được mở rộng. Cả nước có 21 trường/khoa đại học y, dược, trong đó có 18 cơ sở công lập (17 trường thuộc dân sự, 1 trường thuộc quân đội) và 3 trường/khoa y đại học tư thục. Hầu hết các tỉnh đều có trường trung cấp hoặc cao đẳng y tế.



Nhìn chung, chất lượng nhân lực y tế đã tăng lên. Số CBYT có trình độ sơ học và trung học giảm dần, số CBYT có trình độ đại học và trên đại học tăng. Nhiều loại hình CBYT mới được hình thành, như cử nhân điều dưỡng, cử nhân y tế công cộng và cử nhân kỹ thuật y tế. Nhiều CBYT đã được đào tạo nâng cao trình độ ở bậc sau đại học như bác sĩ nội trú, CK1, CK2, thạc sỹ và tiến sỹ. Đội ngũ cán bộ khoa học kỹ thuật được tăng cường, thực hiện được nhiều kỹ thuật hiện đại... Công tác đào tạo liên tục đối với CBYT bắt đầu được triển khai với các loại hình. Ngành y tế phối hợp với giáo dục và đào tạo đã cải tiến chương trình đào tạo, mở thêm nhiều mã ngành mới, ở cả trình độ đại học, cao đẳng và trung cấp; tăng cường đào tạo sau đại học.

Nhiều biện pháp được áp dụng để bảo đảm thu hút và duy trì nhân lực ở tuyến dưới và vùng khó khăn. Chính sách đào tạo liên thông, đào tạo hợp đồng theo địa chỉ, đã góp phần tích cực nâng cao trình độ CBYT đương chức tại các cơ sở y tế. Đã ban hành và thực hiện chế độ phụ cấp theo khu vực cho nhân lực y tế công tác ở các khu vực khó khăn; chính sách và biện pháp hỗ trợ tích cực để phát triển công tác đào tạo ở các vùng khó khăn; luân phiên cán bộ tuyến trên hỗ trợ tuyến dưới đã bước đầu góp phần nâng cao trình độ CBYT tuyến dưới thông qua đào tạo tại chỗ, bồi túc kỹ năng và chuyển giao công nghệ.

Vấn đề đáng quan tâm là hiện đang có sự mất cân đối về cơ cấu và phân bố nhân lực y tế, thiếu nhân lực y tế ở một số chuyên ngành (như y tế dự phòng, giải phẫu bệnh, thống kê y tế...) và vùng nông thôn, vùng khó khăn. Nhân lực y tế có trình độ cao chủ yếu tập trung ở khu vực thành thị và các trung tâm lớn. Tình trạng dịch chuyển nhân lực y tế từ tuyến dưới lên tuyến trên, về các thành phố lớn và từ y tế công sang tư nhân là báo động, ảnh hưởng đến việc đảm bảo số lượng nhân lực y tế cần thiết ở các cơ sở y tế.

Chất lượng đào tạo nhân lực y tế còn nhiều hạn chế. Chưa thực hiện kiểm định chất lượng đào tạo ở nhiều cơ sở đào tạo nhân lực y tế. Trình độ, phương pháp, phương tiện và điều kiện giảng dạy còn thiếu và yếu; phương pháp đánh giá kết quả học tập chưa hệ thống. Chưa có tiêu chuẩn năng lực đầu ra thống nhất làm cơ sở xác định mục tiêu và chương trình đào tạo cho phù hợp. Cơ chế đảm bảo chất lượng của các chương trình đào tạo liên tục và quy định chế tài việc tuân thủ đào tạo liên tục chưa được xây dựng.

Quản lý nhân lực y tế chưa hiệu quả. Việc lập kế hoạch cho đào tạo và sử dụng nhân lực y tế còn gặp nhiều khó khăn, trong đó thiếu thông tin để biết rõ số lượng nhân lực y tế đào tạo ra là đủ hay là thừa. Chính sách lương và phụ cấp cho cán bộ ngành y tế còn nhiều bất cập, phụ cấp theo khu vực và nghề nghiệp quá thấp, thiếu cơ chế đãi ngộ theo kết quả làm việc. Điều kiện làm việc của phần lớn cán bộ y tế còn nhiều khó khăn do cơ sở vật chất thiếu thốn, trang thiết bị chưa đủ, chưa đảm bảo an toàn.

## **1.6. Hệ thống thông tin y tế**

Cùng với sự phát triển của hệ thống y tế, trong những năm gần đây hệ thống thông tin y tế đã có bước phát triển đáng kể. Một loạt chính sách liên quan đến công tác thông tin đã được ban hành, trong đó có Luật Thống kê, Chương trình điều tra Quốc gia và Hệ thống chỉ tiêu thống kê quốc gia.

Hệ thống chỉ tiêu thống kê quốc gia mới được ban hành cập nhật các chỉ tiêu thống kê, trong đó có cả các chỉ tiêu liên quan đến lĩnh vực y tế (Quyết định số 43/2010/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ). Nhiều kênh thu thập thông tin được triển khai cung cấp nhiều số liệu phong phú cho hệ thống thông tin y tế gồm báo cáo định kỳ, điều tra hộ gia đình, báo cáo hành chính...

Về quản lý số liệu, ngành y tế bắt đầu triển khai các giải pháp viễn thông, công nghệ thông tin, nhằm tăng cường chất lượng và hiệu quả trong quản lý số liệu. Cổng thông tin điện

từ Bộ Y tế, cùng với các website của các đơn vị trực thuộc đã được nâng cấp phục vụ phổ biến thông tin trong ngành y tế. Hằng năm Bộ Y tế xuất bản Niên giám thống kê y tế phục vụ xây dựng kế hoạch và hoạch định chính sách của ngành. Đến nay là năm thứ 4 xây dựng Báo cáo chung tổng quan ngành y tế (JAHR), là một sản phẩm thông tin đang được nhiều bên liên quan sử dụng trong quản lý, hoạch định chính sách, lập kế hoạch và hỗ trợ ngành y tế.

Tuy nhiên, hệ thống thông tin y tế còn nhiều vấn đề cần giải quyết. Chính sách, định hướng và kế hoạch phát triển hệ thống thông tin y tế vẫn chưa được xây dựng. Hiện nay thông tin về một số lĩnh vực vẫn còn đang thiếu, ví dụ các hoạt động của y tế tư nhân, nguyên nhân tử vong, yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm, hoạt động “xã hội hóa” của các cơ sở y tế công lập, thông tin chi tiết về nhân lực y tế ... Cơ chế phối hợp giữa các cơ quan, bộ phận trong ngành y tế và giữa ngành y tế với ngành khác về thông tin vẫn còn yếu.

Chất lượng thông tin y tế còn hạn chế (mức độ đầy đủ, độ chính xác, độ tin cậy, tính kịp thời...). Ứng dụng công nghệ thông tin để tăng chất lượng, tính toàn diện trong hệ thống hành chính, quản lý và thống kê y tế chưa hiệu quả.

Số liệu thống kê mới được phân tích sơ bộ, chuyển số liệu thành những thông tin ban đầu. Việc phân tích sâu để đánh giá xu hướng, phục vụ dự báo hay nhận dạng các vấn đề, những yếu tố nguy cơ mà hệ thống y tế đang phải đối mặt, tức là chuyển thông tin thành bằng chứng, chưa được thực hiện thường xuyên. Nguyên nhân là do nhiều nguồn thông tin chưa có cơ chế phổ biến/công bố nên khó tiếp cận; kiến thức về sử dụng số liệu trong phân tích, đánh giá, dự báo của các nhà quản lý, kế hoạch và thống kê ở các tuyến còn hạn chế; kho dữ liệu của các tuyến còn nghèo nàn, chưa bao gồm số liệu liên quan của các nguồn khác nhau; chưa được quản lý một cách khoa học và chưa được cập nhật, lưu trữ và chuyển tải bằng phương tiện hiện đại.

### 1.7. Thuốc, vắc-xin, máu và các chế phẩm máu

Thực hiện Chính sách quốc gia về thuốc (1996) và Luật Dược (2005), Chính phủ và Bộ Y tế đã ban hành nhiều văn bản nhằm bảo đảm cung ứng đủ thuốc có chất lượng với giá cả hợp lý cho người dân và đảm bảo sử dụng thuốc an toàn hợp lý.

Khả năng tiếp cận thuốc ở Việt Nam tương đối tốt do có mạng lưới phân phối thuốc rộng khắp trên toàn quốc. Các cơ sở y tế từ bệnh viện đến trạm y tế đều có đủ thuốc phù hợp với phân tuyến kỹ thuật. NSNN được phân bổ mua một số thuốc thiết yếu phục vụ các chương trình mục tiêu quốc gia và cấp thuốc miễn phí cho các bệnh nhân một số bệnh (lao, bệnh nhân HIV/AIDS, tâm thần phân liệt, động kinh). Chi mua thuốc năm 2007 tăng gần gấp đôi so với năm 2000 và chiếm khoảng 40% tổng chi y tế [99]. Chi thuốc bình quân đầu người tăng nhanh và đạt mức gần 17 USD bình quân đầu người năm 2008 [28].

Công nghiệp dược phát triển mạnh về số lượng doanh nghiệp và mặt hàng. Các quy định về chất lượng thuốc được rà soát và sửa đổi để dần dần đạt các tiêu chuẩn khu vực và quốc tế. Việt Nam đã xây dựng và triển khai tiêu chuẩn thực hành tốt sản xuất (GMP), bảo quản thuốc (GSP), kiểm nghiệm thuốc (GLP), phân phối thuốc (GDP), nhà thuốc (GPP) và thực hành tốt trồng trọt và hái cây thuốc (GACP). Hầu hết các doanh nghiệp đạt tiêu chuẩn GMP. Việt Nam đã cam kết hài hòa hóa quy định dược phẩm trong khối ASEAN; sẽ thực hiện việc đăng ký thuốc tuân theo các hồ sơ kỹ thuật chung ASEAN (ACTD) [110].

Để bảo đảm sử dụng thuốc an toàn hợp lý, Bộ Y tế đã chủ trương thành lập Hội đồng Thuốc và điều trị tại các bệnh viện; xây dựng Dược thư; các quy chế về kê đơn và bán thuốc theo đơn, danh mục thuốc thiết yếu. Năm 2009, Trung tâm quốc gia về thông tin thuốc và phản ứng có hại của thuốc (DI-ADR) đã được thành lập.

Trong những năm qua, diễn biến thị trường thuốc tương đối phức tạp. Một số biện pháp bình ổn giá thuốc đã được thực hiện, như quản lý đấu thầu thuốc trong bệnh viện công, dự trữ thuốc, khuyến khích phát triển thuốc sản xuất trong nước, cấm sử dụng lợi ích dưới mọi hình thức để tác động tới thầy thuốc và người dùng thuốc nhằm thúc đẩy việc kê đơn, sử dụng thuốc...

Tuy vậy, việc kiểm soát giá thuốc bán trên thị trường Việt Nam còn là một thách thức lớn. Giá thuốc ở Việt Nam vẫn còn cao so với giá tham khảo quốc tế, kể cả đối với thuốc biệt dược và thuốc gốc. Đấu thầu thuốc chưa có hiệu quả trong việc giảm giá thuốc bệnh viện. Một số thuốc có rất ít số đăng ký được cấp, tạo ra tình hình độc quyền, làm tăng giá một số loại thuốc. Việt Nam phụ thuộc nhiều vào nhập khẩu để đáp ứng nhu cầu dược liệu. Năm 2008, phải nhập đến 90% hoạt chất để sản xuất thuốc trong nước [152]. Thuốc biệt dược đắt hơn thuốc gốc nhưng vẫn chiếm tỷ lệ lớn thị phần, do quy định chưa phù hợp để khuyến khích sử dụng thuốc gốc. Tình hình sử dụng lợi ích vật chất hay tài chính để tác động tới thầy thuốc, người dùng thuốc nhằm thúc đẩy việc kê đơn, sử dụng thuốc biệt dược cần phải được ngăn chặn. Chưa áp dụng rộng rãi phương thức chi trả phù hợp, như theo ca bệnh, theo nhóm chẩn đoán, theo định suất để khuyến khích việc tiết kiệm trong kê đơn thuốc.

Thuốc giả, thuốc kém chất lượng, kể cả thuốc đông dược và dược liệu, còn là vấn đề nan giải, đòi hỏi cán bộ kiểm soát chất lượng thuốc phải được tăng cường về số lượng và năng lực chuyên môn.

Sử dụng thuốc (đặc biệt kháng sinh) không hợp lý đang dẫn đến kháng thuốc trong cộng đồng, tăng tác động có hại của thuốc, cũng như tăng chi phí mua thuốc. Tình hình tự mua thuốc không có đơn của bác sĩ rất phổ biến do quy chế bán thuốc theo đơn chưa được thực hiện nghiêm túc. Phác đồ điều trị chuẩn chưa được xây dựng và cập nhật nên thiếu tiêu chuẩn để kiểm soát đơn thuốc do bác sĩ chỉ định. Thiếu dược sĩ đại học ở tuyến huyện để tư vấn dùng thuốc an toàn hợp lý. Bác sĩ chưa có cơ sở thống kê về tình hình kháng thuốc để làm căn cứ khi kê đơn thuốc, do xét nghiệm vi sinh vẫn chưa được thực hiện đầy đủ.

Việt Nam đã sản xuất được nhiều loại vắc-xin: Lao, bạch hầu, ho gà, uốn ván, bại liệt, viêm não Nhật Bản, viêm gan B, sởi, tả, thương hàn... Với tài trợ của GAVI, Việt Nam đang áp dụng vắc-xin phối hợp 5 trong 1 (bạch hầu- ho gà- uốn ván- viêm gan B- Hib) trong 5 năm 2010- 2015. Năm 2010, Chính phủ đã đưa vắc-xin vào danh sách các sản phẩm sẽ được hỗ trợ đặc biệt trong chương trình quốc gia nâng cao năng suất và chất lượng [153].

Dù chương trình tiêm chủng mở rộng các vắc-xin cơ bản đã thực hiện rất thành công, nhưng vì kinh phí hạn hẹp nên vẫn còn một số vắc-xin phòng bệnh truyền nhiễm chưa đưa vào tiêm chủng mở rộng, như vắc-xin quai bị, thủy đậu, rubella, rotavirus, pneumococcal...

Trong lĩnh vực máu và các chế phẩm máu, năm 2001, Thủ tướng đã phê duyệt Chương trình An toàn truyền máu. Với sự hỗ trợ của Ngân hàng Thế giới, Việt Nam đã xây dựng được 4 trung tâm truyền máu khu vực ở Hà Nội, Huế, TP Hồ Chí Minh và Cần Thơ. Năm 2007, Bộ Y tế ban hành Quy chế truyền máu. Phong trào hiến máu nhân đạo được mở rộng, tỷ lệ máu từ nguồn hiến máu được sàng lọc đầy đủ theo quy chế truyền máu tăng theo thời gian, năm 2009 đạt 74% tổng số đơn vị máu thu thập được.

Khó khăn hiện nay là chưa huy động được đủ người hiến máu tự nguyện để đáp ứng nhu cầu của người bệnh. Khoảng 20% hiến máu thu được từ người bán máu. Nhiều cơ sở phải tự huy động người hiến máu tại chỗ, không thực hiện đủ quy chế sàng lọc máu, chưa thực hiện được truyền máu từng phần, nên đã góp phần tạo ra tình trạng thiếu máu. Ở các địa bàn xa xôi, hẻo lánh, việc tiếp cận với máu và các chế phẩm máu gặp nhiều khó khăn.

### 1.8. Trang thiết bị và công nghệ y tế

Trong những năm qua, TTBYT đã được đầu tư nâng cấp đáng kể. Nhà nước đã ban hành các văn bản pháp quy nhằm thực hiện các mục tiêu của Chính sách quốc gia về TTBYT 2002-2010. Hệ thống văn bản pháp quy về đầu thầu tương đối đầy đủ, chất lượng của công tác đầu thầu được nâng cao, chất lượng các dịch vụ tư vấn, cung cấp hàng hóa được cải thiện. Thực hiện chủ trương xã hội hóa, nhiều cơ sở y tế công lập đã huy động được các nguồn tài chính khá lớn ngoài ngân sách nhà nước để mua sắm TTBYT triển khai các kỹ thuật cao.

Để bảo đảm chất lượng và hiệu quả, công tác thanh tra trong lĩnh vực mua sắm TTBYT cũng được Bộ Y tế đẩy mạnh nhằm giám sát tính hiệu quả của việc đầu tư TTBYT. Bộ Y tế phối hợp với Trung tâm Tiêu chuẩn chất lượng (Bộ Khoa học và Công nghệ) đã xây dựng và ban hành 135 tiêu chuẩn ngành và 35 tiêu chuẩn Việt Nam trong lĩnh vực TTBYT. Công tác kiểm định, hiệu chuẩn TTBYT cũng đã được triển khai tại nhiều cơ sở y tế. Quy mô và chất lượng đào tạo cán bộ quản lý, kỹ thuật công nghệ và kỹ năng sử dụng TTBYT được tăng cường.

Hệ thống sản xuất, kinh doanh, xuất nhập khẩu TTBYT được mở rộng. Cả nước hiện có 48 đơn vị nghiên cứu chế tạo và sản xuất TTBYT với 621 sản phẩm được sản xuất trong nước và được Bộ Y tế cấp giấy chứng nhận đăng ký lưu hành. Nhà nước khuyến khích nghiên cứu chế tạo và sản xuất TTBYT trong nước và phát triển các cơ sở dịch vụ bảo trì, sửa chữa và kiểm chuẩn TTBYT.

Tuy nhiên, trong lĩnh vực TTBYT còn một số vấn đề đáng quan tâm. Hiệu quả đầu tư trong lĩnh vực TTBYT còn hạn chế. Thiếu thông tin đầy đủ về vốn TTBYT hiện có và công suất sử dụng theo tuyến làm cơ sở để quản lý nhà nước và hỗ trợ các cơ sở y tế đầu tư hiệu quả trong lĩnh vực này. Đánh giá công nghệ y tế (HTA) nhằm lựa chọn công nghệ có chi phí thấp, hiệu quả cao, phù hợp với nhu cầu vẫn chưa được quan tâm đúng mức. Ở một số địa phương, số lượng và chủng loại TTBYT còn thấp so với nhu cầu, chưa đồng bộ, trong khi ở một số cơ sở y tế khác lại mua sắm vượt quá nhu cầu cần thiết. Chưa có thiết kế chuẩn cho các bệnh viện, danh mục TTBYT chuẩn dựa trên đánh giá nhu cầu khám chữa bệnh theo từng tuyến, theo từng vùng miền đặc biệt là các cơ sở y tế liên quan đến công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Các chính sách hỗ trợ ngành công nghiệp sản xuất TTBYT và vật tư tiêu hao trong bối cảnh hội nhập với nền kinh tế thế giới vẫn chưa đầy đủ, chưa có chiến lược phù hợp với năng lực và nhu cầu nội địa. Trong nước mới chỉ sản xuất được các TTBYT thông dụng, hàm lượng công nghệ cao còn thấp. Chất lượng của các TTBYT sản xuất trong nước chưa ổn định, độ chính xác, bền vững và tin cậy còn thấp.

Công tác kiểm chuẩn, bảo hành, bảo dưỡng và sửa chữa TTBYT gần như chưa được quan tâm tại nhiều cơ sở y tế, do đó TTBYT bị xuống cấp nhanh, tuổi thọ giảm, hiệu quả sử dụng thấp. Công tác kiểm tra chất lượng, đo và hiệu chuẩn các TTBYT nhập khẩu cũng như các TTB sản xuất trong nước chưa được thực hiện chặt chẽ. Sự độc quyền của một số nhà cung cấp thiết bị về bảo trì, bảo dưỡng, sửa chữa nhỏ cung cấp phụ tùng thay thế và vật tư tiêu hao sau thời gian bảo hành, làm cho nhiều cơ sở y tế bị phụ thuộc vào các nhà cung cấp thiết bị này. Nguồn nhân lực trong lĩnh vực TTBYT chưa đáp ứng nhu cầu.

### **1.9. Tài chính y tế**

Những năm gần đây tài chính y tế ở Việt Nam có những chuyển biến tích cực. Tổng mức chi của toàn xã hội cho y tế tăng khá nhanh. Trong giai đoạn 1998-2008, tính theo giá so sánh, tốc độ tăng chi y tế bình quân hằng năm đạt 9,8% [99]. Tổng chi y tế so với GDP tăng qua các năm và đạt 6,2% GDP năm 2007, cao hơn nhiều nước trong khu vực. Chi phí y tế bình quân đầu người của Việt Nam tăng nhanh, năm 2008 là 1,1 triệu đồng, (khoảng 60 USD, tương đương 178 \$PPP tính theo sức mua bằng đô-la).

Tỷ trọng nguồn tài chính công cho y tế tăng rõ rệt, chiếm 43% tổng chi toàn xã hội cho y tế năm 2008. Tốc độ tăng NSNN cho y tế năm 2009 cao hơn mức tăng bình quân chung của NSNN. Tỷ trọng chi NSNN cho y tế trong tổng chi NSNN tăng từ 4,8% năm 2002 lên 7,4% năm 2007 và năm 2008 tỷ lệ này đạt 10,2%. Nhà nước đã huy động vốn từ trái phiếu chính phủ và ngân sách nhà nước để đầu tư nâng cấp các bệnh viện tuyến huyện, liên huyện, bệnh viện tỉnh vùng khó khăn và một số bệnh viện chuyên khoa. Tỷ lệ chi tiền túi từ hộ gia đình cho y tế đã giảm từ 65% năm 2005 xuống 52% năm 2008. Tỷ trọng chi cho y tế dự phòng trong tổng NSNN cho y tế tăng mạnh từ 23,9% (2005) lên 30,75% (2006), nhưng mức này không ổn định qua các năm [99].

Tỷ lệ bao phủ BHYT trong dân số được tăng lên. Năm 2010, tỷ lệ người có BHYT của Việt Nam ước đạt khoảng 60%. Tỷ lệ đóng góp từ quỹ BHYT trong tổng chi y tế gia tăng qua các năm, từ mức 7,9% năm 2005 lên mức 17,6% năm 2008 [99]. Luật BHYT năm 2008 đã xác định lộ trình đạt mục tiêu BHYT toàn dân vào năm 2014. Chính sách hỗ trợ người nghèo và các nhóm dễ tổn thương trong khám chữa bệnh đã có những bước tiến mới. Đến năm 2008, tổng số người nghèo được cấp thẻ BHYT là 15,8 triệu người. NSNN cấp mua BHYT cho người nghèo tăng nhanh, với mệnh giá thẻ tăng từ 50 000đ (2002) lên 394 200đ (2010, bằng 4,5% lương tối thiểu). Từ năm 2008, NSNN còn hỗ trợ 50% mệnh giá thẻ BHYT đối với thành viên thuộc hộ cận nghèo tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện, một phần mệnh giá thẻ BHYT học sinh, sinh viên và toàn bộ mệnh giá BHYT cho trẻ em dưới 6 tuổi.

Tuy nhiên, lĩnh vực tài chính y tế còn một số vấn đề đáng quan tâm. Mặc dù tỷ lệ chi tiêu công cho y tế trong thời gian gần đây đã tăng lên, nhưng vẫn thấp so với nhu cầu (dưới 50%). Ngân sách nhà nước đầu tư cho y tế chưa đáp ứng được các yêu cầu đầu tư phát triển ngành y tế. Tỷ lệ chi tiền túi của hộ gia đình vẫn cao, ở trên mức 50%. Chi từ quỹ BHYT cho y tế rất thấp, mới chiếm tỷ lệ 17,6% tổng chi y tế năm 2008. Tổng giá trị viện trợ và vay nước ngoài hằng năm còn chiếm 1,8% tổng chi y tế và có khả năng sẽ giảm trong tương lai do Việt Nam trở thành nước có thu nhập trung bình.

Kế hoạch chi tiêu trung hạn chưa được áp dụng rộng rãi và hiệu quả, đặc biệt ở địa phương, nhằm kết nối giữa các mục tiêu chiến lược và việc phân bổ nguồn lực và giúp cho ngành y tế chủ động về nguồn lực tài chính trung hạn. Còn có sự chênh lệch về nguồn lực tài chính giữa các địa phương và các tuyến. Theo Luật Ngân sách, mức chi ngân sách cho y tế địa phương tùy thuộc vào sự quan tâm của chính quyền địa phương cũng như khả năng tăng thu, nên một số địa phương khó dành ưu tiên ngân sách cho y tế.

Cơ chế phân bổ NSNN cho các cơ sở y tế chưa tạo động cơ để tăng tính hiệu quả. NSNN cho y tế được phân bổ chủ yếu theo giường bệnh, dân số hoặc số lượng CBYT, chưa tính đến kết quả đầu ra và chất lượng dịch vụ đã cung cấp. Chi cho y tế dự phòng vẫn còn thấp. Chi NSNN cho y tế chủ yếu là chi thường xuyên, chi đầu tư còn thấp, khó cải thiện điều kiện cơ sở vật chất, ứng dụng khoa học kỹ thuật, nâng cao chất lượng dịch vụ tại các cơ sở y tế công lập.

Ở các bệnh viện, phương thức chi trả “phí theo dịch vụ” đang bộc lộ nhiều bất cập, tạo điều kiện cho xu hướng lạm dụng xét nghiệm, thuốc từ phía cơ sở cung ứng dịch vụ. Bộ



Y tế và cơ quan BHXH Việt Nam đã có nhiều nỗ lực thử nghiệm và xây dựng phương thức chi trả mới, như thanh toán định suất, chi trả theo trường hợp bệnh. Tuy nhiên, việc áp dụng phương thức thanh toán mới này cũng cần phải cân nhắc kỹ ưu – nhược điểm và khả năng áp dụng vào điều kiện của Việt Nam. Ngoài ra, cũng cần phải có đầu tư thỏa đáng để chuẩn hóa hệ thống khám chữa bệnh, đào tạo cán bộ, đồng thời tham khảo kinh nghiệm quốc tế để tạo ra phương thức chi trả phù hợp và hiệu quả nhất cho Việt Nam.

Hiện vẫn chưa có giải pháp hữu hiệu kiểm soát chi phí y tế. Chi y tế bình quân đầu người của toàn xã hội tăng gấp đôi từ năm 2005 đến năm 2008. Mức tăng này thể hiện sự quan tâm đầu tư cho y tế để tăng chất lượng trong điều kiện có sự gia tăng giá điện, nước, lương tối thiểu... Tuy nhiên, mức tăng này cũng một phần là do các yếu tố khác, như tự chủ tài chính, phí theo dịch vụ, xã hội hóa lắp đặt TTBYT, tăng đầu tư tư nhân cho y tế, thiếu sự công nhận kết quả xét nghiệm giữa các cơ sở y tế...

Việc bảo vệ người dân trước các rủi ro tài chính khi sử dụng dịch vụ y tế cần phải tiếp tục thực hiện và tăng cường thêm. Tỷ lệ bao phủ BHYT vẫn còn thấp so với mục tiêu bao phủ toàn dân vào năm 2014. Đa số các đối tượng chưa tham gia là đối tượng khó khăn (nông dân, người cận nghèo, thu nhập thấp, người làm thuê trong doanh nghiệp vừa và nhỏ...). Trong các nguồn đóng vào quỹ BHYT, ngân sách nhà nước chiếm một phần khá lớn. Thực tế cho thấy khó có thể thực hiện BHYT toàn dân nếu chủ yếu dựa trên sự hỗ trợ từ NSNN đối với một nước thu nhập còn thấp như Việt Nam. Người có BHYT tại một số tỉnh nghèo vẫn không tiếp cận với dịch vụ y tế do các chi phí gián tiếp cũng khá cao (tiền ăn, tiền đi lại), kèm theo khoảng cách đến cơ sở y tế còn xa và chất lượng dịch vụ còn hạn chế. Chi tiền túi của hộ gia đình trong tổng chi y tế vẫn ở mức cao. Tỷ lệ hộ gia đình chịu chi quá mức cho y tế vẫn còn cao và không giảm qua thời gian. Đặc biệt đối với đối tượng người nghèo được cấp thẻ BHYT miễn phí, nhưng tỷ lệ chi quá mức cho y tế gần 30% [138], (chủ yếu là do các chi phí gián tiếp khi đi khám, chữa bệnh như tiền ăn, tiền đi lại cho người bệnh và người nhà đi theo). Việc áp dụng cơ chế cùng chi trả BHYT đối với người nghèo và các đối tượng khó khăn là cần thiết trong việc hạn chế lạm dụng dịch vụ BHYT, nhưng đồng thời cũng làm giảm khả năng tiếp cận dịch vụ y tế.

#### 1.10. Quản trị hệ thống y tế

Công tác hoạch định chính sách và chiến lược của ngành y tế đã có những bước phát triển mới. Nhiều Luật, văn bản dưới Luật<sup>13</sup>, chiến lược, chính sách liên quan y tế đã được xây dựng và ban hành với chất lượng khá cao. Hoạt động đối thoại trao đổi thông tin giữa các cơ quan trong và ngoài ngành y tế, giữa các bên liên quan nhằm tạo sự đồng thuận trong quá trình xây dựng các chính sách đã được tăng cường. Nhiều chính sách y tế đã được sửa đổi, bổ sung kịp thời.

Cơ cấu tổ chức bộ máy hệ thống y tế từng bước được hoàn thiện và dần ổn định ở cả trung ương và địa phương. Ở trung ương, cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế được điều chỉnh theo Nghị định số 188/2007/NĐ-CP và Nghị định số 22/2010/NĐ-CP của Chính phủ. Sau một thời gian mạng lưới y tế cơ sở bị phân chia thành 3 đơn vị, nay tổ chức tuyến cơ sở đã được điều chỉnh và dần ổn định. Trung tâm y tế huyện được thành lập thống nhất trên địa bàn cấp huyện thực hiện hai chức năng y tế dự phòng, khám chữa bệnh và quản lý các trạm y tế

<sup>13</sup> Luật Dược, Luật Khám bệnh, chữa bệnh, Luật phòng chống bệnh truyền nhiễm; Luật Phòng, chống nhiễm vi rút gây ra chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS); Luật Bảo hiểm Y tế; Luật Hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác.



xã/phường; nơi có điều kiện thì tách riêng bệnh viện, và Trung tâm y tế chỉ thực hiện chức năng y tế dự phòng và quản lý các trạm y tế xã/phường.

Việc triển khai thực hiện Nghị định số 43/2005/NĐ-CP về cơ chế tự chủ mặc dù còn một số hạn chế cần khắc phục, nhưng đã tạo điều kiện để phát triển và tăng cường hiệu quả hoạt động của các cơ sở y tế công lập. Bộ Y tế đang đánh giá nhằm phát hiện và khắc phục các khuynh hướng biến bệnh viện công thành bệnh viện tư dưới mọi hình thức, khắc phục những hạn chế do việc thực hiện cơ chế tự chủ hoàn toàn về tài chính trong ngành y tế theo chỉ đạo của Bộ Chính trị [127].

Việc kiện toàn hệ thống thanh tra y tế, tăng cường công tác thanh kiểm tra, chống tiêu cực, tham nhũng, lãng phí được coi là một trọng tâm trong công tác quản lý nhà nước của ngành y tế. Hoạt động chỉ đạo tuyến, bao gồm các nội dung theo dõi, hướng dẫn, kiểm tra việc thực hiện các nhiệm vụ y tế của y tế tuyến trên đối với y tế tuyến dưới tiếp tục được duy trì. Hội đồng bệnh nhân trong các bệnh viện công lập tiếp tục có vai trò tích cực trong việc thực hiện trực tiếp chức năng giám sát chất lượng dịch vụ y tế.

Tuy nhiên, trong lĩnh vực quản trị hệ thống y tế còn nhiều vấn đề cần được đổi mới và hoàn thiện. Trước hết là cần nâng lực quản lý, xây dựng, hoạch định chính sách, chiến lược ngành y tế để đáp ứng tốt hơn nhu cầu đổi mới của hệ thống y tế theo hướng công bằng, hiệu quả, phát triển. Bộ Chính trị đã nhận định: *“ngành y tế còn chậm đổi mới và còn lúng túng cả về nhận thức và xây dựng cơ chế hoạt động”* [127]. Nhiều chính sách y tế còn chậm đổi mới hoặc đổi mới chưa cơ bản, chưa đồng bộ. Việc xây dựng chính sách dựa trên bằng chứng cần phải được tăng cường hơn nữa.

Sự tham gia của các tổ chức xã hội dân sự, các hội nghề nghiệp, người thụ hưởng và cộng đồng trong hoạch định chính sách, chiến lược y tế, đối thoại và vận động tạo sự đồng thuận về chính sách cũng cần được cải thiện.

Việc xây dựng, ban hành các quy chuẩn chuyên môn để quản lý chất lượng dịch vụ y tế còn chưa đầy đủ. Chuẩn cho các phòng xét nghiệm cũng chưa được ban hành, dẫn tới việc khó kiểm soát về chất lượng và gây lãng phí do nhiều cơ sở y tế không công nhận kết quả xét nghiệm của các cơ sở y tế khác. Chuẩn chuyên môn kỹ thuật đảm bảo tính chi phí - hiệu quả dựa trên bằng chứng vẫn còn thiếu.

Tổ chức hệ thống y tế địa phương đang trong giai đoạn chuyển đổi, lồng ghép trở lại sau một thời gian bị phân chia thành nhiều đơn vị khác nhau. 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 [154]. Lồng ghép dự phòng và điều trị trong mạng lưới y tế cơ sở còn yếu. Trong lĩnh vực BHYT, còn thiếu bộ phận chuyên trách quản lý nhà nước đối với BHYT ở cấp tỉnh và sự thiếu chuyên nghiệp của cơ quan triển khai chính sách BHYT.

Công tác thanh tra, kiểm tra, giám sát còn nhiều khó khăn, hạn chế, chưa đáp ứng được nhu cầu quản lý nhà nước về y tế do thiếu nhân lực và tài chính, thiếu bộ công cụ và quy trình kiểm tra giám sát chi tiết, thiếu chế tài thưởng phạt thích đáng...

## **2. Khuyến nghị**

Dựa trên phân tích thực trạng và những vấn đề cần giải quyết của hệ thống y tế, chương này sẽ nêu ra các khuyến nghị về giải pháp cho những vấn đề ưu tiên nhằm hỗ trợ cho việc lập kế hoạch 5 năm (2011-2015) và Chiến lược bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2020 và tầm nhìn 2030. Đồng thời, các khuyến nghị này là cơ sở để lựa chọn các trọng tâm hợp tác và đối thoại giữa ngành y tế và các đối tác nước ngoài về đổi mới và tăng cường hệ thống y tế Việt Nam trong giai đoạn tới. Các khuyến nghị được nêu dưới đây đã được hình thành từ kết quả phân tích tình hình, thảo luận của các cán bộ,

chuyên gia của ngành y tế và các bộ, ngành liên quan và các thành viên HPG thông qua nhiều lần hội thảo và góp ý kiến bằng văn bản.

## 2.1 Công tác y tế dự phòng

### 2.1.1 Chủ động phòng chống dịch bệnh, không để dịch lớn xảy ra

- Tiếp tục củng cố mạng lưới YTDP các tuyến, đặc biệt là tuyến cơ sở. Tích cực và chủ động triển khai các hoạt động YTDP, không để dịch lớn xảy ra. Triển khai thực hiện có hiệu quả các mục tiêu Chương trình quốc gia sau khi được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt.
- Tăng cường quản lý chất lượng, vệ sinh an toàn thực phẩm; chủ động giám sát tình hình ô nhiễm thực phẩm để đề phòng ngộ độc và các bệnh tật gây ra do ăn uống. Phát triển đội ngũ thanh tra và kiểm tra vệ sinh an toàn thực phẩm tại tất cả các tuyến.
- Củng cố và tăng cường năng lực hệ thống giám sát, phát hiện và khống chế kịp thời các bệnh dịch mới phát sinh. Cung cấp trang thiết bị giám sát và phát hiện sớm dịch bệnh cho Trung tâm YTDP tuyến huyện, tuyến tỉnh. Thiết lập, hoàn chỉnh hệ thống giám sát và cảnh báo sớm dịch bệnh, ứng dụng có hiệu quả công nghệ tin học trong quản lý, giám sát dịch, bệnh. Xây dựng Chương trình tăng cường hệ thống giám sát và đáp ứng nhanh nhằm ngăn chặn kịp thời các dịch bệnh truyền nhiễm.

### 2.1.2 Tăng cường thực hiện các chương trình phòng, chống các bệnh không lây nhiễm

- Quản lý hiệu quả các yếu tố có hại đến sức khỏe, như ô nhiễm môi trường, hút thuốc, lạm dụng rượu bia, tình dục không an toàn, chế độ ăn không hợp lý...
- Phòng, chống tai nạn thương tích, khắc phục hậu quả về sức khỏe của thảm họa, thiên tai: Xây dựng các phương án đề phòng và khắc phục nhanh chóng hậu quả về sức khỏe của thảm họa, thiên tai; tăng cường phòng chống tai nạn và thương tích, nhất là tai nạn giao thông, tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp; phòng chống bạo lực trong gia đình. Nghiên cứu và xây dựng các phương án đề phòng ứng phó với thiên tai, biến đổi khí hậu và khắc phục hậu quả về sức khỏe của thảm họa.
- Nâng cao năng lực sàng lọc, phát hiện sớm và quản lý các bệnh không lây nhiễm: Xây dựng tầm nhìn và kế hoạch tổng thể, xây dựng mạng lưới y tế các tuyến phù hợp để phòng chống các bệnh không lây nhiễm (tim mạch, đái tháo đường, ung thư...). Mở rộng và nâng cao hiệu quả của các can thiệp phòng chống các bệnh không lây nhiễm.
- Y tế môi trường: Xử lý chất thải y tế nguy hại, đặc biệt là ở các cơ sở y tế có nguy cơ gây ô nhiễm cao; cải thiện môi trường sống và môi trường làm việc.

### 2.1.3 Tăng cường công tác truyền thông – giáo dục sức khỏe

- Củng cố mạng lưới truyền thông – giáo dục sức khỏe từ trung ương đến địa phương. Mở rộng và đa dạng hóa các hoạt động truyền thông để nâng cao nhận thức của các cấp ủy đảng, chính quyền và mọi người dân về trách nhiệm, nghĩa vụ và quyền lợi của mình trong CSSK với quan điểm “*Mọi người vì sức khỏe*”. Nâng cao kiến thức, kỹ năng để mọi người, mọi gia đình, cộng đồng có thể chủ động trong phòng, chống bệnh tật và nâng cao sức khỏe; xây dựng lối sống lành mạnh trong cộng đồng. Tăng cường phối hợp liên ngành trong công tác YTDP.

## **2.2 Khám chữa bệnh**

### **2.2.1 Tăng cường mạng lưới cung ứng dịch vụ CSSK đáp ứng nhu cầu đa dạng và đang thay đổi của người dân**

- Tiếp tục đầu tư nâng cấp và củng cố đồng bộ hệ thống khám chữa bệnh, phù hợp với nhu cầu KCB của nhân dân và khả năng kinh tế - xã hội của từng vùng. Kết hợp phát triển dịch vụ KCB phổ cập với phát triển kỹ thuật cao, y tế chuyên sâu, giữa y tế công lập và y tế tư nhân.
- Xây dựng cơ chế giám sát, đánh giá những thay đổi trong nhu cầu và những hoạt động cần thiết để ngày càng đáp ứng nhu cầu CSSK của người dân theo hướng công bằng, hiệu quả. Điều chỉnh mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế cho phù hợp, thuận tiện cho việc đáp ứng nhu cầu của nhân dân theo địa bàn dân cư. Tiếp tục ưu tiên và tăng cường đầu tư để phát triển y tế ở vùng sâu, vùng xa, vùng khó khăn, y tế cơ sở.
- Nghiên cứu xây dựng các cơ chế quản lý người bệnh mạn tính, bệnh người cao tuổi có tính liên tuyến, chia sẻ thông tin người bệnh để KCB có hiệu lực hơn. Tăng cường khả năng sàng lọc, quản lý người bệnh ở tuyến y tế cơ sở, y tế tư nhân trong mạng lưới KCB đa tuyến.
- Triển khai các giải pháp hiệu quả để giảm quá tải bệnh viện. Từng bước thiết lập lại hệ thống chuyển tuyến trong KCB, khuyến khích việc thực hiện KCB phù hợp theo tuyến chuyên môn, trước hết thông qua BHYT; đổi mới cơ chế tài chính bệnh viện, chính sách giá dịch vụ bệnh viện; thay đổi từ thu phí theo dịch vụ sang thu trọn gói và các mô hình tài chính bệnh viện hiện đại khác; củng cố và nâng cao chất lượng dịch vụ KCB tuyến cơ sở; tăng cường các hoạt động YTDP, CSSK ban đầu...

### **2.2.2 Tăng cường quản lý chất lượng dịch vụ y tế**

- Sửa đổi, bổ sung, xây dựng các quy định, quy trình kỹ thuật, tiêu chuẩn ngành, hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, hướng dẫn giám sát chất lượng KCB, giám sát chuyên môn theo Luật Khám bệnh, chữa bệnh. Cải cách thủ tục hành chính trong KCB; mở rộng mô hình chăm sóc người bệnh toàn diện. Tăng cường giáo dục y đức, thực hiện xử phạt khắc phục hậu quả đối với vi phạm đạo đức nghề nghiệp.
- Xây dựng văn bản hướng dẫn thực hiện Điều 50 và 51 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh về chứng nhận chất lượng và các tổ chức chứng nhận chất lượng đối với cơ sở KCB.
- Xây dựng và thực hiện quy trình kiểm tra, giám sát, đánh giá việc thực hiện các quy định chuyên môn, quy trình kỹ thuật các dịch vụ y tế tại tất cả các tuyến, các cơ sở cung cấp dịch vụ, kể cả y tế tư nhân. Chú trọng hoạt động cung cấp thông tin, tư vấn cho người bệnh; xác định tư vấn là một bước quan trọng phải thực hiện trong quá trình cung cấp dịch vụ y tế.
- Nâng cao và phát huy vai trò của các Hội đồng chuyên môn trong bệnh viện.
- Cải tiến phương thức cung cấp dịch vụ theo hướng thân thiện, lấy người bệnh làm trung tâm; khuyến khích ứng dụng các kết quả nghiên cứu, tiến bộ khoa học kỹ thuật và công nghệ vào cung cấp dịch vụ.
- Từng bước hiện đại hoá kỹ thuật y tế, như chẩn đoán hình ảnh, chẩn đoán hoá sinh, lý sinh, miễn dịch, di truyền, sinh học phân tử, công nghệ gen...

### 2.2.3 Triển khai thực hiện Chính sách quốc gia về y dược học cổ truyền

- Củng cố hệ thống tổ chức y dược học cổ truyền từ trung ương đến địa phương.
- Xây dựng các văn bản quy phạm pháp luật, đẩy mạnh phát triển đông dược và dược liệu; các văn bản hướng dẫn quy trình kỹ thuật điều trị bằng y học cổ truyền và quy trình điều trị kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại đối với một số chứng, bệnh. Ban hành phác đồ điều trị bằng y học cổ truyền đối với một số bệnh mà y học cổ truyền có khả năng điều trị đạt kết quả tốt. Tiêu chuẩn hoá thuốc bán thành phẩm và thuốc thành phẩm y học cổ truyền.

### 2.2.4 Nâng cao hiệu quả công tác quản lý bệnh viện

- Nâng cao năng lực quản lý bệnh viện; tăng cường quản lý và sử dụng hiệu quả nguồn nhân lực y tế ở các bệnh viện; quản lý thuốc trong bệnh viện công; quản lý TTBYT và cơ sở hạ tầng; ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện.
- Đào tạo nâng cao năng lực quản lý cho lãnh đạo bệnh viện, lãnh đạo khoa, phòng của bệnh viện các tuyến. Đưa tiêu chí đào tạo về quản lý vào tiêu chí đánh giá bệnh viện hằng năm. Xây dựng và triển khai các chương trình đào tạo liên tục cập nhật kiến thức cho cán bộ lâm sàng và cán bộ quản lý về các lĩnh vực, trong đó có lĩnh vực quản lý bệnh viện.
- Đánh giá toàn diện tình hình hoạt động của các bệnh viện công lập, đặc biệt là các hoạt động “xã hội hóa” và liên doanh, liên kết, thực hiện cơ chế tự chủ, trên cơ sở đó xây dựng đề án và lộ trình đổi mới toàn diện cơ chế hoạt động của các bệnh viện công lập, không chỉ thực hiện tự chủ.
- Đánh giá tác động của các yếu tố khuyến khích: Nghiên cứu tác động của cơ chế viện phí, cấp ngân sách nhà nước và các nguyên tắc giám định BHYT đối với cung ứng dịch vụ KCB nhằm điều chỉnh viện phí, để khuyến khích cung cấp dịch vụ hiệu quả chi phí. Đặc biệt lưu ý việc chống lạm dụng thuốc, xét nghiệm cận lâm sàng, dịch vụ kỹ thuật cao gây tốn kém không cần thiết cho người bệnh, giảm quá tải bệnh viện, bảo đảm an toàn, chất lượng cho người bệnh.
- Chuẩn hóa các phòng xét nghiệm kèm theo quy định việc công nhận kết quả của nhau trong hệ thống xét nghiệm. Xây dựng quy định về hệ thống giám sát và định kỳ chuẩn hóa các kỹ thuật lâm sàng, cận lâm sàng và các TTB y tế trong bệnh viện.

## 2.3 Công tác DS-KHHGD và CSSKSS

### 2.3.1 Triển khai thực hiện tốt Chiến lược quốc gia về DS-KHHGD, CSSKSS

- Đảm bảo đạt các chỉ tiêu đề ra cho lĩnh vực dân số, duy trì mức giảm sinh 0,2‰. Nghiên cứu đề kiến nghị sửa đổi, bổ sung, xây dựng các chính sách khuyến khích về tinh thần, vật chất, cải thiện phúc lợi xã hội nhằm duy trì mô hình gia đình ít con. Chú trọng công tác tuyên truyền, giáo dục; tăng cường kiểm tra, giám sát việc thi hành chính sách, pháp luật về DS-KHHGD và CSSKSS.
- Triển khai các giải pháp nhằm nâng cao chất lượng dân số. Cải thiện chất lượng dịch vụ DS-KHHGD, CSSKSS; cung cấp dịch vụ sàng lọc bệnh tật trước sinh và sơ sinh.
- Tìm hiểu các nguyên nhân chủ yếu của xu hướng tăng tỷ số giới tính khi sinh, từ đó xây dựng kế hoạch, triển khai các biện pháp tổng hợp và hiệu quả để từng bước giảm mất cân bằng giới tính khi sinh. Tăng cường giáo dục và nâng cao nhận thức về giới

và bình đẳng giới. Giáo dục nâng cao nhận thức, nhằm xóa bỏ tư tưởng “trọng nam - khinh nữ”. Nghiêm cấm lựa chọn giới tính thai nhi và lạm dụng kỹ thuật chẩn đoán sớm giới tính thai nhi; kiểm tra chặt chẽ việc thực hiện các quy định về nạo phá thai.

### **2.3.2 Giảm tử vong sơ sinh, nâng cao sức khỏe trẻ em**

- Xây dựng “Hướng dẫn đánh giá thực hiện mô hình chăm sóc sơ sinh tại bệnh viện các tuyến”. Xây dựng quy trình kỹ thuật về chăm sóc, cấp cứu và sàng lọc sơ sinh. Đầu tư hệ thống sàng lọc sơ sinh về cơ sở vật chất và phân cấp kỹ thuật. Đào tạo lại kỹ năng chăm sóc và cấp cứu sơ sinh theo Hướng dẫn quốc gia 2010.
- Khảo sát hiện trạng để xác định các lĩnh vực ưu tiên cho việc củng cố mạng lưới nhi khoa trong toàn quốc. Hướng dẫn về cơ cấu tổ chức, nhân lực, cơ sở vật chất và trang thiết bị cho hệ thống nhi khoa ở các tuyến (trong khuôn khổ Quy hoạch Phát triển Mạng lưới khám chữa bệnh sản khoa và nhi khoa). Hoàn thiện mạng lưới nhi khoa của từng tỉnh.
- Truyền thông: Xây dựng và triển khai kế hoạch truyền thông giáo dục CSSK bà mẹ - trẻ em. Rà soát, cập nhật và xây dựng tài liệu truyền thông phù hợp với điều kiện và văn hóa của từng vùng đặc biệt là các vùng dân tộc, chú trọng các thực hành CSSK bà mẹ và trẻ em tại hộ gia đình.
- Chăm sóc trẻ tại nhà: Xây dựng tài liệu và đào tạo về chăm sóc trẻ tại nhà, cộng đồng và triển khai hoạt động chăm sóc bà mẹ, trẻ em tại nhà. Xây dựng và triển khai sổ theo dõi sức khỏe bà mẹ và trẻ em tại nhà.
- Dinh dưỡng: Rà soát, kiến nghị sửa đổi Nghị định 21 về sử dụng/kinh doanh sản phẩm thay thế sữa mẹ. Tiếp tục thực hiện các can thiệp dinh dưỡng dựa trên cộng đồng, nuôi con bằng sữa mẹ, giảm đáng kể tỷ lệ trẻ em suy dinh dưỡng, đặc biệt là suy dinh dưỡng thể thấp còi.
- Củng cố hệ thống báo cáo, theo dõi, giám sát liên quan đến các chỉ số về sức khỏe trẻ em hiện có. Thẩm định tử vong sơ sinh 2010-2011. Điều tra tử vong sơ sinh năm 2015.

### **2.3.3 Tăng cường công tác CSSKSS**

- Tăng cường năng lực mạng lưới cung cấp dịch vụ CSSKSS có trọng tâm, trọng điểm, phù hợp với thực tế vùng, địa phương và nhu cầu thực tế của các nhóm đối tượng, ưu tiên vùng sâu, vùng xa, vùng khó khăn nhằm đảm bảo các nhu cầu thiết yếu về CSSKSS cho các khu vực, đặc biệt là ở miền núi, vùng sâu, vùng xa, vùng khó khăn. Tăng cường huy động các cơ sở y tế tư nhân, các ngành, các tổ chức phi chính phủ và cá nhân tham gia cung cấp dịch vụ.
- Tăng cường triển khai các can thiệp nhằm giảm tử vong mẹ. Chính thức hóa chương trình đào tạo và hoàn thiện chế độ chính sách cho cô đỡ thôn bản. Kiện toàn mạng lưới hộ sinh tuyến xã và thôn bản. Nhân rộng các mô hình phù hợp với các điều kiện cụ thể của từng địa phương, nhằm tăng cường khả năng tiếp cận với dịch vụ CSSK bà mẹ ở các vùng điều kiện kinh tế xã hội khó khăn. Mở rộng mô hình chuyển tuyến dựa vào cộng đồng tại những vùng khó khăn. Mở rộng và nâng cao chất lượng cấp cứu sản khoa và chăm sóc sản khoa thiết yếu tùy theo từng tuyến. Tăng cường công tác tuyên truyền giáo dục, tư vấn về CSSK bà mẹ và trẻ sơ sinh.
- Xây dựng hệ thống giám sát trọng điểm về tử vong mẹ. Thẩm định tử vong mẹ, đào tạo cho toàn quốc. Bước đầu mở rộng mô hình thẩm định tử vong mẹ ra một số tỉnh



mới. Thực hiện thường quy Thăm định tử vong mẹ; Điều tra tử vong mẹ năm 2015. Củng cố hệ thống báo cáo, theo dõi, giám sát liên quan đến các chỉ số về sức khỏe bà mẹ hiện có.

- Hoàn thiện mạng lưới tổ chức và các quy trình cập nhật về dự phòng, phát hiện, xử trí và điều trị sớm nhiễm khuẩn đường sinh sản/nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục và ung thư đường sinh sản, liên kết các dịch vụ phòng chống HIV/nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục và CSSKSS.
- Mở rộng mạng lưới cung cấp dịch vụ hỗ trợ vô sinh tại tất cả các tỉnh. Điều tra tình trạng vô sinh năm 2015. Xây dựng Thông tư hướng dẫn thi hành Nghị định 12 về sinh con theo phương pháp khoa học.
- Xây dựng, bổ sung, cập nhật quy chuẩn kỹ thuật về phá thai theo Hướng dẫn quốc gia 2010. Nâng cao chất lượng an toàn dịch vụ phá thai qua đào tạo, cung cấp trang thiết bị, vật tư. Tăng cường quản lý, giám sát chuyên môn kỹ thuật đối với các cơ sở phá thai (kể cả tư nhân). Cung cấp rộng rãi các biện pháp tránh thai khẩn cấp. Truyền thông giáo dục chuyển đổi hành vi tới các đối tượng ưu tiên như cặp vợ chồng trẻ, vị thành niên và thanh niên.
- Xây dựng tài liệu hướng dẫn theo dõi giám sát, đánh giá dịch vụ sức khỏe thân thiện vị thành niên và thanh niên. Triển khai mở rộng ở tất cả các cơ sở CSSKSS đều có góc dịch vụ sức khỏe thân thiện dành cho vị thành niên và thanh niên, kết hợp với tuyên truyền giáo dục, tư vấn.
- Triển khai rộng dịch vụ CSSKSS cho nam giới: tư vấn về sức khỏe tình dục, hỗ trợ và điều trị vô sinh nam, phát hiện sớm ung thư đường sinh sản ở nam giới. Đáp ứng tốt hơn nhu cầu CSSKSS cho các đối tượng đặc biệt (người khuyết tật, người di cư, lánh nạn do thiên tai, thảm họa...) thông qua tăng cường tiếp cận với các loại hình dịch vụ thích hợp. Tư vấn về sức khỏe tình dục; điều trị các rối loạn tiền mãn kinh, mãn kinh, mãn dục nam.

## 2.4 Nhân lực y tế

### 2.4.1 Hạn chế tình trạng thiếu và mất cân đối về nhân lực y tế

- Tăng cường đào tạo để bảo đảm đủ CBYT với cơ cấu và phân bố hợp lý. Đẩy mạnh đào tạo cán bộ được, đào tạo hệ cử tuyển, đào tạo theo địa chỉ, đào tạo bác sĩ tập trung hệ 4 năm, đào tạo NVYT thôn bản để đáp ứng nhu cầu CBYT ở miền núi, vùng sâu, vùng xa, vùng khó khăn.
- Tiếp tục đào tạo thạc sĩ, tiến sĩ, bác sĩ chuyên khoa I, chuyên khoa II cho tuyển tỉnh và tuyển huyện, nhất là các cán bộ phụ trách khoa, phòng. Đào tạo chuyên sâu, cán bộ y tế trình độ cao, đào tạo nhân tài ngành y tế ở nước ngoài cho các lĩnh vực hoặc chuyên ngành mà Việt Nam chưa có điều kiện đào tạo.
- Có chính sách đãi ngộ hợp lý để huy động CBYT làm việc ở nông thôn, miền núi, vùng sâu, vùng xa. Tiếp tục thực hiện chế độ điều động luân phiên CBYT từ tuyến trên về tăng cường cho y tế tuyến dưới. Triển khai thực hiện trách nhiệm xã hội đối với các CBYT mới ra trường.
- Bổ sung, hoàn thiện các chế độ, chính sách để triển khai thực hiện tốt hơn Đề án 1816 về "Cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh".



- Cải thiện điều kiện làm việc bằng việc thực hiện các dự án nâng cấp cơ sở làm việc đã được phê duyệt; Rà soát lại các dịch vụ, điều kiện làm việc của y tế tuyến xã, làm cơ sở để xây dựng thí điểm mô hình mới cung cấp dịch vụ y tế tại Trạm y tế (có bác sĩ làm việc ở xã, nhưng không bắt buộc phải có bác sĩ biên chế ở tuyến xã).

#### **2.4.2 Tăng cường bảo đảm chất lượng nhân lực**

- Nâng cao chất lượng CBYT thông qua đầu tư nâng cấp các cơ sở đào tạo cán bộ y tế, nâng cao chất lượng giảng viên, đổi mới chương trình, tài liệu và phương pháp giảng dạy, tăng cường các cơ sở thực hành. Xây dựng tiêu chuẩn cụ thể để đánh giá chất lượng đào tạo cán bộ y tế.
- Triển khai lộ trình thực hiện kiểm định chất lượng đào tạo theo quy định hiện hành. Xây dựng các chuẩn năng lực đầu ra cho từng loại cán bộ y tế làm cơ sở đổi mới chương trình đào tạo. Xây dựng, triển khai thực hiện và kiểm soát sự tuân thủ các văn bản quy phạm pháp luật liên quan đến cấp chứng chỉ hành nghề KCB.
- Xây dựng quy định về đảm bảo chất lượng đào tạo liên tục. Xây dựng quy định về đào tạo lại, cập nhật kiến thức khi thực hiện Luật Khám bệnh, chữa bệnh.
- Từng bước hoàn thành chương trình tăng cường năng lực Trung tâm YTDP tuyến tỉnh, tuyến huyện; nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ, kỹ năng cho nhân viên cung cấp dịch vụ KHHGD theo phân cấp và phân tuyến kỹ thuật.
- Tiến hành xây dựng và bổ sung cơ chế và giải pháp cho việc thường xuyên cập nhật, nâng cao trình độ của các nhân viên kỹ thuật bảo dưỡng và sửa chữa TTBYT tại các cơ sở y tế.

#### **2.4.3 Nâng cao hiệu quả công tác quản lý nhân lực y tế**

- Hoàn thiện Quy hoạch tổng thể về nhân lực y tế Việt Nam.
- Điều chỉnh các nguyên tắc và quy định để cho phép các cơ sở y tế và sở y tế tái phân phối nhân lực theo các khu vực có nhu cầu.
- Đánh giá số lượng và cơ cấu chuyên môn của cán bộ y tế. Nghiên cứu việc tăng số điều dưỡng, cán bộ hỗ trợ khác để tăng hiệu quả làm việc của cơ sở y tế, của bác sĩ.
- Đánh giá để kiến nghị đổi mới nâng cao hiệu quả các biện pháp giám sát lâm sàng (bình bệnh án, hội đồng thuốc và điều trị, hội chẩn, v.v.).
- Xây dựng và thực hiện các chương trình đào tạo nâng cao năng lực quản lý y tế nói chung và quản lý bệnh viện nói riêng.

### **2.5. Hệ thống thông tin y tế**

#### **2.5.1 Phát triển hệ thống thông tin y tế**

- Xây dựng kế hoạch phát triển hệ thống thông tin y tế đến năm 2015 và tầm nhìn 2020, cả khu vực y tế công và y tế tư. Hoàn thiện hệ thống chỉ số, sổ sách ghi chép và báo cáo thống kê y tế, tài liệu hướng dẫn về thông tin quản lý y tế, thông tin bệnh viện, thông tin về YTDP và phòng chống dịch bệnh, thông tin liên quan đến giảng dạy và nghiên cứu...
- Xây dựng cơ sở dữ liệu thông tin y tế ở các cấp; nâng cao chất lượng thông tin y tế (độ chính xác, tính đại diện, kịp thời, đầy đủ). Tăng cường khả năng tổng hợp, phân tích và xử lý số liệu. Xây dựng cơ chế chia sẻ thông tin, cơ chế phản hồi về chất lượng

thông tin y tế. Xây dựng từ điển về chỉ số thống kê y tế cơ bản để xác định những đặc điểm của từng yếu tố số liệu và sử dụng các yếu tố đó trong tính toán chỉ số.

- Xây dựng hệ thống theo dõi các vấn đề y tế ưu tiên, trong đó có: giám sát, báo cáo, ứng phó và dự báo của các bệnh truyền nhiễm; bộ dữ liệu về các bệnh không lây nhiễm, VSATTP; dữ liệu về y tế tư nhân.
- Từng bước hiện đại hóa hệ thống thông tin y tế phù hợp với khả năng tài chính, kỹ thuật và nhu cầu sử dụng của từng tuyến, trong đó có việc nâng cấp phần cứng, phát triển phần mềm, xây dựng các phương thức chia sẻ thông tin, truyền tin, gửi báo cáo, số liệu qua web...

### 2.5.2 Tăng cường sử dụng và phân tích số liệu

- Nâng cao năng lực phân tích và sử dụng số liệu: Xây dựng tài liệu đào tạo sử dụng số liệu trong phân tích, đánh giá và dự báo phù hợp với mỗi tuyến, mỗi lĩnh vực. Tổ chức các lớp đào tạo về sử dụng số liệu và phân tích phù hợp với từng lĩnh vực và từng tuyến.
- Tăng cường phổ biến thông tin với các hình thức đa dạng và phù hợp với người sử dụng; tăng cường sử dụng thông tin cho quản lý trực tiếp ở từng đơn vị, từng tuyến, cung cấp và sử dụng thông tin để hoạch định chính sách, quản lý ngành y tế.

### 2.5.3 Nâng cao chất lượng thông tin

- Xây dựng tiêu chuẩn chất lượng số liệu và cơ chế kiểm soát chất lượng số liệu. Xây dựng và cung cấp những tài liệu hướng dẫn thu thập, xử lý và báo cáo số liệu bao gồm cả hướng dẫn sử dụng ICD-X, từ điển siêu số liệu...
- Xây dựng và chuẩn hóa bộ chỉ tiêu thống kê y tế cơ bản nhằm đáp ứng nhu cầu thông tin trong nước và hội nhập với các nước trong khu vực và thế giới. Bổ sung, hoàn thiện các chuẩn mực chuyên môn, tiêu chí, chỉ báo, chỉ số đánh giá, làm cơ sở cho hoạt động theo dõi, giám sát.
- Củng cố và tăng cường hệ thống ghi nhận các bệnh không lây, bệnh mạn tính. Đánh giá thực trạng hệ thống ghi nhận các bệnh không lây. Hoàn thiện bộ công cụ và cơ chế thu thập, báo cáo và chia sẻ thông tin giữa lĩnh vực điều trị và dự phòng để cập nhật đầy đủ và tránh chồng chéo thông tin.
- Tăng cường hệ thống theo dõi nguyên nhân tử vong dựa trên cộng đồng thông qua biểu mẫu ghi chép ban đầu tại Trạm y tế (Sổ theo dõi nguyên nhân tử vong A6/YTCS). Thiết kế bộ công cụ thu thập và cơ chế chuyển tải, chia sẻ thông tin về nguyên nhân tử vong.
- Xây dựng phương án tiến hành Điều tra y tế quốc gia lần 2.

## 2.6. Thuốc, sinh phẩm, vắc-xin, máu

### 2.6.1 Triển khai các giải pháp quản lý chất lượng thuốc, quản lý giá thuốc

- Tiếp tục triển khai thực hiện Luật Dược. Tăng cường phát triển công nghiệp Dược trong nước, đáp ứng tối thiểu 60% nhu cầu thuốc KCB của nhân dân, đặc biệt là các thuốc thiết yếu, thuốc gốc cần thiết cho các bệnh có gánh nặng bệnh tật cao như lao, các bệnh không lây nhiễm, bệnh mạn tính và thuốc cho bà mẹ và trẻ sơ sinh. Tiếp tục

nâng tỷ lệ vắc-xin sản xuất trong nước để tăng tính chủ động trong cung ứng vắc-xin cũng như đối phó kịp thời hơn nếu có sự cố xảy ra.

- 100% doanh nghiệp sản xuất thuốc thành phẩm đạt tiêu chuẩn của WHO về thực hành sản xuất thuốc tốt (GMP); 100% cơ sở kiểm nghiệm thuốc đạt tiêu chuẩn của WHO về thực hành kiểm nghiệm thuốc tốt (GLP); các doanh nghiệp nhập khẩu và lưu thông thuốc có quy mô lớn đạt tiêu chuẩn về thực hành lưu trữ thuốc tốt (GSP).
- Bãi bỏ các cản trở cho sự phát triển của thuốc gốc sản xuất nội địa, kiểm soát chất lượng và phổ biến thông tin về chất lượng để thầy thuốc và người tiêu dùng đều yên tâm về chất lượng.
- Xây dựng quy chế kiểm soát giá dựa trên giá tham khảo: Sử dụng cả 2 cơ chế giá tham khảo giá quốc tế và tham khảo nội bộ. Xây dựng tiêu chuẩn lựa chọn một số loại thuốc làm đối tượng kiểm soát giá.
- Thực hiện chặt chẽ quy định cấm sử dụng lợi ích vật chất hay tài chính để tác động tới thầy thuốc nhằm thúc đẩy việc kê đơn, sử dụng thuốc. Đấu thầu, kê đơn thuốc phải được thực hiện theo thuốc gốc. Hệ thống đấu thầu phải minh bạch. Thặng dư phải được giám sát và công bố công khai.
- Kiến nghị sửa đổi Nghị định 45/2005/NĐ-CP về xử phạt hành chính trong lĩnh vực y tế nhằm tăng hiệu quả trong giám sát việc tuân thủ, và chế tài sự không tuân thủ các quy chế, quy định về quản lý giá thuốc, đấu thầu thuốc, kê đơn, cung ứng và sử dụng thuốc.
- Củng cố và tăng cường đội ngũ giám sát, thanh tra, kiểm tra thuốc giả. Xây dựng và tổ chức thực hiện kế hoạch tiền kiểm, hậu kiểm, thanh kiểm tra trong lĩnh vực quản lý chất lượng, đăng ký thuốc, thông tin quảng cáo, XNK thuốc...
- Xây dựng và trình Thủ tướng phê duyệt Đề án nâng cao năng lực hệ thống kiểm tra chất lượng thuốc, tập trung vào các vấn đề: a) Quy hoạch hệ thống kiểm nghiệm; b) Cơ chế hoạt động: tăng tự chủ; c) Tìm các nguồn vốn đầu tư; d) Thu hút, nâng cao năng lực cán bộ kiểm nghiệm.
- Tăng cường năng lực và vai trò của hệ thống kiểm soát chất lượng dược phẩm; tiếp tục đầu tư nâng cấp cơ sở hạ tầng, đào tạo nhân viên làm việc trong các lĩnh vực thử nghiệm dược phẩm, đặc biệt là để đáp ứng nhu cầu để kiểm tra sinh khả dụng và tương đương sinh học.

#### **2.6.2. Nâng cao hiệu quả sử dụng thuốc hợp lý**

- Cập nhật, điều chỉnh danh mục các loại thuốc, vắc-xin thiết yếu, vật tư, thiết bị y tế cho các cơ sở y tế cho phù hợp với tình hình mới.
- Tăng cường năng lực và phát huy vai trò của Hội đồng Thuốc và điều trị nhằm góp phần sử dụng thuốc hợp lý, hiệu quả trong các cơ sở khám, chữa bệnh. Xây dựng cơ chế kiểm tra, xử phạt hợp lý để thực hiện hiệu quả các quy định về kê đơn thuốc.
- Nâng cao nhận thức của cộng đồng về sử dụng thuốc. Phát triển các chỉ số và hệ thống giám sát sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh trong cả nước.
- Phát triển hệ thống cơ sở dữ liệu cho các cán bộ y tế kiểm tra tương tác thuốc, tác dụng phụ của thuốc, chỉ định liều dùng thích hợp khi kê đơn, hoặc cho các hiệu thuốc để kiểm tra khi phát thuốc cho bệnh nhân.
- Xây dựng Hiệp hội Bảo vệ người tiêu dùng trong lĩnh vực Dược phẩm nhằm bảo vệ các quyền và sự an toàn của bệnh nhân.

### 2.6.3 Bảo đảm chất lượng vắc-xin, máu và sinh phẩm y tế

- Tăng cường quản lý chất lượng và an toàn vắc-xin lưu hành tại Việt Nam. Bảo đảm thực hành tốt thử nghiệm lâm sàng đối với vắc-xin mới vào thị trường Việt Nam và mới được sản xuất tại Việt Nam.
- Ban hành và triển khai thực hiện Quy chế Truyền máu, làm rõ các chuẩn mực chuyên môn kỹ thuật và trách nhiệm/tổ chức quản lý nhà nước về máu và chế phẩm máu.
- Tăng cường tổ chức hiến máu tình nguyện theo hướng chuyên nghiệp hóa. Tăng cường sự tham gia của Hội Chữ thập đỏ Việt Nam và của các tổ chức, đoàn thể xã hội, các cấp ủy đảng, chính quyền để kích hoạt tính năng chuyên nghiệp của người huy động người hiến máu.
- Thực hiện thử nghiệm các giải pháp nâng cao chất lượng trong Chương trình Máu quốc gia để sàng lọc các bệnh lây truyền, định nhóm máu, kiểm nghiệm bộ kit phát hiện kháng thể trước khi đưa ra thị trường, phát triển hệ thống quản lý chất lượng... Ban hành Tiêu chuẩn thực hành tốt sản xuất máu toàn phần và thành phần.

## 2.7 Trang thiết bị và công trình y tế

### 2.7.1 Tăng cường bảo đảm chất lượng cơ sở hạ tầng, trang thiết bị y tế

- Đánh giá hiện trạng TTBYT tại các cơ sở y tế KCB và YTDP bao gồm chủng loại, số lượng, chất lượng, thời hạn và hiệu quả sử dụng. Trong năm 2011 cần tiến hành đánh giá hiện trạng công tác bảo hành, bảo dưỡng và sửa chữa TTBYT tại các cơ sở y tế KCB và YTDP.
- Tiến hành rà soát và cập nhật danh mục TTBYT thiết yếu; xây dựng cơ sở dữ liệu TTBYT (bao gồm chức năng, phạm vi ứng dụng, các chỉ tiêu kỹ thuật cơ bản, điều kiện về môi trường và hạ tầng cơ sở và cả giá tham khảo,...) cho các cơ sở y tế.
- Bổ sung, nâng cấp cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, dụng cụ y tế cho các cơ sở y tế đảm bảo các yêu cầu về phân tuyến kỹ thuật, ưu tiên tuyến cơ sở và khu vực khó khăn.
- Sớm bổ sung, sửa đổi hoặc ban hành mới các tiêu chuẩn trong thiết kế, xây dựng cơ sở y tế, đặc biệt là thiết kế TYT xã/phường, thiết kế bệnh viện, trung tâm YTDP các tuyến phù hợp với các vùng miền.
- Tăng cường công tác bảo dưỡng và sửa chữa TTBYT: Thành lập Đội bảo dưỡng và sửa chữa TTB y tế tại các tỉnh, đặc biệt là các tỉnh miền núi, vùng sâu, vùng xa, vùng khó khăn. Các cơ sở y tế có kế hoạch đào tạo và tuyển dụng đội ngũ kỹ sư có trình độ và kinh nghiệm sửa chữa, bảo trì, bảo dưỡng TTBYT. Phân bổ đủ kinh phí của đơn vị cho bảo dưỡng và sửa chữa cơ sở vật chất, TTB y tế.
- Củng cố mạng lưới kiểm chuẩn và kiểm định TTB y tế. Tăng cường nhân lực và TTB chuyên ngành cho công tác kiểm chuẩn và kiểm định, xây dựng một số trung tâm đo lường kiểm chuẩn cho ba vùng miền. Chuẩn hóa chất lượng kiểm nghiệm giữa các cơ sở.

### 2.7.2 Tăng cường sản xuất TTBYT trong nước

- Tăng cường sản xuất TTBYT trong nước, trước mắt là các TTBYT thông dụng, đồng thời đầu tư các dây chuyền công nghệ tiên tiến cho sản xuất trang thiết bị y tế; bảo đảm cung ứng TTBYT đáp ứng nhu cầu của các cơ sở y tế.

**2.7.3 Tính đến chi phí - hiệu quả trong đầu tư, phân bổ nguồn lực**

- Triển khai công tác đánh giá công nghệ y tế (HTA) để xác định các can thiệp y tế có hiệu lực, hiệu quả, chi phí thấp, đồng thời bảo đảm chất lượng dịch vụ y tế. Trong năm 2011 cần ban hành quyết định về hoạt động này kèm với nhân sự và các kế hoạch thực hiện trong các giai đoạn ngắn và dài hạn tiếp theo.
- Lựa chọn vắc-xin mới: Phân tích chi phí-hiệu quả của một số loại vắc-xin mới để có cơ sở thuyết phục khi đề xuất bổ sung vào Chương trình tiêm chủng mở rộng hoặc các chương trình y tế dự phòng khác.
- Cơ cấu nhân lực y tế: Đánh giá hiệu quả làm việc nhóm của các loại hình cán bộ y tế để cung ứng dịch vụ hiệu quả ở các cấp, làm cơ sở lập kế hoạch đào tạo và phát triển nhân lực y tế hiệu quả.

**2.8. Tài chính y tế****2.8.1 Tăng tỷ trọng các nguồn tài chính công cho y tế**

- Tiếp tục tăng nhanh đầu tư NSNN cho y tế (gồm cả nguồn trái phiếu Chính phủ); bảo đảm NSNN để đầu tư theo các đề án đã được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt, ưu tiên phân bổ NSNN cho miền núi, vùng sâu, vùng xa, y tế cơ sở, YTDP và để thực hiện các chính sách xã hội liên quan đến CSSK, các CTMTYTQG.
- Bảo đảm NSNN cho việc thực hiện chính sách tiền lương, phụ cấp nghề nghiệp cho cán bộ y tế làm việc tại các vùng khó khăn, y tế cơ sở, y tế dự phòng và một số chuyên ngành khác thiếu cán bộ y tế. Bảo đảm mức chi thường xuyên của trạm y tế phù hợp với nhu cầu chăm sóc sức khỏe ban đầu.
- Thiết lập cơ chế bảo đảm mức chi tối thiểu cho y tế và tỷ lệ dành cho YTDP trong tổng chi ngân sách địa phương phù hợp với nhu cầu để đạt các mục tiêu của ngành.
- Phát triển BHYT toàn dân cả về chiều rộng và chiều sâu; cải cách và đơn giản hóa thủ tục mua, thanh toán BHYT, tạo thuận lợi cho người có BHYT trong KCB. Kiến nghị Chính phủ đưa lộ trình thực hiện BHYT toàn dân vào mục tiêu ưu tiên quốc gia trong Kế hoạch 5 năm phát triển kinh tế-xã hội. Bảo đảm sự tuân thủ đóng BHYT trong khu vực lao động chính quy.
- Mở rộng BHYT ở khu vực lao động phi chính quy: hỗ trợ từ ngân sách, phương thức thực hiện, vai trò của cộng đồng. Đánh giá hiệu quả thực hiện chính sách hỗ trợ mệnh giá BHYT cho người cận nghèo.
- Nghiên cứu các giải pháp và lộ trình để tăng dần tỷ lệ chi tiêu công trong tổng chi tiêu cho y tế, giảm dần tỷ trọng chi tiêu tư, đặc biệt là các hình thức chi trả trực tiếp của người bệnh.
- Tiếp tục triển khai tốt các chính sách hỗ trợ tài chính trong KCB cho người nghèo, cận nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi, người cao tuổi, đồng bào DTTS và các đối tượng chính sách xã hội góp phần đảm bảo tính công bằng trong CSSK nhân dân.
- Mở rộng hợp tác quốc tế, tăng cường huy động và sử dụng hiệu quả các nguồn viện trợ nước ngoài dành cho y tế.

**2.8.2 Nâng cao hiệu quả phân bổ và sử dụng các nguồn tài chính y tế**

- Từng bước đổi mới phương thức phân bổ ngân sách Nhà nước cho các cơ sở y tế theo các chỉ tiêu kết quả và hiệu quả hoạt động trong cả lĩnh vực YTDP và KCB.

- Đổi mới chính sách tài chính bệnh viện; điều chỉnh giá dịch vụ bệnh viện theo hướng tính đúng, tính đủ phù hợp với đầu tư và trình độ chuyên môn ở từng tuyến kỹ thuật và phù hợp với khả năng chi trả của nhân dân; từng bước áp dụng những cơ chế chi trả dịch vụ bệnh viện hiện đại, phù hợp hơn, như chi trả trọn gói theo ca bệnh, theo nhóm chẩn đoán, định suất...
- Triển khai Nghị định của Chính phủ về đổi mới cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính ngành y tế (sau khi được phê duyệt); rà soát việc thực hiện chính sách tự chủ bệnh viện.
- Củng cố hệ thống báo cáo và phân tích về quyết toán NSNN cho y tế để có thông tin chính xác cho việc lập kế hoạch tài chính y tế. Thiết lập hệ thống báo cáo theo ngành dọc về chỉ tiêu NSNN cho y tế. Thiết lập cơ chế theo dõi giám sát tính hiệu quả, công bằng trong phân bổ sử dụng nguồn ngân sách cho y tế.

### 2.8.3 Tăng cường kiểm soát chi phí y tế

- Xây dựng các giải pháp để tăng cường kiểm soát chi phí y tế, đặc biệt là chi phí cho dịch vụ bệnh viện; giảm thiểu tình trạng lạm dụng dịch vụ y tế, dịch vụ kỹ thuật cao, dịch vụ được đầu tư từ nguồn xã hội hóa.
- Xây dựng và thực hiện quy định về minh bạch hóa và chuẩn hóa việc xác định chi phí và giá thành dịch vụ y tế. Tính chi phí cho các dịch vụ KCB, YTDP, để có cơ sở tính chi phí hiệu quả, và để ước tính nguồn lực cần thiết làm cơ sở cho phân bổ ngân sách nhà nước.
- Tăng cường kiểm tra giám sát và tiến hành tổng kết, đánh giá việc thực hiện các dự án đầu tư có sự tham gia góp vốn của tư nhân trong các cơ sở y tế công lập để kiến nghị điều chỉnh các chính sách cho phù hợp.

## 2.9. Quản trị hệ thống y tế

### 2.9.1 Bổ sung, hoàn thiện các chính sách, kế hoạch

- Tiếp tục hoàn chỉnh hệ thống chính sách, pháp luật về y tế; hệ thống quy chuẩn, tiêu chuẩn cho các lĩnh vực khác nhau của ngành y tế, làm cơ sở để chấn chỉnh và nâng cao chất lượng dịch vụ y tế.
- Xây dựng và triển khai thực hiện Chiến lược bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2020, tầm nhìn 2030, Kế hoạch y tế 5 năm 2011-2015 và Quy hoạch mạng lưới y tế các tuyến phù hợp với xu hướng biến đổi của mô hình bệnh tật trong thời gian tới.
- Tiếp tục hoàn chỉnh hệ thống pháp luật về y tế, xây dựng và ban hành Luật Phòng chống tác hại thuốc lá,... Xây dựng và hoàn thiện các văn bản hướng dẫn thực hiện Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm; Luật Bảo hiểm y tế, Luật Khám bệnh, chữa bệnh; Luật Người cao tuổi; Luật Người khuyết tật; Luật Phòng chống bạo hành gia đình, Luật An toàn thực phẩm.
- Hoàn thiện dự thảo Nghị định về phụ cấp ưu đãi theo nghề để tăng chế độ đãi ngộ cho những chuyên ngành thu nhập thấp, khó thu hút và giữ lao động y tế. **Rà soát và xây dựng** chính sách khen thưởng, tôn vinh đối với những người có thành tích xuất sắc, hỗ trợ kịp thời đối với người bị bệnh.



### **2.9.2 Nâng cao năng lực hoạch định chính sách, chiến lược**

- Nâng cao năng lực hoạch định chính sách, lập quy hoạch, kế hoạch ngành y tế ở cả trung ương và địa phương. Tiếp tục rà soát lại quy trình xây dựng chính sách, khắc phục những điểm yếu.
- Xây dựng kế hoạch bồi dưỡng nâng cao năng lực xây dựng chính sách dựa trên bằng chứng cho đội ngũ chuyên gia xây dựng chính sách. Có kế hoạch bồi dưỡng nâng cao năng lực nghiên cứu và xây dựng báo cáo đánh giá tác động dự thảo luật; nâng cao năng lực xây dựng các báo cáo đề xuất chính sách.
- Quan tâm nhiều hơn cho việc phân tích đánh giá các yếu tố mới xuất hiện trong hệ thống y tế. Phát huy vai trò của các cơ quan nghiên cứu và tư vấn trong công tác nghiên cứu, khảo sát, cung cấp bằng chứng cho quá trình hoạch định và điều chỉnh chính sách chiến lược.
- Tổ chức tốt hơn hoạt động tham vấn chuyên gia và các bên liên quan trong xây dựng chiến lược, chính sách, quan tâm nhiều hơn đến ý kiến từ cơ sở. Tăng cường đối thoại, vận động, thuyết trình về các vấn đề chính sách đối với Quốc hội, các bộ, ngành liên quan, tăng sự đồng thuận trong xây dựng và thực hiện các chính sách mới.
- Tiến hành nghiên cứu và xây dựng đề án tổng thể về đổi mới quản trị hệ thống y tế phù hợp đặc điểm ngành y tế và với các yêu cầu đổi mới quản lý nhà nước và cải cách hành chính.

### **2.9.3 Nâng cao năng lực và hiệu quả theo dõi, giám sát thực hiện chính sách y tế**

- Thiết lập hệ thống chỉ tiêu và thường xuyên theo dõi, giám sát và đánh giá kết quả hoạt động lập và thực hiện chính sách, kế hoạch y tế.
- Xây dựng và kiện toàn hệ thống thanh tra y tế đủ năng lực để thực hiện chức năng nhiệm vụ theo qui định.
- Tăng cường sự tham gia của các tổ chức xã hội, các hội nghề nghiệp (trong đó có các hội thuộc Tổng hội Y học Việt Nam) vào các hoạt động theo dõi, giám sát, nhằm tăng cường tính độc lập, khách quan trong giám sát và đánh giá hệ thống y tế.
- Lựa chọn một số lĩnh vực ưu tiên cho công tác theo dõi, giám sát (khám chữa bệnh, xét cấp chứng chỉ hành nghề, dược, an toàn vệ sinh thực phẩm, bảo hiểm y tế, y tế tư nhân...). Xây dựng cơ chế, chính sách quản lý, giám sát chặt chẽ để tránh sự lạm dụng kỹ thuật, dịch vụ y tế, thuốc men đối với người bệnh.

### **2.9.4 Hoàn thiện và ổn định mô hình tổ chức mạng lưới y tế các tuyến**

- Củng cố, phát triển và nâng cao năng lực mạng lưới y tế cơ sở, đặc biệt là TYT xã, bệnh viện huyện, TTYT huyện; củng cố và hoàn thiện mạng lưới YTDP các tuyến, đặc biệt là tuyến huyện; hoàn thiện mạng lưới vệ sinh an toàn thực phẩm; mạng lưới DS-KHHGĐ, mạng lưới phòng chống HIV/AIDS. Tiếp tục hoàn thiện mạng lưới KCB các tuyến. Từng bước sắp xếp bệnh viện tuyến huyện theo cụm dân cư; phát triển các bệnh viện đa khoa khu vực liên huyện ở những địa bàn xa trung tâm tỉnh. Duy trì và củng cố các phòng khám đa khoa cụm liên xã ở miền núi, vùng sâu, vùng xa. Phát triển các Trung tâm y tế chuyên sâu, các bệnh viện vùng (liên tỉnh).
- Thành lập Phòng BHYT tại các Sở Y tế để triển khai các nhiệm vụ quản lý nhà nước về BHYT tại địa phương. Chuyên nghiệp hóa và tăng cường chất lượng cung ứng dịch vụ BHYT thông qua đào tạo nâng cao năng lực cho các cán bộ BHYT.

#### **2.9.5 Tăng cường cơ chế phối hợp**

- Rà soát lại các Chương trình mục tiêu y tế quốc gia và cơ chế phối hợp, lồng ghép nhằm tăng hiệu quả hoạt động. Tăng cường Ban CSSK ban đầu tuyến cơ sở; phát huy vai trò phối hợp liên ngành, sự tham gia của các tổ chức xã hội, các hội nghề nghiệp và của toàn dân trong các hoạt động bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân.

## Phụ lục 1: Tóm tắt các khuyến nghị JAHR 2007-2009 và kết quả thực hiện

Khuyến nghị của JAHR 2007-2009			
Vấn đề chính	Kết quả cần đạt được	Kết quả thực hiện cho đến giữa năm 2010	Cần tiếp tục thực hiện
<b>1. Cung ứng dịch vụ y tế</b>			
<b>1.1 Y tế dự phòng chưa đáp ứng nhu cầu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Xây dựng chiến lược quốc gia phòng chống các bệnh không lây nhiễm.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quyết định của Thủ tướng Chính phủ số 77/2002/QĐ-TTg ngày 17 tháng 6 năm 2002 về việc phê duyệt Chương trình phòng chống một số bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2002-2010.</li> <li>Quyết định số 08/2007/QĐ-TTg và 172/2008/QĐ-TTg phê duyệt CTMTQG giai đoạn 2006-2010 trong đó có dự án phòng, chống bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, ung thư, bệnh tâm thần/động kinh.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Xây dựng chiến lược phòng, chống các bệnh không lây nhiễm một cách toàn diện.</li> <li>Phê duyệt CTMTQG giai đoạn 2011-2015</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Đẩy mạnh hoạt động giáo dục truyền thông, nâng cao nhận thức và thay đổi hành vi của cộng đồng</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quyết định 16/2007/QĐ-BYT về việc phê duyệt Chương trình hành động quốc gia về thông tin, giáo dục và truyền thông thay đổi hành vi phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2010.</li> <li>Quyết định 3526/2004/QĐ-BYT Về việc phê duyệt Chương trình hành động Truyền thông giáo dục sức khỏe đến năm 2010</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cập nhật Chương trình hành động về truyền thông giáo dục sau năm 2010</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Xây dựng chiến lược/kế hoạch để thường xuyên cập nhật và ban hành các hướng dẫn trong lĩnh vực YTDP, làm cơ sở để xây dựng các tiêu chuẩn đánh giá kết quả làm việc</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hướng dẫn chỉ được cập nhật cho một số bệnh như dịch tả, HIV,...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cần cập nhật và xây dựng hướng dẫn YTDP</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Đầu tư trang thiết bị cho công tác y tế dự phòng tại tuyến cơ sở.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quyết định số 1402//2007/QĐ-TTg phê duyệt Đề án Hỗ trợ phát triển Trung tâm Y tế dự phòng tuyến huyện giai đoạn 2007-2010, bao gồm đầu tư cơ sở hạ tầng và đào tạo cán bộ, ưu tiên vùng khó khăn.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Đánh giá tác động của các khoản đầu tư</li> </ul>

<b>Khuyến nghị của JAHR 2007-2009</b>			
<b>Vấn đề chính</b>	<b>Kết quả cần đạt được</b>	<b>Kết quả thực hiện cho đến giữa năm 2010</b>	<b>Cần tiếp tục thực hiện</b>
<b>1.2 Y tế cơ sở và chăm sóc sức khỏe ban đầu còn yếu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Thống nhất lại quy định trách nhiệm và quyền hạn KCB tại tuyến xã, tạo chỗ dựa về cơ sở pháp lý cho nhân viên y tế trong KCB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nghị định 14/2008/NĐ-CP và Thông tư 03/2008/TTLT-BYT-BNV đã được ban hành về 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, cấp huyện</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vai trò y tế xã vẫn cần quy định rõ thêm. Cần ban hành phân tuyến kỹ thuật mới.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tăng đầu tư trang thiết bị cho các TYT, ưu tiên vùng xa và TYT chưa đạt chuẩn.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quyết định 950/2007/QĐ-TTg về đầu tư xây dựng trạm y tế xã vùng khó khăn giai đoạn 2008-2010</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Đánh giá tác động của đầu tư cơ sở y tế tuyến xã.</li> </ul>
<b>1.3 Quản lý khám chữa bệnh, chất lượng dịch vụ và hành vi kiểm dịch chưa phù hợp</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nâng cao năng lực quản lý cho các nhà quản lý y tế và quản lý bệnh viện.</li> <li>▪ Xây dựng chương trình và mở các khóa đào tạo về quản lý nhà nước về y tế các cấp và quản lý bệnh viện</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bộ Y tế đã tổ chức một số khóa tập huấn cho lãnh đạo các bệnh viện trung ương và tuyển tỉnh về tăng cường năng lực quản lý trong năm 2008.</li> <li>▪ Một số trường đại học bắt đầu tổ chức đào tạo (bậc đại học và sau đại học) về quản lý bệnh viện</li> <li>▪ Hội Khoa học Kinh tế y tế đang tiến hành nghiên cứu đánh giá nhu cầu đào tạo quản lý cho các lãnh đạo của bệnh viện</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tiếp tục đào tạo nâng cao năng lực quản lý</li> <li>▪ Xây dựng lại quy chế bệnh viện, các quy chế quản lý ngành y tế</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tiếp tục thực hiện tự chủ bệnh viện theo Nghị định 43</li> <li>▪ Sửa đổi chính sách đề bạt, bổ nhiệm cán bộ lãnh đạo và quản lý các đơn vị cơ sở</li> <li>▪ Nghiên cứu tính khả thi và phù hợp của mô hình quản lý bệnh viện có Hội đồng quản trị với nhiều thành viên</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dự thảo Nghị định của Chính phủ về đổi mới cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp y tế công lập</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sửa đổi và phê duyệt Nghị định thực hiện tự chủ trong các đơn vị sự nghiệp y tế</li> </ul>

<b>Khuyến nghị của JAHR 2007-2009</b>			
<b>Vấn đề chính</b>	<b>Kết quả cần đạt được</b>	<b>Kết quả thực hiện cho đến giữa năm 2010</b>	<b>Cần tiếp tục thực hiện</b>
Tăng chất lượng dịch vụ KCB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nâng cao chất lượng, giảm thời gian điều trị nội trú</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bộ trưởng đã ban hành chỉ thị CT 06/2007 về việc nâng cao chất lượng KCB, từng bước khắc phục quá tải.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Đánh giá tác động của Chỉ thị 06 có khuyến nghị để tiếp tục nâng cao chất lượng KCB.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tăng cường đầu tư và thực hiện có hiệu quả đề án 225 - "nâng cấp các bệnh viện tuyến huyện"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ngành y tế thực hiện Quyết định số 47/2008/QĐ-TTg phê duyệt đề án đầu tư xây dựng, cải tạo, nâng cấp bệnh viện đa khoa huyện và bệnh viện đa khoa khu vực liên huyện sử dụng vốn trái phiếu Chính phủ và các nguồn hợp pháp khác giai đoạn 2008-2010</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tổng kết đề án cải tạo bệnh viện theo 47/2008/QĐ-TTg.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Xây dựng và củng cố hệ thống xử lý chất thải y tế</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quyết định của Bộ Trưởng Bộ Y tế số 43/2007/QĐ-BYT ngày 30 tháng 11 năm 2007 về việc ban hành quy chế quản lý chất thải y tế (thay thế quy chế đã ban hành từ năm 1999)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Theo dõi thực hiện các dự án xử lý chất thải y tế</li> <li>Đánh giá tác động đầu tư xử lý chất thải y tế dùng vốn vay Ngân hàng Thế giới.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Xây dựng chiến lược/kế hoạch để thường xuyên cập nhật và ban hành các hướng dẫn điều trị và quy chuẩn kỹ thuật quốc gia trong lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quyết định của Bộ Trưởng Bộ Y tế số 453/2010/QĐ-BYT về việc thành lập Ban chỉ đạo biên soạn hướng dẫn điều trị</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Xây dựng kế hoạch cập nhật hướng dẫn điều trị</li> <li>Ban hành các Quy trình kỹ thuật mới</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Từng bước xây dựng quy trình chuyên môn cho các bệnh thông thường để đưa hướng dẫn điều trị vào thực tế, chuẩn hóa dịch vụ tại cơ sở y tế.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dự án thí điểm do AusAID tài trợ đã thực hiện, có tác động tới việc xây dựng quy trình chuyên môn.</li> <li>Dự án ADB về "Chương trình phát triển nguồn nhân lực y tế" được phê duyệt, chuẩn bị thực hiện trong đó có dự án thành phần tiếp tục phát triển QTCM và mở rộng mô hình này sang nhiều bệnh viện khác</li> <li>Thông tư của Bộ Y tế số 06/2009/TT-BYT ngày 26 tháng 06 năm 2009 quy định về định mức thuốc thiết yếu và các vật tư tiêu hao trong các dịch vụ, thủ thuật CSSK sinh sản được ban hành hỗ trợ chuẩn hóa đầu vào, giúp tính toán chi phí cho dịch vụ SKSS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Thực hiện dự án ADB</li> </ul>

Khuyến nghị của JAHR 2007-2009			
Vấn đề chính	Kết quả cần đạt được	Kết quả thực hiện cho đến giữa năm 2010	Cần tiếp tục thực hiện
<i>Tăng hiệu quả phân tuyến kỹ thuật, phối hợp liên tuyến, liên khu vực</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Điều chỉnh phân tuyến kỹ thuật</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cục Quản lý KCB đang rà soát lại quy định về phân tuyến kỹ thuật</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ban hành quy định mới về phân tuyến kỹ thuật.</li> <li>Lồng ghép thực hiện phân tuyến kỹ thuật trong quy định về BHYT, bảng kiểm thanh tra, và đánh giá bệnh viện hằng năm</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Xây dựng cơ chế phối hợp thực hiện giữa Bệnh viện huyện, Phòng y tế và Trung tâm y tế dự phòng huyện</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quyết định 1816 quy định rõ trách nhiệm của cán bộ tuyến trên luân phiên đến tuyến dưới hỗ trợ chuyên môn và KCB.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cần xây dựng cơ chế phối hợp rõ ràng</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Khuyến khích người dân sử dụng dịch vụ phù hợp theo tuyến chuyên môn, kỹ thuật</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tỷ lệ bệnh nhân KCB đúng tuyến tăng lên (tác động dự án 1816)</li> <li>Dự thảo Nghị định của Chính phủ về đổi mới cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp y tế công lập có đề xuất một số chính sách liên quan trong đó có tăng viện phí cho tuyến lên tạo động cơ tài chính cho người dân KCB tuyến dưới.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tăng cường chất lượng dịch vụ tuyến dưới để thu hút bệnh nhân</li> </ul>
Khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế có chất lượng của các đối tượng chính sách xã hội còn khó khăn	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tăng cường khả năng tiếp cận của người nghèo, người dân tộc thiểu số và đối tượng dễ bị tổn thương khác tới các dịch vụ y tế có chất lượng</li> <li>Hạn chế tiêu cực và các chi phí không chính thức.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dự án “Hỗ trợ y tế các tỉnh miền núi phía bắc” (NUP) và Dự án chăm sóc y tế cho người nghèo vùng núi phía Bắc và Tây Nguyên” (HEMA) đã được phê duyệt và bắt đầu triển khai. Bộ Y tế đang tiếp tục đàm phán với WB và ADB về một số dự án hỗ trợ y tế cho các vùng khác.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Xây dựng chính sách hiệu quả để giảm chi phí không chính thức.</li> </ul>



Khuyến nghị của JAHR 2007-2009			
Vấn đề chính	Kết quả cần đạt được	Kết quả thực hiện cho đến giữa năm 2010	Cần tiếp tục thực hiện
<b>2. Nhân lực y tế</b>			
<b>2.1 Công tác quản lý Nhà nước về nhân lực còn yếu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Xây dựng và trình Chính phủ phê duyệt Quy hoạch phát triển nhân lực y tế đến năm 2020. Phân cấp cho các địa phương tự xây dựng kế hoạch đào tạo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vụ Khoa học đào tạo của Bộ Y tế đang trình lãnh đạo Quy hoạch mạng lưới đào tạo và phát triển nhân lực y tế</li> <li>Dự án “Chương trình phát triển nguồn nhân lực y tế” với các mục tiêu liên quan đến phát triển nguồn nhân lực đã được phê duyệt, chuẩn bị triển khai.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chưa ban hành quy hoạch phát triển nhân lực y tế</li> </ul>
<i>Triển khai thực hiện Luật Khám bệnh, chữa bệnh</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Xây dựng kế hoạch triển khai thực hiện Luật Khám bệnh, chữa bệnh;</li> <li>Xây dựng kế hoạch triển khai thực hiện Luật Cán bộ, công chức trong ngành y tế</li> <li>Xây dựng các tiêu chuẩn cấp chứng chỉ cho các loại NVYT và tiêu chuẩn đánh giá kết quả làm việc.</li> <li>Xây dựng các nghị định và thông tư để thực hiện quy định rằng đào tạo liên tục là một điều kiện để duy trì chứng chỉ hành nghề y tế;</li> <li>Nghiên cứu cải tiến cơ chế giải quyết khiếu nại, tố cáo trong lĩnh vực y tế</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dự thảo Nghị định và thông tư thực hiện Luật Khám bệnh, chữa bệnh được biên soạn, đang xin ý kiến.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ban hành Nghị định và thông tư thực hiện Luật Khám bệnh, chữa bệnh</li> <li>Phải xây dựng cơ chế kiểm tra kỹ năng làm cơ sở cấp chứng chỉ hành nghề</li> <li>Xây dựng Nghị định và Thông tư để thực hiện quy định về đào tạo cập nhật kiến thức theo Luật KB, CB</li> <li>Xây dựng Nghị định và thông tư hướng dẫn để thực hiện quy định liên quan đến cơ chế giải quyết khiếu nại theo Luật KB,CB</li> </ul>

<b>Khuyến nghị của JAHR 2007-2009</b>			
<b>Vấn đề chính</b>	<b>Kết quả cần đạt được</b>	<b>Kết quả thực hiện cho đến giữa năm 2010</b>	<b>Cần tiếp tục thực hiện</b>
<b>Chế độ đãi ngộ đối với cán bộ, NVYT còn chưa hợp lý, nhất là ở tuyến cơ sở, chưa tạo động lực để thu hút họ về làm việc ở tuyến cơ sở, đặc biệt vùng sâu, vùng xa, vùng nghèo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bổ sung và hoàn thiện chế độ đãi ngộ phù hợp để khuyến khích CBYT đến công tác tại y tế cơ sở, tại các khu vực miền núi, vùng khó khăn.</li> <li>Hướng dẫn các cơ sở y tế xây dựng quy trình hoạt động chuẩn, bản mô tả chức năng nhiệm vụ, gắn với theo dõi, giám sát đánh giá kết quả làm việc của NVYT và thực hiện chế độ đãi ngộ dựa vào kết quả làm việc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nghị định 64/2009/NĐ-CP quy định chính sách đối với cán bộ, viên chức y tế công tác ở vùng có điều kiện kinh-tế xã hội đặc biệt khó khăn.</li> <li>Chưa xây dựng chế độ đãi ngộ cho cán bộ NVYT dựa trên năng lực chuyên môn và kết quả làm việc</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>
<b>2.2 Thiếu nhân lực cho vùng nông thôn, đặc biệt vùng khó khăn; thiếu nhân lực ở một số chuyên ngành</b>	<b>Chính sách thu hút</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Chính sách đổi mới chế độ đãi ngộ đối với cán bộ y tế làm việc ở vùng khó khăn; đối với cán bộ y tế làm một số chuyên khoa khó thu hút lao động</li> <li>Xây dựng cơ chế khuyến khích học sinh, sinh viên theo học tại các chuyên khoa: lao, phong, tâm thần, nhi, YTDP, truyền nhiễm</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Thủ tướng đã phê duyệt "Đề án đào tạo nhân lực y tế cho vùng khó khăn, vùng núi của các tỉnh thuộc miền Bắc và miền Trung, vùng đồng bằng sông Cửu Long và vùng Tây Nguyên theo chế độ cử tuyển" ngày 14/11/2007.</li> <li>Thông tư của Bộ Y tế số 06/2008/TT-BYT ngày 26 tháng 5 năm 2008 Hướng dẫn tuyển sinh đào tạo liên thông trình độ đại học, cao đẳng y, dược</li> <li>Nghị định số 64/2009/NĐ-CP về chính sách đối với cán bộ, viên chức y tế công tác ở vùng có điều kiện kinh tế-xã hội đặc biệt khó khăn được ban hành</li> <li>Dự thảo Nghị định về phụ cấp ưu đãi theo nghề để thu hút cán bộ vào các lĩnh vực ít hấp dẫn hơn (để thay cho Quyết định 276/2005/QĐ-TTg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ban hành Nghị định và thông tư hướng dẫn phụ cấp ưu đãi nghề mới.</li> <li>Ban hành cơ chế khuyến khích học sinh, sinh viên theo học một số chuyên khoa.</li> <li>Đánh giá tác động các chế độ đãi ngộ đối với cân đối cung cầu lao động y tế</li> </ul>

Khuyến nghị của JAHR 2007-2009			
Vấn đề chính	Kết quả cần đạt được	Kết quả thực hiện cho đến giữa năm 2010	Cần tiếp tục thực hiện
<i>Tăng cung ứng cán bộ y tế</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Tăng cung ứng</b></li> <li>▪ Tổ chức đào tạo và đào tạo lại đội ngũ cán bộ y tế dự phòng</li> <li>▪ Đánh giá hiệu quả chính sách đào tạo theo địa chỉ, đào tạo cử tuyển, tuyển sinh theo vùng</li> <li>▪ Nghiên cứu xây dựng kế hoạch để mở thêm cơ sở và khoa đào tạo nhân lực y tế ở các vùng miền khó khăn, nhân lực y tế thiếu; tăng chỉ tiêu tuyển sinh ở vùng khó khăn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tổ chức đào tạo cán bộ YTDP</li> <li>▪ Đánh giá hiệu quả của các chính sách đào tạo theo địa chỉ, cử tuyển, tuyển sinh theo vùng</li> <li>▪ Xây dựng kế hoạch đào tạo thêm cán bộ ở các vùng khó khăn.</li> </ul>
<i>Nghĩa vụ</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Xây dựng chính sách về “Nghĩa vụ, trách nhiệm xã hội của CBYT đối với vùng kinh tế - xã hội khó khăn”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vụ Kế hoạch-Tài chính đã xây dựng dự thảo đề án đổi mới cơ chế tài chính, tiền lương trong ngành y tế, trong đó đề cập đến nghĩa vụ của bác sĩ.</li> <li>▪ Vụ Tổ chức cán bộ đang xây dựng dự thảo Đề án Nghĩa vụ của cán bộ y tế</li> </ul>	

Khuyến nghị của JAHR 2007-2009			
Vấn đề chính	Kết quả cần đạt được	Kết quả thực hiện cho đến giữa năm 2010	Cần tiếp tục thực hiện
<b>2.3 Chất lượng nhân lực y tế còn nhiều bất cập</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Chất lượng đào tạo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lộ trình kiểm định chất lượng đào tạo của Bộ GD-ĐT được triển khai và nâng sách được cung cấp</li> <li>▪ Tăng cường cơ sở vật chất cho hệ thống nhà trường đào tạo về y tế</li> <li>▪ Cập nhật và cải tiến chương trình đào tạo</li> <li>▪ Xây dựng chiến lược đào tạo, bồi dưỡng nâng cao trình độ đội ngũ cán bộ giảng dạy, nghiên cứu của các cơ sở đào tạo CBYT</li> <li>▪ Mở rộng đào tạo bác sĩ nội trú, và cơ hội khác để sinh viên y học tiếp xúc với bệnh nhân thường xuyên trong cả thời gian học y tế.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Đánh giá các trường đào tạo y học để thực hiện chính sách kiểm định chất lượng đào tạo.</li> <li>▪ Bộ Y tế cần ra quyết định bắt buộc cập nhật chương trình đào tạo 5 năm một lần. Tăng kinh phí từ Bộ Giáo dục-Đào tạo cho việc này.</li> <li>▪ Huy động hỗ trợ quốc tế để cập nhật chương trình đào tạo.</li> </ul>
<i>Đào tạo lại</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kế hoạch triển khai và quy trình đào tạo lại được phê duyệt và thực hiện</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Thông tư số 07/2008/TT-BYT Hướng dẫn công tác đào tạo liên tục đối với cán bộ y tế ngày 28 tháng 5 năm 2008</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Các quy định mới về đào tạo cập nhật kiến thức cần được xây dựng gắn với quyền giữ chứng chỉ hành nghề.</li> </ul>

<b>Khuyến nghị của JAHR 2007-2009</b>			
<b>Vấn đề chính</b>	<b>Kết quả cần đạt được</b>	<b>Kết quả thực hiện cho đến giữa năm 2010</b>	<b>Cần tiếp tục thực hiện</b>
<i>Chỉ đạo tuyển, chuyển giao công nghệ</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tổng kết việc thực hiện Đề án 1816 của BYT và công tác chỉ đạo tuyển, để xây dựng đề án mới về “Luân phiên CBYT từ tuyển trên về hỗ trợ tuyển dưới” trình Chính phủ phê duyệt để thực hiện thường xuyên, lâu dài trong cả nước.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Báo cáo tổng kết 1816</li> </ul>	
<i>Đào tạo chuyên sâu</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Xác định nhu cầu, cơ sở đào tạo và nguồn lực để xây dựng kế hoạch đào tạo chuyên sâu</li> <li>Hỗ trợ ngành y tế nâng cao năng lực cán bộ về ứng dụng khoa học công nghệ y tế cao</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành Quyết định 1816/2008/QĐ-BYT về cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyển trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyển dưới nhằm nâng cao chất lượng KCB đã được</li> </ul>	

Khuyến nghị của JAHR 2007-2009			
Vấn đề chính	Kết quả cần đạt được	Kết quả thực hiện cho đến giữa năm 2010	Cần tiếp tục thực hiện
<b>3. Hệ thống thông tin y tế</b>			
<b>3.1 Hệ thống thông tin quản lý y tế</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Xây dựng và thực hiện kế hoạch phát triển Hệ thống thông tin y tế cho năm 2008-2010.</li> <li>Việc ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện và quản lý bệnh nhân được cải tiến và có thể liên kết với nhau, có sự điều hành chung của Bộ Y tế.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Đã có dự thảo Kế hoạch phát triển hệ thống thông tin quản lý y tế.</li> <li>Đang phát triển hệ thống và phần mềm quản lý thông tin bệnh viện gồm quản lý hồ sơ bệnh án-giai đoạn hai.</li> <li>Cục Quản lý KCB đang xây dựng đề án y học từ xa (telemedicine), tiến tới xây dựng đề án ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện.</li> <li>Quyết định của Thủ tướng Chính phủ số 43/2008/QĐ-TTg ngày 24/03/2008 phê duyệt kế hoạch ứng dụng công nghệ thông tin trong hoạt động của cơ quan nhà nước năm 2008, trong đó hỗ trợ xây dựng hệ thống thông tin quản lý y tế dự phòng</li> <li>Thông tư liên tịch của Bộ Tài chính- Bộ Thông tin và truyền thông số 43/2008/TTLT-BTC-BTTTT ngày 26 tháng 5 năm 2008 hướng dẫn việc quản lý và sử dụng kinh phí chi ứng dụng công nghệ thông tin trong hoạt động của cơ quan nhà nước</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cần cập nhật và ban hành kế hoạch phát triển hệ thống thông tin quản lý y tế.</li> <li>Cần thúc đẩy ứng dụng CNTT trong hệ thống thông tin y tế để tất cả bệnh viện và các tỉnh/huyện ứng dụng CNTT trong thống kê lâm sàng, tài chính.</li> </ul>
<b>3.2 Hệ thống thông tin về nhân lực y tế còn yếu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiến hành điều tra, đánh giá tổng thể thực trạng nhân lực toàn ngành y tế hiện nay</li> <li>Xây dựng phương pháp cho các trường đào tạo y khoa có thể theo dõi đầu ra, đánh giá mức độ đáp ứng nhu cầu và điều chỉnh chương trình đào tạo cho phù hợp.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cần thực hiện điều tra đánh giá tổng thể thực trạng nhân lực y tế</li> <li>Cần xây dựng hệ thống theo dõi đầu ra của các trường đào tạo y dược học</li> </ul>



<b>Khuyến nghị của JAHR 2007-2009</b>			
<b>Vấn đề chính</b>	<b>Kết quả cần đạt được</b>	<b>Kết quả thực hiện cho đến giữa năm 2010</b>	<b>Cần tiếp tục thực hiện</b>
<b>3.3 Năng lực thống kê y tế yếu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Xây dựng tổ chức và chuẩn bị nhân lực để tăng cường hệ thống thông tin dựa trên tin học.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiếp tục chuẩn bị ứng dụng công nghệ thông tin trong hệ thống thông tin y tế</li> </ul>
<b>3.4 Số liệu thống kê y tế chưa bao phủ toàn diện</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Xây dựng quy định bắt buộc các cơ sở y tế khu vực tư nhân phải báo cáo số liệu thống kê thường xuyên</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Năm 2008, Kiểm tra bệnh viện đã thu thập thông tin về bệnh viện gồm cả 66 bệnh viện tư nhân</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cần xây dựng quy định bắt khu vực y tế tư nhân báo cáo thống kê</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Củng cố hệ thống báo cáo về chi tiêu NSNN cho y tế để có thông tin chính xác cho việc lập kế hoạch tài chính y tế</li> <li></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cần ban hành quy định báo cáo về chi NSNN tại các cơ sở y tế</li> </ul>
<b>4. Dược, sinh phẩm, trang thiết bị y tế</b>			
<b>4.1 Tăng cường quản lý giá thuốc</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chấn chỉnh công tác cung ứng, quản lý sử dụng thuốc trong bệnh viện</li> <li>Quản lý giá thuốc hiệu quả</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quyết định của Bộ Y tế số 24/2008/QĐ-BYT ngày 11 tháng 7 năm 2008 ban hành quy định về tổ chức và hoạt động của nhà thuốc bệnh viện.</li> <li>Các biện pháp bình ổn giá thuốc tiếp tục được triển khai, và điều chỉnh cho phù hợp</li> <li>Dự thảo Nghị định của Chính phủ quy định về xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực y tế về thuốc, mỹ phẩm và thiết bị y tế.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Giá thuốc vẫn cao so với giá tham khảo quốc tế</li> </ul>
<b>4.2 Thuốc sử dụng không an toàn hợp lý</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tăng cường sử dụng thuốc an toàn, hợp lý</li> <li>Hạn chế tình trạng tự điều trị, tự mua thuốc, bán thuốc không theo đơn.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bộ Y tế ban hành Danh mục thuốc không kê đơn trong Thông tư số 08/2009/TT-BYT để hỗ trợ thực hiện quy chế kê đơn thuốc</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cần xây dựng, thực hiện và bắt tuân thủ chính sách hiệu quả hơn, đặc biệt chính sách bán thuốc theo đơn, giám sát sử dụng thuốc hợp lý tại bệnh viện.</li> <li>Xây dựng quy chuẩn, tiêu chuẩn sử dụng TTBYT để thực hiện xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, phẫu thuật và thủ thuật.</li> </ul>

<b>Khuyến nghị của JAHR 2007-2009</b>			
<b>Vấn đề chính</b>	<b>Kết quả cần đạt được</b>	<b>Kết quả thực hiện cho đến giữa năm 2010</b>	<b>Cần tiếp tục thực hiện</b>
<b>4.3 Quản lý nhà nước về TTBYT còn yếu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tăng cường chất lượng, tiêu chuẩn TTBYT</li> <li>Xây dựng tiêu chuẩn chuyên môn chỉ định các dịch vụ xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh; chuẩn hóa trang thiết bị xét nghiệm, bảo đảm các kết quả xét nghiệm có thể sử dụng liên thông giữa các cơ sở y tế.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Thông tư của Bộ Y tế số 06/2009/TT-BYT ngày 26 tháng 06 năm 2009 quy định về định mức thuốc thiết yếu và các vật tư tiêu hao trong các dịch vụ, thủ thuật CSSK sinh sản được ban hành hỗ trợ chuẩn hóa đầu vào, giúp tính toán chi phí cho dịch vụ SKSS.</li> <li>Thông báo số 130/TB-VPCP ngày 17/04/2009 đưa ra ý kiến chỉ đạo của Phó Thủ tướng Nguyễn Thiện Nhân đề nghị Bộ Y tế, Bộ Khoa học và Công nghệ, rà soát sửa đổi, bổ sung, hoàn thiện hệ thống các văn bản quản lý nhà nước, các quy chuẩn về trang thiết bị y tế đảm bảo sử dụng đúng, an toàn và hiệu quả các trang thiết bị y tế</li> <li>10 quy trình chuyên môn được xây dựng tại BV Thanh Nhàn, tạo ra tiêu chuẩn sử dụng các dịch vụ chẩn đoán và điều trị.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiếp tục xây dựng và ban hành các quy chuẩn về TTBYT</li> <li>Xây dựng và ban hành tiêu chuẩn chuyên môn về chỉ định dịch vụ xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh.</li> <li>Xây dựng các quy chế kiểm soát việc sử dụng trang thiết bị kỹ thuật cao</li> </ul>
<b>5. Tài chính y tế</b>			
<b>5.1 Nguồn lực tài chính vẫn chưa huy động đủ theo nhu cầu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bộ Y tế tiếp tục huy động và sử dụng hiệu quả vốn đầu tư phát triển các cơ sở y tế công từ nguồn vốn viện trợ (ODA, NGO), vay vốn Ngân hàng Phát triển, trái phiếu Chính phủ và các nguồn vốn huy động hợp pháp khác</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bộ Y tế chủ trương tăng cường vay các dự án đầu tư trong nước thông qua hình thức vay tín dụng của Ngân hàng phát triển Việt Nam với tổng số vốn khoảng 1.600 tỷ đồng để đầu tư cho một số bệnh viện công</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Thu thập và đánh giá thông tin về cơ cấu vốn trong Dự án đầu tư tuyến huyện, xã, YTDP và một số bệnh viện chuyên khoa</li> </ul>

Khuyến nghị của JAHR 2007-2009			
Vấn đề chính	Kết quả cần đạt được	Kết quả thực hiện cho đến giữa năm 2010	Cần tiếp tục thực hiện
NSNN cấp cho y tế chưa đáp ứng nhu cầu CSSK nhân dân	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tăng chi NSNN cho y tế nhanh hơn so với mức tăng chi ngân sách bình quân.</li> <li>Xây dựng lộ trình và cơ chế giám sát để tăng đầu tư cho YTDP để đến 2010 đạt tối thiểu 30% tổng chi NSNN cho y tế, đặc biệt là ở các địa phương.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nghị quyết số 18/2008/NQ-QH12 của Quốc hội được ban hành yêu cầu bảo đảm tốc độ tăng chi cho y tế cao hơn tốc độ tăng chi bình quân chung của NSNN</li> <li>Năm 2008, tỷ lệ tăng chi NSNN cho y tế cao hơn tỷ lệ tăng chi NSNN chung (8,3%)</li> <li>Tỷ lệ vốn đầu tư cho y tế từ nguồn trái phiếu tăng lên (Theo 47/2008/QĐ-TTg cấp 14 ngàn tỷ từ Trái phiếu chính phủ đầu tư nâng cấp BV tuyến huyện)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vẫn cần xây dựng cơ chế theo dõi và giám sát việc phân bổ NSNN cho y tế.</li> </ul>
Tiếp tục đổi mới phương thức phân bổ NSNN cho các cơ sở y tế theo hướng ưu tiên cho người nghèo, vùng nghèo, vùng khó khăn, y tế cơ sở, YTDP.	<p>Bảo đảm chi thường xuyên cho:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Chi vận hành TTYT huyện, TYT xã, v.v.</li> <li>Tăng cường cấp tài chính cho YTDP</li> <li>Bảo đảm kinh phí để thực hiện các chính sách y tế cơ bản, đặc biệt là các chính sách hỗ trợ người nghèo, cận nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi và các đối tượng chính sách xã hội khác</li> <li>Đảm bảo kinh phí để đào tạo CBYT phục vụ vùng khó khăn; xây dựng chương trình và đào tạo cập nhật kiến thức</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tỷ lệ NSNN được phân bổ cho các cơ sở y tế ở vùng Đông Bắc, Tây Bắc, Tây Nguyên và ĐB Sông Cửu Long đã tăng khoảng 10 điểm phần trăm trong khi tỷ lệ NSNN dành cho ĐB Sông Hồng, Đông Nam Bộ đã giảm khoảng 11 điểm phần trăm từ 2005 đến 2007.</li> <li>Tỷ lệ NSNN dành cho tuyến huyện và xã đã ổn định ở khoảng 20%, nhưng năm 2007 xuống đột ngột còn 16%.</li> <li>Tỷ lệ NSNN dành cho YTDP đã dao động quanh 28% NSNN từ 2002 đến 2007.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sửa đổi quy định để bảo đảm đủ kinh phí vận hành TTYT huyện và trạm y tế xã</li> <li>Tăng cường chi cho YTDP</li> <li>Bảo đảm kinh phí để thực hiện chính sách y tế cơ bản, đặc biệt cho các nhóm dễ bị tổn thương.</li> <li>Bảo đảm kinh phí cho đào tạo CBYT phục vụ vùng khó khăn; kinh phí để xây dựng chương trình đào tạo cập nhật kiến thức.</li> </ul>

Khuyến nghị của JAHR 2007-2009			
Vấn đề chính	Kết quả cần đạt được	Kết quả thực hiện cho đến giữa năm 2010	Cần tiếp tục thực hiện
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bảo đảm kinh phí cho:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ a) Triển khai thực hiện Luật Khám bệnh, chữa bệnh.</li> <li>▪ b) Xây dựng và hoạt động hệ thống thông tin y tế.</li> <li>▪ c) Cải cách tiền lương, phụ cấp</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> </ul>	
<b>5.2 Nguồn tài chính sử dụng chưa hiệu quả</b>  Tính hiệu quả trong sử dụng NSNN còn hạn chế	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Thiết lập cơ chế theo dõi và giám sát chi NSNN cho y tế</li> <li>▪ Tiến tới cơ chế phân bổ và quản lý ngân sách dựa theo nhiệm vụ được giao, khối lượng và chất lượng công việc, kèm theo với cơ chế giám sát, đánh giá mức độ hoàn thành các chỉ tiêu được giao.</li> <li>▪ Nghiên cứu phương án áp dụng khung chi tiêu trung hạn</li> <li>▪ Tiến hành một số nghiên cứu về hiệu quả sử dụng nguồn vốn NSNN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vụ NSNN của Bộ Tài Chính chỉ tiêu định mức được thiết lập cùng với cơ chế theo dõi, giám sát việc thực hiện</li> <li>▪ Đổi mới cơ chế cấp ngân sách cho các hoạt động YTDP, dựa vào nhiệm vụ được giao và kết quả hoàn thành công việc.</li> <li>▪ MTEF đang được thí điểm và nghiên cứu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ban hành quy định về phân bổ ngân sách dựa vào nhiệm vụ và chi phí dịch vụ</li> <li>▪ Cần xây dựng chương trình nghiên cứu để đánh giá hiệu quả trong sử dụng NSNN ở một số lĩnh vực trọng tâm.</li> </ul>

<b>Khuyến nghị của JAHR 2007-2009</b>			
<b>Vấn đề chính</b>	<b>Kết quả cần đạt được</b>	<b>Kết quả thực hiện cho đến giữa năm 2010</b>	<b>Cần tiếp tục thực hiện</b>
Thiếu điều kiện thực hiện các mô hình viện trợ mới, và thiếu bằng chứng về mức độ hiệu quả của các mô hình viện trợ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tìm hiểu kỹ thêm về ưu điểm, nhược điểm, các điều kiện cần có để thực hiện các phương thức viện trợ mới (hỗ trợ ngành, hỗ trợ chương trình, hỗ trợ ngân sách); Khuyến nghị các bước tiếp theo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Một số nhà tài trợ đang làm việc với Bộ Y tế và các Bộ khác để tạo điều kiện thực hiện hỗ trợ theo chương trình hoặc ngân sách trong lĩnh vực y tế tại Việt Nam</li> <li>Dự thảo hướng dẫn hỗ trợ ngân sách trong ngành y tế được Vụ Kế hoạch- Tài chính biên soạn (cột mốc 3 của Văn bản thỏa thuận chung (SOI))</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cần hoàn thành các nghiên cứu về phương thức viện trợ để đưa ra các khuyến nghị cụ thể về các bước cần chuẩn bị để áp dụng phương thức mới.</li> <li>Cần xin ý kiến phản hồi của Nhóm đối tác y tế để hoàn thiện bản hướng dẫn.</li> </ul>
Phương thức chi trả chưa khuyến khích cung cấp dịch vụ hiệu quả	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nghiên cứu, triển khai phương thức chi trả mới cho các cơ sở cung ứng dịch vụ y tế</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bộ trưởng đã đồng ý thí điểm phương thức chi trả trọn gói theo trường hợp bệnh và thành lập ban chỉ đạo để hỗ trợ, thúc đẩy việc thực hiện thí điểm. Mô hình mới bắt đầu thí điểm từ tháng 11 năm 2009.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiếp tục nghiên cứu và xây dựng các điều kiện cần thiết để thúc đẩy mạnh hơn phương thức chi trả trọn gói theo trường hợp bệnh và định suất.</li> </ul>
Cách tính viện phí hiện nay chưa hợp lý, chưa bao gồm đầy đủ các chi phí của dịch vụ được cung cấp	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chỉ đạo và hướng dẫn triển khai hạch toán chi phí bệnh viện một cách hệ thống</li> <li>Sửa lại viện phí trên cơ sở tính chi phí dịch vụ bệnh viện đầy đủ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dự thảo Nghị định của Chính phủ về chính sách viện phí</li> <li>Bộ Y tế đã thành lập Ban chỉ đạo về đổi mới phương thức thành toán dịch vụ y tế từ tháng 9 năm 2009</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chưa xây dựng hệ thống dữ liệu về chi phí và mức phí (giá dịch vụ)</li> </ul>
<b>5.3 Sử dụng vốn XHH chưa được kiểm soát đầy đủ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiến hành nghiên cứu đánh giá tác động sử dụng các nguồn đầu tư ngoài ngân sách cho y tế</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã thực hiện "Khảo sát đánh giá kết quả thực hiện Nghị định số 43/2006/NĐ-CP ... trong hệ thống bệnh viện công lập".</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiếp tục nghiên cứu và phổ biến kết quả nghiên cứu về tác động XHH vào hệ thống y tế.</li> <li>Nghiên cứu đánh giá và dự báo tác động của tình hình tư nhân hóa một phần các bệnh viện công</li> </ul>

<b>Khuyến nghị của JAHR 2007-2009</b>			
<b>Vấn đề chính</b>	<b>Kết quả cần đạt được</b>	<b>Kết quả thực hiện cho đến giữa năm 2010</b>	<b>Cần tiếp tục thực hiện</b>
Vốn XHH sử dụng trong cơ sở y tế công lập	<ul style="list-style-type: none"> <li>Xây dựng cơ chế tài chính minh bạch, quy định chi tiết về các tài sản công được sử dụng trong liên doanh, liên kết và huy động nguồn vốn ngoài ngân sách cho y tế.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cần sửa đổi Thông tư 15/2007/TT-BYT về liên doanh, liên kết</li> </ul>
Khu vực y tế tư nhân phát triển chậm và phân tán;	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trong thời gian tới, cần thúc đẩy phát triển y tế tư nhân (đặc biệt là các bệnh viện tư, bệnh viện đầu tư nước ngoài...) thay cho việc huy động đầu tư tư nhân cho các dịch vụ theo yêu cầu, dịch vụ bán công, dịch vụ liên doanh, liên kết trong các bệnh viện công lập.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Số bệnh viện tư lên từ 77 đến trên 100 đơn vị</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sửa đổi quy chế cấp phép và quy chế hoạt động cho các CSYT tư nhân theo Luật Khám bệnh, chữa bệnh</li> </ul>



Khuyến nghị của JAHR 2007-2009			
Vấn đề chính	Kết quả cần đạt được	Kết quả thực hiện cho đến giữa năm 2010	Cần tiếp tục thực hiện
<b>5.4 Mất khả năng cân đối quỹ BHYT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cần hạch toán BHYT gói dịch vụ và mệnh giá.</li> <li>Tăng mệnh giá; đặc biệt cần tăng mệnh giá thẻ BHYT cho người nghèo và cận nghèo cho phù hợp với chi phí dịch vụ đang gia tăng.</li> <li>Khống chế tình trạng lựa chọn bất lợi của BHYT bằng các giải pháp kỹ thuật phù hợp. Cơ quan BHXH cần làm tốt công tác truyền thông, nâng cao nhận thức đúng của người dân về BHYT.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mệnh giá thẻ BHYT cho người nghèo và cận nghèo tăng lên hằng năm khi mức lương tối thiểu tăng vì theo Luật mệnh giá là 3% mức lương tối thiểu.</li> <li>Nghị định của Chính phủ số 62/2009/NĐ-CP ngày 27 tháng 07 năm 2009 quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế quy định lộ trình tăng mệnh giá BHYT</li> <li>Luật BHYT bắt buộc phải mua BHYT xã hội, không được thay bằng BHYT thương mại</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cần hạch toán gói dịch vụ so với mệnh giá</li> <li>Cần tìm biện pháp hiệu quả hơn để giảm tác hại của lựa chọn bất lợi đối với quỹ BHYT.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cần rà soát gói dịch vụ theo tiêu chí hiệu quả chi phí</li> <li>BHYT từng bước áp dụng phương thức chi trả trọn gói theo bệnh, theo nhóm chẩn đoán, thay thế cho phương thức “phí theo dịch vụ”.</li> <li>Sửa đổi quy định về thanh toán đa tuyến trong Thông tư liên tịch số 21/2005/TTLT-BYT-BTC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quyết định của Bộ Y tế số 06/2008/QĐ-BYT ngày 01/02/2008 về việc ban hành danh mục thuốc chữa bệnh chủ yếu sử dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.</li> <li>Quyết định của Bộ Y tế số 21/2008/QĐ-BYT ngày 09 tháng 06 năm 2008 về việc ban hành danh mục vật tư y tế tiêu hao, vật tư y tế thay thế trong KCB.</li> <li>Nghiên cứu thí điểm thực hiện thanh toán theo bệnh, theo nhóm chẩn đoán được Bộ trưởng phê duyệt thực hiện bắt đầu từ tháng 11 năm 2009 trong 12 tháng.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cần đánh giá hiệu quả chi phí đối với thuốc và vật tư tiêu hao.</li> <li>Mở rộng áp dụng chi trả trọn gói theo nhóm chẩn đoán.</li> </ul>

Khuyến nghị của JAHR 2007-2009			
Vấn đề chính	Kết quả cần đạt được	Kết quả thực hiện cho đến giữa năm 2010	Cần tiếp tục thực hiện
<b>5.5 Cơ chế an sinh xã hội về y tế chưa đáp ứng nhu cầu, chi y tế từ tiền túi vẫn cao</b>	▪	▪	
Chưa thực hiện được BHYT toàn dân	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Đảm bảo sự tuân thủ đóng BHYT bằng những quy định pháp lý giao cơ quan BHYT quyền giám sát, kiểm tra và xử phạt các đối tượng không tham gia BHYT.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tỷ lệ có BHYT tăng từ 42,0% đến 60% dân số</li> <li>▪ Bộ Y tế đã ban hành văn bản yêu cầu Sở Y tế bổ sung 2-3 cán bộ chuyên trách quản lý nhà nước về BHYT. Công văn số 4094/2008/BYT-BH.</li> <li>▪ Chương trình “Nâng cao chất lượng KCB tại các cơ sở KCB vì mục tiêu đáp ứng sự hài lòng của người bệnh BHYT” được Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành (527/2009/CTr-BYT)</li> <li>▪ Dự thảo nghị định mới về xử phạt hành chính trong lĩnh vực BHYT được xây dựng.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Phải tạo ra nguồn số liệu để đánh giá tỷ lệ tuân thủ tham gia BHYT khu vực lao động hưởng lương đạt tối thiểu 80% trong năm 2010</li> <li>▪ Ban hành Nghị định về xử phạt hành chính trong lĩnh vực BHYT.</li> </ul>
Đối tượng nghèo, cận nghèo cần được hỗ trợ tăng lên	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nhà nước tiếp tục phân bổ đủ kinh phí để hỗ trợ BHYT cho người nghèo, cận nghèo và các đối tượng chính sách xã hội khác.</li> <li>▪ Các Nhà tài trợ quan tâm hỗ trợ việc xây dựng và triển khai các chính sách hỗ trợ người nghèo trong CSSK.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Luật BHYT đã được Quốc hội thông qua bao gồm BHYT bắt buộc cho người nghèo do NSNN đảm bảo cấp đủ mua BHYT cho 100% người nghèo và hỗ trợ đủ 50% kinh phí BHYT cho người cận nghèo theo Nghị định 62/2009/NĐ-CP bắt đầu từ 01/07/2009</li> <li>▪ Số tiền viện trợ nhằm hỗ trợ người nghèo được theo dõi và giám sát tăng lên qua thời gian. (chưa có nguồn số liệu)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Không có số liệu để đánh giá liệu viện trợ quốc tế cho y tế có hướng nghèo</li> <li>▪ Cần đánh giá tác động của 5% cùng chi trả cho người nghèo.</li> </ul>

<b>Khuyến nghị của JAHR 2007-2009</b>			
<b>Vấn đề chính</b>	<b>Kết quả cần đạt được</b>	<b>Kết quả thực hiện cho đến giữa năm 2010</b>	<b>Cần tiếp tục thực hiện</b>
Chi phí hộ gia đình phải chi cho y tế quá cao	<ul style="list-style-type: none"> <li>Các địa phương quan tâm huy động nguồn kinh phí để hỗ trợ các chi phí gián tiếp (ăn, ở, đi lại...) để giảm khó khăn về tài chính cho người nghèo khi đi KCB.</li> <li>Điều chỉnh mức thanh toán BHYT theo hướng chi trả nhiều hơn cho người nghèo và cận nghèo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Số tỉnh báo cáo huy động tiền và thực hiện hỗ trợ thêm tiền ăn, ở, đi lại cho người nghèo tăng lên (chưa có nguồn số liệu)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chưa có số liệu về kinh phí nhà nước và các tổ chức hỗ trợ các chi phí gián tiếp cho người nghèo, cận nghèo</li> <li>Chưa điều chỉnh phạm vi và trần thanh toán cho BHYT người nghèo</li> </ul>

Khuyến nghị của JAHR 2007-2009			
Vấn đề chính	Kết quả cần đạt được	Kết quả thực hiện cho đến giữa năm 2010	Cần tiếp tục thực hiện
Chính sách trợ cấp tài chính y tế cho các đối tượng chính sách xã hội (người nghèo, cận nghèo, người cao tuổi, trẻ em) còn nhiều bất cập	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chính phủ tiếp tục ưu tiên NSNN để triển khai tốt hơn nữa các chính sách hỗ trợ cho người nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi và các đối tượng chính sách xã hội, đảm bảo công bằng trong CSSK trong điều kiện kinh tế thị trường</li> <li>▪ Hỗ trợ KCB cho trẻ em dưới 6 tuổi bằng hình thức mua thẻ BHYT.</li> <li>▪ Triển khai tốt chính sách hỗ trợ tối thiểu 50% mệnh giá BHYT cho người cận nghèo.</li> <li>▪ Tăng cường công tác truyền thông, giáo dục về quyền và nghĩa vụ của người nghèo trong sử dụng dịch vụ y tế.</li> <li>▪ Bộ Y tế cần có đầu mối (đặt tại Vụ Kế hoạch – Tài chính) để thường xuyên theo dõi, giám sát, tổng hợp báo cáo các hoạt động hỗ trợ cho người nghèo và các đối tượng chính sách xã hội.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cơ quan BHXH theo dõi tình hình bao phủ BHYT cho các đối tượng người nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi, người từ 85 tuổi trở lên và các đối tượng chính sách khác được theo dõi, giám sát</li> <li>▪ Mức trợ cấp BHYT người nghèo được nâng lên 4,5% lương tối thiểu theo Nghị định 62/2009/NĐ-CP bắt đầu từ 01/01/2010</li> <li>▪ Hình thức hỗ trợ tài chính cho trẻ em dưới 6 tuổi chuyển sang theo BHYT từ 01/10/2010 theo Nghị định số 62/2009/NĐ-CP</li> <li>▪ Dự án Đồng bằng Sông Cửu Long của Ngân hàng thế giới đang thực hiện chính sách hỗ trợ người cận nghèo, hỗ trợ 100% mệnh giá</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cần giao trách nhiệm theo dõi, giám sát, tổng hợp báo cáo hoạt động hỗ trợ người nghèo và các đối tượng chính sách khác cho một đơn vị ngoài BHXH.</li> </ul>

Khuyến nghị của JAHR 2007-2009			
Vấn đề chính	Kết quả cần đạt được	Kết quả thực hiện cho đến giữa năm 2010	Cần tiếp tục thực hiện
<b>6. Tổ chức và quản lý hệ thống y tế</b>			
<b>6.1 Bổ sung, hoàn thiện các chính sách y tế cơ bản</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Xây dựng và trình Chính phủ và Quốc hội Luật Khám bệnh, Chữa bệnh, Luật Bảo hiểm y tế và một số văn bản quy phạm pháp luật khác</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Luật BHYT đã được Quốc hội khóa XII thông qua tại kỳ họp thứ 4 năm 2008, bắt đầu có hiệu lực từ 1/7/2009.</li> <li>Luật Khám bệnh, chữa bệnh được Quốc hội khóa XII thông qua tại kỳ họp thứ 6, 23/11/2009</li> <li>Luật Người cao tuổi được Quốc hội khóa XII, thông qua tại kỳ họp thứ 6, 23/11/2009</li> <li>Luật Người khuyết tật được Quốc hội khóa XII, thông qua tại kỳ họp thứ 7 ngày 17/06/2010</li> <li>Luật An toàn thực phẩm được Quốc hội khóa XII, thông qua tại kỳ họp thứ 7 ngày 28/06/2010</li> </ul>	Cần xây dựng các văn bản hướng dẫn thực hiện luật
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Xây dựng chiến lược 10 năm (2011-2020) và kế hoạch 5 năm của ngành y tế (2011-2015)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bộ Y tế đã xây dựng kế hoạch 5 năm, 2011-2015 theo cơ cấu 6 thành phần của hệ thống y tế</li> <li>Bộ Y tế đang dự thảo Chiến lược hệ thống y tế năm 2011-2020.</li> </ul>	Ban hành, thực hiện, giám sát chiến lược, kế hoạch

Khuyến nghị của JAHR 2007-2009			
Vấn đề chính	Kết quả cần đạt được	Kết quả thực hiện cho đến giữa năm 2010	Cần tiếp tục thực hiện
<b>6.2 Tiếp tục đổi mới và nâng cao hiệu quả quản lý nhà nước của Bộ Y tế</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Thực hiện nghiên cứu phân tích chức năng, nhiệm vụ quản lý điều hành nhà nước của Bộ Y tế</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nghị định 188/2007/NĐ-CP ngày 27 tháng 12 năm 2007 quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế.</li> <li>Quyết định số 16/2008/QĐ-BYT 22/4/2008 quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Cục Quản lý khám, chữa bệnh.</li> <li>Quyết định số 18/2008/QĐ-BYT quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Tổng cục Dân số-KHHGĐ.</li> <li>Quyết định số 50/2008/QĐ-BYT quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Vụ Sức khỏe bà mẹ-trẻ em thuộc Bộ Y tế</li> <li>Quyết định số 53/2008/QĐ-BYT quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Cục Quản lý Dược</li> <li>Nghị định 22/2010/NĐ-CP sửa đổi, bổ sung Nghị định 188/2007/NĐ-CP tạo ra thêm đơn vị mới trong Bộ Y tế.</li> <li>Quyết định 1278/2010/QĐ-BYT quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Cục Quản lý môi trường y tế</li> <li>Dự thảo Nghị định quy định về xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh.</li> <li>Dự thảo Nghị định quy định về xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực y tế về YTDP, môi trường và phòng, chống HIV/AIDS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tìm cơ chế phối hợp, chia sẻ thông tin giữa các đơn vị của Bộ Y tế</li> </ul>
Củng cố tổ chức y tế cấp huyện và xã	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chiến lược tăng cường cơ chế phối hợp giữa Phòng y tế, Trung tâm y tế dự phòng và bệnh viện huyện trong việc quản lý và chỉ đạo các mạng lưới dự phòng và điều trị ở tuyến xã</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chính phủ đã ban hành Nghị định số 14/2008/NĐ-CP thay thế cho ND 172.</li> <li>Thông tư Liên tịch của Bộ Y tế- Bộ Nội vụ số 03/2008/TTLT-BYT-BNV ngày 25 tháng 04 năm 2008 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, cấp huyện</li> </ul>	



<b>Khuyến nghị của JAHR 2007-2009</b>			
<b>Vấn đề chính</b>	<b>Kết quả cần đạt được</b>	<b>Kết quả thực hiện cho đến giữa năm 2010</b>	<b>Cần tiếp tục thực hiện</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dự thảo các văn bản để thể chế hóa các quy chế làm việc</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quyết định của Bộ Y tế số 19/2008/QĐ-BYT ngày 30 tháng 5 năm 2008 ban hành quy chế làm việc của Bộ Y tế.</li> <li>5 đơn vị của Bộ Y tế đã đạt tiêu chuẩn VN ISO 9001: 2000 (Văn phòng Bộ, Vụ Tổ chức cán bộ; Cục Quản lý Dược, Cục VSATTP, Cục phòng, chống HIV/AIDS) và hiện đang áp dụng 70 quy trình làm việc.</li> </ul>	
<b>6.3 Tăng cường quản lý hành nghề y dược công lập và tư nhân</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Thiết lập cơ chế và các điều kiện cấp giấy phép hành nghề y gắn liền với giám sát chất lượng.</li> <li>Hệ thống quản lý chất lượng được thành lập để giám sát chất lượng dịch vụ đối với cả y tế công và tư.</li> <li>Thành lập Hội đồng Y khoa.</li> <li>Thu hút các cơ sở y tế tư nhân tham gia các tổ chức xã hội nghề nghiệp y tế ở các địa phương.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Luật Khám bệnh, chữa bệnh quy định việc thành lập hội đồng tư vấn (thay cho Hội đồng Y khoa) Các điều kiện để đăng ký hành nghề cho các cán bộ y tế được chi tiết hóa trong luật và dự thảo nghị định hướng dẫn.</li> </ul>	

Khuyến nghị của JAHR 2007-2009			
Vấn đề chính	Kết quả cần đạt được	Kết quả thực hiện cho đến giữa năm 2010	Cần tiếp tục thực hiện
<b>6.4 Cải thiện điều phối viện trợ/ hiệu quả viện trợ và hợp tác</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bộ Y tế và các bên đối tác phát triển phối hợp để triển khai các nội dung của “Cam kết Hà Nội” và Chương trình hành động Accra (AAA) về tăng cường hiệu quả viện trợ; cùng xây dựng thỏa thuận chung để tăng hiệu quả viện trợ trong ngành y tế.</li> <li>Tăng cường hoạt động của Nhóm đối tác y tế (HPG)</li> <li>Bộ Y tế và các đối tác phát triển tiếp tục thực hiện Tổng quan chung ngành y tế hằng năm (JAHR). Các nhà tài trợ cam kết tiếp tục hỗ trợ kinh phí cho JAHR với sự điều phối của Vụ Kế hoạch - Tài chính, Bộ Y tế.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Các nhà tài trợ đã có sự phối hợp chặt chẽ hơn với nhau và với Bộ Y tế trong viện trợ. Bộ Y tế giữ vai trò điều phối viện trợ cho y tế có sự ủng hộ của nhà viện trợ.</li> <li>Tiến bộ đáng kể trong việc thực hiện các cột mốc của Văn bản thỏa thuận chung (SOI), gồm cả nghiên cứu về hài hòa hóa và sự tuần thủ hệ thống quốc gia trong hỗ trợ kỹ thuật.</li> <li>Báo cáo Tổng quan chung ngành y tế được thực hiện các năm 2007 đến 2010. Có nguồn viện trợ để tiếp tục thực hiện đến năm 2012.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chưa có thông tin để đánh giá liệu chương trình làm việc của HPG 2008-2010 bao gồm các ưu tiên được xác định trong JAHR</li> <li>Cần xây dựng và thực hiện cơ chế cấp tài chính dành riêng cho hoạt động nhóm đối tác y tế</li> <li>Cần hoàn thành các cột mốc trong Văn bản thỏa thuận chung (SOI), bao gồm cả “đánh giá tính minh bạch, chính xác, kịp thời của thông tin tài chính do các nhà tài trợ cung cấp”.</li> <li>Cần phân tích các khuyến nghị về hài hòa hóa và sự tuần thủ hệ thống quốc gia để xây dựng các bước tiếp theo, đặc biệt đối với kế hoạch 5 năm.</li> <li>Cần đánh giá thực hiện Văn bản thỏa thuận chung (SOI) và thiết kế các bước tiếp theo, đặc biệt khi Việt Nam trở thành nước có thu nhập trung bình, kế hoạch 5 năm được phê duyệt và JANS được hoàn thành.</li> </ul>

<b>Khuyến nghị của JAHR 2007-2009</b>			
<b>Vấn đề chính</b>	<b>Kết quả cần đạt được</b>	<b>Kết quả thực hiện cho đến giữa năm 2010</b>	<b>Cần tiếp tục thực hiện</b>
Thiếu khung điều phối và quản lý viện trợ phù hợp với kế hoạch tổng thể của ngành	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bộ Y tế xây dựng một kế hoạch y tế 5 năm (2011-2015). Trong đó cần nêu tổng thể nhu cầu đầu tư cho ngành và mức độ thiếu hụt ngân sách làm cơ sở để huy động viện trợ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vụ Hợp tác Quốc tế đang yêu cầu các nhà tài trợ cập nhật cơ sở dữ liệu về viện trợ quốc tế cho y tế, cơ sở dữ liệu này sẽ là nguồn thông tin tốt để đánh giá liệu kế hoạch sử dụng viện trợ cho ngành y tế trong ngắn hạn (2009-2010) và kế hoạch giai đoạn 2011-2015, phù hợp với kế hoạch tổng thể ngành giai đoạn 2011-2015</li> <li>Việt Nam đã tham gia IHP+ và triển khai đánh giá chung chiến lược quốc gia (JANS) để đánh giá kế hoạch 5 năm của ngành y tế và tăng cường tin tưởng của các đối tác phát triển trong kế hoạch y tế 5 năm.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Các đối tác phát triển cần hoàn thành việc cấp thông tin cho cơ sở dữ liệu, sau đó cần phân tích số liệu</li> <li>Hoàn thành JANS tại trung ương và thực hiện JANS tại địa phương</li> <li>Cần thảo luận về khung cho các nhà viện trợ hỗ trợ kế hoạch 5 năm (gắn vào thảo luận về SOI mới)</li> </ul>
Còn thiếu nhất quán và chưa đồng bộ giữa các thủ tục, hướng dẫn và quy định giữa Chính phủ và nhà tài trợ; năng lực tiếp nhận viện trợ còn hạn chế	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cải thiện hệ thống thông tin về viện trợ y tế để đảm bảo các thông tin đầy đủ, chính xác, được cập nhật và dễ dàng tiếp cận</li> <li>Phối hợp với Bộ Kế hoạch - Đầu tư, Bộ Tài chính thực hiện đơn giản hóa các thủ tục hành chính và quy trình quản lý dự án</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bộ Kế hoạch-Đầu tư đang trong quá trình sửa đổi Nghị định 131 để đơn giản hoá thủ tục quản lý dự án.</li> <li>Khung theo dõi thực hiện và kết quả cùng với các chỉ số và công cụ thu thập dữ liệu đang được xây dựng trong khuôn khổ hoạt động JAHR do EC tài trợ.</li> <li>Hướng dẫn của LHQ-EU về chi phí địa phương trong hợp tác phát triển với Việt Nam - phiên bản 2009 được ban hành 03/06/2009</li> <li>Trang web của Vụ Hợp tác quốc tế mở mục về HPG được xây dựng [<a href="http://hpg.icdmoh.gov.vn/">http://hpg.icdmoh.gov.vn/</a>]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cần phát triển và mở rộng mục HPG trong trang Web của Vụ Hợp tác quốc tế bổ sung thông tin chi tiết hơn về viện trợ nước ngoài cho y tế</li> </ul>
<b>6.5 Quá trình tự chủ diễn ra thiếu nhất quán do thiếu các quy định cụ thể và các văn bản hướng dẫn thực hiện</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bổ sung và hoàn thiện các chính sách liên quan tới tự chủ tài chính.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dự thảo Nghị định Đổi mới cơ chế hoạt động và cơ chế tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp y tế công lập (trong đó có tiền lương, giá dịch vụ y tế). Trong dự thảo Nghị định là nội dung liên quan thực hiện Nghị định 43 trong ngành y tế</li> <li>Kết luận của Bộ Chính trị tán thành nội dung đề án đổi mới cơ chế hoạt động và cơ chế tài chính.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dự thảo nghị định cần được sửa đổi và trình ban hành.</li> </ul>

Khuyến nghị của JAHR 2007-2009			
Vấn đề chính	Kết quả cần đạt được	Kết quả thực hiện cho đến giữa năm 2010	Cần tiếp tục thực hiện
Cơ chế giám sát quá trình thực hiện tự chủ để hạn chế ảnh hưởng tiêu cực của tự chủ còn chưa đầy đủ, đồng bộ và hiệu quả	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tăng cường tính công khai, minh bạch, trách nhiệm giải trình về tài chính của đơn vị</li> <li>Tăng cường vai trò giám sát, kiểm tra của các cơ quan quản lý đối với các đơn vị thực hiện tự chủ tài chính</li> <li>Thực hiện các nghiên cứu, đánh giá về tác động (tích cực và tiêu cực) của quá trình thực hiện tự chủ tài chính của các bệnh viện công lập</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Các kế hoạch và báo cáo kết quả thực hiện giám sát việc thực hiện tự chủ quản lý cơ sở y tế, báo cáo giám sát việc thực hiện chỉ đạo tuyến cho các đơn vị tuyến trên.</li> <li>Hàng năm các Sở Y tế và các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế phải báo cáo về Bộ Y tế</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Các chỉ số báo cáo hiện nay cần được gắn chặt chẽ hơn với hệ thống quản lý nhà nước và các mục tiêu của hệ thống y tế</li> <li>Chưa tổng hợp được các biên bản giám sát, thanh tra, kiểm tra của BHYT và các bên có liên quan</li> </ul>

Khuyến nghị của JAHR 2007-2009			
Vấn đề chính	Kết quả cần đạt được	Kết quả thực hiện cho đến giữa năm 2010	Cần tiếp tục thực hiện
<b>6.6 Tổ chức quản lý và năng lực của hệ thống BHYT chưa đáp ứng nhu cầu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cần có sự lãnh đạo, chỉ đạo quyết liệt và thống nhất của các cấp ủy đảng, chính quyền; Cần có sự tham gia phối hợp chặt chẽ giữa các ban, ngành liên quan trong phát triển BHYT.</li> <li>▪ Hệ thống BHYT phải được tổ chức một cách chuyên nghiệp. Cần thành lập các cơ quan chuyên môn phục vụ công tác BHYT.</li> <li>▪ Các cán bộ của hệ thống BHYT cần được đào tạo cơ bản về quản lý BHYT</li> <li>▪ Hệ thống BHYT thống nhất theo mô hình đơn quỹ, tăng cường phân cấp cho các cơ quan BHYT cấp tỉnh, tạo quỹ dự phòng quốc gia ở trung ương.</li> <li>▪ Tin học hoá đồng bộ, có sự lồng ghép giữa các chương trình quản lý bệnh nhân của bệnh viện và chương trình quản lý chi phí KCB của BHYT.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Đã có sự phối hợp giữa chính quyền và cấp ủy Đảng ở các cấp: Ban bí thư ban hành Chỉ thị số 38-CT/TW ngày 07/9/2009 về thực hiện Luật BHYT; hơn 50 tỉnh đã ban hành Kế hoạch thực hiện Luật, thực hiện Chỉ thị số 38-CT/TW của Ban Bí thư. Tuy nhiên việc triển khai thực hiện ở địa phương chưa có tiến bộ rõ rệt.</li> <li>▪ Quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế số 5205/2008/QĐ-BYT ngày 30/12/2008 về việc ban hành quy chế phối hợp hoạt động trong thực hiện chính sách, pháp luật về BHYT</li> <li>▪ Một số cán bộ được đào tạo ngắn hạn nghiệp vụ BHYT.</li> <li>▪ Có quỹ dự phòng BHYT ở trung ương</li> <li>▪ Một số phần mềm tác nghiệp (phục vụ công tác in ấn phát hành thẻ, tập hợp số liệu chi phí khám chữa bệnh) đã được nâng cấp.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cần có Nghị định hướng dẫn về tổ chức BHYT theo hướng chuyên nghiệp hóa được ban hành. BHYT vẫn hòa trộn vào hoạt động của các quỹ BHXH khác.</li> <li>▪ Cần thành lập thêm cơ quan chuyên môn phục vụ công tác BHYT mới</li> <li>▪ Cần thu thập thông tin về số cán bộ của hệ thống BHYT đã được đào tạo chuyên môn về quản lý BHYT</li> <li>▪ Cần có hệ thống phần mềm đồng bộ, hệ thống, có lồng ghép giữa các chương trình quản lý bệnh nhân của bệnh viện và chương trình tập hợp chi phí khám chữa bệnh của cơ quan BHXH.</li> </ul>

## Phụ lục 2: Tóm tắt các vấn đề và giải pháp

### Chương 1: Tình trạng sức khỏe và các yếu tố ảnh hưởng

Các vấn đề ưu tiên cần giải quyết	Dài hạn (2015)
1. Sự chênh lệch khá lớn về tình trạng sức khỏe giữa các vùng, miền, giữa các nhóm mức sống, thể hiện ở một số chỉ số sức khỏe như tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi, tỷ lệ suy dinh dưỡng, tỷ số tử vong mẹ, v.v...	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiếp tục ưu tiên và tăng cường đầu tư để phát triển y tế cơ sở, y tế miền núi, vùng sâu, vùng xa, vùng khó khăn.</li> <li>Tiếp tục củng cố và triển khai tốt các giải pháp hỗ trợ CSSK cho các đối tượng thiệt thòi (người nghèo, cận nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi, người cao tuổi, đồng bào dân tộc thiểu số và các đối tượng chính sách xã hội khác).</li> </ul>
2. Tử vong sơ sinh vẫn còn khá cao - chiếm khoảng 70% số tử vong trẻ em dưới 1 tuổi và 50% tử vong trẻ em dưới 5 tuổi. Suy dinh dưỡng nhẹ cân đã giảm mạnh, nhưng suy dinh dưỡng thấp còi vẫn còn khá cao và phổ biến ở tất cả các vùng sinh thái trên cả nước.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiếp tục tăng cường đầu tư cho các Chương trình mục tiêu y tế quốc gia giai đoạn 2011-2015, đặc biệt là các chương trình, dự án liên quan đến chăm sóc sức khỏe sinh sản, để tăng cường triển khai các can thiệp nhằm giảm tử vong mẹ, tử vong sơ sinh, suy dinh dưỡng trẻ em (đặc biệt là suy dinh dưỡng thể thấp còi).</li> </ul>
3. Mô hình bệnh tật và tử vong thay đổi, nhu cầu CSSK của nhân dân ngày một tăng cao. tỷ lệ mắc các bệnh mạn tính, bệnh không lây nhiễm, tai nạn, thương tích ngày càng tăng; Một số bệnh truyền nhiễm đang có nguy cơ quay trở lại; một số dịch bệnh mới đang phát triển phức tạp và diễn biến khó lường.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Xây dựng và triển khai thực hiện Chiến lược bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2020, tầm nhìn 2030, Kế hoạch y tế 5 năm 2011-2015 và Quy hoạch mạng lưới y tế các tuyến phù hợp với xu hướng biến đổi của mô hình bệnh tật trong những năm tới.</li> <li>Mở rộng và nâng cao hiệu quả các can thiệp phòng chống các bệnh không lây nhiễm.</li> <li>Tăng cường phối hợp liên ngành, liên quốc gia để cùng phối hợp giải quyết các bệnh mới nổi.</li> </ul>
4. Các yếu tố nguy cơ tác động xấu đến sức khỏe có xu hướng gia tăng như ô nhiễm môi trường, thiếu an toàn vệ sinh thực phẩm, tai nạn lao động, tai nạn giao thông, sự lây lan dịch bệnh do mở rộng giao lưu quốc tế, biến đổi khí hậu, các vấn đề về lối sống (hút thuốc lá, nghiện hút, lạm dụng rượu, bia, tình dục không an toàn), biến động dân số...	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ưu tiên đầu tư cho y tế nói chung, đặc biệt cần quan tâm lĩnh vực phòng bệnh và nâng cao sức khỏe.</li> <li>Tăng cường sự phối hợp các bộ, ngành liên quan để xây dựng và thực hiện chiến lược sức khỏe môi trường, y tế công cộng dài hạn.</li> </ul>



## Chương 2: Y tế dự phòng và chăm sóc sức khỏe ban đầu

Các vấn đề ưu tiên	Các giải pháp/hành động		Kết quả cần đạt năm 2011
	Ngắn hạn (đến 2011)	Dài hạn (2015)	
Chương 2: Y tế dự phòng và chăm sóc sức khỏe ban đầu			
1. Nhận thức của người dân và một bộ phận cán bộ về bảo vệ và nâng cao sức khỏe còn thấp	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Đẩy mạnh công tác truyền thông, giáo dục; tăng nguồn lực, đa dạng hóa hình thức/nội dung.</li><li>▪ Thường xuyên đánh giá hiệu quả truyền thông giáo dục sức khỏe và điều chỉnh cho phù hợp.</li><li>▪ Phát triển phong trào toàn dân tham gia tập luyện thể dục, thể thao</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Phát triển mạng lưới TT-GDSK theo hướng chuyên nghiệp hóa.</li><li>▪ Đào tạo chuyên môn về TT-GDSK và tạo ra định biên trong ngành YTDP về tuyển và sử dụng lao động này hiệu quả.</li><li>▪ Mở rộng việc sử dụng các kênh truyền thông mới qua mạng như e-learning, truyền hình internet, v.v.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ngân sách cho hoạt động TT-GDSK được tăng lên</li><li>▪ Các báo cáo đánh giá TT-GDSK</li><li>▪ Kế hoạch phối hợp hướng dẫn và tạo điều kiện phát triển phong trào toàn dân tham gia tập luyện thể dục thể thao.</li></ul>
2. Các yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe liên quan đến môi trường, lối sống chưa được kiểm soát tốt	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Môi trường</b></li><li>▪ Xây dựng các văn bản hướng dẫn thực hiện Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm; Tăng cường hệ thống giám sát và đáp ứng nhanh nhằm ngăn chặn kịp thời các dịch bệnh truyền nhiễm; Tăng cường điều phối chia sẻ thông tin giám sát dịch bệnh giữa các cơ sở KCB và trung tâm YTDP.</li><li>▪ Kiến nghị Chính phủ quy định trách nhiệm của các bộ, ngành trong việc phối hợp thực hiện các giải pháp: i) cung cấp nước sạch và vệ sinh môi trường nông thôn; ii) an toàn thực phẩm; iii) phòng, chống tai nạn, thương tích, bạo hành trong gia đình; iv) môi trường lao động; phòng, chống bệnh nghề nghiệp, tai nạn lao động; v) xử lý các chất thải gây ô nhiễm môi trường và gây hại cho sức khỏe người dân.</li><li>▪ Giải quyết cơ bản việc xử lý chất thải y tế</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Đánh giá hiệu quả của chính sách hiện nay, sửa đổi và xây dựng các chính sách phòng chống bệnh không lây nhiễm phù hợp; nâng cao năng lực sàng lọc, phát hiện sớm; phân bổ nguồn lực thực hiện.</li><li>▪ Xây dựng các văn bản quy phạm pháp luật thực hiện Luật Phòng chống tác hại thuốc lá; phân bổ nguồn lực</li><li>▪ Kiện toàn mạng lưới y tế trong các trường học; triển khai các giải pháp phòng, chống bệnh, tật liên quan đến học đường</li><li>▪ Nghiên cứu và xây dựng các chương trình, kế hoạch để ứng phó các ảnh hưởng tới sức khỏe của biến đổi khí hậu, thảm họa, thiên tai, tai nạn, thương tích, môi trường bị ô</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Các văn bản hướng dẫn Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm</li><li>▪ Tỷ lệ hộ gia đình có nước sạch, nhà vệ sinh hợp vệ sinh có tăng lên</li><li>▪ Tỷ lệ mắc mới sốt xuất huyết</li><li>▪ Hệ thống báo cáo ngộ độc thực phẩm hoạt động tốt (số ca được báo cáo tăng lên)</li><li>▪ Bộ Y tế có kế hoạch giám sát tình hình an toàn lao động</li><li>▪ Tỷ lệ tử vong do tai nạn giao thông giảm.</li><li>▪ Tỷ lệ bệnh viện có phương án xử lý an toàn chất thải nguy hại tăng lên</li><li>▪ Luật phòng chống tác hại thuốc lá được trình Chính phủ</li></ul>

Các vấn đề ưu tiên	Các giải pháp/hành động		Kết quả cần đạt năm 2011
	Ngắn hạn (đến 2011)	Dài hạn (2015)	
Chương 2: Y tế dự phòng và chăm sóc sức khỏe ban			
	<p>nguy hại.</p> <p><b>Lối sống</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Hoàn thiện và trình Chính phủ dự thảo Luật phòng chống tác hại thuốc lá để trình Quốc hội thông qua năm 2011; Thực hiện các biện pháp hiệu quả để phòng, chống tác hại thuốc lá; rượu bia;</li></ul>	<p>nhiễm...</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Nghiên cứu phương án đưa chỉ số “tỷ lệ hút thuốc” và “tỷ lệ lạm dụng rượu bia” vào cuộc điều tra hộ gia đình</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Tỷ lệ người hút thuốc giảm.</li><li>Các can thiệp phòng, chống tác hại rượu bia được thực hiện</li></ul>
3. Hệ thống tổ chức YTDP, và cơ chế phối hợp liên ngành chưa phát huy hết tiềm năng trong phòng bệnh, nâng cao sức khỏe	<ul style="list-style-type: none"><li>Xây dựng kế hoạch tăng cường năng lực Trung tâm YTDP tuyến tỉnh, tuyến huyện; Đầu tư xây dựng, củng cố các Trung tâm y tế tuyến huyện</li><li>Hướng dẫn các địa phương bố trí ngân sách cho lĩnh vực YTDP phù hợp với Nghị quyết số 18/2008/QH12; Tăng định biên cán bộ YTDP địa phương..</li><li>Kiến nghị Ủy ban nhân dân các cấp tăng cường chỉ đạo, phối hợp liên ngành trong các hoạt động YTDP, CSSKBĐ tại địa phương</li><li>Xây dựng chương trình mục tiêu y tế cho giai đoạn 2011-2020 nhằm tăng cường chăm sóc sức khỏe ban đầu có sự lồng ghép, đáp ứng nhu cầu theo mô hình bệnh tật</li><li>Xây dựng tầm nhìn và kế hoạch tổng thể, xây dựng mạng lưới y tế các tuyến phù hợp để phòng, chống các bệnh không lây nhiễm.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Tăng cường hoạt động y tế công cộng, YTDP tuyến cơ sở.</li><li>Triển khai chương trình đào tạo mới và đào tạo bổ túc cán bộ chuyên khoa YTDP, y tế công cộng.</li><li>Xây dựng và tăng cường sự phối hợp trong mạng lưới phòng xét nghiệm;</li><li>Đầu tư cho đội cơ động chống dịch các tuyến và phát triển chương trình đào tạo dịch tễ học thực địa.</li><li>Nâng cấp các viện nghiên cứu, nhân lực nghiên cứu trong hệ YTDP.</li><li>Đánh giá hiệu quả các Chương trình mục tiêu y tế và cơ chế phối hợp, lồng ghép</li><li>Tăng cường hợp tác quốc tế về YTDP; chú trọng chia sẻ thông tin và kiểm định kết quả xét nghiệm YTDP</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Kế hoạch tăng cường năng lực các Trung tâm YTDP.</li><li>Định biên cán bộ YTDP địa phương được tăng</li><li>Tỷ lệ trung tâm y tế tuyến huyện được đầu tư xây dựng tăng lên.</li><li>Các chương trình mục tiêu được xây dựng và triển khai cho giai đoạn 2011-2015</li><li>Tỷ lệ mắc và tử vong do HIV giảm;</li><li>Tỷ lệ mắc mới lao phổi giảm.</li></ul>

### Chương 3: Khám chữa bệnh

Các vấn đề ưu tiên cần giải quyết	Các giải pháp/hành động		Kết quả cần đạt năm 2011
	Ngắn hạn (đến 2011)	Dài hạn (2015)	
Chương 3: Khám chữa bệnh			
1. Khả năng đáp ứng của mạng lưới cung ứng dịch vụ KCB còn hạn chế	<ul style="list-style-type: none"><li>Nghiên cứu xây dựng cơ chế giám sát và khắc phục khó khăn tiếp cận dịch vụ có chất lượng đối với người nghèo, người dân tộc thiểu số.</li><li>Xây dựng cơ chế đánh giá mức độ đáp ứng nhu cầu (mức độ hài lòng) của người bệnh ở tuyến cơ sở và bệnh viện các tuyến</li><li>Bộ Y tế xây dựng các văn bản hướng dẫn công tác chăm sóc sức khỏe người cao tuổi theo quy định của Luật Người cao tuổi (2009).</li><li>Xây dựng các Nghị định và Thông tư hướng dẫn thực hiện các quy định liên quan đến chăm sóc sức khỏe, PHCN theo Luật Người khuyết tật</li><li>Giám sát thực hiện thông tư Hướng dẫn việc tiếp nhận, chăm sóc y tế và thống kê, báo cáo đối với người bệnh là nạn nhân bạo lực gia đình tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh</li><li>Xây dựng các văn bản quy phạm pháp luật, đẩy mạnh phát triển đồng được và được liệu.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Nghiên cứu vai trò của bệnh viện PHCN, bệnh viện tâm thần, bệnh viện y học dân tộc cổ truyền để đáp ứng nhu cầu của người dân, chấn thương, khuyết tật, người cao tuổi, v.v.</li><li>Nghiên cứu xây dựng mô hình mạng lưới cơ sở KCB phù hợp với nhu cầu CSSK và điều kiện kinh tế - xã hội đa dạng của người dân và với điều kiện nhân lực và quản lý y tế của từng vùng</li><li>Nghiên cứu xây dựng các cơ chế quản lý người bệnh mạn tính, bệnh người cao tuổi có tính liên tuyến, chia sẻ thông tin người bệnh để KCB có hiệu lực hơn. Tăng cường khả năng sàng lọc, quản lý người bệnh ở tuyến y tế cơ sở, y tế tư nhân trong mạng lưới KCB đa tuyến</li><li>Tăng cường mạng lưới cấp cứu.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Chênh lệch giàu-nghèo về tỷ số lượt KCB ngoại trú bình quân đầu người dân có xu hướng giảm</li><li>Chênh lệch giàu-nghèo về tỷ số lượt nhập viện bình quân 100 người dân có xu hướng giảm</li><li>Tỷ lệ lần KCB nội trú tại TYT xã có xu hướng giảm</li><li>Nghị định, Thông tư hướng dẫn thực hiện CSSK, PHCN Luật Người cao tuổi, Luật Người khuyết tật</li><li>Báo cáo giám sát thực hiện thông tư Hướng dẫn CSSK nạn nhân bạo hành gia đình</li></ul>
2. Chất lượng, hiệu quả của mạng lưới cung ứng dịch vụ KCB còn hạn chế	<ul style="list-style-type: none"><li>Tiếp tục huy động vốn đầu tư xây dựng cơ bản và ưu tiên dành ngân sách nhà nước cho chi thường xuyên của TYT xã.</li><li>Xây dựng chương trình phòng, chống nhiễm khuẩn bệnh viện; Xây dựng quy chế; nâng cấp cơ sở hạ tầng, TTB để khử trùng, tẩy uế theo các tiêu chuẩn; bảo đảm ngân sách các chi phí thực hiện chương trình; đào tạo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Xây dựng chính sách/chiến lược quản lý chất lượng toàn diện làm cơ sở để lập các kế hoạch hành động và xây dựng các tiêu chuẩn ngành</li><li>Tạo cơ chế và cấp đủ kinh phí, nhân lực, để công tác xây dựng và ứng dụng các tiêu</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Tỷ lệ xã đạt chuẩn y tế xã mới tăng lên</li><li>Có chương trình phòng, chống nhiễm khuẩn bệnh viện</li><li>Quy định phân tuyến kỹ thuật được sửa đổi; cơ chế chuyển tuyến được</li></ul>

Các vấn đề ưu tiên cần giải quyết	Các giải pháp/hành động		Kết quả cần đạt năm 2011
	Ngắn hạn (đến 2011)	Dài hạn (2015)	
Chương 3: Khám chữa bệnh			
	<p>chuyên môn; xây dựng hệ thống giám sát.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Tổ chức cung cấp dịch vụ theo phân cấp, phân tuyến kỹ thuật kết hợp với ưu tiên xây dựng và hỗ trợ hệ thống chuyển tuyến thích hợp, trước hết thông qua BHYT.</li><li>Xây dựng các văn bản quy phạm pháp luật để thực hiện Luật Khám bệnh, chữa bệnh liên quan đến: a) Thực hiện điều 50 và 51 về chứng nhận chất lượng và các tổ chức chứng nhận chất lượng đối với cơ sở KCB; b) giám sát và xử lý sai sót chuyên môn; c) tiêu chuẩn cấp chứng chỉ.</li><li>Xây dựng các văn bản hướng dẫn quy trình kỹ thuật bằng y học cổ truyền và quy trình điều trị kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại. Ban hành phác đồ điều trị bằng y học cổ truyền.</li></ul>	<p>chuẩn ngành trở thành hoạt động thường xuyên của ngành y tế. Bổ sung đơn vị trực thuộc Cục Quản lý KCB để chỉ đạo công tác xây dựng các tiêu chuẩn. Tăng cường vai trò quản lý chất lượng chuyên môn của các tổ chức hội chuyên ngành.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Thực hiện tốt quy định đã có về xây dựng các khoa dinh dưỡng tiết chế trong hệ thống bệnh viện, nghiên cứu loại hình và kỹ năng cần thiết của cán bộ y tế thực hiện chăm sóc bệnh nhân toàn diện.</li><li>Nâng cao và phát huy vai trò của Hội đồng chuyên môn trong bệnh viện.</li></ul>	<p>củng cố</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Các nghị định và thông tư cần thiết để thực hiện Luật Khám bệnh, chữa bệnh</li><li>Số ngày điều trị nội trú trung bình giảm</li><li>Tỷ lệ mổ lấy thai trong tổng số ca đẻ có xu hướng giảm</li><li>Tỷ lệ bệnh viện thực hiện báo cáo tác động không mong muốn của thuốc có xu hướng tăng</li></ul>
3. Cơ chế tài chính và quản lý bệnh viện còn những vấn đề đáng quan tâm	<ul style="list-style-type: none"><li>Đánh giá toàn diện tình hình hoạt động của các bệnh viện công lập; xây dựng đề án và lộ trình đổi mới toàn diện cơ chế kiểm soát hoạt động của các bệnh viện công lập. Đổi mới chính sách giá viện phí.</li><li>Nghiên cứu tác động của cơ chế viện phí, cấp ngân sách nhà nước và các nguyên tắc giám định BHYT đối với cung ứng dịch vụ KCB; Điều chỉnh viện phí để khuyến khích cung cấp dịch vụ hiệu quả chi phí; bảo đảm các cơ sở y tế có đủ kinh phí để hoạt động hiệu quả</li><li>Thúc đẩy ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Chuẩn hóa các phòng xét nghiệm kèm theo quy định việc công nhận kết quả của nhau trong hệ thống xét nghiệm.</li><li>Xây dựng tiêu chuẩn (điều kiện cần và đủ) đối với người quản lý y tế, để đảm bảo người quản lý phải có đủ điều kiện, năng lực quản lý hiệu quả. Đào tạo nâng cao năng lực chuyên môn quản lý.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Nghị định về cơ chế hoạt động bệnh viện công lập</li><li>Có cơ sở khoa học về phương pháp đổi mới cơ chế thu chi bệnh viện</li><li>Công suất sử dụng giường bệnh giảm xuống dưới 100%</li><li>Quy chế ứng dụng công nghệ thông tin trong bệnh viện được nghiên cứu/xây dựng</li></ul>

## Chương 4: Cung ứng dịch vụ dân số- KHHGĐ và chăm sóc sức khỏe sinh sản

Các vấn đề ưu tiên cần giải quyết	Các giải pháp hành động		Kết quả cần đạt năm 2011
	Ngắn hạn (2011)	Dài hạn (2015)	
Chương 4: Cung ứng dịch vụ dân số - KHHGĐ và chăm sóc sức khỏe sinh sản			
1. Nguy cơ mức sinh có thể tăng trở lại ở nhiều địa phương	<ul style="list-style-type: none"><li>Rà soát để kiến nghị sửa đổi, bổ sung các văn bản quy phạm pháp luật nhằm duy trì mô hình gia đình ít con.</li><li>Chú trọng công tác tuyên truyền, giáo dục pháp luật; tăng cường kiểm tra, giám sát việc thi hành chính sách, pháp luật về DS-KHHGĐ</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Xây dựng các văn bản hướng dẫn chuyên môn kỹ thuật đảm bảo thực thi pháp luật và các chính DS-KHHGĐ.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Văn bản quy phạm pháp luật liên quan điều chỉnh mức sinh được sửa</li><li>TFR = 2,0</li></ul>
2. Mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh có xu hướng gia tăng	<ul style="list-style-type: none"><li>Tiến hành nghiên cứu để xác định rõ bản chất và nguyên nhân của hiện tượng tăng tỷ số giới tính khi sinh.</li><li>Tăng cường giáo dục và nâng cao nhận thức về giới và bình đẳng giới, xóa bỏ tư tưởng “trọng nam khinh nữ”.</li><li>Kiểm soát chặt chẽ việc sử dụng các phương pháp, kỹ thuật giúp lựa chọn giới tính thai nhi, các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản; nghiêm cấm lựa chọn giới tính thai nhi.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Xây dựng các chính sách nâng cao phúc lợi thích ứng cho từng vùng, bảo hiểm xã hội cho người cao tuổi, những người sinh con gái.</li><li>Lồng ghép biến số giới trong công tác quản lý đa ngành.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Cơ chế giám sát sử dụng phương tiện lựa chọn giới thai nhi</li></ul>
3. Chất lượng các dịch vụ KHHGĐ và CSSKSS còn hạn chế	<ul style="list-style-type: none"><li>Tăng cường năng lực (quy trình kỹ thuật, cơ sở hạ tầng) mạng lưới cung cấp dịch vụ KHHGĐ. Lồng ghép cung cấp dịch vụ KHHGĐ với dịch vụ CSSKSS.</li><li>Xây dựng các mô hình, phương thức cung cấp dịch vụ riêng biệt về KHHGĐ và CSSKSS cho các đối tượng ở vùng khó tiếp cận dịch vụ, theo hướng thân thiện, lấy khách hàng làm trung tâm.</li><li>Huy động sự tham gia của y tế tư nhân, các ngành, các tổ chức phi chính phủ và cá nhân tham gia cung cấp dịch vụ.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Theo dõi, giám sát, đánh giá việc thực hiện các quy định chuyên môn, kỹ thuật dịch vụ KHHGĐ.</li><li>Bổ sung nhân lực, nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ, kỹ năng thực hành cho nhân viên cung cấp dịch vụ KHHGĐ</li><li>Hoàn thiện hệ thống thông tin quản lý hậu cần phương tiện tránh thai.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Các mô hình cung cấp dịch vụ KHHGĐ vùng khó khăn</li><li>Quy trình kỹ thuật KHHGĐ được sửa đổi, cập nhật</li><li>Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai (CPR) = 80,8%,</li><li>Tỷ lệ sử dụng BP hiện đại = 69,0%</li></ul>

Các vấn đề ưu tiên cần giải quyết	Các giải pháp hành động		Kết quả cần đạt năm 2011
	Ngắn hạn (2011)	Dài hạn (2015)	
Chương 4: Cung ứng dịch vụ dân số - KHHGD và chăm sóc sức khỏe sinh sản			
4. Còn sự khác biệt về tình trạng sức khỏe bà mẹ giữa vùng đồng bằng, đô thị với vùng núi, vùng đồng bào dân tộc thiểu số	<ul style="list-style-type: none"><li>Xây dựng bổ sung, rà soát cập nhật các văn bản chính sách, quy chuẩn chuyên môn kỹ thuật liên quan SKSS.</li><li>Củng cố hệ thống báo cáo, theo dõi, giám sát liên quan đến các chỉ số về sức khỏe bà mẹ hiện có.</li><li>Kiện toàn mạng lưới hộ sinh tuyến xã và thôn bản.</li><li>Cập nhật kiến thức chăm sóc sức khỏe bà mẹ theo Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản 2010 .</li><li>Tăng cường công tác tuyên truyền giáo dục, tư vấn về CSSK bà mẹ và trẻ sơ sinh.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Chính thức hóa chương trình đào tạo và hoàn thiện chế độ chính sách cho cô đỡ thôn bản. Mở rộng mô hình chuyển tuyến dựa vào cộng đồng tại những vùng khó khăn</li><li>Hoàn chỉnh các cơ chế theo dõi tình hình tử vong mẹ và áp dụng hệ thống để tìm ra nguyên nhân.</li><li>Hoàn thiện Đề án Quy hoạch Phát triển Mạng lưới khám chữa bệnh sản khoa và nhi khoa.</li><li>Mở rộng tư vấn, tiêm phòng, khám sàng lọc sức khỏe cho phụ nữ trước và trong khi mang thai,</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Tỷ lệ cán bộ sản khoa được đào tạo theo Hướng dẫn Quốc gia 2010</li><li>MMR&lt; 70/100 000 sơ sinh sống</li><li>95-97% số trạm y tế xã có nữ hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi.</li></ul>
5. Công tác chăm sóc sức khỏe trẻ em và cứu sống trẻ sơ sinh còn nhiều hạn chế, còn sự khác biệt về tình trạng sức khỏe trẻ em giữa vùng núi và đồng bằng, giữa người giàu và người nghèo	<ul style="list-style-type: none"><li>Khảo sát hiện trạng mạng lưới chăm sóc nhi khoa; Thẩm định tử vong sơ sinh 2010-2011 và phát triển phương pháp thu thập thống kê thường xuyên về tử vong sơ sinh</li><li>Xây dựng Hướng dẫn Quốc gia về chăm sóc trẻ em từ 1 tháng đến 5 tuổi, cập nhật nội dung về phác đồ chương trình lồng ghép chăm sóc trẻ bệnh (IMCI), về cấp cứu và chuyển tuyến nhi khoa, về chăm sóc trẻ tại nhà; Đào tạo cho cán bộ y tế, gia đình thực hiện.</li><li>Xây dựng và triển khai Kế hoạch hành động quốc gia về truyền thông giáo dục về dinh dưỡng và chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em phù hợp với điều kiện và văn hóa của từng vùng.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Kiện toàn mạng lưới chăm sóc sơ sinh từ trung ương đến tuyến xã. Bổ sung thành lập khoa sơ sinh ở bệnh viện tỉnh và đơn nguyên sơ sinh ở bệnh viện huyện.</li><li>Đầu tư hệ thống, quy trình kỹ thuật chăm sóc, cấp cứu, sàng lọc sơ sinh về cơ sở vật chất và phân cấp kỹ thuật.</li><li>Phát triển nhân lực cho công tác chăm sóc sức khỏe trẻ em và trẻ sơ sinh (bác sĩ, nữ hộ sinh, điều dưỡng).</li><li>Củng cố hệ thống báo cáo, theo dõi, giám sát liên quan đến các chỉ số về sức khỏe trẻ em hiện có. Điều tra tử vong sơ sinh năm 2015.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Có nguồn thống kê thường xuyên về tử vong sơ sinh</li><li>Hướng dẫn quốc gia về chăm sóc trẻ em từ 1 tháng đến 5 tuổi.</li><li>Các chỉ số về dinh dưỡng được cải thiện, chênh lệch giữa tỉnh giàu/ nghèo giảm.</li><li>IMR năm 2015 đạt 14‰ trở xuống</li></ul>
6. Tình trạng phá thai và phá thai không an toàn còn ở mức cao	<ul style="list-style-type: none"><li>Tăng cường giám sát kiểm tra các dịch vụ phá thai (đặc biệt với cơ sở y tế tư nhân).</li><li>Tăng cường năng lực phá thai an toàn: a)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Nâng cao chất lượng dịch vụ phá thai</li><li>Truyền thông giáo dục chuyển đổi</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Báo cáo về tình hình tăng cường chất lượng dịch vụ</li></ul>



Các vấn đề ưu tiên cần giải quyết	Các giải pháp hành động		Kết quả cần đạt năm 2011
	Ngắn hạn (2011)	Dài hạn (2015)	
Chương 4: Cung ứng dịch vụ dân số - KHHGĐ và chăm sóc sức khỏe sinh sản			
	Cập nhật kiến thức phá thai an toàn theo Hướng dẫn quốc gia 2010; cấp trang thiết bị, thuốc...để cung cấp dịch vụ phá thai an toàn và biện pháp tránh thai sau phá thai để tránh phá thai lặp lại	<div>hành vi về hậu quả của phá thai</div> <ul style="list-style-type: none"><li>Xây dựng, bổ sung, cập nhật quy chuẩn kỹ thuật về phá thai.</li></ul>	<div>phá thai</div> <ul style="list-style-type: none"><li>Tỷ số phá thai 27/100 sơ sinh sống</li></ul>
7. Tình trạng nhiễm khuẩn đường sinh sản kể cả nhiễm khuẩn lây qua đường tình dục, tình trạng ung thư đường sinh sản, vô sinh còn phổ biến	<ul style="list-style-type: none"><li>Tổ chức mạng lưới và tăng cường năng lực (đào tạo nhân lực, xây dựng hướng dẫn, đầu tư trang thiết bị, tuyên truyền giáo dục, tư vấn cho người dân để khám phát hiện và điều trị sớm ung thư đường sinh sản và các nhiễm khuẩn đường sinh sản.</li><li>Đào tạo cán bộ, cung cấp trang thiết bị để mở rộng mạng lưới cung cấp dịch vụ hỗ trợ vô sinh tại tất cả các tỉnh.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Mở rộng thăm khám định kỳ NKĐSS và NKLTQĐTD. Lồng ghép các dịch vụ CSSKSS, khám và điều trị NKLTQĐTD và HIV/AIDS.</li><li>Đảm bảo tuyến huyện có khả năng tổ chức khám sàng lọc ung thư đường sinh sản. (đào tạo cán bộ, cung cấp sinh phẩm, máy móc, TTB)</li><li>Điều tra tình trạng mắc nhiễm khuẩn đường sinh sản/ nhiễm khuẩn lây qua đường tình dục, ung thư đường sinh sản, vô sinh năm 2015.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Tăng 10% số người khám phụ khoa.</li><li>Giảm 5-8% số người chữa phụ khoa.</li><li>Trong tổng số ca phát hiện ung thư đường sinh sản, tỷ lệ phát hiện sớm tăng lên.</li></ul>
8. Chăm sóc SKSS vị thành niên và thanh niên, người cao tuổi, nạn nhân của bạo hành gia đình còn hạn chế	<ul style="list-style-type: none"><li>Tuyên truyền giáo dục về SKSS, sức khỏe tình dục tới vị thành niên và người cao tuổi.</li><li>Triển khai rộng dịch vụ CSSKSS cho người cao tuổi, cho nam giới, điều trị rối loạn mãn kinh, mãn dục nam.</li><li>Đáp ứng tốt hơn nhu cầu CSSKSS cho các đối tượng đặc biệt (người khuyết tật, người di cư, lánh nạn do thiên tai, thảm họa...) thông qua các loại hình dịch vụ thích hợp.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Tăng cường tư vấn lồng ghép với cung cấp dịch vụ CSSK thân thiện với vị thành niên, thanh niên và người cao tuổi.</li><li>Triển khai mở rộng ở tất cả các cơ sở CSSKSS đều có góc dịch vụ sức khỏe thân thiện dành cho vị thành niên và thanh niên.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Kế hoạch tuyên truyền giáo dục SKSS cho thanh niên, người cao tuổi, nam giới</li><li>10 % số cơ sở cung cấp dịch vụ SKSS có cung cấp dịch vụ CSSKSS người cao tuổi.</li></ul>

## Chương 5: Nhân lực y tế

Các vấn đề ưu tiên	Các giải pháp/hành động		Kết quả cần đạt năm 2011
	Ngắn hạn (đến 2011)	Dài hạn (2015)	
Chương 5: Nhân lực y tế			
1. Thiếu và mất cân đối về nhân lực y tế	<ul style="list-style-type: none"><li>Bổ sung, hoàn thiện các chế độ, chính sách để triển khai thực hiện tốt hơn Đề án 1816.</li><li>Tiếp tục thực hiện đề án đào tạo cử tuyển, theo địa chỉ, đào tạo bác sĩ tập trung hệ 4 năm, nhân viên y tế thôn, bản, ưu tiên khu vực khó khăn, vùng sâu vùng xa.</li><li>Hoàn thiện dự thảo Nghị định về phụ cấp ưu đãi theo nghề để tăng chế độ đãi ngộ cho nhân lực các chuyên ngành thu nhập thấp, khó thu hút và giữ lao động y tế</li><li>Rà soát lại các dịch vụ, điều kiện làm việc của y tế tuyến xã; Cải thiện điều kiện làm việc bằng cách nâng cấp cơ sở làm việc, cung cấp đủ ngân sách hoạt động của TYT xã và Trung tâm YTDP</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Nghiên cứu xây dựng chính sách về nghĩa vụ và chế độ khuyến khích, điều kiện sống, làm việc, cơ hội tăng chức đối với CBYT phục vụ tại miền núi, vùng sâu, vùng xa, tuyến dưới.</li><li>Đổi mới chương trình đào tạo, tăng nội dung chẩn đoán và điều trị bệnh phổ biến ở nông thôn, miền núi; Bố trí cơ hội thực hành ở vùng nông thôn; Bảo đảm điều kiện để cán bộ y tế vùng nông thôn nâng cao năng lực, cập nhật kiến thức.</li><li>Đối với các khu vực đặc biệt (miền núi, dân tộc thiểu số), xem xét nhu cầu sử dụng loại hình NLYT phù hợp; Thí điểm mô hình cung cấp dịch vụ y tế không bắt buộc phải có bác sĩ ở tuyến xã và chuẩn bị tốt cho chuyển tuyến.</li><li>Tiếp tục đào tạo sau đại học, chuyên sâu, nhân tài ngành y tế.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Bổ sung, hoàn thiện các chế độ, chính sách để tiếp tục thực hiện Đề án 1816</li><li>Báo cáo nghiên cứu về hoạt động TYT xã</li><li>Nghị định về phụ cấp ưu đãi theo nghề được ban hành</li><li>Số bác sĩ trên 10 000 dân</li><li>Số dược sĩ trên 10 000 dân</li><li>Tỷ lệ cán bộ y tế tại cơ sở y tế công lập có trình độ đại học tăng lên</li></ul>
2. Công tác đảm bảo chất lượng NLYT còn nhiều hạn chế	<ul style="list-style-type: none"><li>Triển khai lộ trình thực hiện kiểm định chất lượng đào tạo theo quy định hiện hành.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Thực hiện kiểm định chất lượng đào tạo thường xuyên ở các cơ sở đào tạo NLYT</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Các cơ hội thực hành được mở rộng.</li><li>Xây dựng được chuẩn đầu ra</li></ul>

Các vấn đề ưu tiên	Các giải pháp/hành động		Kết quả cần đạt năm 2011
	Ngắn hạn (đến 2011)	Dài hạn (2015)	
Chương 5: Nhân lực y tế			
	<ul style="list-style-type: none"><li>Hỗ trợ nâng cấp cơ sở vật chất, Nâng cao năng lực của giảng viên các trường đại học y và bác sĩ trong các bệnh viện thực hành.</li><li>Hỗ trợ tích cực sinh viên từ vùng khó khăn, dân tộc thiểu số.</li><li>Xây dựng các tiêu chuẩn về kỹ năng cần thiết làm cơ sở đổi mới chương trình đào tạo, và kiểm tra kỹ năng khi xét cấp chứng chỉ hành nghề theo Luật Khám bệnh, chữa bệnh.</li><li>Bắt đầu xây dựng và nghiệm thu (kiểm định) các chương trình đào tạo cập nhật kiến thức (ngắn hạn) cho cả cán bộ lâm sàng và cán bộ quản lý</li><li>Xây dựng cơ chế để bảo đảm các cán bộ KCB tuân thủ quy định trong Luật KB, CB về cập nhật kiến thức thường xuyên.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Mở rộng chương trình đào tạo để tạo nhiều cơ hội học qua thực hành, đặc biệt ở nông thôn, vùng núi</li><li>Đánh giá mức độ duy trì kỹ năng thông qua việc đánh giá, giám sát sau tốt nghiệp.</li><li>Đổi mới chương trình đào tạo chính quy phù hợp với phương pháp giảng dạy mới, với yêu cầu và điều kiện của các loại cơ sở y tế, đặc biệt ở nông thôn, và phù hợp với quy định thực hiện cấp chứng chỉ hành nghề.</li><li>Nâng cao đào tạo cán bộ xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh về sử dụng TTB hợp lý</li><li>Tăng kinh phí đào tạo lại cho các cơ sở hệ YTDP, y tế cơ sở, bảo đảm có cán bộ luân phiên thay thế khi cán bộ đi đào tạo.</li></ul>	<p>của các cơ sở đào tạo phù hợp với việc cấp chứng chỉ theo Luật Khám bệnh, chữa bệnh</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Chương trình đào tạo nâng cao năng lực được xây dựng</li><li>Cơ chế được xây dựng để bảo đảm cán bộ y tế tuân thủ quy định học tập nâng cao năng lực</li></ul>
3. Quản lý NLYT còn chưa hiệu quả	<ul style="list-style-type: none"><li>Đánh giá số lượng và loại cán bộ (kỹ năng của cán bộ) cần kết hợp với nhau để cung ứng dịch vụ hiệu quả ở các cấp.</li><li>Hoàn thiện Quy hoạch tổng thể về nhân lực y tế Việt Nam</li><li>Điều chỉnh các nguyên tắc và quy định để cho phép các cơ sở y tế và sở y tế tái phân phối nhân lực theo các khu vực có nhu cầu</li><li>Nghiên cứu việc tăng số điều dưỡng, cán bộ hỗ trợ khác để</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Cải thiện hệ thống thông tin liên quan đến nhân lực y tế, thông qua cấp và quản lý chứng chỉ, đào tạo cập nhật kiến thức thường xuyên, theo dõi sai sót chuyên môn trong cả khu vực công lập và ngoài công lập.</li><li>Xây dựng kế hoạch cụ thể giải quyết vấn đề mất cân đối NLYT thuộc phạm vi quy hoạch NLYT tổng thể.</li><li>Xây dựng và triển khai lộ trình để thực hiện hệ thống nâng cao chất</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Số bác sĩ được cấp chứng chỉ hành nghề tăng lên</li><li>Kế hoạch sử dụng NLYT dựa trên yêu cầu hoạt động, bước đầu giải quyết vấn đề mất cân đối về NLYT</li><li>Tỷ số điều dưỡng, KTV và nữ hộ sinh trên bác sĩ tăng lên.</li><li>Tổ chức đánh giá và phổ biến kinh nghiệm của một số cơ sở ở TPHCM, An Giang về triển khai xây dựng bản</li></ul>

Các vấn đề ưu tiên	Các giải pháp/hành động		Kết quả cần đạt năm 2011
	Ngắn hạn (đến 2011)	Dài hạn (2015)	
Chương 5: Nhân lực y tế			
	<p>tăng hiệu quả làm việc của cơ sở y tế, của bác sĩ.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Tổng kết và phổ biến kinh nghiệm xây dựng bản mô tả công việc và đánh giá thực hiện công việc ở một số cơ quan y tế thuộc Tp. Hồ Chí Minh và An Giang.</li><li>Đánh giá để kiến nghị đổi mới nâng cao hiệu quả các biện pháp giám sát lâm sàng (bình bệnh án, hội đồng thuốc và điều trị, hội chẩn, v.v.).</li><li>Xây dựng và thực hiện các chương trình đào tạo nâng cao năng lực quản lý y tế nói chung và quản lý bệnh viện nói riêng</li></ul>	<p>lượng làm việc của CBYT</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Triển khai đánh giá thực hiện công việc, chi trả lương theo năng suất và hiệu quả làm việc.</li><li>Tổ chức chương trình đào tạo ngắn hạn, dài hạn cho các cán bộ quản lý nâng cao trình độ, kỹ năng quản lý</li></ul>	<p>mô tả công việc và đánh giá thực hiện công việc</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Báo cáo đánh giá các biện pháp giám sát chuyên môn hiện đang áp dụng tại cơ sở y tế</li><li>Các khoá đào tạo cập nhật kiến thức để nâng cao năng lực quản lý chung, quản lý bệnh viện cho cán bộ lãnh đạo, cán bộ quản lý ở các cơ sở y tế</li></ul>

## Chương 6: Thông tin y tế

Các vấn đề ưu tiên	Các giải pháp/hành động		Kết quả cần đạt năm 2011
	Ngắn hạn (đến năm 2011)	Dài hạn (đến năm 2015)	
Chương 6: Hệ thống thông tin y tế			
1. Chính sách về hệ thống thông tin y tế chưa đầy đủ	<ul style="list-style-type: none"><li>Xây dựng kế hoạch phát triển hệ thống thông tin y tế đến năm 2015 và tầm nhìn 2020</li><li>Tăng cường phối hợp, chia sẻ thông tin trong ngành y tế và với các bộ/ ngành liên quan</li><li>Xây dựng hệ thống khái niệm, phương pháp tính, hình thức thu thập thông tin của hệ thống chỉ tiêu thống kê y tế quốc gia (43/2010/QĐ-TTG)</li><li>Quy định chế độ cung cấp thông tin, báo cáo của các cơ sở y tế tư nhân.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Tăng cường cơ sở pháp lý và kỹ thuật về thu thập và tổng hợp báo cáo cho các cơ sở y tế tư nhân</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Bản Chiến lược phát triển hệ thống thông tin Y tế được xây dựng.</li><li>Quy chế phối hợp, phân công thu thập và chia sẻ thông tin được xây dựng.</li><li>Quy chế hợp tác, cung cấp và trao đổi thông tin giữa ngành y tế với các bộ, ngành liên quan khác được xây dựng.</li><li>Tài liệu chuẩn hóa khái niệm, phương pháp, hình thức thu thập của hệ thống thống kê chỉ tiêu thống kê quốc gia</li><li>Tỷ lệ số chỉ tiêu thống kê quốc gia về y tế có nguồn thông tin thương xuyên tăng</li></ul>
2. Khả năng đáp ứng nhu cầu sử dụng số liệu còn hạn chế	<ul style="list-style-type: none"><li>Nâng cao năng lực thu thập, xử lý và tổng hợp báo cáo</li><li>Tăng cường theo dõi và giám sát chất lượng số liệu</li><li>Đẩy mạnh ứng dụng công nghệ tin học trong xử lý, quản lý, chuyển tải thông tin y tế</li><li>Thực hiện điều tra về được theo khuyến cáo của WHO.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Củng cố và tăng cường hệ thống ghi nhận các bệnh không lây nhiễm</li><li>Tăng cường hệ thống theo dõi nguyên nhân tử vong dựa trên công đồng</li><li>Quy định để thực hiện điều tra thu thập thông tin theo dõi thường xuyên một số lĩnh vực như: được; TTBYT; KCB, CSSKSS; phòng, chống bệnh không lây nhiễm.</li><li>Tiến hành Điều tra y tế quốc gia lần 2</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Hệ thống biểu mẫu và các công cụ thu thập được xây dựng và ban hành; lớp đào tạo được tổ chức.</li><li>Bộ công cụ theo dõi, giám sát và đánh giá được xây dựng và áp dụng.</li><li>Tỷ số ca tử vong được báo cáo trong hệ thống hộ tịch so với ước tính tổng số ca tử vong tăng</li><li>Tỷ lệ số chỉ tiêu thống kê trong NGTKYT được chia theo giới</li><li>Phần mềm hiện có từng bước được hoàn thiện và nâng cấp; Hệ thống mã cơ sở y tế, mã thầy thuốc, mã phẫu thuật, thủ thuật, XN, dịch vụ chẩn đoán hình ảnh... được xây dựng</li><li>Báo cáo đánh giá tính khả thi tiến hành Điều tra Y tế Quốc gia lần 2.</li></ul>
3. Phân tích và sử	<ul style="list-style-type: none"><li>Tăng cường phổ biến số liệu</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Nâng cao năng lực phân tích</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Số bảng và sản phẩm thống kê y tế</li></ul>

Các vấn đề ưu tiên	Các giải pháp/hành động		Kết quả cần đạt năm 2011
	Ngắn hạn (đến năm 2011)	Dài hạn (đến năm 2015)	
Chương 6: Hệ thống thông tin y tế			
dụng số liệu thống kê còn yếu		và sử dụng số liệu <ul style="list-style-type: none"><li>Xây dựng cơ sở dữ liệu tại tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện</li></ul>	được đăng trang web của Bộ Y tế hoặc trang web của CHITI (CIMS) tăng lên <ul style="list-style-type: none"><li>NGTKYT hằng năm được phổ biến trước tháng 7 năm sau</li><li>Quy chế phổ biến các nguồn số liệu trong hệ thống y tế được dự thảo</li></ul>



## Chương 7: Thuốc, vắc-xin, sinh phẩm, máu

Các vấn đề ưu tiên	Các giải pháp/hành động		Kết quả cần đạt năm 2011
	Ngắn hạn (đến 2011)	Dài hạn (2015)	
Chương 7: Thuốc, vắc-xin, sinh phẩm, máu			
1. Giá thuốc còn cao dù biến động giá có giảm	<ul style="list-style-type: none"><li>Nghiên cứu và xây dựng chính sách phát triển sử dụng thuốc gốc (generic); Quy định việc mua sắm, đấu thầu thuốc phải dựa trên tên thuốc gốc (hoạt chất); Phát triển sản xuất thuốc nội địa phù hợp để đáp ứng với gánh nặng bệnh tật.</li><li>Áp dụng biện pháp giá thuốc tham khảo quốc tế và nội địa; Giá bán lẻ, giá mua sắm cần được giám sát và công khai. Nhà nước quản lý thặng dư.</li><li>Hệ thống mua sắm phải được làm rõ, công khai xung đột lợi ích; Công khai hóa thông tin về giá thuốc cho người dân biết và minh bạch hóa quá trình định giá bán lẻ.</li><li>Sửa đổi Nghị định 45/2005/NĐ-CP về xử phạt hành chính trong lĩnh vực dược.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Thúc đẩy tin học hóa việc giám định BHYT nhằm kiểm soát tốt hơn đơn thuốc tại bệnh viện</li><li>Thực hiện rộng rãi việc chi trả theo nhóm bệnh, theo định suất</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Bộ Y tế có chính sách thuốc generic</li><li>Chiến lược khuyến khích phát triển thuốc nội địa</li><li>Chính sách bình ổn giá thuốc được sửa đổi</li><li>Tỷ lệ gia tăng giá thuốc chậm hơn tỷ lệ gia tăng giá tiêu dùng</li></ul>
2. Chất lượng thuốc và nguyên liệu làm thuốc cần tiếp tục nâng cao	<ul style="list-style-type: none"><li>Thống nhất thực hiện GMP-WHO trong sản xuất thuốc; Hoàn thiện và trình Thủ tướng phê duyệt Quy hoạch hệ thống lưu thông phân phối áp dụng GPP ; Tiếp tục yêu cầu, và kiểm tra việc thuốc mua sắm qua đấu thầu, thuốc bán lẻ đặt tiêu chuẩn GMP</li><li>Nghiên cứu thành lập ban liên ngành chống thuốc giả, thuốc kém chất lượng..</li><li>Xây dựng và tổ chức thực hiện kế hoạch tiền kiểm, hậu kiểm, thanh kiểm tra trong từng lĩnh vực quản lý thuốc</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Tăng chất lượng thuốc sản xuất nội địa.</li><li>Tăng cường năng lực và vai trò của hệ thống kiểm soát chất lượng thuốc (cơ sở hạ tầng, đào tạo cán bộ)</li><li>Đánh giá và điều chỉnh chính sách về thử nghiệm lâm sàng về thuốc</li><li>Bảo đảm có đủ cán bộ thanh tra để thực hiện công tác thanh tra, bảo đảm các quy định quản lý được được tuân thủ.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Tỷ lệ cơ sở sản xuất thuốc đạt GMP-WHO là 100%</li><li>Quy hoạch hệ thống lưu thông phân phối thuốc được ban hành</li><li>Kế hoạch tiền kiểm, hậu kiểm, thanh kiểm tra trong lĩnh vực dược.</li><li>Đề án nâng cao năng lực hệ thống kiểm tra chất lượng</li><li>Tỷ lệ thuốc giả, thuốc kém chất lượng (lấy mẫu theo</li></ul>

Các vấn đề ưu tiên	Các giải pháp/hành động		Kết quả cần đạt năm 2011
	Ngắn hạn (đến 2011)	Dài hạn (2015)	
Chương 7: Thuốc, vắc-xin, sinh phẩm, máu			
	<ul style="list-style-type: none"><li>Triển khai xây dựng và trình Thủ tướng phê duyệt Đề án nâng cao năng lực hệ thống kiểm tra chất lượng thuốc (kiểm nghiệm) ở các cấp</li><li>Tiêu chuẩn hóa thuốc bán thành phẩm và thuốc thành phẩm y học cổ truyền</li></ul>		<p>quy định kiểm nghiệm thuốc) giảm</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Tỷ lệ nhà thuốc đạt GPP tăng lên</li></ul>
3. Sử dụng thuốc chưa an toàn, hợp lý	<ul style="list-style-type: none"><li>Rà soát lại và sửa đổi chính sách thuốc thiết yếu và danh mục thuốc chủ yếu dựa trên hướng dẫn điều trị chuẩn, tiêu chí về hiệu quả chi phí.</li><li>Nghiên cứu và xây dựng mô hình kiểm soát việc sử dụng kháng sinh; Xây dựng hệ thống giám sát sử dụng kháng sinh, tình hình kháng thuốc toàn quốc; Thành lập các khoa vi sinh có chất lượng cao tại bệnh viện để lựa chọn kháng sinh dựa trên thông tin về vi khuẩn;</li><li>Đánh giá và điều chỉnh cho hiệu quả hơn chương trình tuyên truyền về sử dụng thuốc an toàn hợp lý đối với người dân</li><li>Thực hiện nghiêm quy chế kê đơn thuốc đối với hiệu thuốc bán lẻ.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Hỗ trợ công việc của Hội đồng thuốc và điều trị tại Bệnh viện</li><li>Xây dựng cơ sở dữ liệu phục vụ kiểm tra tương tác, tác dụng phụ của thuốc, chống chỉ định, liều phù hợp</li><li>Xây dựng hệ thống tin học để kiểm soát đơn thuốc không an toàn, không hợp lý nhằm phát hiện thầy thuốc cần đào tạo lại, điều chỉnh cách kê đơn thuốc..</li><li>Xây dựng Hội bảo vệ người tiêu dùng trong lĩnh vực dược phẩm</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Danh mục thuốc và vật tư thiết yếu đã được sửa đổi</li><li>Hệ thống giám sát sự sẵn có thuốc thiết yếu ở tuyến cơ sở</li><li>Mô hình kiểm soát việc sử dụng kháng sinh an toàn hợp lý được xây dựng</li><li>Thực hiện quy chế kê đơn thuốc được kiểm soát</li><li>Chương trình tuyên truyền về sử dụng thuốc an toàn hợp lý được đánh giá, điều chỉnh</li><li>Chi tự mua thuốc so với tổng chi mua thuốc giảm</li></ul>
4. Việc mở rộng thêm vắc-xin mới, vắc-xin phối hợp và bảo đảm tính bền vững trong cung ứng vắc-xin đang đứng trước nhiều thách thức	<ul style="list-style-type: none"><li>Tăng cường thông tin và khả năng dự báo nhu cầu vắc-xin</li><li>Báo cáo và lưu trữ thông tin về chất lượng mỗi lô vắc-xin tại Cục Quản lý dược và chia sẻ thông tin về chất lượng trong quá trình đấu thầu mua vắc-xin</li><li>Xây dựng lộ trình thực hiện GMP đối với vắc-xin</li><li>Phổ biến thông tin cho người dân về</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Tăng tỷ lệ vắc-xin sản xuất trong nước để chủ động hơn trong cung ứng vắc-xin và để phản ứng ngành khi gặp vấn đề</li><li>Bảo đảm thực hành tốt trong thử nghiệm vắc-xin lâm sàng.</li><li>Tiến hành nghiên cứu chi phí hiệu quả về tiêm phòng uốn ván cho người lớn</li><li>Xây dựng hệ thống cấp chứng</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Tỷ lệ tiêm chủng dưới 1 tuổi tăng</li></ul>

Các vấn đề ưu tiên	Các giải pháp/hành động		Kết quả cần đạt năm 2011
	Ngắn hạn (đến 2011)	Dài hạn (2015)	
Chương 7: Thuốc, vắc-xin, sinh phẩm, máu			
	<p>các vắc-xin, đặc biệt đối với các vắc-xin trong chương trình TCMR.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Giám sát chặt chẽ hơn để tránh tái biến do vắc-xin không được theo các quy trình từ phân phối, bảo quản, tiêm.</li></ul>	<p>chỉ cho các đơn vị cung ứng dịch vụ tiêm chủng, đòi hỏi cán bộ y tế thực hiện tiêm chủng được đào tạo tốt hơn.</p>	
5. Số lượng máu an toàn chưa đủ	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Củng cố công tác vận động hiến máu tình nguyện: Tổ chức lại cách vận động người hiến máu; Cấp ngân sách từ NSNN để phát động hiến máu thường xuyên</li><li>▪ Hoàn thiện và ban hành Quy chế truyền máu 2010, có tập huấn và hỗ trợ kỹ thuật.</li><li>▪ Thực hiện nghiêm các chương trình nâng cao chất lượng trong Chương trình Máu Quốc gia 2011-2010 ; Bảo đảm nâng cao chất lượng là nội dung chủ yếu của Chương trình an toàn truyền máu quốc gia 5 năm và 10 năm tới</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Triển khai tăng cường Hội Chữ Thập đỏ và chuyên nghiệp hóa vận động hiến máu</li><li>▪ Ban hành Tiêu chuẩn thực hành tốt sản xuất máu toàn phần và thành phần máu có tập huấn và hỗ trợ kỹ thuật.</li><li>▪ Cục Quản lý Dược thẩm định hồ sơ và trình Bộ trưởng Bộ Y tế cấp giấy chứng nhận cơ sở có đủ điều kiện điều chế các thành phần máu và cấp đăng ký cho các thành phần máu được sử dụng trong cơ sở điều trị</li><li>▪ Thành lập hệ thống thanh tra cho các trung tâm truyền máu</li><li>▪ Bảo đảm rằng tất cả các trung tâm truyền máu tuyển dụng cán bộ làm 100% thời gian về quản lý chất lượng. Khuyến khích tự kiểm tra có lập biên bản trong các trung tâm truyền máu</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tỷ lệ máu và thành phần máu trong nước dựa trên hiến máu tự nguyện không lấy tiền tăng tới 100%.</li><li>▪ Cơ chế kiểm soát, quản lý chất lượng máu</li></ul>

## Chương 8: Trang thiết bị y tế

Các vấn đề ưu tiên	Các giải pháp/hành động		Kết quả cần đạt năm 2011
	Ngắn hạn (đến 2011)	Dài hạn (2015)	
Chương 8: Trang thiết bị y tế			
1. Hiệu quả đầu tư trong lĩnh vực TTBYT còn hạn chế	<ul style="list-style-type: none"><li>Đánh giá hiện trạng TTBYT, vật tư y tế tại các cơ sở y tế KCB và YTDP; Xây dựng, bổ sung cơ chế và giải pháp nhằm kiểm soát việc XHH TTBYT</li><li>Tiến hành rà soát, cập nhật, xây dựng và ban hành danh mục TTBYT và vật tư y tế thiết yếu.</li><li>Ban hành các quy định liên quan đến việc bảo đảm hạ tầng cơ sở, và môi trường thích hợp, để vận hành TTBYT hiệu quả an toàn, kinh tế, kéo dài tuổi thọ.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Xây dựng cơ sở dữ liệu TTBYT cho các cơ sở y tế KCB và YTDP thuộc các tuyến.</li><li>Ban hành quyết định và thực hiện hoạt động đánh giá công nghệ y tế (HTA), có đơn vị chuyên trách, kế hoạch thực hiện.</li><li>Xây dựng và bổ sung cơ chế và giải pháp cập nhật, nâng cao trình độ của các nhân viên hoạt động và chỉ định sử dụng TTBYT</li><li>Bổ sung, sửa đổi hoặc ban hành mới các tiêu chuẩn trong thiết kế, xây dựng cơ sở y tế, đặc biệt là thiết kế TYT xã/phường, bệnh viện Trung tâm YTDP các tuyến phù hợp với các vùng miền.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ban hành danh mục TTBYT thiết yếu cho các cơ sở y tế KCB và YTDP thuộc các tuyến</li><li>Ban hành mới/bổ sung các quy định liên quan đến việc bảo đảm hạ tầng cơ sở thích hợp để có thể vận hành TTBYT hiệu quả</li></ul>
2. Sản xuất trang thiết bị y tế trong nước còn yếu	<ul style="list-style-type: none"><li>Đánh giá thực trạng sản xuất TTBYT trong nước; tìm giải pháp phù hợp nhằm tăng cường chất lượng TTBYT nội địa và niềm tin của người tiêu dùng.</li><li>Phối hợp với Tổng cục Tiêu chuẩn, Đo lường, Chất lượng trong việc xây dựng tiêu chuẩn sản xuất TTBYT.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Có cơ chế và giải pháp xây dựng các liên doanh/tập đoàn sản xuất TTBYT và vật tư tiêu hao có nhu cầu cao và một số loại TTB công nghệ cao;.</li><li>Phối hợp với các bộ, ngành xây dựng chính sách, tạo môi trường hấp dẫn cho các doanh nghiệp sản xuất TTBYT.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Tiêu chuẩn sản xuất TTBYT</li></ul>
3. Bảo đảm chất lượng TTBYT còn hạn chế	<ul style="list-style-type: none"><li>Đánh giá hiện trạng công tác bảo hành, bảo dưỡng và sửa chữa TTBYT tại các cơ sở y tế KCB và YTDP;</li><li>Chính phủ/Bộ Y tế tạo cơ chế tạo quỹ duy tu, bảo dưỡng TTBYT từ tiền thu viện phí; Trích lập quỹ khấu hao tài sản từ nguồn thu phí để tái đầu tư TTBYT.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Bộ Y tế xây dựng cơ chế và giải pháp thành lập các Trung tâm kỹ thuật TTBYT, Trung tâm bảo trì, bảo dưỡng TTBYT tỉnh phục vụ cho các đơn vị y tế địa phương</li><li>Tăng cường nhân lực và TTB chuyên ngành cho công tác kiểm chuẩn và kiểm định, xây dựng một số trung tâm đo lường kiểm chuẩn cho ba vùng miền; Chuẩn hóa chất lượng kiểm nghiệm giữa các cơ sở.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Báo cáo đánh giá công tác bảo hành, bảo dưỡng và sửa chữa TTBYT</li><li>Tỷ lệ bệnh viện chi từ 5% tổng ngân sách cho duy tu bảo dưỡng trang thiết bị y tế tăng lên</li></ul>

## Chương 9: Tài chính y tế

Các vấn đề ưu tiên	Các giải pháp/hành động		Kết quả cần đạt năm 2011
	Ngắn hạn (đến 2011)	Dài hạn (2015)	
Chương 9: Tài chính y tế			
1. Tỷ lệ chi tiêu công cho y tế còn thấp	<ul style="list-style-type: none"><li>Thực hiện hiệu quả Kế hoạch chi tiêu trung hạn (MTEF) trong ngành y tế, đặc biệt ở địa phương.</li><li>Duy trì tỷ lệ NSNN cho y tế trong tổng chi NSNN ở mức 10% trong năm 2011 và các năm tiếp theo để đảm bảo đầu tư cho các đề án đã được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt về Quy hoạch phát triển hệ thống y tế..</li><li>Bảo đảm NSNN cho việc thực hiện chính sách tiền lương, phụ cấp nghề nghiệp cho cán bộ y tế làm việc tại các vùng khó khăn, y tế cơ sở, YTDP và một số chuyên ngành khác.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Tăng NSNN thực hiện và mở rộng phạm vi các CTMTYTQG (phòng, chống một số bệnh xã hội, bệnh dịch nguy hiểm và HIV/AIDS; ATTP; nước sạch, vệ sinh; DS-KHHGD).</li><li>Thiết lập cơ chế bảo đảm mức chi tối thiểu cho y tế, và tỷ lệ dành cho YTDP trong tổng chi ngân sách địa phương phù hợp với nhu cầu để đạt các mục tiêu của ngành.</li><li>Nghiên cứu các giải pháp và lộ trình giảm dần tỷ trọng chi trả trực tiếp của người bệnh và tăng tỷ trọng chi trả trước (BHYT) trong tổng chi tiêu cho y tế.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Có kế hoạch chi tiêu trung hạn cho ngành y tế trong 3 năm trong đó có bảo đảm NSNN cho đầu tư xây dựng cơ bản theo quy hoạch, thực hiện và mở rộng CTMTQG và cải cách tiền lương.</li><li>Tỷ lệ NSNN cho y tế trong tổng chi NSNN duy trì ở mức 10%</li><li>Tỷ lệ chi tiêu công cho y tế (NSNN+BHYT+viện trợ quốc tế) trong tổng chi toàn xã hội cho y tế tăng hơn so với năm trước.</li></ul>
2. Hiệu quả phân bổ và sử dụng nguồn tài chính y tế còn hạn chế	<ul style="list-style-type: none"><li>Xây dựng lộ trình áp dụng phương thức thanh toán chi phí theo định suất và theo trường hợp bệnh;</li><li>Nghiên cứu hoàn thiện cơ chế khoán định suất trong lĩnh vực KCB.</li><li>Củng cố hệ thống báo cáo và phân tích về quyết toán NSNN cho y tế để có thông tin chính xác cho việc lập kế hoạch tài chính y tế. Thiết lập hệ thống báo cáo theo ngành dọc về chi tiêu NSNN cho y tế.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Bộ Y tế xây dựng hướng dẫn phân bổ ngân sách y tế theo các chỉ tiêu dựa theo hiệu quả hoạt động trong cả lĩnh vực YTDP và KCB.</li><li>Phát huy vai trò của cơ chế hợp đồng trong chi trả các dịch vụ y tế.</li><li>Tính chi phí cho các dịch vụ KCB, YTDP để có cơ sở tính chi phí hiệu quả, và để ước tính nguồn lực cần thiết để làm cơ sở cho phân bổ ngân sách nhà nước.</li><li>Thiết lập cơ chế theo dõi giám sát hiệu quả, công bằng trong phân bổ sử dụng ngân sách cho y tế.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Tỷ lệ NSNN cho y tế được chi cho YTDP tăng lên</li><li>Tỷ lệ NSNN cho y tế được nhóm 20% nghèo nhất hưởng tăng lên</li><li>Tỷ lệ NSNN cho y tế được chi ở tuyến huyện tăng lên</li><li>Đề án thí điểm phương thức chi trả khoán định suất và DRG</li><li>Bộ số liệu về quyết toán NSNN được phổ biến rộng rãi</li></ul>
3. Độ bao phủ BHYT chưa	<ul style="list-style-type: none"><li>Kiến nghị Chính phủ đưa lộ trình</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Chuyên nghiệp hóa và tăng cường</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Tỷ lệ bao phủ BHYT tiếp tục</li></ul>

Các vấn đề ưu tiên	Các giải pháp/hành động		Kết quả cần đạt năm 2011
	Ngắn hạn (đến 2011)	Dài hạn (2015)	
Chương 9: Tài chính y tế			
cao	<p>thực hiện BHYT toàn dân vào mục tiêu ưu tiên quốc gia trong Kế hoạch 5 năm phát triển kinh tế - xã hội.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Thực hiện quyền giám sát, kiểm tra và xử phạt các đối tượng không tham gia BHYT của cơ quan BHXH.</li><li>Đánh giá hiệu quả thực hiện chính sách hỗ trợ mệnh giá BHYT cho người cận nghèo.</li></ul>	<p>chất lượng cung ứng dịch vụ BHYT thông qua đào tạo nâng cao năng lực cho các cán bộ BHYT.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Hoạt động quản lý BHYT cần được tin học hoá, lồng ghép các chương trình quản lý bệnh nhân của bệnh viện và chương trình quản lý chi phí KCB của BHYT.</li><li>Mở rộng BHYT ở khu vực lao động phi chính quy, có hỗ trợ từ ngân sách vai trò của cộng đồng.</li></ul>	<p>tăng cả về số người và tỷ lệ tổng chi phí y tế được hoàn trả thông qua cơ chế BHYT</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Tỷ lệ dân sống trong hộ gia đình có chi quá mức cho y tế giảm qua thời gian</li></ul>
4. Kiểm soát chi phí y tế còn khó khăn	<ul style="list-style-type: none"><li>Bộ Y tế tiến hành tổng kết, đánh giá việc thực hiện các Dự án đầu tư có sự tham gia góp vốn, điều hành của tư nhân trong các cơ sở y tế công lập để kiến nghị điều chỉnh các chính sách phù hợp.</li><li>Thiết lập cơ chế giám sát thường xuyên và hiệu quả giá thuốc và dịch vụ y tế, giảm thiểu tình trạng lạm dụng dịch vụ y tế, dịch vụ kỹ thuật cao, dịch vụ được đầu tư từ nguồn xã hội hóa. Trong đó minh bạch hóa hành vi từng bác sĩ, từng cơ sở y tế trong kê đơn thuốc, chỉ định xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Bộ Y tế chủ trì việc xây dựng hướng dẫn điều trị chuẩn cho các bệnh thông thường, tạo điều kiện triển khai phương thức chi trả theo trường hợp bệnh.</li><li>Xây dựng và thực hiện quy định về minh bạch hóa và chuẩn hóa việc xác định chi phí và giá thành dịch vụ y tế.</li><li>Xây dựng chương trình đánh giá công nghệ y tế (HTA) có tính đến hiệu quả chi phí đầu tư TTBYT.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Có báo cáo giám sát dự án đầu tư tại các cơ sở y tế công lập</li><li>Tỷ lệ chi mua thuốc trên tổng chi y tế có giảm</li><li>Chi phí từ tiền túi bình quân một lần khám ngoại trú (theo giá so sánh năm 2008) không tăng</li><li>Chi phí từ tiền túi bình quân một lần nhập viện (theo giá so sánh năm 2008) không tăng</li></ul>



## Chương 10: Quản trị hệ thống y tế

Các vấn đề ưu tiên	Các giải pháp/hành động		Kết quả cần đạt năm 2011
	Ngắn hạn (đến 2011)	Dài hạn (đến 2015)	
Chương 10: Quản trị hệ thống y tế			
1. Năng lực hoạch định chính sách, chiến lược còn hạn chế	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Đầu tư nhiều hơn cho việc phân tích đánh giá, nhất là đánh giá các yếu tố mới xuất hiện có nhiều tác động đối với hệ thống y tế.</li><li>▪ Thực hiện nghiêm túc các nghiên cứu đánh giá tác động văn bản luật (Regulatory Impact Assessment - RIA) trong quá trình hoạch định chính sách.</li><li>▪ Tăng cường sự tham gia, tương tác của các bên liên quan, tổ chức tốt hơn hoạt động tham vấn của các cơ quan nghiên cứu và tư vấn, các chuyên gia trong xây dựng chính sách, chiến lược.</li><li>▪ Tăng cường đối thoại, vận động về các vấn đề chính sách y tế đối với Quốc hội, các bộ, ngành liên quan</li><li>▪ Tập huấn nâng cao năng lực xây dựng các báo cáo đề xuất chính sách (Policy Brief), thực hiện RIA, và nâng cao năng lực xây dựng chính sách dựa trên bằng chứng.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tiến hành nghiên cứu và xây dựng đề án tổng thể về đổi mới quản trị hệ thống y tế phù hợp với các yêu cầu đổi mới quản lý nhà nước và cái cách hành chính của Đảng và Quốc hội, Chính phủ</li><li>▪ Triển khai các khóa đào tạo kiến thức và kỹ năng khai thác, sử dụng bằng chứng từ các nghiên cứu tổng quan hệ thống (systematic reviews).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Quy trình xây dựng chính sách được rà soát lại, bổ sung khâu: a) tiếp thu ý kiến của các bên, của chuyên gia, của viện nghiên cứu trong quá trình hoạch định chính sách; b) kế hoạch đối thoại, tuyên truyền, tăng sự đồng thuận trong xây dựng và thực hiện chính sách, chiến lược y tế</li><li>▪ Các dự luật trong chương trình xây dựng luật, hoạch định chính sách của Bộ Y tế đều được nghiên cứu RIA</li><li>▪ Các khóa tập huấn, bồi dưỡng được tổ chức về: a) nâng cao năng lực tiếp cận, sử dụng nguồn bằng chứng quốc tế và trong nước; b) phương pháp xây dựng báo cáo RIA; c) kiến thức xây dựng báo cáo đề xuất chính sách (Policy brief)</li></ul>
2. Năng lực kiểm tra, theo dõi, giám sát còn hạn chế	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tăng cường số lượng cán bộ và nguồn tài chính, nâng cao năng lực cho đội ngũ cán bộ làm công tác theo dõi, giám sát của các cơ quan quản lý nhà nước về y tế ở trung ương và địa phương;</li><li>▪ Lựa chọn một số lĩnh vực ưu tiên cho công tác theo dõi, giám sát;</li><li>▪ Bổ sung, hoàn thiện các chuẩn</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tăng cường sự tham gia của các tổ chức xã hội, trong đó có các hội nghề nghiệp, vào các hoạt động theo dõi, giám sát đánh giá hoạt động của hệ thống y tế</li><li>▪ Xây dựng và ban hành hệ thống báo cáo theo dõi, giám sát</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Có được sự nhất trí của Bộ Nội vụ và các cơ quan có thẩm quyền khác về việc tăng biên chế cán bộ, công chức thực hiện nhiệm vụ theo dõi, giám sát.</li><li>▪ Vấn đề trao quyền theo dõi giám sát cho một số hội nghề nghiệp được bàn bạc thảo luận với các cơ quan liên quan</li></ul>

Các vấn đề ưu tiên	Các giải pháp/hành động		Kết quả cần đạt năm 2011
	Ngắn hạn (đến 2011)	Dài hạn (đến 2015)	
Chương 10: Quản trị hệ thống y tế			
	<p>mức chuyên môn, tiêu chí, chỉ báo, chỉ số đánh giá, làm cơ sở cho hoạt động theo dõi, giám sát</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Xây dựng cơ chế, chính sách quản lý, giám sát chặt chẽ để tránh sự lạm dụng kỹ thuật, dịch vụ y tế, thuốc men đối với người bệnh</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>Thành lập được Hội đồng xây dựng hướng dẫn điều trị chuẩn, với các tiểu ban chuyên môn và Ban Thư ký có đủ năng lực xây dựng hướng dẫn điều trị chuẩn dựa trên bằng chứng.</li><li>Hướng dẫn điều trị chuẩn cho những bệnh thường gặp nhất được xây dựng.</li><li>Thống nhất được nội dung khung báo cáo theo dõi, giám sát trong một số lĩnh vực quan trọng</li></ul>
3. Bộ máy tổ chức hệ thống y tế còn những điểm chưa phù hợp	<ul style="list-style-type: none"><li>Xem xét việc chuyển một số đơn vị thực sự không cần thiết trực thuộc Bộ Y tế sang địa phương quản lý</li><li>Tiếp tục ổn định tổ chức hệ thống y tế theo Thông tư 03/2008, trên nguyên tắc “các đơn vị chuyên môn về y tế ở địa phương được quản lý theo ngành” [155], “tổ chức sắp xếp hệ thống y tế công, đặc biệt là y tế cơ sở để tạo ra một mô hình hợp lý và ổn định [154]”;</li><li>Điều chỉnh lại cơ cấu tổ chức của Sở Y tế, thành lập Phòng BHYT để triển khai các nhiệm vụ quản lý nhà nước về BHYT tại địa phương</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Xây dựng cơ chế lồng ghép dự phòng và điều trị trong y tế cơ sở (giữa bệnh viện đa khoa và trung tâm YTDP), nhằm sử dụng nguồn lực có hiệu quả nhất cho công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu.</li><li>Xem xét, nghiên cứu lựa chọn mô hình tổ chức của cơ quan thực hiện chính sách BHYT, nhằm xây dựng một cơ quan quản lý BHYT chuyên nghiệp</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Thống nhất được tiêu chí lựa chọn các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế.</li><li>Ban hành Thông tư bổ sung Thông tư số 03/2008, thành lập Phòng BHYT thuộc Sở Y tế.</li><li>Đề xuất mô hình tổ chức mới của cơ quan quản lý quỹ BHYT.</li></ul>

### Phụ lục 3: Các chỉ số giám sát 2002-2009

Các chỉ số giám sát		Đơn vị tính	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE</b>										
1	Tuổi thọ trung bình	Tuổi	71,3	..	..	..	..	72,8	73,0	73,0
2	Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi (IMR)	Trên 1000 trẻ đẻ ra sống	24,8	21	18,1	17,8	16	16	15	16
3	Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi (U5MR)	Trên 1000 trẻ đẻ ra sống	35	32,8	28,5	27,5	26,0	25,9	25,5	25
4	Tỷ số tử vong mẹ	Trên 100 000 trẻ đẻ ra sống	91	85	85	80	75	75	75	69
5	Tổng tỷ suất sinh	Số con một phụ nữ	2,28	2,12	2,23	2,11	2,09	2,07	2,08	2,03
6	Mức dao động tổng tỷ suất sinh	Dao động số con một phụ nữ	-0,03	-0,16	+0,11	-0,12	-0,02	-0,02	+0,01	-0,05
7	Tốc độ tăng dân số	%	1,32	1,47	1,40	1,31	1,26	1,19	1,24	-0,22
8a	Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng (cân nặng theo tuổi)	%	30,1	28,4	26,6	25,2	23,4	21,2	19,9	18,9
8b	Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng (chiều cao theo tuổi)	%	33,0	32,0	30,7	29,6	31,9	33,9	32,6	31,9
<b>CUNG ỨNG DỊCH VỤ Y TẾ (YTDP, KCB, DẪN SỐ-KHHGD, CSSKSS)</b>										
9a	Tỷ lệ lượt KCB ngoại trú tại khu vực tư nhân	%	..	..	50,6	..	41,2	..	42,6	..
9b	Tỷ lệ lượt nhập viện tại khu vực tư nhân	%	..	..	4,0	..	3,6	..	3,0	..
10	Tỷ lệ mới phát hiện nhiễm HIV trong năm	Trên 100 000 dân	19,8	21,0	23,8	26,1	30,2	22,4	23,5	18,3
11	Tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS trong cộng đồng	Trên 100 000 dân	74,3	94,1	109,8	134,5	163	183,4	208,5	187,0
12	Tỷ lệ tử vong do AIDS	Trên 100 000 dân	..	..	..	..	..	4,6	4,1	2,4

Các chỉ số giám sát		Đơn vị tính	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
13	Tỷ lệ mới mắc lao phổi (AFB+) được phát hiện hằng năm	Trên 100 000 dân	72,1	69,3	71,2	66,9	67	63,9	62	59,8
14	Tỷ lệ mới mắc sốt xuất huyết được phát hiện hằng năm	Trên 100 000 dân	36,0	61,5	95,93	68,81	81,43	118,8	111,8	108
15	Số vụ ngộ độc thực phẩm được báo cáo lên Cục VSATTP	Số vụ		238	145	144	165	248	205	152
16a	Tỷ lệ nam giới 15 tuổi trở lên hút thuốc	%	56,1	..	..	..	47,0	..	..	..
16b	Tỷ lệ nữ giới 15 tuổi trở lên hút thuốc	%	1,8	..	..	..	1,5	..	..	..
17	Tỷ số giới tính khi sinh	Số con trai so với 100 con gái	107	104	108	106	110	111,0	110,8	111,0
18	Số ngày điều trị bình quân một đợt điều trị nội trú	Số ngày	6,7	6,7	6,7	6,6	7,8	7,1	7,2	6,9
19	Chi cho thuốc trong tổng chi y tế toàn xã hội	%	48,0	50,0	53,6	53,3	45,0	40,1		
20	Tỷ lệ hộ gia đình sử dụng hố xí hợp vệ sinh	%	45,5	..	52,5	..	52,9	..	58,8	..
21	Tỷ lệ hộ gia đình sử dụng nước sạch	%	47,8	..	57,4	..	62,8	..	67,0	..
22	Tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ của trẻ em dưới 1 tuổi	%	89,7	97,1	96,5	96,5	95,7	81,8	93,9	
23a	Số lượt KCB ngoại trú bình quân 100 người dân	Bình quân 100 người dân	..	..	106,0	..	128,9	..	117,7	..
23b	Số đợt nhập viện bình quân 100 người dân	Bình quân 100 người dân	..	..	9,5	..	9,1	..	9,2	..
24	Tỷ lệ phụ nữ đẻ được cán bộ y tế chăm sóc	%	95,0	95,8	94,7	96,1	97,0	94,3	94,7	93,4
25	Tỷ lệ xã đạt chuẩn quốc gia về y tế xã	%	..	..	..	..	38,5	50,5	55,5	65,4
26	Công suất sử dụng giường bệnh công lập	%	95,8	92,1	91,8	89,7	103,1	116,1	125,6	
27	Tỷ lệ bệnh viện có báo cáo tác dụng không mong muốn của thuốc (Theo 991/QĐ-BYT)	%	..	..	18,1	20,0	20,6	18,5	19,9	21,1
28a	Tỷ lệ bệnh viện xử lý chất thải lỏng y tế độc hại đạt tiêu chuẩn	%							36,6%	42%
28b	Tỷ lệ bệnh viện xử lý chất thải rắn y tế độc hại đạt tiêu chuẩn*	%							79,1%	74%

Các chỉ số giám sát		Đơn vị tính	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>NHÂN LỰC Y TẾ</b>										
29a	Tỷ lệ trạm y tế xã có bác sĩ	%	61,5	65,4	67,8	69,4	65,1	67,4	65,9	
29b	Tỷ lệ TYT xã có y sĩ sản – nhi hoặc nữ hộ sinh	%	91,4	93,1	93,1	94,8	95,4	93,6	93,1	
30a	Tỷ số bác sĩ trên 10 000 dân	Trên 10 000 dân	5,65	5,88	5,88	6,03	6,23	6,45	6,52	
30b	Tỷ số dược sĩ đại học trên 10 000 dân	Trên 10 000 dân	0,76	0,77	0,78	1,28	1,27	1,21	1,22	
31	Số điều dưỡng, KTV và NHS bình quân một bác sĩ tại bệnh viện công lập	Số điều dưỡng, KTV, NHS/bác sĩ				2,5	2,3		2,5	2,9
32	Tỷ lệ cán bộ y tế công lập có trình độ đại học trở lên	%	24,8	25,5	25,8	27,2	27,3	27,8	28,1	
33	Tỷ lệ cán bộ y tế được cấp chứng chỉ hành nghề (trong diện các đối tượng cần cấp chứng chỉ)	%	..	..	..	..	..	..	..	0
34	Tỷ lệ thôn bản có NVYT được đào tạo từ 3 tháng trở lên	%								
<b>HỆ THỐNG THÔNG TIN Y TẾ</b>										
35*	Tỷ lệ các chỉ tiêu thống kê quốc gia về dân số và y tế (theo 43/2010/QĐ-TTg) có sẵn thông tin trong niên giám thống kê y tế	%	33.6	31.4	32.9	35.7	40.7	42.9	43.6	
36*	Tỷ lệ các chỉ số NGTKYT thuộc diện có thể phân tổ giới tính hiện nay đang được phân tổ theo giới tính.	%	12	8	13	15	18	25	25	
37	Số tháng chậm công bố Niên giám thống kê y tế sau khi kết thúc năm liên quan	Tháng	8	..	..	..	11	11	13	
<b>THUỐC, SINH PHẨM, TRANG THIẾT BỊ Y TẾ</b>										
38a	% tăng giá tiêu dùng thuốc, dịch vụ y tế hằng năm	% gia tăng	0,5	20,3	9,0	5,0	4,4	7,0	9,4	3,3
38b	% tăng giá tiêu dùng hàng hóa và dịch vụ chung hằng năm	% gia tăng	4,0	2,7	9,7	8,7	6,6	12,8	20,2	6,5
39	Tỷ lệ thuốc không đạt tiêu chuẩn chất lượng so với số mẫu kiểm tra (Cục QL Dược)	%	3,2	3,1	3,1	3,0	3,2	3,3	2,9	3,7

Các chỉ số giám sát		Đơn vị tính	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
40	Tỷ lệ cơ sở sản xuất thuốc đạt tiêu chuẩn GMP-WHO	%	0	0	0	6,17	19,7	28,1	47,2	55,1
41	Tỷ lệ nhà thuốc đạt tiêu chuẩn GPP	%	..	..	..	..	..	0,07	2,90	10,63
42	Tỷ lệ chi phí tự điều trị so với tổng chi phí mua thuốc toàn xã hội	%	..	..	58,6	53,4	55,1	58,2		
43	Tỷ lệ máu được thu từ người hiến máu tình nguyện không lấy tiền	%	..	..	..	..	..	..	..	79,1
44	Tỷ lệ bệnh viện chi trên 5% chi thường xuyên để bảo dưỡng, duy tu, sửa chữa cơ sở hạ tầng và trang thiết bị y tế (theo 01/2003/CT-BYT)	%	..	..	13,7	10,6	10,7	6,6	8,2	5,3
<b>TÀI CHÍNH Y TẾ</b>										
45	Tỷ lệ chi công (gồm NSNN, BHYT, viện trợ) trong tổng chi y tế	%	30,5	32,1	27,5	27,2	36,6	38,2	42,9	
46	Tỷ lệ chi NSNN dành cho YTDP	%	30,9	28,2	25,1	23,9	30,8	27,8		
47	Tỷ lệ chi từ NSNN đến tuyến huyện và xã	%	21,6	21,8	19,9	19,7	21,2	16,0		
48	Tỷ lệ dân số tham gia BHYT	%		20,3	21,1	28,1	43,8	42,0	43,8	60,0
49	Tỷ lệ chi BHYT trong tổng chi y tế	%	6,0	7,0	7,9	8,8	12,5	14,2	17,6	
50	Tỷ lệ dân số chịu chi quá mức cho y tế (chi y tế vượt 25% chi tiêu phi lương thực thực phẩm)	%	..	..	11,8	..	11,3	..	10,8	..
51	Tỷ lệ chi từ tiền túi trong tổng chi tiêu y tế hằng năm	%	61,6	60,6	64,5	65,4	57,3	55,6	52,4	
52	Tổng chi y tế so với GDP	%	5,1	5,2	5,5	5,9	6,2	6,2	6,4	
53a	Chi từ tiền túi bình quân một lượt KCB ngoại trú	1000 đồng	..	..	116	..	132	..	223	..
53b	Chi từ tiền túi bình quân một lượt KCB ngoại trú tính theo giá so sánh năm 2008	1000 đồng (giá 2008)	..	..	147	..	151	..	223	..
54a	Chi từ tiền túi bình quân một lần nhập viện	1000 đồng	..	..	1546	..	1993	..	3052	..
54b	Chi từ tiền túi bình quân một lần nhập viện tính theo giá so sánh năm 2008	1000 đồng (giá 2008)	..	..	1955	..	2283	..	3052	..

<b>CÁC NGUỒN SỐ LIỆU</b>	<b>CÁC CHỈ SỐ</b>
--------------------------	-------------------



Niên giám thống kê y tế	1-4,13-14, 18, 22, 24-26, 29a-30b, 32, 35-37, 48
Điều tra biến động dân số và KHHGD	5-7, 17,
Khảo sát Mức sống hộ gia đình	9a-9b;(2006)16a, 16b; 20-21; 23a-23b; 53a-54b
Điều tra dinh dưỡng hằng năm của Viện dinh dưỡng	8a-8b
Điều tra bệnh viện hằng năm của Cục Quản lý KCB	27, 28a, 28b, 31, 45,
Điều tra Y tế Quốc gia 2001-2002	(2002) 16a,16b;
Cục vệ sinh an toàn thực phẩm	15
Tài khoản y tế quốc gia	19, 42, 45-47, 49, 51-52
Niên giám thống kê của Tổng cục Thống kê	38a-38b
Cục Quản lý Dược	39-41
Viện Huyết học	43
Viện Chiến lược và Chính sách y tế	50
Cục Quản lý KCB	33
Cục Phòng, chống HIV/AIDS	10-12
Vụ Tổ chức cán bộ	34

Chú thích:

28b- Năm 2008 tiêu chuẩn không chặt chẽ bằng năm 2009.

**35-** Dựa trên Hệ thống chỉ tiêu thống kê quốc gia trong Quyết định số 43/2010/QĐ-TTg, chọn các chỉ tiêu thống kê liên quan đến dân số-sức khỏe (STT 11, 15-21, 24, 265-285) và các phân tổ. Đối chiếu các chỉ tiêu thống kê trong NGTKYT các năm so với tổng số chỉ tiêu của hệ thống chỉ tiêu thống kê quốc gia (tổng là 140 chỉ tiêu) để xác định tỷ lệ các chỉ tiêu thống kê quốc gia được tổng hợp phục vụ ngành y tế.

**36-** Chỉ số về tỷ lệ các chỉ tiêu thống kê được phân theo giới bao gồm các chỉ số sau: *Dân số, tuổi thọ trung bình từ lúc sinh, tử vong trẻ em dưới 1 tuổi, suy dinh dưỡng trẻ em, thiếu cân khi sinh, tiêm chủng đầy đủ, cơ cấu tuổi của dân số, số trẻ em sinh ra một năm, tỷ lệ tham gia BHYT, số cán bộ y tế công lập, số sinh viên y tế, lượt người điều trị nội trú, lượt người điều trị ngoại trú, số lần KCB, số lần phẫu thuật, số lần xét nghiệm, số lần chụp XQ, số lần siêu âm, số bệnh nhân lao, số bệnh nhân sốt rét, số bệnh nhân phong, các bệnh lây qua đường tình dục, số bệnh nhân HIV, bệnh nhân tâm thần, tai nạn thương tích, cơ cấu bệnh tật theo chương, các bệnh mắc cao nhất, các bệnh chết nhiều nhất, tỷ lệ người hút thuốc, tỷ lệ người bị khuyết tật.*

## Tài liệu tham khảo

1. **WHO.** *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes- WHO's framework for action.* Geneva : WHO, 2007.
2. **Ban chỉ đạo Tổng điều tra Dân số và Nhà ở Trung ương.** *Báo cáo kết quả suy rộng mẫu trong Tổng điều tra dân số và nhà ở 01/04/2009.* Hà Nội : NXB Thống kê, 2009.
3. **Vụ Sức khỏe sinh sản, Bộ Y tế.** *Đánh giá tình hình tử vong mẹ trong hai năm 2000-2001 ở 7 tỉnh.* Hà Nội, 2002.
4. **UNICEF.** *State of the World's Children 2007.* New York : UNICEF, 2006.
5. **Ủy ban Dân số, Gia đình, Trẻ em-Dự án Dân số và sức khỏe gia đình.** *Điều tra Nhân khẩu học và sức khỏe Việt Nam năm 2002.* Hà Nội : NXB Thống kê, 2003.
6. **Viện Dinh dưỡng, Bộ Y tế.** *Báo cáo chương trình mục tiêu phòng chống suy dinh dưỡng giai đoạn 2006-2010.* Hà Nội, 2010.
7. **Cục Y tế dự phòng, Bộ Y tế.** *Báo cáo công tác y tế dự phòng năm 2009.* Hà Nội, 2010.
8. **Dự án quốc gia phòng chống sốt rét.** *Báo cáo của Dự án quốc gia phòng chống sốt rét giai đoạn 2006-2009 (phục vụ xây dựng Chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống một số bệnh xã hội, bệnh dịch nguy hiểm và HIV/AIDS).* Hà Nội, 2010.
9. **UNDP.** *Báo cáo phát triển con người- Vượt qua rào cản: Di cư và phát triển con người (HDR2009).* New York : UNDP, 2009.
10. **Nguyễn Huy Nga.** *Biến đổi khí hậu và bệnh mới nổi ở Việt Nam: Thực trạng và các biện pháp ứng phó. Bài trình bày tại Hội thảo Á-ÂU (ASEM) về chia sẻ kinh nghiệm sẵn sàng ứng phó với biến đổi khí hậu toàn cầu và các bệnh mới nổi.* Hà Nội : Cục YTDP và Môi trường, 2009.
11. **Nguyễn Quốc Triệu.** *Bài phát biểu khai mạc của Bộ trưởng BYT Việt Nam.* Hà Nội : Hội thảo Á-Âu (ASEM) về chia sẻ kinh nghiệm sẵn sàng ứng phó với biến đổi khí hậu toàn cầu và các bệnh mới nổi, 2009.
12. **WHO Country Office for Viet Nam.** <http://who.int/globalchange/climate/en/>. *Thông tin cần biết Biến đổi khí hậu.* [Online]
13. **Bộ Y tế.** *Báo cáo Y tế Việt Nam 2006.* Hà Nội : NXB Y học, 2008.
14. **WHO.** *WHO global strategy for food safety: Safer food for better health.* Geneva : World Health Organization, 2002.
15. **Bộ Y tế.** *Tờ trình Chính phủ về Dự án Luật An toàn thực phẩm, tháng 9.* 2009.
16. **Vineis P, Alavanja M, Buffler P, et al.** Tobacco and Cancer: Recent Epidemiological Evidence. *Journal of the National Cancer Institute*, 96(2):99-106. January 21, 2004.
17. **US Department of Health and Human Services.** *The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General.* Atlanta (GA) : US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and health, 2004.
18. **US Department of Health and Human Services.** *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke A Report of the Surgeon General.* Atlanta (GA) : U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health, Office on Smoking and Health, 2006.
19. **WHO.** *Luật phòng chống tác hại thuốc lá tại Việt nam: Hỏi & Đáp (newsletter).* Hà Nội : Văn phòng quốc gia Việt Nam, 2009.
20. **Nguyễn Văn Huy, Đào Thị Minh An, Đào Ngọc Phong.** Smoking Among Vietnamese Medical Students: Prevalence, Costs, and Predictors. *Asia Pac J Public Health* January, vol. 20 no. 1 16-24. 2008.
21. **VINACOSH, Bộ Y tế.** *Điều tra của WHO về hút thuốc trong giáo viên phổ thông trung học.* Hà Nội : Dự án của VINACOSH hợp tác với WHO. , 2003.

22. **Bộ Y tế và Tổng cục Thống kê.** *Điều tra Quốc gia về Vị thành niên và thanh niên Việt Nam (SAVY) lần thứ 2.* Hà Nội, 2010.
23. **Bales S, Levy D, Hoàng Văn Kinh.** Vai trò của các chính sách công trong việc giảm hút thuốc lá và tử vong do hút thuốc lá gây nên tại Việt Nam: Tóm tắt kết quả của mô hình mô phỏng về chính sách đối với thuốc lá Việt Nam, Số 3(533). *Y học thực hành.* 2006.
24. **Lý Trần Tình và cộng sự. Bệnh viện Tâm thần Hà Nội.** *Nghiên cứu thực trạng lạm dụng rượu ở Hà Nội và đề xuất một số biện pháp can thiệp dự phòng.* Đề tài 01C-08/11-2008-2. Hà Nội : Sở Y tế Hà Nội, 2009.
25. **WHO.** *WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption. Second Report.* Geneva : WHO, 2007.
26. **WHO (Disease Control Priorities Project).** *Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders (2nd edition).* Geneva : WHO, 2006.
27. **Family Health International.** *HIV/STI Integrated Behavioral and Biological Surveillance in Vietnam, IBBS round II, 2009.* Hà Nội, 2010.
28. **Phòng Thống kê Thông tin Y tế, Vụ Kế hoạch- Tài chính, Bộ Y tế.** *Niên giám thống kê y tế năm 2008.* Hà Nội, 2010.
29. **Nguyễn Đăng Vũng.** *Intimate partner violence against women in rural Viet Nam. Prevalence, risk factors, health effects and suggestions for interventions [thesis].* Stockholm : Karolinska Institutet, 2008.
30. **Vũ Mạnh Lợi, Vũ Tuấn Huy, Nguyễn Hữu Minh, Jennifer Clement.** *Gender based violence-The Case of Vietnam.* Hà Nội : World Bank, 1999.
31. *Tuyên ngôn Hội nghị Alma Ata "Sức khỏe cho mọi người từ nay đến năm 2000 và chăm sóc sức khỏe ban đầu", 12/09. 1978.*
32. **WHO.** *Primary Health Care- Now More than ever. World Health Report 2008.* Geneva : WHO, 2009.
33. **Phạm Mạnh Hùng, Lê Ngọc Trọng, Lê Văn Truyền, Nguyễn Văn Thường.** *Y tế Việt Nam trong quá trình Đổi mới.* Hà Nội : NXB Y học, 1999.
34. **Viện Chiến lược Chính sách y tế (HSPI).** *Báo cáo kết quả Điều tra chỉ số phục vụ chiến lược chương trình mục tiêu quốc gia 2010 và tầm nhìn đến năm 2020.* Hà Nội, 2007.
35. **Đảng Cộng sản Việt Nam.** *Chỉ thị 06-CT/TW ngày 22/10/2002 của Ban Bí thư TW khoá 10 "Về việc củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở".* 2002.
36. **Trịnh Quân Huân.** Định hướng công tác y tế dự phòng đến năm 2015. *Toàn cảnh y tế Việt Nam giai đoạn đầu hội nhập WTO.* Hà Nội : NXB Y học, 2010, pp. 81-86.
37. **Nguyễn Huy Nga.** Hệ thống kiểm dịch y tế biên giới Việt Nam đổi mới và phát triển. *Toàn cảnh y tế Việt Nam giai đoạn đầu hội nhập WTO.* Hà Nội : NXB Y học, 2010.
38. **Cục Y tế dự phòng và Môi trường, Bộ Y tế.** Công tác y tế dự phòng, phòng chống dịch bệnh năm 2009 và phương hướng nhiệm vụ năm 2010. *Tạp chí thông tin y dược* 3 :2-4. 2010.
39. **Nguyễn Công Khanh.** Chính sách, pháp luật và phương hướng giải quyết vấn đề an toàn thực phẩm ở Việt Nam. *Toàn cảnh y tế Việt Nam giai đoạn đầu hội nhập WTO.* Hà Nội : NXB Y học, 2010, pp. 217-223.
40. **Nguyễn Huy Nga.** Sức khỏe môi trường trong hội nhập. *Toàn cảnh y tế Việt Nam giai đoạn đầu hội nhập WTO.* Hà Nội : NXB Y học, 2010, pp. 290-293.
41. **Lê Ngọc Trọng.** Hoạt động của ngành y tế trong công tác chủ động giảm nhẹ và khắc phục hậu quả thiên tai. *Y tế Việt Nam trong thời kỳ Đổi mới.* Hà Nội : NXB Y học, 1999, pp. 135-136.
42. **Lê Vũ Anh, et al.** Nghiên cứu tổng quan về chính sách, thực thi chính sách và công trình nghiên cứu khoa học người cao tuổi Việt Nam. *Hội thảo chính sách và thực thi chính sách về người cao tuổi Việt Nam.* Hà Nội : Hội Y tế Công cộng VN và UYQG người cao tuổi Việt Nam, 11/30, 2009.
43. **Nguyễn Văn Thường.** Sức khỏe môi trường: Những vấn đề và giải pháp. *Y tế Việt Nam trong quá trình đổi mới.* Hà Nội : NXB Y học, 1999, pp. 325-336.
44. **WHO.** WHO Statistical Information System (WHOSIS). <http://www.who.int/whosis/en/>. [Online] 2010.

45. **Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Bộ Y tế.** Báo cáo Tổng kết công tác năm 2009 và định hướng trọng tâm công tác 2010. Hà Nội, 2009.
46. **Thủ tướng Chính phủ.** Chiến lược phát triển Y Dược học cổ truyền giai đoạn đến năm 2010 (Ban hành kèm theo Quyết định số 222/2003/QĐ-TTg. 11 3, 2003).
47. **Vụ Y dược cổ truyền, Bộ Y tế.** Báo cáo Tổng kết công tác y dược học cổ truyền năm 2009, phương hướng 2010. Hà Nội, 2009.
48. **Phòng Thống kê Thông tin Y tế, Vụ Kế hoạch- Tài chính, Bộ Y tế.** Niên giám thống kê y tế các năm. Hà Nội.
49. **DeFrances, Carol J, Lucas, Christine A and Buie, Verita C.** 2006 National Hospital Discharge Survey. *National Health Statistics Reports*, No. 5, 30 July, <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr005.pdf>. 2008.
50. **Canadian Institute for Health Information.** *Highlights of 2008–2009 Inpatient Hospitalizations and Emergency Department Visits*.
51. **Ministry of Health Singapore.** *Healthcare institution statistics 2007*, <http://www.moh.gov.sg/mohcorp/statistics.aspx?id=20514>. 2007.
52. **Axelson H, Bales S, Minh PD, Ekman B, Gerdtham UG.** 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(20). 27/05/2009.
53. **Vụ Sức khỏe sinh sản, Bộ Y tế và UNFPA.** *Review the linkage between HIV/AIDS and Reproductive Health*. Hà Nội : UNFPA, 2009.
54. **Gennser, Margit.** *Sweden's Health Care System*. s.l. : The Fraser Institute.
55. **Meng-Kin, Lim.** Health care systems in transition II. Singapore, Part I. An overview of health care systems in Singapore. *Journal of Public Health Medicine* 20(1):16-22.
56. *Australian health system restructuring – what problem is being solved?* **Dwyer, Judith M.** 6, Australia and New Zealand Health Policy 2004, Vol. 1.
57. **Deber, Raisa B and Thompson, Gail G.** Restructuring Canada's health services system: how do we get there from here? // Review. *Journal of Canadian Studies* (Fall). 1994.
58. **Tổng cục Thống kê.** *Kết quả Khảo sát Mức sống hộ gia đình năm 2008*. Hà Nội : NXB Thống kê, 2010.
59. **Phan Văn Tường.** Nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành về quản lý của bộ quản lý bệnh viện Việt nam năm 2007. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 1/2007.
60. **Viện Chiến lược và Chính sách y tế.** *Đánh giá về tự chủ, XHH*. 2010.
61. **Viện Chiến lược và chính sách y tế.** *Đánh giá tác động của việc thực hiện tự chủ tài chính bệnh viện đối với cung ứng và chi trả dịch vụ y tế*. Hà Nội : HSPI, 2008.
62. **Ủy ban Thường vụ Quốc hội.** Báo cáo kết quả giám sát thực hiện chính sách pháp luật về xã hội hóa công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân (Báo cáo số 118/BC-UBTVQH12, ngày 13/5). 2008.
63. **Keber, Dusan, et al.** *Hospital payments based on costed care pathways - Final report*. Hà Nội : Joint Health Policy Initiative, 2010.
64. **Berrington de González A, Mahesh M, Kim KP, Bhargavan M, Lewis R, Mettler F, Land C.** Projected cancer risks from computed tomographic scans performed in the United States in 2007. *Journal: Arch Intern Med* 169(22):2071-2077. 2009.
65. **Võ Anh Dũng.** *Tỷ số giới tính khi sinh ở Việt Nam: Xu hướng và giải pháp*. 2007.
66. **Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Bộ Y tế.** Báo cáo tổng kết công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009. Hà Nội, 2009.
67. **WHO.** *The World Health Report. Working together for health*. Geneva : s.n., 2006.
68. **Bộ Y tế, Nhóm đối tác y tế.** Báo cáo chung Tổng quan ngành y tế năm 2009: Nhân lực y tế ở Việt Nam. 2009.

69. **Joint Learning Initiative.** *Human Resources for Health: Overcoming the Crisis.* Cambridge (MA) : Harvard University Press, 2004.
70. **Chen L, Evans T, Anand S, Bofford JI, Brown H, Chowdhury M.** Human resources for health: Overcoming the crisis. *Lancet* 364:1984-1990. 2004.
71. **Bales, Sarah.** *Human resource financing issues, ADB TA-7029 (VIE).* Hanoi : s.n., November 2008.
72. **Bộ Y tế.** Công văn số 1853/BYT-K2DT về việc xây dựng chương trình và tài liệu đào tạo liên tục theo Thông tư 07/2008/TT-BYT, ngày 07/04. 2009.
73. —. Công văn số 1607/BYT-K2DT về thực hiện thông tư 07/2008/TT-BYT tại địa phương, ngày 25/03. 2009.
74. **Ban Đào tạo lại, Vụ Tổ chức Cán bộ, Bộ Y tế.** Báo cáo tổng kết thực hiện chương trình đào tạo lại năm 2009, tháng 1. 2010.
75. **Viện Chiến lược và Chính sách Y tế và USAID.** *Assessment of health system performance in six provinces of Vietnam năm 2009.* Hà Nội, 2010.
76. **Vujicic M, Zurn P.** The dynamics of the health labor market. *International Journal of Health Planning and Management* 21:101-115. 2006.
77. **De Costa, Ayesha, et al.** Where are healthcare providers? Exploring relationships between context and human resource for health Madhya Pradesh province, India. *Health Policy*, 93:41-7. 2009.
78. **Nguyễn Quốc Triệu.** Những kết quả bước đầu và bài học kinh nghiệm sau 1 năm thực hiện đề án 1816. *Bản tin Đề Án 1816, Cục Quản lý KCB*, 10:1-4. 2009.
79. **Nguyễn Thành Hưng.** Một năm nhìn lại. *Bản tin Đề Án 1816, Cục Quản lý KCB*, 10:9-10. 2009.
80. **Marchal B, Kegels.** Health workforce imbalances in times of globalization: brain drain or professional mobility. *International Journal of health Planning and Management*, 18:S89-S101. 2003.
81. **Youlong G, Wilkes A, Bloom G.** Health human resource development in rural China. . *Health Policy and Planning*, 12:320-8. . 1997.
82. **P, Suriyawongpaisal.** Potential Implications of Hospital Autonomy on Human Resource Management: A Thai Case Study. *Human Resource for Health Development Journal*, 3:158-70. 1999.
83. **Hội Nghị Hội đồng hiệu trưởng.** Báo cáo về nhân lực y tế. Cát Bà. ngày 20/8. 2009.
84. **Fields, Bronwyn and Duc, Nghiem Xuan.** *Health workforce training: Situation Analysis and Initial Identification of Opportunities for Program Support.* Hà Nội : ADB, 2008.
85. **Thủ tướng Chính phủ.** Quyết định 121/2007/QĐ-TTg về việc phê duyệt Quy hoạch mạng lưới các trường đại học và cao đẳng giai đoạn 2006-2020. 2007.
86. **Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế.** Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2007. Hà Nội : Bộ Y tế, 2008.
87. **Bộ Y tế và Nhóm đối tác Y tế.** Báo cáo chung Tổng quan ngành y tế Năm 2008- Tài chính y tế ở Việt Nam. Hà Nội : Bộ Y tế, 2008.
88. **Ban cán sự Đảng Bộ Giáo dục và Đào tạo.** Nghị quyết số 05-NQ/BCSD, ngày 6/1/2010, về đổi mới quản lý giáo dục đại học giai đoạn 2010-2012. 2010.
89. **HMN (WHO) .** Khung và tiêu chuẩn của các hệ thống thông tin y tế [Framework and Standards for Country Health Information Systems], lần xuất bản thứ 2.
90. **Bộ Tư pháp.** Số liệu đăng ký hộ tịch (<http://moj.go...n/Pages/solieuthongke.aspx>). 2010.
91. **Cục Quản lý dược, Bộ Y tế.** WHO Level I Survey of Country Pharmaceutical Situation, Vietnam. 2007.
92. **Chính phủ.** Nghị quyết của Chính phủ số 37/CP ngày 20 tháng 6 năm 1996 về định hướng chiến lược công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân trong thời gian 1996-2000 và chính sách quốc gia về thuốc của Việt Nam. 1996.
93. —. Nghị định số 79/2006/NĐ-CP, ngày 09/08/2006, của Chính phủ “Quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật Dược”. 2006.

94. **Cục Quản lý Dược, Bộ Y tế.** Báo cáo tổng kết công tác Dược năm 2008, triển khai kế hoạch năm 2009. Hà Nội, 2009.
95. **Tổng cục Thống kê.** Khảo sát mức sống hộ gia đình năm 2006. Hà Nội : NXB Thống kê, 2008.
96. **Bộ Y tế.** Tài khoản y tế Quốc gia Quá trình thực hiện và phát triển ở Việt Nam. Hà Nội : NXB Thống kê, 2004.
97. —. *Tài khoản y tế quốc gia thực hiện ở Việt Nam thời kỳ 1998-2003.* Hà Nội : NXB Thống kê, 2006.
98. —. *Tài khoản Y tế Quốc gia thực hiện ở Việt Nam Thời kỳ 2000-2006.* Hà Nội : NXB Thống kê, 2008.
99. **Bộ Y tế và WHO.** Tài khoản y tế quốc gia thực hiện ở Việt Nam thời kỳ 1998-2008. Hà Nội : NXB Thống kê, 2010.
100. **Bộ Y tế.** Đánh giá việc sử dụng thuốc hợp lý và vật tư tiêu hao tại các bệnh viện [Review of rational drug and consumables use and costs in hospitals]. 2009.
101. —. Trích Báo cáo trả lời chất vấn của Bộ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Quốc Triệu tr ước kỳ họp thứ Tám, Quốc hội Khóa XII, ngày 22 /11/2010.
102. **Nguyen AT, Knight R, Mant A, Cao QM, Auton M.** Medicines prices, availability, and affordability in Vietnam. *Southern Med Review* 2(2):2-9. 2009.
103. **Beran, David, et al.** Report on the rapid assessment protocol for insulin access in Vietnam. London : International Insulin Foundation, 2008.
104. **WHO Country Office for Vietnam.** Medicine Prices: Make people sicker and poorer. 2010.
105. **US Department of Commerce, International Trade Division.** Pharmaceutical Price Controls in OECD Countries Implications for U.S. Consumers, Pricing, Research and Development, and Innovation. 2004.
106. **Cục Quản lý Dược, Bộ Y tế.** Thông tin về giá thuốc đấu thầu năm 2008 (<http://www.dav.gov.vn> ).
107. **Inspection Department, Ministry of Health.** Assessment of reality of the tender and supply of drugs in public health facility. 2009.
108. **Tổng cục Thống kê.** [www.gso.gov.vn](http://www.gso.gov.vn). 2010.
109. **Cuong, Truong Quoc.** Overview of the Vietnam pharmaceutical sector in 2008 operations of foreign enterprises in Vietnam, state management orientation in the sector in 2009. Hanoi : Annual meeting in pharmaceutical sector, June 23rd, 2009.
110. **Bộ Y tế.** Meeting between the Ministry of Health and Foreign Companies operating in the pharmaceutical field in Vietnam, 6 December. Hanoi, 2007.
111. **Cục Quản lý Dược, Bộ Y tế.** Báo cáo tổng kết công tác Dược năm 2009, triển khai kế hoạch năm 2010. Hà Nội, 2009.
112. **Hương Cát.** Việt Nam đứng thứ hai về thuốc giả ở Đông Nam Á. <http://vietbao.vn/Xa-hoi/Viet-Nam-dung-thu-hai-ve-thuoc-gia-o-Dong-Nam-A/20804766/157/>. 21/09/2008.
113. **Mac TL, et al.** Quality of antiepileptic drugs in Vietnam. . *Epilepsy Res.* Jul;80(1):77-82. 2008.
114. **Bộ Y tế.** QĐ 991/2009/QĐ-BYT về việc thành lập Trung tâm Quốc gia về thông tin thuốc và theo dõi phản ứng có hại của thuốc. 24/3/2009.
115. **Hoa NQ, Trung NV, Larsson M, Eriksson B, Phuc HD, Chuc NTK, Stålsby Lundborg C.** Decreased Streptococcus pneumoniae susceptibility to oral antibiotics among children in rural Vietnam: a community study. . *BMC Infectious Diseases*, 10: 85. 2010.
116. **Hợp tác toàn cầu về kháng kháng sinh tại Việt Nam (GARP).** Phân tích thực trạng: Sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh ở Việt Nam [Situation Analysis: Antibiotic Use and Resistance in Vietnam. Hà Nội, 2010.
117. **Đoàn Mai Phương, Nguyễn Xuân Quang và CS.** Mức độ đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây bệnh phân lập tại Bệnh viện Bạch Mai từ 01/01/2006-30/6/2008. *Tạp chí Y học lâm sàng*. 2008.
118. **MSA and WHO.** Study on the use and consumption of medicines in hospitals. 2009.



119. **Nguyễn Quốc Anh.** Báo cáo về việc sử dụng kháng sinh đối với súc vật ở Việt Nam. Hà Nội : Bộ Nông nghiệp và phát triển nông thôn, 2009.
120. **CDC.** *Combination Vaccines for Childhood Immunization- Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), the American Academy of Pediatrics (AAP) and the American Academy of Family Physicians (AAFP);* , May 14, 48(RR05). 1999.
121. **Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Bộ Y tế.** Báo cáo tổng kết công tác TCMR năm 2009. Hà Nội, 2009.
122. **Dương, Phạm Tuấn.** Báo cáo công tác truyền máu năm 2009 và kế hoạch cung cấp máu cho các bệnh viện năm 2010. Hà Nội : Bộ Y tế, 2009.
123. **World Bank.** *Vietnam regional transfusion centers project, Report No 22128-VN.* 2002.
124. **Chính phủ.** Báo cáo của Chính phủ số 65/BC-CP ngày 05/05/2008 về Tình hình thực hiện chính sách, pháp luật về công tác xã hội hoá chăm sóc sức khoẻ nhân dân (trình bày tại kỳ họp thứ 3, Quốc hội khóa XII). 2008.
125. *Hội nghị Đánh giá kết quả 6 năm triển khai thực hiện chính sách quốc gia về TTBYT và 3 năm triển khai đề án nghiên cứu chế tạo và sản xuất TTBYT.*
126. **Đảng Cộng sản Việt Nam.** Văn kiện Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ VIII. Hà Nội : NXB Chính trị Quốc gia, 1996.
127. **Bộ Chính trị.** Kết luận số 42-KL/TW, ngày 1/4/2009, của Bộ Chính trị về đổi mới cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp y tế công lập. 2009.
128. **WHO.** Chiến lược tài chính y tế cho khu vực Châu Á – Thái Bình Dương (2010-2015). Manila : WPRO, 2008.
129. **WHO Vietnam Country Office.** *WHO financing fact sheet.* 2010.
130. **World Bank.** *Health financing and delivery in Vietnam: looking forward.* 2009.
131. **Nguyễn Hoàng Long.** Báo cáo tại Hội nghị đối tác ngành y tế, tháng 11. 2007.
132. **Ministry of Health and UNICEF.** *Review on the implementation of free healthcare services for children under six in public healthcare facilities with regards to child mortality and morbidity patterns and available treatment.* Hà Nội : s.n., 2007.
133. **Bảo hiểm xã hội Việt Nam.** Báo cáo tổng hợp số thẻ và thu chi cung cấp cho Bộ Y tế. 2009.
134. **Viện Chiến lược và Chính sách Y tế và Vụ Kế hoạch-Tài Chính.** Báo cáo khảo sát tình hình thực hiện Nghị định 43/2006/NĐ-CP trong hệ thống bệnh viện công lập. Hà Nội : Bộ Y tế, 2010.
135. **Chính phủ.** Nghị định số 62/2009/NĐ-CP quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật BHYT. 2009.
136. **Nhóm CBEH Việt Nam.** Đánh giá việc thực hiện thí điểm phương thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT theo định suất tại Việt Nam – Kết quả nghiên cứu tại tỉnh Hải Dương, Thanh Hóa, Hòa Bình và Hà Nam. 2010.
137. **Viện Chiến lược và Chính sách y tế.** Dự thảo nghiên cứu chi phí quá mức cho y tế của dự án Equitap II. 2010.
138. **Wagstaff, Adam.** Health Insurance for the Poor: Initial Impacts of Vietnam's Health Care Fund for the Poor." Impact Evaluation Series #11. *Policy Research Working Paper #WPS 4134, World Bank, Washington,DC.* 2007.
139. **Tổng cục Thống kê.** Điều tra mức sống dân cư từ 1993-2006.
140. **UNESCAP.** <http://www.unescap.org/pdd/prs/ProjectActivities/Ongoing/gg/governance.asp>, truy cập 3-2010. 2010.
141. **WHO.** *Health systems: Improving performance- World Health Report 2000.* Geneva : WHO, 2000.
142. **Travis, P., D. Egger, P. Davies, and A. Mechbal.** *Towards better stewardship: concepts and critical issues. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Papers, No. 48.* Geneva : WHO, 2002.

143. **Islam M, ed.** *Health Systems Assessment Approach: A How-To Manual. Submitted to the U.S. Agency for International Development in collaboration with Health Systems 20/20, Partners for Health Reform plus, Quality Assurance Project, and Rational Pharmaceutical Management.* Arlington (VA) : Management Sciences for Health, 2007.
144. **Thủ tướng Chính phủ.** Quyết định số 18/2008/QĐ-TTg ngày 29-1/2008 của Thủ tướng Chính phủ quy định chức năng nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Tổng Cục dân số - Kế hoạch hóa gia đình thuộc Bộ Y tế. 2008.
145. **Bộ Y tế, Bộ Nội vụ.** Thông tư liên tịch số 12/2008/TTLT-BYT-BNV ngày 30/12/2008 hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn, cơ cấu tổ chức và biên chế của Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm trực thuộc Sở Y tế các tỉnh, TP trực thuộc Trung ương. 2008.
146. **Bộ Y tế, Bộ Nội vụ.** Thông tư liên tịch số 03/2008/TTLT-BYT-BNV ngày 25/4/2008 của Bộ Y tế và Bộ Nội vụ 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, cấp huyện. 2008.
147. **Trần Chí Liêm, (Thứ trưởng).** Báo cáo tóm tắt công tác y tế năm 2008 và kế hoạch năm 2009 tại Hội nghị tổng kết công tác y tế năm 2008 tại Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 28/12/2008. 2008.
148. **Quốc hội.** Luật ban hành văn bản quy phạm pháp luật (Điều 33). 2008.
149. **Thủ tướng Chính phủ.** Danh sách các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế, ban hành theo Quyết định số 1874/2009/QĐ-TTg ngày 12 tháng 11 năm 2009. 2009.
150. **Viện Chiến lược và Chính sách y tế.** Báo cáo Kết quả đánh giá thực trạng y tế cơ sở, tại Hội thảo “Một số giải pháp ưu tiên nhằm nâng cao hiệu quả hoạt động y tế cơ sở”, ngày 18/12. Hà Nội : s.n., 2008.
151. **Bộ Y tế.** Theo Quyết định số 23/2006/QĐ-BYT. 2006.
152. **Báo điện tử công thương.** 80-85% nguyên liệu hóa dược vẫn phải nhập khẩu. <http://bacongthuong.com.vn/Details/chuyen-dong-cong-thuong/8085-nguyen-lieu-hoa-duoc-van-phai-nhap-khau/32/0/40105.star>. 5/11/2010 .
153. **Thủ tướng Chính phủ.** Quyết định số 712/2010/QĐ-TTg. 2010.
154. **Bộ Chính trị.** Kết luận số 43-KL/TW ngày 1/4/2009 của Bộ Chính trị. 2009.
155. **Bộ Y tế.** Tài liệu học tập Nghị quyết 46-NQ/TW của Bộ Chính trị về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới. Hà Nội : NXB Y học, 2005.
156. **Chính phủ.** Nghị định 64/2009/2009 về chính sách đối với cán bộ, viên chức y tế công tác ở vùng khó khăn, đặc biệt khó khăn. 2009.
157. **Thủ tướng Chính phủ.** Quyết định 46/2009/QĐ-TTg về chế độ phụ cấp đặc thù đối với cán bộ, viên chức công tác tại một số bệnh viện. 2009.
158. —. Quyết định số 155/2003/QĐ-TTg về chính sách đối với cán bộ, viên chức y tế công tác tại chỗ và CBYT biệt phái, luân phiên về công tác tại vùng núi, vùng khó khăn, đặc biệt khó khăn. 2003.
159. —. Quyết định số 75/2009/QĐ-TTg về chế độ phụ cấp với nhân viên y tế thôn bản. 2009.
160. **Health inspectorate.** *Study on the procurement of medicines in hospitals.*
161. **Bộ Y tế.** Đề án Đổi mới cơ chế hoạt động và cơ chế tài chính (trong đó có tiền lương, giá dịch vụ y tế) đối với cơ sở y tế công lập. 2008.