

- **Quốc hội ghi nhận quyết tâm, ý chí, nỗ lực của ngành y tế trong bảo vệ, chăm sóc sức khỏe của toàn dân**
- **Ước tính chi phí thực hiện Danh mục Dịch vụ y tế cơ bản tại trạm y tế xã**
- **Sự thay đổi trong cung ứng dịch vụ và thuốc tại các trạm y tế xã thực hiện can thiệp thí điểm Gói dịch vụ y tế cơ bản**
- **Kết quả đánh giá nhanh khả năng cung ứng dịch vụ và nhu cầu đầu tư trang thiết bị tại các trạm y tế xã điểm trong Đề án Xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới**
- **Tổng quan phương pháp đánh giá hiệu quả hoạt động bệnh viện và các nghiên cứu tại Việt Nam**
- **Thực trạng cung cấp và sử dụng kết quả nghiên cứu trong hoạch định chính sách y tế và các yếu tố ảnh hưởng ở Việt Nam**
- **Sử dụng thang điểm FINDRISC trong sàng lọc đái tháo đường tuýp 2**
- **Tổng quan phương pháp nghiên cứu ước tính tổn thất kinh tế do suy giảm năng suất lao động do bệnh tật không tử vong liên quan đến sử dụng rượu bia trên thế giới**
- **Xử lý khủng hoảng và quản lý kinh doanh liên tục - Bài học qua đại dịch Covid-19**
- **Tổng quan tài liệu về thực trạng triển khai chính sách Y tế - Dân số với các dân tộc thiểu số tại khu vực miền núi giai đoạn 2016-2020**





#### TỔNG BIÊN TẬP

GS. TS. Lê Quang Cường

#### PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

ThS. Vũ Thị Minh Hạnh

#### BAN BIÊN TẬP

TS. Trần Thị Mai Oanh

TS. Nguyễn Khánh Phương

TS. Khương Anh Tuấn

#### TÒA SOẠN

Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

Ngõ 196 Hồ Tùng Mậu - Mai Dịch

Cầu Giấy - Hà Nội

Tel: (024) 3846 1590

(024) 3823 4167

Fax: (024) 3823 2448

Email: tapchichinhhsachyte@hspi.org.vn

#### Giấy phép xuất bản số:

197/GP-BTTTT cấp ngày 23/6/2014

In 2.000 cuốn khổ 20,5x29,5

#### Chế bản in tại:

Công ty Hoàng Minh

# MỤC LỤC

	Trang
▪ Quốc hội ghi nhận quyết tâm, ý chí, nỗ lực của ngành y tế trong bảo vệ, chăm sóc sức khỏe của toàn dân	5
<i>Lược ghi, Trần Văn</i>	
▪ Ước tính chi phí thực hiện Danh mục Dịch vụ Y tế cơ bản tại trạm y tế xã	10
<i>Đỗ Trà My, Nguyễn Tuấn Việt, Trần Thị Mai Oanh, Nguyễn Khánh Phương</i>	
▪ Sự thay đổi trong cung ứng dịch vụ và thuốc tại các trạm y tế xã thực hiện can thiệp thí điểm Gói dịch vụ y tế cơ bản	21
<i>Nguyễn Thị Thắng, Phạm Văn Hiến, Nguyễn Hoàng Giang, Nguyễn Thế Vinh, Ong Thế Duệ, Trần Thị Mai Oanh</i>	
▪ Kết quả đánh giá nhanh khả năng cung ứng dịch vụ và nhu cầu đầu tư trang thiết bị tại các trạm y tế xã điểm trong Đề án Xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới	31
<i>Nguyễn Hoàng Giang, Nguyễn Thị Thắng, Phạm Văn Hiến, Trần Thị Mai Oanh</i>	
▪ Tổng quan phương pháp đánh giá hiệu quả hoạt động bệnh viện và các nghiên cứu tại Việt Nam	45
<i>Nguyễn Tuấn Việt, Đỗ Trà My</i>	
▪ Thực trạng cung cấp và sử dụng kết quả nghiên cứu trong hoạch định chính sách y tế và các yếu tố ảnh hưởng ở Việt Nam	52
<i>Phan Hồng Vân, Khương Anh Tuấn, Nguyễn Thị Nam Liên, Bùi Thị Phương Loan, Trần Thị Mai Oanh</i>	
▪ Sử dụng thang điểm FINDRISC trong sàng lọc đái tháo đường tuýp 2	69
<i>Nguyễn Thế Vinh</i>	
▪ Tổng quan phương pháp nghiên cứu ước tính tổn thất kinh tế do suy giảm năng suất lao động do bệnh tật không tử vong liên quan đến sử dụng rượu bia trên thế giới	77
<i>Khương Anh Tuấn, Trịnh Ngọc Thành, Nguyễn Thị Minh Hiếu, Mai Xuân Thu, Nguyễn Thái Học</i>	
▪ Xử lý khủng hoảng và quản lý kinh doanh liên tục - Bài học qua đại dịch Covid-19	89
<i>Lê Văn Truyền</i>	
▪ Tổng quan tài liệu về thực trạng triển khai chính sách Y tế - Dân số với các dân tộc thiểu số tại khu vực miền núi giai đoạn 2016-2020	98
<i>Nguyễn Thị Thanh, Nguyễn Thị Tố Quyên</i>	





*Đồng chí Phùng Quốc Hiển, Ủy viên Trung ương Đảng, Phó Chủ tịch Quốc hội phát biểu tại buổi làm việc của Đoàn công tác của Quốc hội với Bộ Y tế ngày 31 tháng 08 năm 2020*

## QUỐC HỘI GHI NHẬN QUYẾT TÂM, Ý CHÍ, NỖ LỰC CỦA NGÀNH Y TẾ TRONG BẢO VỆ, CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA TOÀN DÂN

*Lược ghi - Trần Văn*

*(Lược ghi ý kiến phát biểu của đồng chí Phùng Quốc Hiển Ủy viên Trung ương Đảng, Phó Chủ tịch Quốc hội kết luận buổi làm việc của Đoàn công tác của Quốc hội với Bộ Y tế ngày 31 tháng 08 năm 2020)*

Qua nghe báo cáo của Bộ Y tế, ý kiến phát biểu của các đồng chí trong Đoàn công tác của Quốc hội và ý kiến giải trình của Quyền Bộ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thanh Long, Đoàn công tác của Quốc hội đánh giá cao những kết quả đã đạt được của ngành y tế trong gần 5 năm qua.

Trong 5 năm qua, mặc dù chúng ta có nhiều thuận lợi từ những kết quả đạt được sau gần 35 năm đổi mới, vai trò và vị thế của

Việt Nam trên trường quốc tế gia tăng, kinh tế - xã hội có những bước tiến quan trọng, mang tính lịch sử, song chúng ta cũng phải đối mặt với nhiều khó khăn, thách thức vô cùng lớn. Đó là, những khó khăn nội tại của một nền kinh tế đang phát triển, hội nhập sâu và có độ mở lớn, những thách thức về địa chính trị, an ninh khu vực, môi trường, thiên tai, dịch bệnh: sốt rét, sởi, bạch hầu... Đặc biệt là đại dịch quy mô chưa từng có là đại

dịch Covid-19 đã tác động không nhỏ đến nền kinh tế nước ta.

Chúng ta đang phấn khởi với kết quả tăng trưởng kinh tế bình quân giai đoạn 2016 - 2019 đạt 6,8%/năm, cao hơn so với chỉ tiêu Quốc hội giao, cao hơn mức bình quân của giai đoạn trước, nhưng đại dịch Covid-19 xảy ra từ đầu năm đến nay đã làm suy giảm tăng trưởng kinh tế, khả năng chỉ đạt khoảng 2% năm 2020 khi sản xuất, kinh doanh bị đình trệ, chuỗi cung ứng toàn cầu bị đứt gãy, thất nghiệp gia tăng, thu nhập của người dân giảm mạnh.

Trong bối cảnh khó khăn đó, với quyết tâm cao, ý chí, nỗ lực không ngừng nghỉ của toàn ngành y tế, chúng ta đã ngăn chặn được các loại dịch bệnh, kiểm soát được đại dịch Covid-19. Nhờ cách thức tổ chức, quản lý, bố trí nguồn lực công tác phòng chống dịch Covid-19 hợp lý, khoa học, chỉ đạo quyết liệt trong điều kiện tiềm lực kinh tế, cơ sở vật chất và lực lượng rất hạn chế, chúng ta đã không chế được số ca mắc khoảng 1000 người trên 96 triệu dân là một kỳ tích.

Thành công to lớn đó đã làm tăng niềm tin của nhân dân vào Đảng, Nhà nước, ngành y tế. Vị thế, hình ảnh, giá trị của đất nước và con người Việt Nam được tăng lên trong mắt bạn bè quốc tế. Kết quả đạt được đó là thành tích chung của hệ thống chính trị, của toàn dân song phải kể đến vai trò nòng cốt, vai trò mang tính then chốt của đội ngũ cán bộ, bác sỹ, nhân viên ngành y tế. Nhiều tấm gương có thể tôn vinh là những người anh hùng, những người chiến sỹ tận tụy, xả thân trên mặt trận phòng chống dịch bệnh. Nếu không có những nỗ lực, cố gắng vượt bậc đó thì dịch bệnh đã tràn lan, xã hội không thể ổn

định, kinh tế không thể tăng trưởng dương, đời sống sẽ còn khó khăn hơn và chúng ta không thể làm gì khác được nếu tỷ lệ nhiễm bệnh, tỷ lệ chết cao như ở một số nước.

Nhưng đó cũng chỉ là một mặt, để có được kết quả xử lý tốt như vậy thì phải nói rằng chúng ta đã xây dựng được một hệ thống hạ tầng về y tế bao gồm cả về tổ chức, cơ sở vật chất và con người từ Trung ương đến cơ sở với 1.451 bệnh viện công lập từ Trung ương đến huyện và 11.400 trạm y tế tuyến xã, đã khuyến khích phát triển 231 bệnh viện tư nhân với khoảng 16.000 giường bệnh và 35.000 phòng khám tư nhân. Lực lượng cán bộ, nhân viên y tế đã tăng từ 200 ngàn người năm 1993 lên 465 ngàn người, tương ứng với số bác sỹ tăng lên từ 4,1 bác sỹ/1 vạn dân lên 8,8 bác sỹ/1 vạn dân. Số giường bệnh đã đạt chỉ tiêu Quốc hội giao là 28 giường/1 vạn dân. Kết quả công tác y tế dự phòng, dân số, quản lý an toàn thực phẩm, môi trường và vệ sinh y tế công cộng, công nghiệp dược phẩm, sản xuất thuốc và các loại vaccine, sản xuất thiết bị y tế đều đạt kết quả tích cực và có bước tiến vượt bậc. Từ đó, sức khỏe của nhân dân được chăm sóc tốt hơn, tuổi thọ bình quân tăng lên đáng kể. Sự tin cậy, tin yêu của nhân dân đối với ngành y tế, với đội ngũ thầy thuốc đã nâng lên rõ rệt.

Tài chính y tế đã được sự Đảng và Nhà nước đặc biệt quan tâm. Chi tiêu cho ngành y tế liên tục tăng và chiếm tỷ trọng khoảng 7,4% trong tổng chi ngân sách nhà nước. Ngân sách đã tập trung nguồn lực để đầu tư cơ sở vật chất và trang thiết bị cho ngành y tế với tỷ lệ giải ngân đạt mức cao, nhiều dự án được hoàn thành. Bảo hiểm y tế đã bao phủ 90,7% dân số theo như chỉ tiêu Quốc hội giao. Chi

phí dịch vụ y tế từng bước được điều chỉnh theo hướng tính đúng, tính đủ. Ngành y tế đã đẩy mạnh việc thực hiện cơ chế tự chủ tại các đơn vị y tế công lập, trong đó có 4 bệnh viện trung ương tự chủ toàn diện là các bệnh viện Bạch Mai, Chợ Rẫy, Việt Đức và Bệnh viện K.

Thực hiện chức năng quản lý nhà nước, Bộ Y tế đã tham mưu cho Đảng, Nhà nước trong việc xây dựng hệ thống pháp luật khá hoàn chỉnh: chủ trì soạn thảo 12 luật, 2 pháp lệnh, trong đó có nhiều luật khó, nhạy cảm... Bộ cũng đã tăng cường kiểm tra, thanh tra, đôn đốc việc triển khai pháp luật, phát hiện và chấn chỉnh nhiều vụ việc tiêu cực, đảm bảo được yêu cầu thống nhất quản lý về y tế. Có thể nói, ngành y tế đã thực hiện tốt các nghị quyết của Quốc hội trong 5 năm qua.

Bên cạnh những kết quả đã đạt được với thành tựu là cơ bản, song ngành y tế cũng còn một số tồn tại, hạn chế cần khắc phục. Cơ bản thống nhất với các tồn tại, hạn chế và nguyên nhân đã nêu trong báo cáo của Bộ, Đoàn công tác xin nhấn mạnh thêm một số điểm nổi bật:

- Mặc dù chất lượng y tế ngày một nâng cao, có những mặt nổi trội, bắt kịp với trình độ của thế giới và Việt Nam nằm trong số 10 quốc gia có thành tích sớm hoàn thành các mục tiêu thiên niên kỷ (SDGs) về y tế, nhưng nhìn trên tổng thể, có tính hệ thống thì chất lượng y tế của chúng ta vẫn còn có khoảng cách với thế giới, châu lục và một số nước hàng đầu của khu vực ASEAN nếu xét theo khuyến nghị của Tổ chức Y tế Thế giới: “An toàn, người bệnh là trung tâm, chăm sóc lâm sàng, hiệu quả, hiệu suất, hướng về nhân viên điều hành hiệu quả”. Chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh hiện chưa cao, chưa đáp

ứng được nhu cầu ngày càng cao của người dân; Xã hội hóa y tế còn hạn chế; Chất lượng y tế tuyến cơ sở, càng về tuyến cuối càng hạn chế về cơ sở vật chất làm cho người dân chưa tin tưởng chất lượng dịch vụ y tế ở cơ sở, nhất là tuyến xã.

- Vấn đề làm chủ về khoa học, kỹ thuật, về phát triển công nghiệp hóa dược phẩm, sản xuất, cung ứng thuốc chữa bệnh, trang thiết bị y tế thiết yếu và đội ngũ có thể làm chủ các công nghệ đó còn có khoảng cách. Đây là vấn đề cần hết sức lưu ý để nâng cao tính độc lập tự chủ, tự cường trong bảo đảm y tế cho người dân, nhất là trong giai đoạn tình hình thế giới có nhiều biến động khó lường.

- Tài chính y tế đã thực hiện từng bước cơ chế thị trường, tính đúng, tính đủ chi phí dịch vụ y tế; bảo hiểm y tế có bước tiến tích cực, song việc bảo đảm tốc độ chi cho y tế cao hơn tốc độ chi chung của NSNN và dành tối thiểu 30% ngân sách y tế cho y tế dự phòng theo Nghị quyết 20 của Trung ương và Nghị quyết 18 của Quốc hội chưa thực hiện được. Nhưng điều đáng nói là mặc dù chưa được đảm bảo nhưng nhiều năm dự toán chi cho y tế lại không chi hết, giải ngân kế hoạch đầu tư công trung hạn 5 năm 2016 - 2020 đến 15/8/2020 mới đạt 49,22%, liệu trong 4-5 tháng còn lại có giải ngân hết hay không. Lãng phí, thất thoát trong chi thường xuyên, chi đầu tư vẫn diễn ra ở các mức độ khác nhau... thể hiện kỷ luật tài chính chưa nghiêm. Tỷ lệ bảo hiểm y tế đạt 90,7% khá cao nhưng do NSNN đóng cho các đối tượng chính sách không nhỏ, bảo hiểm y tế theo hộ gia đình vẫn ở mức thấp (4,5% mức lương cơ sở) trong khi giá dịch vụ y tế ngày càng tăng do yêu cầu tính đúng, tính đủ chi phí.

Tình trạng lợi dụng, trục lợi bảo hiểm y tế ở nhiều nơi vẫn diễn ra ở mức độ khác nhau, “bệnh viện có, người dân có, bác sỹ có”, tỷ lệ chi tiền túi của hộ gia đình cho chăm sóc sức khỏe còn ở mức trên 35%, cao hơn so với mức khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới.

- Công tác tuyên truyền pháp luật, nâng cao nhận thức cho cả đội ngũ y tế và người dân có mặt còn hạn chế. Danh dự, nhân phẩm của đội ngũ y bác sỹ, cán bộ nhân viên của ngành y tế nhiều nơi, nhiều lúc chưa được tôn trọng. Trong truyền thống xã hội Việt Nam, người dân luôn tôn trọng bốn ông thầy là thầy giáo, thầy thuốc, thầy cãi và thầy cúng. Nếu bốn ông này không được tôn trọng thì xã hội có chuyện. Tất nhiên không tránh khỏi: “thầy đồ liếm mật, thầy thuốc lang băm, thầy cãi ăn tiền, thầy cúng bịp bợm”, nhưng đó là hiện tượng thiểu số, gây phản ứng trong xã hội. Chính sách chăm lo đến đời sống, thu nhập cho cán bộ ngành y tế còn có hạn chế, nhiều khi còn cào bằng, chưa thấy hết tính chất đặc thù của ngành. Một bác sỹ sau khi đào tạo 6 năm ra trường cần tới 5 năm thực tập thì chuyên môn mới có thể tạm ổn nhưng mức lương rất thấp. Tham khảo một số y bác sỹ cho thấy, bác sỹ mới ra trường cần được trả lương ít nhất là 15 triệu đồng/tháng ở vùng có giá cả trung bình, còn ở thành phố thì phải 20 triệu đồng/tháng mới có thể đảm bảo cho cuộc sống. Bác sỹ giỏi ở Bạch Mai cũng chỉ được trả khoảng 40 triệu đồng trong khi bác sỹ đầu ngành bệnh viện tư nhân trả trên 200 triệu đồng/tháng. Đây là câu hỏi đặt ra làm chúng ta băn khoăn.

Vậy thì chúng ta phải làm gì để khắc phục những mặt hạn chế đó? Mục tiêu của giai đoạn tới như thế nào? Quan điểm phát triển và giải

pháp ra sao trong 5, 10 năm tới và đến năm 2045 như tinh thần của Dự thảo Văn kiện Đại hội lần thứ XIII của Đảng. Tôi xin gợi ý một số vấn đề để ngành y tế tham khảo:

(1) Bám sát các mục tiêu phát triển trong Dự thảo Văn kiện Đại hội XIII của Đảng, nên chăng là: đến năm 2025 chất lượng ngành y tế Việt Nam phải đứng thứ 2 trong khối ASEAN (chỉ sau Singapore); đến năm 2030 chất lượng ngang tầm châu lục (Top 5 châu lục) và 2045 chất lượng ngang tầm thế giới (Top 10 thế giới). Đây là một mục tiêu đầy tham vọng nhưng theo tôi năng lực, trình độ của con người Việt Nam có khả năng để đạt được.

(2) Về quan điểm phát triển ngành, cần tiếp tục “Đổi mới, đổi mới và đổi mới”, lấy phục vụ nhân dân làm trung tâm, lấy sự hài lòng của nhân dân, của người bệnh làm thước đo chất lượng y tế. Phải thực hiện cơ chế thị trường, coi đó là động lực của sự phát triển, đẩy mạnh xã hội hóa nhưng phải đảm bảo được định hướng XHCN, hạn chế được những mặt tiêu cực của kinh tế thị trường, coi trọng phúc lợi toàn dân, giảm khoảng cách giàu nghèo trong chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh cho nhân dân. Phải đặc biệt chú ý đến vùng sâu, vùng xa, vùng đồng bào dân tộc thiểu số trong phát triển y tế. Phải kết hợp giữa nguồn lực trong nhân dân và sự đầu tư hợp lý của NSNN, nhà nước và nhân dân cùng làm, kết hợp mô hình hợp tác công - tư trong đầu tư phát triển y tế, bảo đảm tăng chi NSNN cho y tế cao hơn tốc độ tăng chi bình quân.

Phải lấy phòng bệnh là chính, “phòng bệnh hơn chữa bệnh”. Bài học nhiều năm qua và qua đại dịch Covid-19 cho chúng ta thấy điều đó. Do vậy cần đặc biệt chú trọng y tế dự phòng. Y tế dự phòng phải đi trước một



bước ở cả 5 lĩnh vực dịch tễ học, quản lý y tế, y học dự phòng, sức khỏe môi trường và nghề nghiệp, khoa học tăng cường sức khỏe.

Hệ thống y tế phải lấy y tế công lập là cốt lõi. Phải từng bước làm chủ về công nghiệp dược, nhất là một số lĩnh vực quan trọng để trong trường hợp bị bao vây, cấm vận... chúng ta vẫn chủ động sản xuất được các loại thuốc cơ bản phục vụ cho nhân dân.

Tập trung hoàn thiện hệ thống pháp luật liên quan đến y tế. Cần sớm xây dựng Luật phòng bệnh, chữa bệnh trong tình trạng khẩn cấp.

Thực hiện tốt sự phối hợp giữa y tế Trung ương và y tế địa phương trong chăm sóc sức khỏe cho nhân dân.

(3) Nhiệm vụ và giải pháp phát triển ngành y tế Việt Nam đã được thể hiện trong nhiều nghị quyết của Đảng, Quốc hội và văn bản quy phạm pháp luật của Chính phủ. Tôi chỉ xin nhấn mạnh một số điểm:

- Với phương châm con người là quyết định, nhiệm vụ quan trọng hàng đầu của ngành là nâng cao chất lượng đội ngũ y tế cả về chuyên môn và y đức, trước hết từ đội ngũ đã có và tiến tới là đào tạo đội ngũ y bác sĩ của hệ thống các trường, đó là đầu vào rất quan trọng, do vậy chú ý chất lượng dạy và học, nhất là khi chúng ta mới chỉ có 2 trường đạt trình độ khu vực là Đại học Y Hà Nội và Đại học Y Dược TP HCM. Tiếp tục chăm lo cho đội ngũ y tế tuyến cơ sở, tuyến huyện, tuyến tỉnh để giảm áp lực cho tuyến Trung ương.

- Phải tăng cường cơ sở vật chất: bệnh viện, số giường bệnh, trang thiết bị y tế đáp ứng yêu cầu khám chữa bệnh ở tất cả các tuyến. Đảm bảo liên thông trong khám chữa bệnh giữa các tuyến thông qua dữ liệu

hồ sơ y tế, qua thăm khám bệnh, hội chẩn trực tuyến (hội chẩn trực tuyến trong dịch Covid-19 rất có hiệu quả); với phương châm xã hội hóa cao.

- Phải sắp xếp, tổ chức lại hệ thống y tế cho hợp lý, cơ cấu lại hệ thống bệnh viện, bên trong từng bệnh viện, từng khoa cho hợp lý, khoa học, tránh chồng chéo, lãng phí và kém hiệu quả.

- Cần kiên trì thực hiện bảo hiểm y tế tự nguyện, hướng đến bảo hiểm y tế toàn dân. Phải có lộ trình để tính đúng, tính đủ vào giá dịch vụ y tế theo nguyên tắc thị trường. Người bệnh có thể được hưởng chế độ dịch vụ cao hơn nếu tự chi trả phần chênh lệch so với mức giá bảo hiểm quy định. Khuyến khích đầu tư theo Luật đầu tư theo hình thức đối tác công tư.

- Đối với dịch bệnh Covid-19, đồng tình với chủ trương chung sống an toàn với dịch bệnh để sản xuất trên cơ sở phòng bệnh tốt, khoanh vùng xử lý tốt khi có dịch xảy ra, không để dịch bệnh bùng phát.

Đoàn công tác ghi nhận và ủng hộ các đề xuất này của ngành y tế và giao cho các cơ quan của Quốc hội nghiên cứu, đưa vào nghị quyết của Quốc hội về chủ trương bố trí ngân sách trung hạn 5 năm giai đoạn 2021 - 2025 cho ngành y tế, nhất là cho các dự án hoàn thành và các dự án chuyển tiếp, vốn đối ứng, các dự án đã có trong kế hoạch nhưng chưa khởi công, cho một số dự án thực sự quan trọng như tuyến xã, tuyến huyện; bảo đảm tăng chi cho y tế cao hơn tốc độ tăng chi ngân sách chung; Kiên trì thực hiện lộ trình giá dịch vụ y tế; Quy định, cụ thể hóa cơ chế tự chủ tài chính và thực hiện hợp tác công tư (PPP) trong lĩnh vực y tế.

# ƯỚC TÍNH CHI PHÍ THỰC HIỆN DANH MỤC DỊCH VỤ Y TẾ CƠ BẢN TẠI TRẠM Y TẾ XÃ

## *Costing of the basic health service package provided at commune health stations*

Đỗ Trà My<sup>1</sup>, Nguyễn Tuấn Việt<sup>1</sup>, Trần Thị Mai Oanh<sup>2</sup>, Nguyễn Khánh Phương<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu ước tính nhu cầu chi phí cung ứng gói Dịch vụ Y tế cơ bản (DVYTCB) tại trạm y tế xã thuộc 4 tỉnh/thành bao gồm Hà Nội, Hà Nam, Bắc Giang và Yên Bái. Thiết kế nghiên cứu hồi cứu, kết hợp cách tiếp cận từ trên xuống và từ dưới lên theo quan điểm của người cung ứng dịch vụ.

Chi phí trung bình một lượt khám chữa bệnh là 103.566 đồng; chi dự phòng đầu người là 46.770đ; chi sàng lọc bệnh tăng huyết áp là 9.708đ; chi sàng lọc bệnh đái tháo đường bằng phiếu hỏi là 5.958đ; và chi sàng lọc bệnh đái tháo đường bằng test mao mạch là 13.782 đồng. Tổng chi phí thực hiện Danh mục DVYTCB tại tuyến xã trên cả nước xấp xỉ 8.800 tỷ đồng. Tính trung bình một trạm y tế, chi phí thực hiện Danh mục DVYTCB là khoảng 792 triệu đồng.

Kết quả từ nghiên cứu này cung cấp số liệu nền quan trọng cho việc phân tích tác động ngân sách thực hiện Danh mục DVYTCB đến Quỹ Bảo hiểm Y tế (BHYT), làm cơ sở để xây dựng chính sách tài chính, góp phần tăng cường dịch vụ cho tuyến y tế cơ sở.

Từ khóa: Gói dịch vụ Y tế cơ bản, chi phí dịch vụ y tế, sàng lọc, trạm y tế.

### ABSTRACT

*The study aims to estimate the unit costs of delivering the Basic health service package (BHSP) at commune health stations (CHSs) in four provinces/cities, including Hanoi, Ha Nam, Bac Giang and Yen Bai. A retrospective study combining top-down and bottom-up approaches from the provider's perspective was applied.*

*The unit cost per outpatient visit is VND 103,566, while that of preventive care per person is VND 46,770. The unit costs of hypertension screening, diabetes screening with using risk-*

<sup>1</sup> Nghiên cứu viên Khoa Kinh tế Y tế, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Bộ Y tế

<sup>2</sup> Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Bộ Y tế

<sup>3</sup> Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Bộ Y tế

*assessment questionnaires, and screening for diabetes using both the questionnaire and capillary test are VND 9,708, VND 5,958, and VND 13,782, respectively. The total cost of implementing the BHSP at the commune level is estimated to be approximately VND 8,800 billion. On average, the total annual cost for implementing the BHSP in a CHS is about VND 792 million.*

*The results are expected to provide crucial formative information for budget impact analysis of the provision of the BHSP on the Health Insurance Fund, which serves as evidence informing the development of the policies on health financing and strengthening health service delivery at the grassroots level.*

*Key words: Basic health service package, unit cost of health services, screening, commune health station.*

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày 18/10/2017, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 39/2017/TT-BYT quy định gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến y tế cơ sở, có hiệu lực thi hành từ ngày 01/12/2017. Thông tư quy định “Danh mục DVYTCB bao gồm các dịch vụ kỹ thuật (DVKT), thuốc, hóa chất, vật tư để chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ), nâng cao sức khỏe, dự phòng và điều trị áp dụng đối với tuyến y tế cơ sở (YTCS) gồm tuyến huyện, tuyến xã”[1].

Theo quy định trong Luật BHYT sửa đổi 2014, phạm vi quyền lợi được hưởng BHYT bao gồm khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng, khám thai định kỳ, sinh con và vận chuyển người bệnh cho một số nhóm đối tượng [2]. Như vậy, các dịch vụ dự phòng, nâng cao sức khỏe không thuộc phạm vi BHYT chi trả. Nội dung khám bệnh để sàng lọc chẩn đoán sớm một số bệnh được quy định trong phạm vi quyền lợi BHYT theo Luật BHYT năm 2008 nhưng đến Luật BHYT sửa đổi 2014 đã bị bãi bỏ. Trên thực tế, hoạt động của toàn bộ hệ thống y tế dự phòng vẫn được đảm bảo từ

ngân sách nhà nước bao gồm ngân sách chi thường xuyên và nguồn kinh phí từ Chương trình mục tiêu y tế - dân số.

Mục tiêu chính của Danh mục DVYTCB là đảm bảo công bằng trong CSSK nhân dân, mọi người dân tham gia BHYT đều được tiếp cận các dịch vụ y tế thiết yếu trong khả năng chi trả có hạn của Quỹ BHYT. Để đạt được mục tiêu này, cần xây dựng giải pháp tài chính phù hợp và bền vững cho việc thực hiện Danh mục DVYTCB. Một cơ sở quan trọng cho việc xây dựng giải pháp tài chính là số liệu về chi phí thực hiện Danh mục DVYTCB. Do đó, việc ước tính chi phí cho GDVYTCB là một nội dung quan trọng giúp các nhà hoạch định chính sách có thông tin, cơ sở để xác định nguồn lực cần thiết nhằm xác định lộ trình xây dựng GDVYTCB một cách bền vững và khả thi trong bối cảnh Việt Nam. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu ước tính nhu cầu chi phí cung ứng gói DVYTCB tại trạm y tế (TYT) xã, làm cơ sở để xây dựng chính sách phân bổ nguồn lực, góp phần tăng cường dịch vụ cho tuyến

y tế cơ sở. Nghiên cứu được thực hiện trong khuôn khổ đề tài cấp nhà nước “Nghiên cứu xây dựng gói dịch vụ y tế cơ bản hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân dựa trên Bảo hiểm y tế tại Việt Nam” (mã số: ĐT ĐL.XH-05/15).

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

Đề tài xác định Danh mục DVYTCB bao gồm: (i) các dịch vụ khám chữa bệnh (KCB) và dịch vụ dự phòng, nâng cao sức khỏe được tính theo các hoạt động thực tế vẫn đang được các TYT xã thực hiện; và (ii) các dịch vụ sàng lọc tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường (ĐTĐ) là hai dịch vụ mới được đề xuất thực hiện trong Danh mục DVYTCB để đáp ứng yêu cầu cấp thiết quản lý hiệu quả các bệnh không lây nhiễm phổ biến trong cộng đồng.

Nghiên cứu thực hiện việc ước tính chi phí theo quan điểm của người cung ứng dịch vụ y tế (DVYT). Thiết kế nghiên cứu hồi cứu, sử dụng số liệu thứ cấp, kết hợp phương pháp tiếp cận từ dưới lên và từ trên xuống [3, 4]. Dữ liệu được lấy trong toàn bộ năm 2017 để đảm bảo có đầy đủ số liệu về hoạt động và tài chính của các đơn vị tại thời điểm thu thập số liệu; đồng thời giảm sự biến thiên chi phí theo mùa trong sử dụng dịch vụ.

### 2.2. Địa bàn và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại 4 tỉnh/thành bao gồm Hà Nội, Hà Nam, Bắc Giang và Yên

Bái. Mỗi tỉnh/thành chọn ra 2 huyện và mỗi huyện chọn ra 3 xã. Thời gian thu thập số liệu diễn ra từ tháng 06 đến tháng 11 năm 2018.

### 2.3. Phương pháp phân tích số liệu

Phương pháp ước tính chi phí thực tế: Cách tiếp cận từ trên xuống được áp dụng để tính toán chi phí đơn vị của một lượt khám bệnh và dịch vụ dự phòng đầu người tại tuyến xã. Toàn bộ chi phí tài chính trong năm 2017 của các dịch vụ do cơ sở y tế cung cấp được đưa vào để ước tính chi phí, bao gồm (1) chi nhân sự, (2) chi thuốc, vật tư tiêu hao, (3) chi vận hành (điện, nước...), (4) chi duy tu, sửa chữa nhỏ, (5) khấu hao trang thiết bị, nhà cửa, và (6) chi khác. Chi phí trực tiếp như thuốc và vật tư có thể được phân bổ trực tiếp. Các chi phí vận hành chung được phân bổ dựa vào thời gian làm việc của cán bộ chia theo 2 mảng hoạt động chính là khám chữa bệnh và dự phòng. Kết quả ước tính chi phí là chi phí KCB bình quân/người/năm (được tính bằng chi bình quân lượt khám tại TYT xã nhân với tần suất KCB tại TYT xã/năm) và chi phí dự phòng/người/năm.

Phương pháp ước tính chi phí thực hiện theo hướng dẫn chuẩn: cách tiếp cận từ dưới lên áp dụng để tính chi phí sàng lọc THA và ĐTĐ theo phương thức sàng lọc cơ hội. Chi phí sàng lọc THA và ĐTĐ được ước tính theo ba cấu phần chi phí cơ bản bao gồm: (1) chi phí nhân lực, (2) chi phí thiết bị vật tư hóa chất và (3) chi phí hành chính. Do hiện tại Việt Nam chưa có quy trình chuẩn về sàng lọc THA và ĐTĐ, nhóm nghiên cứu dựa vào tổng quan tài liệu kết hợp xin ý kiến chuyên

gia để xác định quy trình chuẩn cho các hoạt động tiến hành sàng lọc và nguồn lực cần thiết cho từng lượt sàng lọc THA và ĐTĐ [5, 6]. Đối tượng sàng lọc là những người đến khám tại TYT xã từ 18 tuổi trở lên đối với sàng lọc THA và từ 30 tuổi trở lên đối với sàng lọc ĐTĐ. Kết quả nghiên cứu sẽ ước tính chi phí một lượt sàng lọc THA, một lượt sàng lọc ĐTĐ dùng phiếu hỏi, và một lượt sàng lọc ĐTĐ bằng phiếu hỏi và xét nghiệm đường máu mao mạch, từ đó nghiên cứu xác định tổng chi gói sàng lọc THA và ĐTĐ cho toàn bộ tuyến xã và cho một TYT xã.

Nghiên cứu thực hiện việc xác định tổng chi Danh mục DVYTCB cho toàn bộ tuyến xã và cho một TYT xã bằng phần mềm Microsoft Excel 2016. Để kiểm định tính chắc chắn của kết quả, các tham số đầu vào của mô hình ước tính chi phí sẽ được thay đổi đồng loạt, ngẫu nhiên trong khoảng tin cậy 10.000 lần, ước tính 10.000 kết quả Danh mục DVYTCB [7].

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Mô tả các biến số đầu vào

Chi phí khám chữa bệnh được ước tính dựa vào chi phí 1 lượt khám tại TYT nhân với số lượt khám tại TYT. Trong đó, chi phí một lượt khám tại TYT được Viện Chiến lược và Chính sách Y tế ước tính theo phương pháp chi phí thực tế với cách tiếp cận từ trên xuống của 24 TYT xã thuộc 4 tỉnh Hà Nội, Hà Nam, Bắc Giang và Yên Bái năm 2017. Lượt khám tại TYT được ước tính dựa vào tần suất khám/thẻ tại TYT một năm và tổng số thẻ BHYT cả nước năm 2017. Chi phí dự phòng, tương tự chi phí khám chữa bệnh, cũng được ước tính dựa vào chi phí dự phòng đầu người tại TYT và dân số Việt Nam năm 2017 (Bảng 1).

**Bảng 1. Tham số đầu vào ước tính Danh mục DVYTCB**

	Tham số đầu vào	Phân phối	Giá trị trung bình	Sai số chuẩn	Nguồn số liệu
<b>I</b>	<b>Chi phí Khám chữa bệnh</b>				
1	Chi phí 1 lượt khám tại TYT	Gamma	103.566	6.151	Viện CL&CSYT
2	Tần suất khám/thẻ tại TYT 1 năm		0,412		BHXH VN
3	Chi phí KCB/người/năm		42.669		
4	Số thẻ BHYT cả nước		81.189.000		GSO 2017
5	Lượt khám tại TYT		33.430.765		Công thức
<b>II</b>	<b>Chi phí Dự phòng</b>				
1	Chi dự phòng đầu người tại TYT	Gamma	46.770	4.319	Viện CL&CSYT
2	Dân số		93.671.569		GSO 2017

	Tham số đầu vào	Phân phối	Giá trị trung bình	Sai số chuẩn	Nguồn số liệu
<b>III</b>	<b>Chi phí Sàng lọc THA</b>				
1	Chi sàng lọc bệnh THA đầu người tại TYT	Gamma	9.708	1.942	Viện CL&CSYT
2	Tỷ lệ làm sàng lọc THA		0,600		Thống kê y tế 2016 (>18 tuổi)
3	Lượt khám sàng lọc THA tại TYT		20.041.743		Công thức
4	Tỷ lệ phát hiện THA mới	Beta	0,287	0,029	Minh 2019[5]
5	Chi phí điều trị THA trung bình 1 BN	Gamma	86.626	4.993	Viện CL&CSYT
<b>IV</b>	<b>Chi phí Sàng lọc ĐTD</b>				
1	Chi sàng lọc bệnh ĐTD bằng phiếu đầu người tại TYT	Gamma	5.958	1.192	Viện CL&CSYT
2	Chi sàng lọc bệnh ĐTD bằng test mao mạch đầu người tại TYT	Gamma	13.782	2.756	Viện CL&CSYT
3	Tỷ lệ làm sàng lọc ĐTD bằng phiếu		0,445		Thống kê y tế 2016 (>30 tuổi)
4	Lượt khám sàng lọc ĐTD tại TYT bằng phiếu		14.859.975		Công thức
5	Tỷ lệ làm test mao mạch	Beta	0,317	0,032	Viện CL&CSYT
6	Tỷ lệ dương tính test mao mạch	Beta	0,660	0,066	Viện CL&CSYT
7	Tỷ lệ dương tính HBA1C	Beta	0,210	0,021	Viện CL&CSYT
8	Tỷ lệ phát hiện ĐTD mới		0,044		Công thức
9	Chi phí điều trị ĐTD trung bình 1 BN	Gamma	154.264	16.677	Viện CL&CSYT

Để ước tính tổng chi phí, ngoài chi phí đơn vị 1 lượt sàng lọc, thì còn cần xác định tỷ lệ bệnh nhân cần thực hiện sàng lọc theo từng giai đoạn (Bảng 1). Đối với bệnh THA, tỷ lệ dân số trên 18 tuổi theo số liệu Tổng cục Thống kê năm 2016 được lấy làm tỷ lệ sàng lọc. Đối với bệnh ĐTD, sau khi sàng lọc bằng phiếu hỏi, một tỷ lệ bệnh nhân được tiếp tục làm xét nghiệm (XN) đường máu mao mạch. Do đó, để ước tính chi phí sàng lọc bệnh ĐTD tại tuyến xã, nghiên cứu

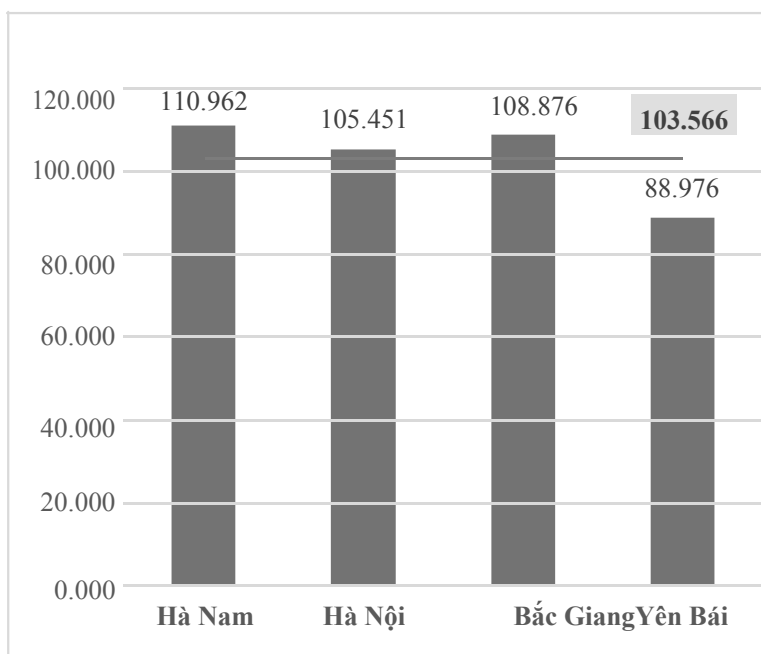
đã xác định tỷ lệ dương tính qua phiếu hỏi và tỷ lệ dương tính với xét nghiệm mao mạch theo công thức được sử dụng từ các nghiên cứu trong nước và quốc tế [6, 8, 9].

### 3.2. Kết quả ước tính chi phí thực hiện cung ứng dịch vụ KCB tại TYT xã

Kết quả xác định chi phí đơn vị 1 lượt khám theo chi phí thực tế của 24 xã khảo sát được thể hiện ở Hình 1.

Chi phí trung bình 1 lượt khám chữa bệnh tại TYT xã không có sự chênh lệch quá lớn giữa các tỉnh Hà Nam, Bắc Giang và Hà Nội; dao động trong khoảng từ 103 nghìn đồng đến 111 nghìn đồng. Các TYT xã ở Yên Bái có chi phí trung bình 1 lượt khám thấp hơn rõ rệt, với chi phí là khoảng 89 nghìn đồng (Hình 1).

Kết quả chi phí 1 lượt khám tại TYT xã được kết hợp với tần suất khám chữa bệnh tại TYT một năm là 0,412 và tổng số thẻ BHYT cả nước năm 2017 là hơn 81 triệu thẻ (Bảng 1) giúp ước tính tổng chi cho khám chữa bệnh tại tuyến xã một năm là gần 3.500 tỉ đồng, trung bình 1 TYT là xấp xỉ 312 triệu đồng (Bảng 3).



**Hình 1: Chi phí một lượt khám tại tuyến xã**

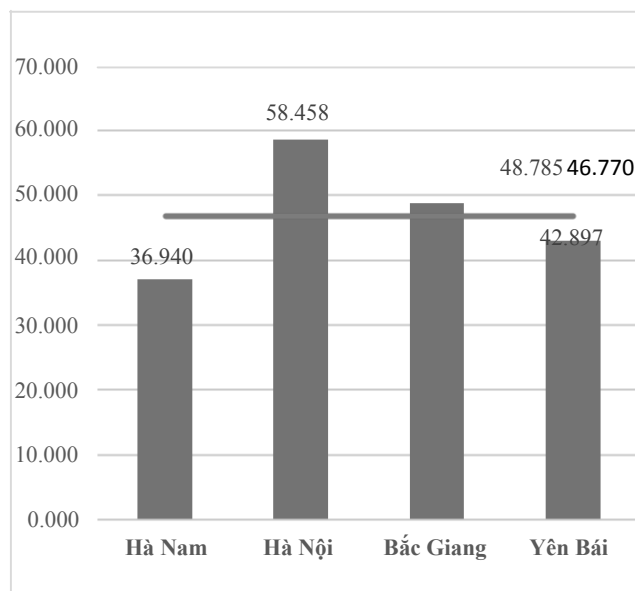
### 3.3. Kết quả ước tính chi phí thực hiện các hoạt động dự phòng thường quy tại TYT xã

Tương tự phần chi phí khám chữa bệnh, chi phí dự phòng đầu người tuyến xã được xác định trung bình khoảng 47 nghìn đồng (Hình 2).

Chi phí dự phòng đầu người dao động khá lớn giữa các tỉnh thành. Hà Nội cao nhất với mức xấp xỉ 59 nghìn đồng, Bắc Giang thứ

2 với khoảng 49 nghìn đồng, Yên Bái với khoảng 43 nghìn đồng và thấp nhất là Hà Nam với khoảng 37 nghìn đồng chi phí dự phòng đầu người.

Kết quả chi dự phòng bình quân đầu người kết hợp với số liệu dân số năm 2017 là 93 triệu 600 nghìn người được sử dụng để ước tính chi dự phòng tuyến xã một năm theo phương án chi phí đầy đủ là xấp xỉ 4.400 tỉ đồng, trung bình một TYT là xấp xỉ 400 triệu đồng (Bảng 3).



**Hình 2: Chi phí dự phòng đầu người tuyến xã**

### 3.4. Kết quả ước tính chi phí thực hiện sàng lọc THA và ĐTD tại TYT xã

Quy trình sàng lọc THA bao gồm phỏng vấn bằng phiếu hỏi, đo huyết áp 3 lần mỗi lần cách nhau 5 phút, lấy kết quả trung bình 2 lần đo cuối, tư vấn và kết luận. Chi phí 1 lượt sàng lọc THA tại tuyến xã theo phương pháp quy chuẩn được xác định là 9.708 đồng (Bảng 2).

Quy trình khám sàng lọc bệnh ĐTD bao gồm phỏng vấn bằng phiếu hỏi, xác định các đối tượng nguy cơ tiền ĐTD, tiến hành đo đường máu mao mạch trên các đối tượng

này, tư vấn và kết luận. Chi phí 1 lượt sàng lọc bệnh ĐTD bằng phiếu hỏi cho tất cả đối tượng từ 30 tuổi trở lên đến khám tại TYT xã được xác định xấp xỉ 6 nghìn đồng. Chi phí này thấp hơn so với chi phí sàng lọc THA là do nhân sự sàng lọc bằng phiếu đối với ĐTD không cần đòi hỏi người làm là bác sỹ và thời gian tiến hành sàng lọc cũng rút ngắn hơn. Sau khi sàng lọc bằng phiếu, một tỷ lệ bệnh nhân nguy cơ mắc ĐTD được tiếp tục tiến hành xét nghiệm mao mạch tại tuyến xã. Chi phí lượt sàng lọc ĐTD bằng xét nghiệm mao mạch được xác định xấp xỉ 14 nghìn đồng (Bảng 2)

**Bảng 2. Chi phí một lần sàng lọc THA và ĐTD tại TYT xã**

Chi phí	Sàng lọc THA	Sàng lọc ĐTD phiếu hỏi	Sàng lọc ĐTD XN mao mạch
Chi nhân sự	9.370	5.722	6.509
Chi thiết bị, VTTT	104	93	7.110
Chi hành chính	234	143	163
<b>Tổng chi 1 lần sàng lọc</b>	<b>9.708</b>	<b>5.958</b>	<b>13.782</b>



Kết hợp chi phí đơn vị một lượt sàng lọc ước tính ở trên cùng các tham số về lượt sàng lọc (Phụ lục 2). Chi phí gói sàng lọc THA và ĐTĐ tuyến xã ước tính xấp xỉ 350 tỉ đồng, trung bình một TYT là khoảng 30 triệu đồng. Ngoài ra, chi phí phát sinh do điều trị các trường hợp phát hiện mới THA và ĐTĐ tuyến xã là xấp xỉ 600 tỉ đồng, trung bình một TYT là khoảng 55 triệu đồng (Bảng 3).

### 3.5. Kết quả ước tính chi phí thực hiện Danh mục DVYTCB tại tuyến xã

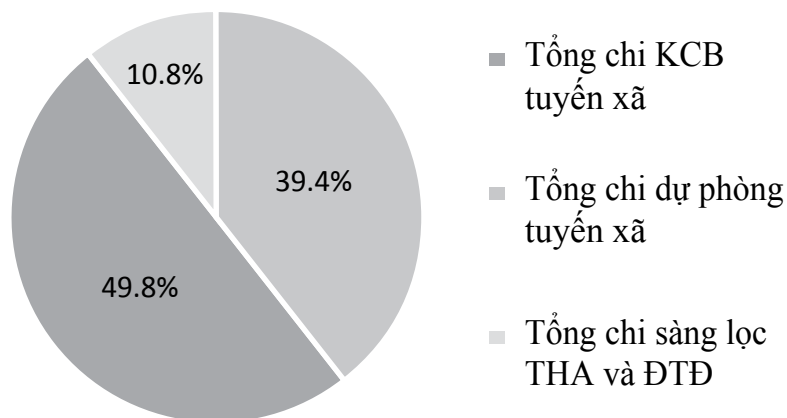
Chi phí thực hiện Danh mục DVYTCB tuyến xã và chi phí trung bình Danh mục DVYTCB một TYT xã được thể hiện chi tiết ở Bảng 3. Tổng chi phí thực hiện Danh mục DVYTCB tại tuyến xã trên cả nước xấp xỉ 8.800 tỉ đồng, trung bình một TYT khoảng 792 triệu đồng.

**Bảng 3. Chi phí Danh mục DVYTCB**

	<b>Kết quả ước tính tổng chi phí tuyến xã</b>	<b>Kết quả ước tính chi phí trung bình 1 TYT xã</b>
Chi khám chữa bệnh	3.462.301.325.198	311.919.038
Chi dự phòng	4.381.034.976.367	394.687.836
Chi sàng lọc THA	194.566.624.563	17.528.525
Chi điều trị THA phát hiện mới	498.268.423.374	44.889.047
Chi sàng lọc ĐTĐ	153.458.662.341	13.825.105
Chi điều trị ĐTĐ phát hiện mới	100.717.427.044	9.073.642
<b>Chi Gói dịch vụ y tế cơ bản</b>	<b>8.790.347.438.886</b>	<b>791.923.193</b>

Kết quả chạy 10.000 lần mô phỏng kiểm định độ tin cậy chi phí Danh mục DVYTCB đối với tuyến xã trung bình là 8.780.817.238.393 đồng (95% CI: 8.040.304.710.515 - 9.544.009.509.560), đối với một TYT trung bình là 791.064.616 đồng (95% CI: 724.351.776 - 859.820.677).

Về cơ cấu chi phí, Hình 3 cho thấy, với Danh mục DVYTCB thực hiện theo phương án sàng lọc cơ hội THA và ĐTĐ tại TYT xã, chi phí cho phần dự phòng và nâng cao sức khỏe chiếm tỷ trọng lớn nhất xấp xỉ 50%, chi phí KCB tại TYT xã chiếm 39,4% còn lại 10,8% chi cho sàng lọc THA và ĐTĐ.



**Hình 3. Cơ cấu chi phí Danh mục DVYTCB**

#### IV. BÀN LUẬN

Chi phí cung ứng Gói DVYTCB đã được ước tính dựa trên ba cấu phần: (1) Chi phí KCB tính trên lượt KCB tại TYT xã; (2) Chi phí thực hiện các hoạt động dự phòng thường quy của TYT xã tính trên đầu người dân và (3) Chi phí thực hiện sàng lọc THA và ĐTĐ tại tuyến xã tính theo lượt sàng lọc. Từ đó, nghiên cứu đã tính toán được chi phí thực hiện gói DVYTCB bình quân/người/năm. Việc bóc tách chi phí theo 03 cấu phần cho phép phân tích chi phí theo tính chất hoạt động cung ứng dịch vụ; đồng thời cũng phù hợp với bối cảnh chi trả dịch vụ y tế hiện nay tại Việt Nam. Cụ thể, Quỹ BHYT chi trả dịch vụ KCB, NSNN đảm bảo kinh phí cho các hoạt động dự phòng, trong khi sàng lọc THA và ĐTĐ đang được triển khai thí điểm trong dự án Phòng chống bệnh tim mạch thuộc Chương trình mục tiêu y tế dân số 2016-2020.

Để thực hiện được việc tính toán chi phí, đề tài đã sử dụng thiết kế nghiên cứu hồi cứu, kết hợp cách tiếp cận từ trên xuống và

cách tiếp cận từ dưới lên. Dịch vụ KCB và cung cấp dịch vụ dự phòng thường xuyên là các hoạt động thực tế đang được các TYT xã thực hiện, được báo cáo đầy đủ theo hệ thống chung của TYT nên áp dụng cách tiếp cận từ trên xuống; trong khi dịch vụ sàng lọc THA và ĐTĐ là hai dịch vụ mới được đề xuất thực hiện trong Gói DVYTCB, do vậy việc tính chi phí phải bắt đầu bằng các hướng dẫn chuyên môn và kinh nghiệm của chuyên gia để xác định các hoạt động cần thiết theo từng bước để thực hiện sàng lọc cũng như xác định các định mức tiêu hao để ước tính tổng chi phí từng bước. Các chuyên gia quốc tế về phân tích chi phí cũng chỉ ra rằng cách tiếp cận từ trên xuống và phân bổ chi phí step-down là đơn giản và mang tính thực tế cao để phân tích chi phí tại các cơ sở y tế [10].

Kết quả ước tính chi phí 1 lượt khám tại TYT là 103.556 đồng; trong khi kết quả nghiên cứu năm 2011 tại 76 xã thuộc 2 tỉnh Hải Dương và Thái Nguyên là 44.593 đồng/lượt[11]. Như vậy sau 8 năm, mức chi phí bình quân lượt khám tại TYT đã tăng gấp

2,3 lần. Việc gia tăng chi phí này liên quan trực tiếp đến phần chi cho con người do thực hiện lộ trình tăng lương cơ sở. Theo lộ trình này, từ năm 2011 đến năm 2019 đã qua 5 đợt tăng mức lương cơ sở từ 830.000đ (5/2011) lên 1.390.000đ (6/2019). Bên cạnh đó một số mặt hàng vật tư, tiêu hao như điện, nước, xăng đều có sự tăng giá.

Đề tài đã ước tính chi dự phòng đầu người tại xã là 46.770 đồng, chi sàng lọc bệnh THA/lượt tại TYT là 9.708 đồng, chi sàng lọc bệnh ĐTD tại TYT bằng phiếu/lượt người là 5.958 đồng, chi sàng lọc bệnh ĐTD tại TYT xã bằng test mao mạch/lượt người là 13.782 đồng. Đây là nghiên cứu đầu tiên tính toán chi phí dự phòng đầu người dân cũng như chi sàng lọc THA, ĐTD tại TYT xã. Kết quả này cung cấp số liệu nền quan trọng cho việc xây dựng các chính sách tài chính cho lĩnh vực dự phòng cũng như quản lý bệnh không lây nhiễm.

Từ kết quả của đề tài có thể ước tính chi phí bình quân CSSK cơ bản bao gồm KCB, dự phòng nâng cao sức khỏe và sàng lọc bệnh không lây nhiễm cho một người dân một năm tại TYT xã là 91,367 đồng tương đương 4,1 đô la Mỹ. Theo các chuyên gia Kinh tế y tế, ước tính mức chi tối thiểu để cung ứng DVYT theo mục tiêu Bao phủ CSSK toàn dân là 86 Đô la Mỹ trên đầu dân. Như vậy, mức chi phí cho bao phủ toàn dân gói CSSK cơ bản của Việt Nam chỉ bằng 4,8% mức chi tối thiểu theo mặt bằng quốc tế để đạt Bao phủ CSSK toàn dân.

Trong điều kiện số liệu hạn chế, nhất là về quản lý tài chính tại tuyến xã vì TYT xã không phải là đơn vị dự toán ngân sách trong hệ thống tài chính, ngân sách theo Luật Ngân sách 2015; việc thu thập số liệu để tính chi phí dịch vụ y tế tại TYT xã gặp nhiều khó khăn do không có số liệu hoặc số liệu có nhưng rất khó tập hợp do không được quản lý nhất quán một đầu mối, nhất là đối với số liệu về nhà cửa, trang thiết bị.

## V. KẾT LUẬN

Chi phí trung bình 1 lượt khám chữa bệnh tại TYT xã là 103,566 đồng; chi dự phòng đầu người tại xã là 46.770 đồng; chi sàng lọc bệnh THA /lượt tại TYT là 9.708 đồng; chi sàng lọc bệnh ĐTD tại TYT bằng phiếu/lượt người là 5.958 đồng; chi sàng lọc bệnh ĐTD tại TYT xã bằng test mao mạch/lượt người là 13.782 đồng.

Tổng chi phí thực hiện Danh mục DVYTCB cho tuyến xã ước tính dao động từ 8.040.304.710.515 - 9.544.009.509.560 đồng. Chi phí thực hiện Danh mục DVYTCB trung bình một năm cho một TYT dao động từ 724.351.776 đến 859.820.677 đồng.

Nghiên cứu tạo tiền đề cho những phân tích sâu hơn trong việc dự báo tác động chi phí thực hiện Danh mục DVYTCB đến Quỹ BHYT; đồng thời đề xuất phương án tài chính thực hiện Danh mục DVYTCB.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Thông tư số 39/2017/TT-BYT quy định Gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến y tế cơ sở, 2017.
- [2] Quốc hội, Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm Y tế, 2014.
- [3] M. Zsolt and S. Peter, The main methodological issues in costing health care services - A literature review. CHE Discussion Papers, 2005.
- [4] A. Blaakman, “Cost analysis of the essential package of health services (EPHS) in Somalia,” 2014.
- [5] H. Van Minh, N. Viet, C. Sinh, P. Hung, N. Mong Ngoc, N. Hung and e. al, “Blood pressure screening during the May Measurement Month 2017 programme in Vietnam-South-East Asia and Australia,” European Heart Journal Supplements, vol. Supplement\_D, no. 21, pp. D127-9, 2019 Apr 1.
- [6] V. Quang Mai, L. Hoàng Thiệu, N. Đình Lượng, N. Văn Tuyên, Đ. Thái Hùng, T. Nam Quân and N. Hữu Châu, “Dự báo tiền đái tháo đường và đái tháo đường không được chẩn đoán ở đối tượng trên 45 tuổi tại tỉnh Khánh Hòa theo thang điểm Findrisc,” Tạp chí Y học dự phòng, vol. 27, no. 8, p. 95, 2017.
- [7] YHEC - York Health Economics Consortium, “Probabilistic/Stochastic Sensitivity Analysis,” [Online]. Available: [www://yhec.co.uk/glossary/probabilistic-stochastic-sensitivity-analysis/](http://www.yhec.co.uk/glossary/probabilistic-stochastic-sensitivity-analysis/). [Accessed 31 Dec 2019].
- [8] S. Somannavar, A. Ganesan, M. Deepa, M. Datta and V. Mohan, “Random capillary blood glucose cut points for diabetes and pre-diabetes derived from community-based opportunistic screening in India,” Diabetes Care, vol. 32, no. 4, pp. 641-3, 2019 Apr.
- [9] D. Rolka, K. Narayan, T. Thompson, D. Goldman, J. Lindenmayer, K. Alich and e. al, “Performance of recommended screening tests for undiagnosed diabetes and dysglycemia,” Diabetes Care, vol. 24, no. 11, pp. 1899-903, 2001 Nov.
- [10] L. A. W. D. Conteh, “Cost and unit cost calculations using step-down accounting,” Health Policy and Planning, vol. 19, no. 2, pp. 127-135, 2014.
- [11] H. Minh and e. al, “Costing of commune health station for provider payment reform in Vietnam,” Global Public Health, 2014.

# SỰ THAY ĐỔI TRONG CUNG ỨNG DỊCH VỤ VÀ THUỐC TẠI CÁC TRẠM Y TẾ XÃ THỰC HIỆN CAN THIỆP THÍ ĐIỂM GÓI DỊCH VỤ Y TẾ CƠ BẢN

## *Changes in service and medicines delivery at commune health stations implementing the pilot intervention Basic Health Service Package*

*Nguyễn Thị Thắng, Phạm Văn Hiến, Nguyễn Hoàng Giang,  
Nguyễn Thế Vinh, Ong Thế Duệ, Trần Thị Mai Oanh<sup>1</sup>*

### TÓM TẮT

Với mục đích xác định các điều kiện cần thiết tạo thuận lợi cho việc triển khai Gói dịch vụ y tế cơ bản (DVYTCB) tại các địa phương, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế triển khai đề tài can thiệp thí điểm Gói DVYTCB do bảo hiểm y tế (BHYT) chi trả tại 99 trạm y tế xã (TYT) của 4 huyện: Đông Anh, Sóc Sơn (Hà Nội) và Văn Yên, Trấn Yên (Yên Bái) trong thời gian 1 năm (từ 12/2017-12/2018). Hoạt động can thiệp của đề tài tập trung vào 2 nội dung chính: (i) Nâng cao năng lực chuyên môn cho cán bộ y tế trong chẩn đoán, điều trị và tư vấn đối với bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, nhiễm khuẩn hô hấp cấp; (ii) Hỗ trợ kỹ thuật và phối hợp với địa phương để tháo gỡ các vướng mắc trong cung ứng thuốc tại TYT xã cũng như đảm bảo tính sẵn có của thuốc theo danh mục qui định của Thông tư 39/2017/TT-BYT. Kết quả sau 1 năm triển khai thí điểm cho thấy sự cải thiện về số lượng dịch vụ y tế (DVYT) được cung ứng đối với một số bệnh thông thường tại TYT xã. Trung bình số lượt khám của bệnh nhân tăng huyết áp/TYT xã tăng lên 200 lượt so với thời điểm trước can thiệp (riêng Sóc Sơn tăng lên 446 lượt/TYT). Tỷ lệ trung bình DVKT triển khai được (theo quy định tại Thông tư 39/2017/TT-BYT) tăng lên 78,9% (sau can thiệp) so với 74,4% (trước can thiệp). Tỷ lệ trung bình các TYT xã thực hiện được xét nghiệm đường huyết mao mạch tăng lên đáng kể với tỷ lệ 71% sau can thiệp so với 56,6% trước can thiệp. Sau can thiệp, số lượng thuốc sẵn có tại TYT theo quy định của Thông tư 39/2017/TT-BYT tăng lên ở cả 4 huyện, tuy nhiên mới chỉ đạt 51%. Tính sẵn có của thuốc HA được cải thiện nhiều nhất ở cả 4 huyện, riêng Trấn Yên và Văn Yên có số loại thuốc HA trung bình lần lượt là 2,4 loại và 1,8 loại (trước can thiệp) đã tăng lên 4,5 loại và 3 loại (sau can thiệp). Một số nguyên nhân tác động tới việc cung ứng DVKT và thuốc theo danh mục Thông tư 39/2017/TT-BYT tại TYT xã đó là (i) nhân lực (TYT xã không có bác sỹ, nhân lực chưa được đào tạo hoặc chưa được cấp chứng chỉ); (ii) khó khăn về trang thiết bị y tế, quy trình đấu thầu thuốc và quy định thanh toán BHYT; (iii) không có bệnh nhân và (iv) tác động bởi các chính sách khác như chính sách thông tuyến, chính sách tự chủ bệnh viện, chính sách đấu thầu thuốc nên hiệu quả triển khai bị hạn chế.

Từ khoá: Gói dịch vụ y tế cơ bản, trạm y tế, cung ứng dịch vụ

<sup>1</sup> Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

## ABSTRACT:

*With the purpose of identifying the necessary conditions to facilitate the implementation of the Basic Health Service Package (BHSP) in localities, the Health Strategy and Policy Institute piloted intervention project of the BHSP at 99 commune health stations (CHS) of 4 districts: Dong Anh, Soc Son (Hanoi) and Van Yen, Tran Yen (Yen Bai) in one year period (12/2017-12/2018). The intervention activities focused on: (i) Improve the capacity for health workers in diagnosis, treatment and counseling for hypertension, diabetes and acute respiratory infections; (ii) Provide technical assistance and coordinate with localities to solve problems in medicines supply as well as ensure medicines availability according to the Circular 39/2017/TT-BYT. After 1 year piloted, the results showed an improvement in the number of health services provided for some common diseases at CHS. On average, the number of visits of patients with hypertension/CHS increased 200 times compared to the time before the intervention (Soc Son increased to 446 times/CHS). The average rate of implemented technical services (according to Circular 39/2017/TT-BYT) increased to 78.9% (after intervention) compared to 74.4% (before intervention). The average rate of CHSs implementing capillary blood glucose testing increased with the rate of 71% after the intervention compared to 56.6% before the intervention. After the intervention, the number of medicines available at CHSs according to the Circular 39/2017/TT-BYT increased in all 4 districts, but only reached 51%. The availability of hypertension's medicines was most improved in all 4 districts, with Tran Yen and Van Yen, the average number of hypertension's drugs was 2.4 and 1.8 types (before intervention), respectively increased to 4,5 and 3 types (post-intervention). Some reasons affecting the provision of technical services and drugs according to the Circular 39/2017/TT-BYT were: (i) human resources (CHSs do not have doctors, untrained human resources or not certified); (ii) difficulties with medical equipment, drug procurement procedures, and health insurance reimbursement regulations; (iii) patients not use service at CHSs and (iv) impact of other policies such as health insurance policy, hospital autonomy policy, and drug procurement policy, so the implementation effect was limited.*

*Key words: Basic health service package, commune health stations, health services delivery*

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Để người dân được tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ) và thuốc có chất lượng ngay tại các cơ sở y tế gần nhất thì việc thực hiện Gói dịch vụ y tế

ơ bản (DVYTGB) do bảo hiểm y tế chi trả tại y tế tuyến cơ sở là một trong những giải pháp mang tính thiết thực. Xây dựng Gói DVYTGB là yêu cầu được đặt ra trong Nghị quyết 68/2013/QH13<sup>2</sup>, Luật Bảo hiểm y tế

<sup>2</sup> Nghị quyết 68/2013/QH13 đẩy mạnh thực hiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế, tiến tới bao phủ toàn dân do Quốc hội ban hành

(BHYTE) số 46/2014/QH13<sup>3</sup>, và gần đây là Nghị quyết 20-NQ/TW<sup>4</sup>. Theo đó, danh mục DVYTCB do BHYT chi trả bao gồm những dịch vụ y tế thiết yếu để chăm sóc sức khỏe, phù hợp với khả năng chi trả của quỹ BHYT, góp phần xây dựng hệ thống y tế công bằng, chất lượng và hiệu quả.

Nhằm xem xét tính khả thi và các điều kiện cần thiết để triển khai Gói DVYTCB, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã triển khai đề tài cấp Nhà nước về “Nghiên cứu xây dựng gói dịch vụ y tế cơ bản hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân dựa trên bảo hiểm y tế tại Việt Nam” nhằm thí điểm triển khai Gói DVYTCB do BHYT chi trả tại 2 tỉnh Hà Nội và Yên Bái.

Bài báo này trình bày kết quả về sự cải thiện trong cung ứng dịch vụ y tế cũng như sự sẵn có của thuốc sau một năm can thiệp (CT) triển khai Gói DVYTCB tại TYT xã. Bên cạnh đó những khó khăn, thách thức và nguyên nhân cũng được tìm hiểu nhằm đề xuất các giải pháp tháo gỡ tạo điều kiện thuận lợi cho việc triển khai Gói DVYTCB.

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu áp dụng thiết kế can thiệp so sánh trước sau không đối chứng được triển khai tại tất cả 50 TYT xã của 2 huyện Sóc Sơn, Đông Anh (Hà Nội) và 49 TYT xã của 2 huyện Văn Yên, Trấn Yên (Yên Bái) trong khoảng thời gian một năm (từ 12/2017 đến 12/2018).

Các hoạt động CT chính của đề tài bao gồm: (i) Nâng cao năng lực chuyên môn cho cán bộ y tế trong chẩn đoán, điều trị và tư vấn đối với bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường và nhiễm khuẩn hô hấp cấp; (ii) Hỗ trợ kỹ thuật và phối hợp với địa phương để tháo gỡ các vướng mắc trong cung ứng thuốc tại TYT xã cũng như đảm bảo tính sẵn có của thuốc theo danh mục qui định của Thông tư 39/2017/TT-BYT.

Để đánh giá sự thay đổi về cung ứng dịch vụ và thuốc tại TYT sau can thiệp, toàn bộ 99 TYT xã thuộc địa bàn 4 huyện can thiệp được đánh giá bằng biểu mẫu về tình hình cung ứng dịch vụ tại TYT xã cũng như bảng kiểm về sự sẵn có của thuốc theo Thông tư 39/2017/TT-BYT. Bên cạnh đó, một số cuộc phỏng vấn sâu (PVS) và thảo luận nhóm (TLN) được thực hiện đối với các đối tượng là đại diện Sở Y tế, lãnh đạo TTYT huyện, và trưởng các TYT xã nhằm tìm hiểu những khó khăn, vướng mắc trong quá trình triển khai thí điểm Gói DVYTCB để đề xuất giải pháp khắc phục. Một số các chỉ số được so sánh trước – sau CT bao gồm (i) Trung bình số lượt KCB BHYT/năm/TYT xã; (ii) Trung bình số lượt KCB đối với bệnh THA/năm/TYT xã; (iii) Trung bình số lượt KCB đối với bệnh ĐTĐ/năm/TYT xã; (iv) Trung bình số lượt KCB đối với bệnh NKHHC trẻ em/năm/TYT xã; (v) Tình hình cung ứng dịch vụ kỹ thuật theo danh mục của Thông tư 39/2017/TT-BYT tại các TYT xã; (vi) Sự thay đổi về tính sẵn có của thuốc theo Thông tư 39/2017/TT-BYT tại các TYT.

<sup>3</sup> Luật 46/2014/QH13 Sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

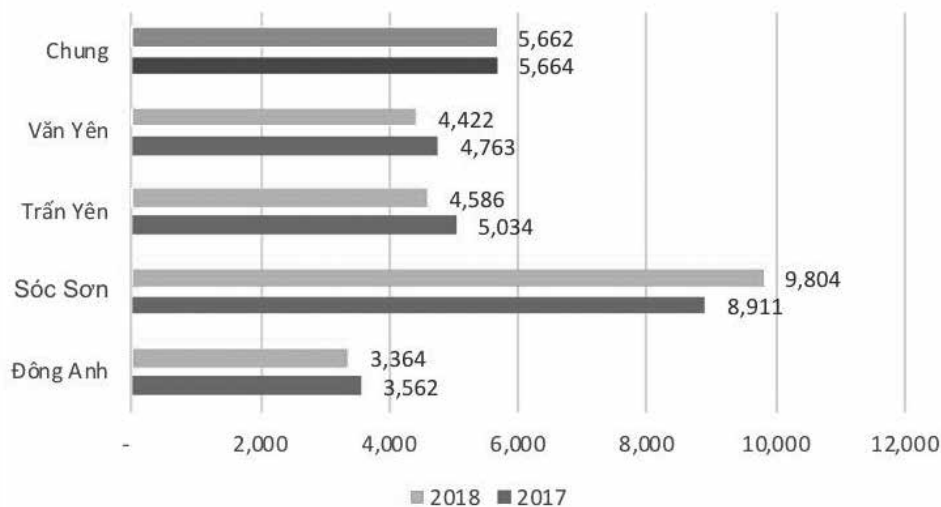
<sup>4</sup> Nghị quyết số 20/NQ-TW về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 1. Sự thay đổi về số lượt KCB BHYT tại TYT xã trước-sau CT

Kết quả so sánh trước-sau CT tại 50 TYT xã thuộc 2 huyện Đông Anh và Sóc Sơn (TP Hà Nội) và 49 TYT xã thuộc 2 huyện Trấn Yên và Văn Yên (tỉnh Yên Bái) cho thấy: Bình quân số lượt KCB BHYT chung tại TYT xã khoảng 5.600 lượt/năm và không có sự thay đổi so với trước khi thí điểm can thiệp. Khi xem xét số lượt khám ở từng huyện thì chỉ có huyện Sóc Sơn (Hà Nội) là có số lượt bệnh nhân KCB BHYT tại TYT tăng lên sau can thiệp với số lượt khám trung bình khoảng 820 lượt/tháng so với 740 lượt/tháng trước can thiệp (tăng trung bình 80 lượt/tháng). Ba huyện còn lại là Văn Yên, Trấn Yên (Yên Bái) và Đông Anh (Hà Nội) đều có số lượt bệnh nhân KCB tại TYT giảm nhẹ sau can thiệp (Hình 1). Nguyên nhân chủ yếu dẫn tới tình trạng này đó là hạn

chế về năng lực chuyên môn của đội ngũ y/bác sĩ TYT xã. Điều này thể hiện rất rõ khi mà Sóc Sơn là huyện có số lượt KCB của bệnh nhân tăng sau can thiệp thì các dịch vụ không cung ứng được theo qui định tại Thông tư 39/2017/TT-BYT là do nhân lực chưa được đào tạo chỉ chiếm 13%. Trong khi đó, ở 3 huyện còn lại có số lượt KCB giảm sau can thiệp thì các dịch vụ không cung ứng được do nhân lực chưa được đào tạo cao gấp hơn 2 lần với tỷ lệ lần lượt là 29% (ở Văn Yên và Trấn Yên) và 31% (ở Đông Anh). Mặc dù ở nghiên cứu này cũng triển khai một số lớp tập huấn nâng cao năng lực cho y/bác sĩ TYT xã nhưng mới chỉ tập trung vào khám, quản lý điều trị và tư vấn đối với 3 bệnh là THA, ĐTD và NKHC trẻ em. Bên cạnh đó với chính sách về thông tuyến BHYT cũng ảnh hưởng tới số lượt KCB tại TYT xã khi mà người dân được quyền sử dụng dịch vụ tại Trung tâm y tế huyện (TTYT) mà không cần phải qua TYT xã.



Hình 1: Bình quân số lượt KCB BHYT/năm/TYT xã trước-sau CT

Tuy nhiên, khi phân tích về số lượt KCB của bệnh nhân THA và ĐTD thì kết quả cho thấy có sự thay đổi rõ rệt sau can thiệp trong việc sử dụng dịch vụ tại TYT xã.

### 2. Sự thay đổi về số lượt KCB của bệnh nhân THA trước-sau CT

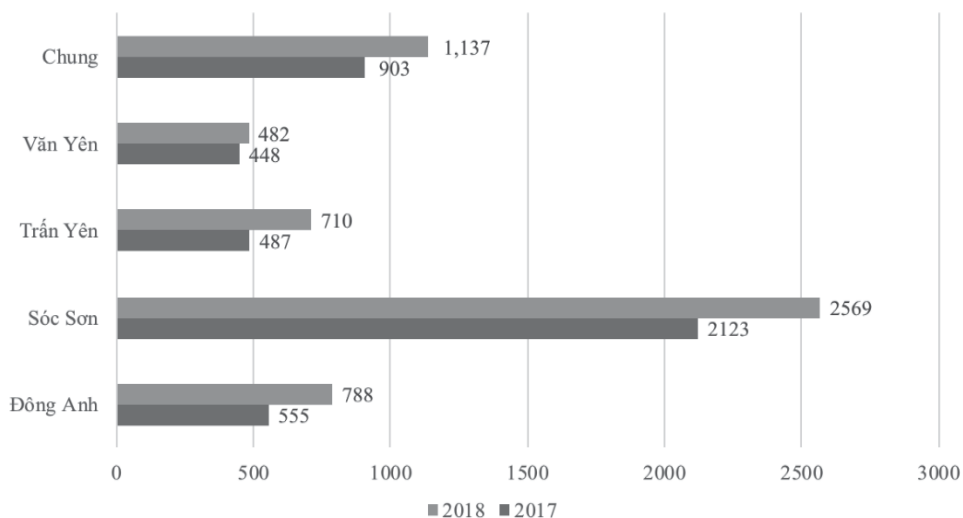
Số lượt khám trung bình/năm của bệnh nhân THA tại TYT sau can thiệp (là 1.137



lượt) tăng lên so với trước can thiệp (là 903 lượt), trung bình tăng hơn 200 lượt so với năm 2017. Khi phân tích số liệu cụ thể ở từng huyện thấy rằng cả 4 huyện cũng đều có số lượt KCB trung bình đối với bệnh THA tăng lên so với năm 2017, đặc biệt là ở huyện Sóc Sơn (tăng 446 lượt), Đông Anh (tăng 233 lượt) và huyện Trần Yên (tăng 223 lượt) (Hình 2).

Kết quả này cho thấy các can thiệp nâng cao năng lực cho y/bác sĩ TYT xã về chẩn

đoán, điều trị, quản lý và tư vấn bệnh THA đã phát huy hiệu quả rõ rệt. Bên cạnh đó để hỗ trợ y/bác sĩ trong việc KCB hàng ngày thì việc cung cấp sổ tay/tranh lật về quy trình khám, chẩn đoán, điều trị và quản lý bệnh THA cũng như hỗ trợ các TYT xã tháo gỡ vướng mắc trong quá trình thực hiện đóng vai trò rất quan trọng. Ngoài ra số lượt bệnh nhân THA sau can thiệp tăng lên còn là kết quả của sự nỗ lực của ngành y tế địa phương trong việc tăng số lượng và chủng loại thuốc điều trị THA tại TYT.



**Hình 2: Bình quân số lượt KCB của bệnh THA/năm/TYT xã trước-sau CT**

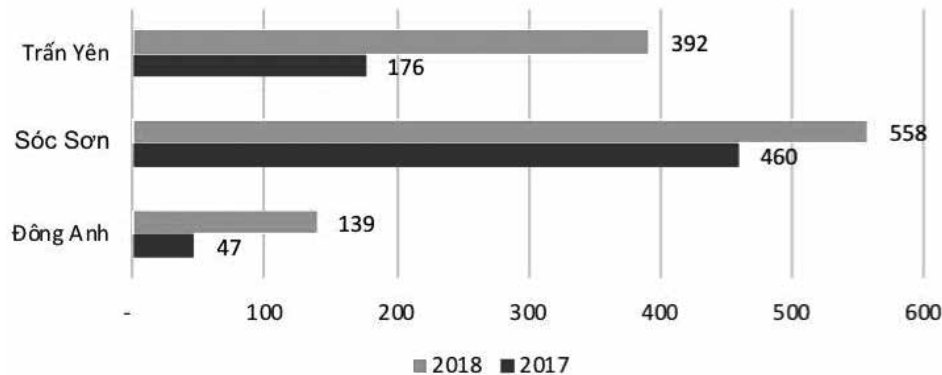
### 3. Sự thay đổi về số lượt KCB của bệnh nhân ĐTĐ trước-sau CT

Sau khi triển khai can thiệp, số TYT xã thực hiện quản lý điều trị bệnh ĐTĐ tại 3 huyện bao gồm Trần Yên, Đông Anh và đặc biệt Sóc Sơn đã tăng lên đáng kể. Tính đến cuối năm 2018, Sóc Sơn có tới 18 TYT xã quản lý điều trị ĐTĐ (tăng 15 TYT xã), Đông Anh có 12 TYT quản lý điều trị ĐTĐ (tăng 8 TYT xã so với năm 2017) và Trần Yên có 2 PKĐKKV và 2 TYT xã điểm triển khai quản lý điều trị ĐTĐ.

Trung bình số lượt bệnh nhân ĐTĐ đến KCB tại TYT xã sau can thiệp tăng hơn so với thời điểm trước khi triển khai can thiệp (Hình 3), trong đó có 2 PKĐK thuộc huyện Trần Yên và 2 TYT xã thuộc huyện Sóc Sơn có số bệnh nhân ĐTĐ trung bình được quản lý và cấp thuốc tăng lần lượt là 2 lần và 3 lần so với trước khi triển khai can thiệp. Đáng chú ý ở TYT xã Mai Đình (huyện Sóc Sơn) tính đến 6 tháng đầu năm 2019 đã quản lý và cấp phát thuốc định kỳ cho 182 bệnh nhân ĐTĐ. Điều này cho thấy việc triển khai khám

và cấp thuốc điều trị ĐTD tại TYT xã theo Thông tư 39/2017/TT- BYT đã làm tăng số

lượng bệnh nhân đến khám và điều trị ĐTD tại TYT xã.

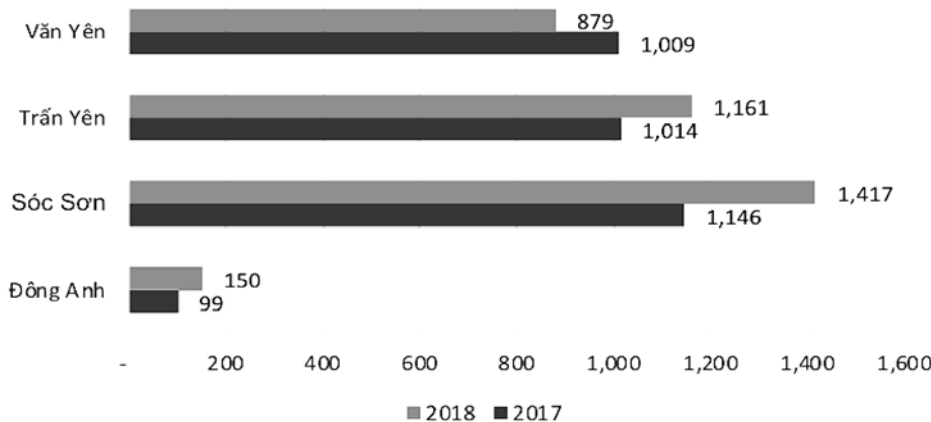


Hình 3: Bình quân số lượt KCB của bệnh ĐTD/năm/TYT xã trước-sau CT

#### 4. Sự thay đổi về số lượt KCB của bệnh nhân NKHHC ở trẻ em trước-sau CT

Đối với bệnh NKHHC ở trẻ em thì số lượt KCB trung bình tại TYT xã của 3 huyện bao gồm: Trấn Yên (Yên Bái) và Sóc Sơn, Đông Anh (Hà Nội) đều có sự gia tăng so với trước can thiệp lần lượt là 147 lượt, 271 lượt và 51 lượt. Riêng huyện Văn Yên (Yên Bái) có trung bình số lượt khám NKHH cấp năm 2018 thấp hơn so với năm 2017 là 130 lượt (Hình 4). Có thể thấy mặc dù tổng số lượt KCB của TYT xã ở 4 huyện triển khai

CT không thay đổi so với trước CT nhưng số lượt KCB đối với bệnh THA, ĐTD và NKHHC trẻ em đều tăng. Điều này cho thấy mặc dù chính sách thông tuyến BHYT có ảnh hưởng nhất định tới mức độ sử dụng dịch vụ y tế tại TYT xã nhưng nếu năng lực của y/bác sĩ trong chẩn đoán, quản lý điều trị và tư vấn các bệnh thông thường được cải thiện cùng với số lượng và chủng loại thuốc được đảm bảo theo đúng theo qui định tại Gói DVYTCB thì số lượt người bệnh sử dụng dịch vụ tại TYT xã sẽ tăng lên.



Hình 4: Bình quân số lượt KCB đối với bệnh NKHHC trẻ em/năm/TYT xã trước-sau CT

### 5. Sự thay đổi về cung ứng DVYT tại TYT xã theo Thông tư 39/2017/TT-BYT

So sánh trước và sau can thiệp cho thấy không có sự khác biệt rõ rệt về khả năng triển khai các dịch vụ kỹ thuật được quy định trong Thông tư 39/2017/TT-BYT ở các TYT xã của 4 huyện thuộc 2 tỉnh triển khai can thiệp (tỷ lệ trung bình các dịch vụ kỹ thuật (DVKT) triển khai tại các TYT xã trước và sau can thiệp lần lượt là 74,4% và 78,9%). Riêng huyện Trấn Yên là huyện miền núi có sự cải thiện đáng kể về khả năng cung ứng dịch vụ tại các TYT xã với tỷ lệ trung bình

DVKT triển khai được tăng từ 65,5% trước can thiệp lên 76,6% sau can thiệp.

Trong số 76 DVKT quy định tại Thông tư 39/2017/TT-BYT, xét nghiệm đường huyết mao mạch được coi là dịch vụ cơ bản để TYT xã có thể thực hiện chẩn đoán ban đầu, sàng lọc và theo dõi bệnh nhân ĐTĐ. Sau can thiệp, tỷ lệ TYT có khả năng triển khai dịch vụ này tăng lên đáng kể ở cả 4 huyện (từ 57% trước CT lên 71% sau CT). Sự khác biệt rõ rệt nhất có thể thấy ở huyện Trấn Yên khi tỷ lệ này tăng từ 13% lên 59% sau can thiệp.

#### Tình hình cung ứng dịch vụ y tế theo danh mục của Thông tư 39/2017/TT-BYT tại các TYT trước-sau CT

		Hà Nội		Yên Bái		Chung (n=99)
		Đ.Anh (n=24)	Sóc Sơn (n=26)	Tr. Yên (n=22)	Văn Yên (n=27)	
Tổng số trung bình DVKT thực hiện được tại TYT xã đối chiếu theo danh mục 76 DV trong TT 39	Trước	61	60	50	54	57
	Sau	62	61	58	56	60
Tỷ lệ trung bình DVKT thực hiện được tại TYT xã đối chiếu theo danh mục trong Thông tư 39/2017/TT- BYT (%)	Trước	80,3	79,6	65,5	72,2	74,4
	Sau	82,6	80,0	76,6	73,9	78,9
Tỷ lệ trung bình TYT xã triển khai được xét nghiệm đường huyết mao mạch (%)	Trước	76,0	91,7	13,0	30,4	56,6
	Sau	88,0	96,0	59,0	41,0	71,0

Mặc dù đã triển khai các hoạt động can thiệp nhưng còn khoảng 15/76 dịch vụ theo quy định của Gói DVYTCB vẫn chưa cung ứng được tại TYT xã. Các dịch vụ này bao gồm chọc hút khí màng phổi, mở màng giáp nhân cấp cứu hay chọc hút dịch ổ bụng... cũng như

một số dịch vụ chẩn đoán hình ảnh và thăm dò chức năng như điện tim thường, siêu âm ổ bụng, định lượng nhóm máu ABO... Đây đa số là các thủ thuật cấp cứu đòi hỏi phải có các trang thiết bị, vật tư y tế cơ bản kèm theo cũng như cần được thực hiện bởi bác sỹ có

chuyên môn vững về kiến thức và thực hành lâm sàng. Với đội ngũ nhân lực tại các TYT xã thực hiện thí điểm can thiệp thì các DVKT này chưa thực hiện được là do một số trạm chưa có bác sỹ hoặc có nhưng chưa được đào tạo lại/cấp chứng chỉ hành nghề. Bên cạnh đó thì thiếu trang thiết bị và không có bệnh nhân cũng là những nguyên nhân ảnh hưởng tới việc không triển khai được một số dịch vụ theo Thông tư 39/2017/TT-BYT.

### **6. Sự thay đổi về tính sẵn có của thuốc tại các TYT theo qui định tại Thông tư 39/2017/TT-BYT**

Số lượng thuốc sẵn có tại TYT theo quy định của Thông tư 39/2017/TT-BYT tăng ở thời điểm sau can thiệp ở tất cả 4 huyện. Tuy nhiên, tỷ lệ này cũng chỉ đạt khoảng 51% so với quy định. Tại huyện Đông Anh, tỷ lệ thuốc sẵn có tại TYT đối chiếu theo danh mục của Thông tư 39/2017/TT-BYT sau can thiệp đạt 55,6%; huyện Sóc Sơn đạt 66,8%. Trong khi đó tại Yên Bái, tỷ lệ thuốc sẵn có tại TYT ở cả 2 huyện dù có tăng lên so với thời điểm trước can thiệp nhưng cũng chỉ đạt dưới 50% (huyện Trấn Yên đạt 43,2% và Văn Yên chỉ đạt 38,6%).

Một nguyên nhân quan trọng gây nên tình trạng thiếu thuốc là do việc lập dự trữ thuốc cho năm 2018 và năm 2019 phải dựa trên danh mục thuốc trúng thầu của năm 2017, trong khi Thông tư 39/2017/TT-BYT bắt đầu có hiệu lực từ tháng 12/2017. Bên cạnh đó trên thực tế, thuốc đưa vào danh mục thuốc đấu thầu được thực hiện dựa trên danh mục thuốc của tuyến huyện mà không bao gồm cả danh mục thuốc qui định cho tuyến xã và TYT xã lập dự trữ thuốc dựa trên danh mục thuốc trúng thầu dành cho tuyến huyện.

Một nguyên nhân nữa của tình trạng TYT xã thiếu thuốc so với danh mục quy định của Thông tư 39/2017/TT-BYT là do có một số thuốc không nằm trong danh mục thuốc được BHYT thanh toán dành cho tuyến xã theo quy định của Thông tư 40/2014/TT-BYT về ban hành và hướng dẫn thực hiện danh mục thuốc tân dược thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT, sau đó được thay thế bằng Thông tư 30/2018/TT-BYT ban hành danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ và chất đánh dấu thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT (có hiệu lực từ 1/1/2019). Cụ thể, trong giai đoạn Thông tư 40/2014/TT-BYT còn hiệu lực thì có 9 thuốc thuộc Thông tư 39/2017/TT-BYT không được BHYT thanh toán do không nằm trong danh mục thuốc thanh toán BHYT của Thông tư 40 dành cho tuyến xã (bao gồm cả 4 loại Insulin được bổ sung cho điều trị ĐTĐ tại TYT xã theo Thông tư 39) và có 2 thuốc nằm trong danh mục thuốc của Thông tư 40 nhưng lại khác đường dùng nên cũng không được thanh toán; Giai đoạn từ 1/1/2019 khi áp dụng Thông tư 30/2018/TT-BYT thì có 13 loại thuốc thuộc Thông tư 39/2017/TT-BYT không được BHYT thanh toán do không nằm trong danh mục thuốc thanh toán BHYT của Thông tư 30 dành cho tuyến xã và có 4 thuốc nằm trong danh mục thuốc của Thông tư 30 nhưng lại khác đường dùng nên cũng không được thanh toán.

Kết quả đánh giá cho thấy có sự cải thiện rõ rệt về tính sẵn có của các loại thuốc điều trị THA và ĐTĐ tại các TYT xã của cả 4 huyện can thiệp, đặc biệt tại Yên Bái. Với thuốc điều trị THA, kết quả phân tích chỉ ra sự tăng về số lượng loại thuốc điều trị cũng

như tính đa dạng về nhóm thuốc hạ áp ở các TYT xã và sự cải thiện rõ rệt được ghi nhận ở 2 huyện của tỉnh Yên Bái. Năm 2017, mỗi trạm y tế của huyện Trấn Yên và Văn Yên lần lượt là 2,4 loại và 1,8 loại, đến đầu năm 2019 con số này tăng lên lần lượt là 4,5 loại và 3 loại. Xét về sự đa dạng của các nhóm thuốc hạ áp tại thời điểm sau can thiệp, đa số các TYT xã ở Hà Nội vẫn duy trì được tính sẵn có của 3/5 nhóm thuốc hạ áp chính là lợi tiểu, chẹn kênh can xi và ức chế men chuyển. Số lượng TYT xã tại Hà Nội bổ sung cả nhóm chẹn beta giao cảm và nhóm tác động hệ TW giao cảm cũng tăng lên đáng kể.

Đối với thuốc điều trị ĐTĐ, mặc dù việc điều trị ĐTĐ tại tuyến xã ở cả 4 huyện mới ở giai đoạn ban đầu, kết quả khảo sát cũng chỉ ra sự khác biệt tích cực về mức độ sẵn có của thuốc hạ đường huyết tại các TYT xã, đặc biệt tại 2 huyện của Hà Nội. Trong số các TYT xã đã triển khai, điều trị ĐTĐ bằng thuốc uống là chủ yếu, Insullin tiêm chỉ sẵn có tại một số ít các TYT xã. Tại huyện Sóc Sơn, có đến 19/22 TYT xã đã có cả 2 thuốc Metformin và Gliclazid, và chỉ có một TYT xã mới cấp Insullin tiêm. Trong khi đó tại Yên Bái, đến đầu năm 2019 đã có 4 TYT của huyện Trấn Yên bắt đầu có thuốc hạ đường huyết để cấp phát cho bệnh nhân, tức là thêm 2 TYT xã so với trước can thiệp.

Khảo sát sau can thiệp cũng đã xác định những nguyên nhân của tình trạng thiếu thuốc tại các TYT xã đối chiếu với danh mục của Thông tư 39/2017/TT-BYT. Ba nguyên nhân chính được xác định bao gồm (i) TYT xã không có bệnh nhân; (ii) Các loại thuốc quy định trong danh mục gói DVYTCB theo Thông tư 39/2017/TT-BYT nhưng vẫn chưa

bổ sung được vào danh mục đấu thầu thuốc của BV huyện do quy định đấu thầu thuốc được thực hiện 2 năm một lần. Vì vậy, mặc dù đã có Thông tư 39/2017/TT-BYT nhưng trong hai năm 2018 và 2019, tất cả các tỉnh đều vẫn phải sử dụng danh mục thuốc đã trúng thầu của năm 2017; (iii) TYT xã xác định các loại thuốc thiếu không cần thiết do hiện TYT đã có các loại thuốc tương tự để điều trị thay thế cho người bệnh; iv) Bất cập trong danh mục thuốc của Thông tư 39/2017/TT-BYT do có khó khăn trong triển khai đấu thầu, đó là có khoảng hơn 20 thuốc của Thông tư 39/2017/TT-BYT không có thông tin về giá, dạng bào chế để đưa vào danh mục đấu thầu. Một số thuốc trên thực tế chỉ có dưới dạng thuốc phối hợp nhưng cơ sở y tế không đưa vào danh mục thuốc đấu thầu vì thuốc đó không có trong danh mục quy định nên sẽ không được BHYT chi trả.

## KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Sau một năm triển khai thí điểm can thiệp Gói DVYTCB theo quy định của BHYT tại 2 huyện Đông Anh, Sóc Sơn (Hà Nội) và Văn Yên, Trấn Yên (Yên Bái) cho thấy sự thay đổi rõ rệt về số lượng DVYT được cung ứng tại TYT xã đối với một số bệnh thông thường như THA, ĐTĐ và NKHHC trẻ em. Trung bình số lượt bệnh nhân THA khám BHYT/TYT xã sau can thiệp là 1.137 lượt, tăng lên so với trước can thiệp (là 903 lượt), trung bình tăng hơn 200 lượt so với năm 2017 (đặc biệt ở huyện Sóc Sơn sau can thiệp số lượt khám THA trung bình/TYT xã tăng lên 446 lượt so với trước can thiệp). Đối với bệnh ĐTĐ, số TYT xã thực hiện cấp phát thuốc điều trị tăng lên so với thời điểm trước can thiệp (có

8 TYT của Đông Anh và 15 TYT của Sóc Sơn thực hiện cấp phát thuốc điều trị ĐTD so với năm 2017).

Khả năng triển khai các DVKT quy định tại Thông tư 39/2017/TT-BYT ở các TYT xã trên địa bàn can thiệp cũng được cải thiện (tuy chưa thực sự rõ rệt) với tỷ lệ là 74,4% (trước can thiệp) và 78,9% (sau can thiệp). Đặc biệt ở huyện Trấn Yên, tỷ lệ trung bình DVKT triển khai được tăng từ 65,5% trước can thiệp lên 76,6% sau can thiệp. Tỷ lệ trung bình các TYT xã thực hiện được xét nghiệm đường huyết mao mạch tăng lên đáng kể với tỷ lệ 71% sau can thiệp so với 56,6% trước can thiệp.

Số lượng thuốc sẵn có tại TYT theo quy định của Thông tư 39/2017/TT-BYT tăng ở thời điểm sau can thiệp ở tất cả 4 huyện. Tuy nhiên, tỷ lệ thuốc sẵn có cũng chỉ đạt khoảng 51% so với quy định. Đối với thuốc điều trị THA và ĐTD thì có sự cải thiện rõ rệt về tính sẵn có của các loại thuốc này tại các TYT xã của cả 4 huyện can thiệp, đặc biệt tại Yên Bái với số loại thuốc HA trung bình tại Trấn Yên và Văn Yên lần lượt là 2,4 loại và 1,8 loại (trước can thiệp) so với 4,5 loại và 3 loại (sau can thiệp).

Việc cung ứng các DVKT và thuốc theo danh mục trong Thông tư 39/2017/TT-BYT trên thực tế vẫn còn hạn chế do thiếu các điều kiện đảm bảo như: nhân lực (TYT xã không có bác sỹ, nhân lực chưa được đào tạo hoặc chưa được cấp chứng chỉ), trang thiết bị y tế, quy trình đấu thầu thuốc và quy định thanh toán BHYT. Bên cạnh đó, không có bệnh nhân cũng là nguyên nhân tương đối phổ biến ở hầu hết các địa bàn nghiên cứu. Ngoài ra, việc cung ứng DVYTCB tại TYT xã còn bị tác động bởi các chính sách khác như chính

sách thông tuyến, chính sách tự chủ bệnh viện, chính sách đấu thầu thuốc nên hiệu quả triển khai bị hạn chế.

Trên cơ sở kết quả can thiệp, một số khuyến nghị được đề xuất như sau:

*Đối với Bộ Y tế:* Định kỳ cập nhật danh mục gói DVYT cơ bản và danh mục gói quyền lợi BHYT. Việc xây dựng gói quyền lợi cần bao gồm danh mục dịch vụ kỹ thuật/thuốc và các quy định cụ thể về chi định dịch vụ để làm cơ sở thanh toán BHYT. Danh mục thuốc cho tuyến xã cần phải được xây dựng theo nguyên tắc thống nhất về chủng loại thuốc với các tuyến trên trong điều trị cùng một loại bệnh (tăng huyết áp độ I hoặc độ II chưa có biến chứng). Tiếp tục rà soát, sửa đổi một số chính sách y tế nhằm đảm bảo tính thống nhất về các quy định để TYT xã cung ứng được các DVYT cơ bản.

*Đối với Sở Y tế và TTYT huyện:* Đảm bảo cung ứng đủ thuốc cho TYT xã theo quy định và dựa trên nhu cầu cũng như sử dụng thuốc cùng chủng loại với tuyến huyện trong điều trị cùng loại bệnh THA cho người bệnh tại TYT xã. Thực hiện kiểm tra, giám sát định kỳ và đánh giá hoạt động của TYT xã, phát hiện các vướng mắc trong cung ứng gói DVYT cơ bản để kịp thời khắc phục, điều chỉnh.

*Đối với TYT xã:* Xây dựng kế hoạch tự đào tạo, cập nhật các kiến thức chuyên môn để có đủ năng lực cung ứng gói DVYT cơ bản. Thực hiện các hoạt động tuyên truyền phổ biến cho người dân về lợi ích của danh mục DVYTCB tại TYT xã, đồng thời phổ biến các kiến thức cho người dân về CSSK, chú trọng tới phòng và kiểm soát huyết áp trong thực hiện tự quản lý bệnh.

**KẾT QUẢ ĐÁNH GIÁ NHANH KHẢ NĂNG CUNG ỨNG DỊCH VỤ VÀ  
NHU CẦU ĐẦU TƯ TRANG THIẾT BỊ TẠI CÁC TRẠM Y TẾ XÃ ĐIỂM  
TRONG ĐỀ ÁN XÂY DỰNG VÀ PHÁT TRIỂN  
MẠNG LƯỚI Y TẾ CƠ SỞ TRONG TÌNH HÌNH MỚI**

*Result of a rapid assessment of service delivery capacity and equipment  
investment needs among the piloting commune health stations in the project  
on strengthening the grassroots health level in the new situation*

*Nguyễn Hoàng Giang, Nguyễn Thị Thắng, Phạm Văn Hiến, Trần Thị Mai Oanh<sup>1</sup>*

## **TÓM TẮT**

Ngành y tế đang hướng tới mục tiêu bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân, trong đó tăng cường y tế cơ sở (YTCS) là một trong những giải pháp hàng đầu. Bộ Y tế đã khởi động đề án mô hình điểm cho trạm y tế (TYT) của 26 xã, phường, thị trấn trên toàn quốc nhằm tạo cơ sở để các địa phương học hỏi và triển khai nhân rộng. Đề án hướng tới mục tiêu nâng cao năng lực cung ứng và chất lượng dịch vụ CSSKBĐ. Một đánh giá nhanh đã được thực hiện theo hình thức khảo sát trực tiếp cơ sở y tế và thu thập số liệu thứ cấp với mục tiêu tìm hiểu thực trạng hoạt động, điều kiện hiện có và khả năng cung ứng dịch vụ của các TYT điểm.

Kết quả khảo sát nhanh cho thấy các TYT xã điểm triển khai đồng đều khám chữa bệnh (KCB) bảo hiểm y tế và các hoạt động y tế dự phòng. Hầu hết TYT xã đã thực hiện quản lý bệnh không lây nhiễm, tuy nhiên chỉ 50% xã triển khai cấp phát thuốc định kỳ cho bệnh tăng huyết áp. Chỉ ¼ số TYT xã triển khai lồng ghép nguyên lý y học gia đình. Các TYT cơ bản đáp ứng về điều kiện cơ sở hạ tầng nhà trạm và hạ tầng công nghệ thông tin. Đa số các TYT xã có bác sỹ làm việc (80%), tuy nhiên chưa đến một nửa số TYT xã đảm bảo cơ cấu nhân lực theo quy định. Về năng lực cung ứng, các TYT chỉ đáp ứng 37% số loại thuốc và thực hiện được 70% số dịch vụ kỹ thuật quy định trong gói dịch vụ y tế cơ bản dành cho YTCS.

Có sự chênh lệch về nhu cầu đầu tư trang thiết bị (TTB) của các TYT, có nhiều TTB chưa được trang bị theo quy định. Việc đầu tư TTB cần cân nhắc đến năng lực của TYT xã và nhu cầu của người bệnh, các điều kiện cơ sở vật chất và TTB hiện có, cũng như chức năng nhiệm vụ của TYT xã, đồng thời cần gắn vào đào tạo tập huấn để vận hành hiệu quả.

<sup>1</sup> Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

## ABSTRACT

*The health sector aims to achieve universal health coverage, in which strengthening grassroots health care is one of the leading solutions. The Ministry of Health has initiated the project of a pilot model for commune health stations (CHSs) in 26 communes, wards, and towns across the country, creating the foundation for nationwide scaling up and strengthening provision capacity and quality of primary health care services. A rapid assessment was conducted in the form of a direct health facility survey and secondary data collection to investigate the current performance, existing conditions, and service delivery capacity of the piloting CHSs.*

*The results show that the CHSs universally implement medical examination and treatment under the health insurance program and preventive care activities. Most of the CHSs undertook the management of non-communicable diseases, but only 50% provided periodic prescriptions for hypertension treatment. Only a quarter of CHSs started integrating family medicine principles into their operation. Most of the CHSs have sufficient conditions of infrastructure and information technology equipment. The majority of CHSs had a doctor (80%), but less than half fulfilled the job position requirement according to the regulations. In terms of service provision capacity, 37% of medicines and 70% of technical services listed in the basic health service package for grassroots level were currently available to be provided at the CHSs.*

*The assessment found a certain level of variability in need to invest in medical equipment amongst CHSs. Many medical devices that should be available as regulated have been not yet equipped. The investment in medical equipment for CHSs should consider their provision capacity, people's health care needs, existing conditions of infrastructure and equipment, as well as their designated functions and duties. Sufficient training is critical to ensure efficiency in the utilization and operation of the equipment.*

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân (CSSKTD) đang là một trong những ưu tiên hàng đầu của ngành y tế tại các quốc gia trên thế giới. Chiến lược y tế toàn cầu của Tổ chức Y tế thế giới nhìn nhận rằng chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ) là cách tiếp cận toàn diện và hiệu quả nhất để phát triển hệ thống y tế bền vững hướng tới mục tiêu CSSKTD [1].

Tại Việt Nam, thông qua mạng lưới y tế cơ sở (YTCS) trên cả nước với nòng cốt là các trạm y tế (TYT) xã/phường/thị trấn, mọi người dân đều có cơ hội tiếp cận với các dịch vụ CSSKBĐ. Tuy nhiên, tuyến YTCS hiện đang đối mặt nhiều khó khăn, bất cập như: sự thiếu ổn định và đồng nhất về cơ cấu tổ chức và quản lý; nhân lực hạn chế về số lượng và chất lượng; cơ sở vật chất, trang thiết bị (TTB) và thuốc chưa đáp ứng nhu cầu của người dân; cơ chế tài chính chưa phù hợp để khuyến



khích cơ sở y tế (CSYT) cải thiện chất lượng dịch vụ và làm hài lòng người bệnh [2,6]. Ngoài ra, tuyến YTCS cũng bị tác động bởi các chính sách tập trung cho bệnh viện như tự chủ bệnh viện, thông tuyến bảo hiểm y tế (BHYT) [7, 8]. Những yếu tố này đã tác động đáng kể đến khả năng thực hiện chức năng và nhiệm vụ tuyến YTCS và dẫn đến sự mất cân đối trong cung ứng dịch vụ giữa CSSKBD và chăm sóc bệnh viện cũng như suy giảm niềm tin của người dân với chất lượng dịch vụ, góp phần gây nên tình trạng vượt tuyến lên và quá tải tại các bệnh viện tuyến trên [9, 10].

Hướng tới mục tiêu bao phủ CSSKTD, Đảng Cộng sản Việt Nam thông qua Nghị quyết 20-NQ/TW<sup>2</sup> về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe cho nhân dân trong tình hình mới trong đó định hướng phát triển một hệ thống y tế lấy YTCS làm nền tảng. Đồng thời, Chính phủ đã ban hành Quyết định 2348/QĐ-TTg<sup>3</sup> phê duyệt Đề án Xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới, trong đó đưa ra các giải pháp toàn diện để đổi mới tổ chức bộ máy, cơ chế hoạt động và tài chính, phát triển nguồn nhân lực cho tuyến YTCS. Đề án hướng tới mục tiêu nâng cao năng lực cung ứng và chất lượng dịch vụ CSSKBD nhằm giảm quá tải bệnh viện, đảm bảo công bằng trong CSSK, giảm nguy cơ đối mặt các thảm họa tài chính và đói nghèo do chi phí cho người dân. Nhằm hiện thực hóa các định hướng của Đảng và Chính phủ, Bộ Y tế (BYT) đã xây

dựng Chương trình hành động số 1379/CTr-BYT triển khai Quyết định 2348 và ban hành Hướng dẫn số 1383/HD-BYT về triển khai thực hiện Mô hình điểm cho TYT của 26 xã, phường, thị trấn tại 8 tỉnh/thành phố trên toàn quốc. BYT đã ưu tiên đầu tư nguồn lực và kỹ thuật để chỉ đạo và hỗ trợ các địa phương thực hiện mô hình thí điểm này.

Với vai trò là cơ quan nghiên cứu và cung cấp bằng chứng cho hoạch định chính sách của ngành Y tế, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã phối hợp với Vụ Kế hoạch – Tài chính, BYT triển khai đánh giá nhanh tìm hiểu thực trạng hoạt động, các điều kiện hiện có và khả năng cung ứng dịch vụ của các TYT lựa chọn thí điểm. Kết quả của đánh giá này được xem là một trong những cơ sở quan trọng cho BYT và các đơn vị liên quan xây dựng các nội dung can thiệp phù hợp và khả thi để triển khai Đề án.

## MỤC TIÊU

1. Tìm hiểu thực trạng nguồn lực đầu vào và tình hình cung ứng dịch vụ của các TYT xã/phường/thị trấn tham gia mô hình thí điểm của Bộ Y tế.
2. Đánh giá khả năng cung ứng dịch vụ cung ứng dịch vụ của các TYT xã/phường/thị trấn tham gia thí điểm.
3. Tìm hiểu nhu cầu đầu tư TTB của các TYT xã/phường/thị trấn khi tham gia thí điểm.

<sup>2</sup> Nghị quyết 20-NQ/TW ngày 25/10/2017 Hội nghị lần thứ sáu Ban Chấp hành Trung ương Đảng khóa XII về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc, nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới

<sup>3</sup> Quyết định số 2348/QĐ-TTg ngày 05/12/2016 của Thủ tướng Chính phủ : Phê duyệt Đề án Xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới

## PHƯƠNG PHÁP THỰC HIỆN

Đánh giá được thiết kế theo theo hình thức điều tra cắt ngang bao gồm khảo sát trực tiếp CSYT và thu thập các số liệu thứ cấp thông qua thư điện tử với các CSYT không khảo sát trực tiếp. Hoạt động khảo sát được tiến hành từ tháng 12/2017 đến 01/2018. Khảo sát CSYT được thực hiện tại 29 TYT xã/phường/thị trấn thuộc 3 vùng theo phân loại theo Quyết định 4667/QĐ-BYT ngày 07/11/2014 về việc ban hành Bộ tiêu chí Quốc gia về Y tế xã giai đoạn đến 2020. Khảo sát trực tiếp sẽ được thực hiện tại 7 TYT xã/phường/thị trấn tại Hà Nội (4) và Yên Bái (3). Khảo sát gián tiếp các TYT xã thông qua thu thập số liệu thứ cấp được thực hiện tại 22 TYT xã/phường/thị trấn thuộc 6 tỉnh/thành phố: Hà Tĩnh (6), Khánh Hòa (3), Lào Cai (3), Long An (3), Lâm Đồng (3) và TP. Hồ Chí Minh (4).

Các TYT xã được khảo sát trực tiếp xã được thu thập thông tin qua biểu mẫu và bảng kiểm với sự hỗ trợ của cán bộ y tế. Bộ công cụ này sẽ được hiệu chỉnh và hoàn thiện để khảo sát trực tuyến với các CSYT khác. Khảo sát gián tiếp được thực hiện qua hình thức gửi biểu mẫu số liệu qua thư điện tử tới 22 trạm y tế còn lại. Các số liệu thứ cấp thu được sẽ được rà soát, kiểm tra chất lượng và làm rõ thông qua phỏng vấn trực tiếp qua điện thoại.

Các nội dung nghiên cứu sẽ được thu thập tương đồng giữa khảo sát trực tiếp và khảo sát gián tiếp. Các nội dung khảo sát bao gồm: Thực trạng, số liệu cung ứng dịch vụ của các TYT xã đối chiếu với chức năng nhiệm vụ của trạm: khám chữa bệnh (KCB), dự phòng,

chăm sóc sức khỏe (CSSK) bà mẹ trẻ em, quản lý sức khỏe người dân; Thực trạng về cơ sở hạ tầng và kỹ thuật, nhân lực, quản lý thông tin, sự sẵn có của thuốc và nhu cầu đầu tư TTB để tham gia triển khai thí điểm; Năng lực cung ứng dịch vụ y tế đối chiếu với danh mục dịch vụ kỹ thuật quy định trong Thông tư 39/2017/TT-BYT được Bộ Y tế ban hành ngày 18/10/2017 quy định Gói dịch vụ y tế cơ bản (DVYTCB) cho tuyến YTCS. Thông tư có ban hành danh mục 76 dịch vụ kỹ thuật (DVKT) và 241 loại thuốc thuộc gói DVYTCB cho các TYT xã. Các phiếu thu thập thông tin sẽ được kiểm tra, làm sạch, xử lý và nhập, phân tích bằng phần mềm MS Excel và chủ yếu sử dụng kỹ thuật thống kê mô tả.

## KẾT QUẢ

### 1. Thông tin chung về địa bàn các TYT xã khảo sát

Điểm chung giữa các TYT xã được lựa chọn làm điểm tại 3 vùng là tất cả các trạm đều đã đạt Chuẩn tiêu chí quốc gia về y tế xã theo quyết định 4667/QĐ-BYT. Mỗi TYT xã điểm trung bình cung ứng dịch vụ cho khoảng trên 10.000 dân, trong đó các vùng 1 có địa bàn đông dân nhất (trên 13.000) gần gấp đôi so với vùng 3 (gần 7.000 dân). Tuy nhiên xét về mặt khoảng cách địa lý thì các TYT xã vùng 3 phục vụ trên phạm vi rộng hơn, khi khoảng cách trung bình từ TYT xã đến thôn/bản xa nhất là trên 10 km (30 phút đi lại) trong khi bán kính phục vụ các TYT

xã vùng 1 chỉ gần 3 km (trung bình 13 phút). Hầu hết các TYT xã điểm đều phục vụ trên địa bàn xã có tỉ lệ bao phủ BHYT tương đối cao (trên 80%). Tất cả các TYT xã/phường/

thị trấn khảo sát hiện đều đang triển khai KCB BHYT với số thẻ đăng ký trung bình tại mỗi trạm là gần 3.900 thẻ, cao nhất là vùng 3.

**Bảng 1: Các đặc điểm địa bàn phục vụ của TYT xã/phường khảo sát**

Thông tin chung về TYT xã	Vùng 1 (8 TYT)	Vùng 2 (12 TYT)	Vùng 3 (9 TYT)	Chung (29 TYT)
Dân số trung bình (1000 dân)	13071	11746	6892.1	10605
Khoảng cách trung bình từ TYT đến thôn/bản xa nhất (km)	2.6	7	10.7	6.8
Thời gian đi lại trung bình từ TYT đến thôn/bản xa nhất (phút)	13.1	17	31.7	20.6
Tỉ lệ đạt chuẩn Tiêu chí QG về Y tế xã QĐ 4667 của BHYT (%)	100	100	100	100
Tỉ lệ bao phủ BHYT trung bình (%)	82	86	84	84
Số thẻ BHYT đăng ký trung bình mỗi TYT (thẻ)	3591.3	3581	4462.1	3888.6

## 2. Thực trạng các điều kiện đầu vào

### *Cơ sở vật chất và hạ tầng kỹ thuật*

Về cơ sở hạ tầng, trung bình mỗi TYT có 13 phòng và có 76% số TYT xã đạt tiêu chuẩn thiết kế trạm YTCS theo Tiêu chuẩn 52 năm 2002 của BHYT, cao nhất là vùng 2 (Bảng 2). Hơn 1/3 số TYT xã chưa được trang bị hệ thống thu gom và xử lý chất thải lỏng. Trong khi 100% TYT vùng 3 có hệ thống xử lý rác thải rắn, 25% số TYT xã ở hai vùng còn lại chưa được trang bị hệ thống này. 100% các

TYT đều đã được trang bị máy tính kết nối Internet và máy in để phục vụ cho quản lý thông tin y tế. Liên quan đến hệ thống quản lý thông tin, gần 2/3 số TYT hiện đã áp dụng phần mềm quản lý hồ sơ sức khỏe cá nhân và kết nối với cơ quan BHXH; tuy vậy, mục đích chính là phục vụ cho quản lý bệnh nhân và thanh quyết toán BHYT. Dù chưa có thống kê đầy đủ, tất cả TYT xã hiện vẫn đang thực hiện ghi chép sổ sách báo cáo bằng tay với trung bình 33 sổ/trạm.

**Bảng 2: Điều kiện cơ sở vật chất và quản lý thông tin y tế của TYT điểm**

Điều kiện cơ sở vật chất	Vùng 1 (8 TYT)	Vùng 2 (12 TYT)	Vùng 3 (9 TYT)	Chung (29 TYT)
Số phòng trung bình một trạm y tế (phòng)	10	15	14	13
Tỉ lệ TYT đạt tiêu chuẩn thiết kế trạm YTCS (%)	63	83	78	76
Tỉ lệ TYT có hệ thống thu gom và xử lý chất thải lỏng (%)	50	67	78	66
Tỉ lệ TYT có hệ thống thu gom và xử lý chất thải rắn theo quy định (%)	75	75	100	83
Tỉ lệ TYT có vườn thuốc nam (%)	88	83	89	86
Tỉ lệ TYT có máy tính nối mạng internet (%)	100	100	100	100
Tỉ lệ TYT có máy in (%)	100	100	100	100
Tỉ lệ TYT áp dụng phần mềm quản lý hồ sơ SK và kết nối với BHXH cho KCB BHYT(%)	50	58	78	62
Số lượng sổ sách trung bình phục vụ công tác thống kê, báo cáo (sổ)	50	23	35	33

*Nhân lực y tế*

Theo kết quả trình bày tại Bảng 3, mỗi TYT xã/phường khảo sát trung bình có 7 cán bộ y tế đang làm việc, tuy nhiên chưa đến ½ số TYT xã đáp ứng đủ cơ cấu nhân lực theo quy định. Tỉ lệ TYT có bác sỹ gần 80%, Đa số các TYT xã có các chức danh quan

trọng như cán bộ phụ trách sản nhi (YSSN hoặc NHS), y tá/điều dưỡng, y sỹ (80-90% số trạm). Tỉ lệ trạm có CB phụ trách dược (dược tá/dược sỹ), đặc biệt CB phụ trách y học cổ truyền (YHCT) còn tương đối thấp. Đặc biệt là TYT xã vùng 3 khi khoảng ½ số TYT chưa có cán bộ dược và cán bộ YHCT.

**Bảng 3: Tình hình về nhân lực y tế tại các TYT điểm**

Điều kiện về nhân lực	Vùng 1 (8 TYT)	Vùng 2 (12 TYT)	Vùng 3 (9 TYT)	Chung (29 TYT)
Tổng CBYT trung bình/TYT (người)	7.0	7.3	7.4	7.2
Tỉ lệ TYT có đủ nhân lực theo quy định (%)	38	50	44	45
Tỉ lệ TYT có bác sỹ (%)	88	75	78	79
Tỉ lệ TYT có y sỹ (%)	100	83	89	90
Tỉ lệ TYT có YSSN, nữ hộ sinh (%)	100	100	89	97
Tỉ lệ TYT có y tá/điều dưỡng (%)	75	83	78	79
Tỉ lệ TYT có dược sỹ/dược tá (%)	88	75	56	72
Tỉ lệ TYT có cán bộ phụ trách YHCT (%)	38	50	44	45

*Sự sẵn có của thuốc đối chiếu với Thông tư 39/2017/TT-BYT*

Đối chiếu với danh mục thuốc của gói DVYTCB, tỉ lệ sẵn có của thuốc tại TYT

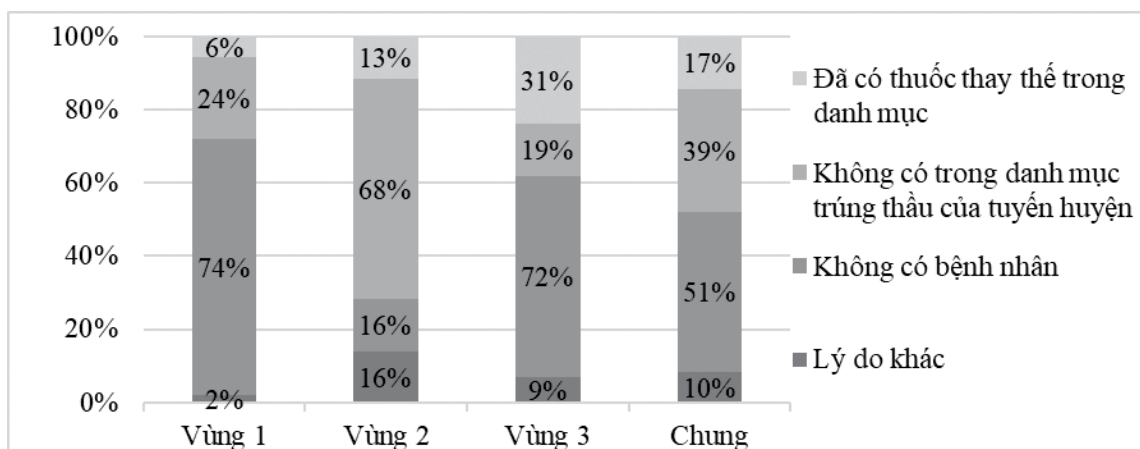
xã tương đối thấp. Trung bình, mỗi TYT chỉ có khoảng 90 loại thuốc, chiếm 37%. TYT xã vùng 3 có tỉ lệ sẵn có của thuốc cao nhất (42%) trong khi tỉ lệ này của các trạm vùng 1 là 32% (Bảng 4).

**Bảng 4: Sự sẵn có của thuốc đối chiếu với danh mục thuốc quy định tại TT 39.**

Tính sẵn có của thuốc	Vùng 1 (8 TYT)	Vùng 2 (12 TYT)	Vùng 3 (9 TYT)	Chung (29 TYT)
Số lượng thuốc sẵn có tại TYT đối chiếu theo danh mục của Thông tư 39 (loại thuốc)	77	89	101	90
Tỉ lệ thuốc sẵn có tại TYT đối chiếu theo danh mục của Thông tư 39 (%)	32	37	42	37

Biểu đồ 1 thể hiện một số nguyên nhân chính của tình trạng thiếu thuốc của các TYT xã điểm. Trong đó, ba nguyên nhân chính được xác định gồm có (i) TYT xã không có bệnh nhân cần điều trị các loại thuốc đó do mô hình bệnh tật của địa phương hoặc nếu bệnh nhân lựa chọn điều trị tại tuyến trên; (ii) Các loại thuốc trong gói nhưng không nằm trong danh mục thuốc trúng thầu BHYT của huyện dành cho tuyến xã, ngay cả các loại thuốc TYT xã xác định là cần thiết và có làm dự trữ nhưng

không được cung cấp; (iii) TYT xã xác định các loại thuốc thiếu không cần thiết do hiện TYT đã có các loại thuốc tương tự để điều trị thay thế cho người bệnh, tuy nhiên nhận định này (thuốc thay thế) tùy thuộc nhiều vào năng lực chuyên môn của CBYT. Trong khi thiếu không có bệnh nhân là nguyên nhân thiếu thuốc của các TYT xã vùng 1 và vùng 3, các loại thuốc không nằm trong danh mục trúng thầu là nguyên nhân phổ biến nhất được đề cập bởi TYT xã vùng 2.



**Biểu đồ 1: Các nguyên nhân thiếu thuốc của các TYT đối chiếu với danh mục thuốc của Thông tư 39**

Ngoài ra cũng có một số các nguyên nhân khác như: Thuốc chưa sử dụng bao giờ nên TYT xã không biết tác dụng, TYT không có xét nghiệm để chẩn đoán và sử dụng thuốc để điều trị, chi phí đơn lớn (vượt trần thành toán nên không dùng), thuốc hiện đang đề xuất dự trữ, chưa phê duyệt; theo quy định của SYT hoặc TTYT huyện, TYT xã/phường không được sử dụng; và một số loại thuốc chỉ cấp hàng năm theo chương trình y tế.

### 3. Tình hình cung ứng dịch vụ

#### *Các dịch vụ khám chữa bệnh*

Trung bình một TYT xã cung cấp gần 8000 lượt KCB/năm, trong đó hơn 5000 lượt KCB BHYT (Bảng 5). Mặc dù theo định hướng của

ngành y tế, các TYT xã/phường vùng 1 tập trung nhiều hơn vào y tế dự phòng, nhưng các TYT này báo cáo số lượt KCB chung và KCB BHYT tương đối cao so với nhiều TYT các vùng khác. Qua phỏng vấn trực tiếp các Trạm trưởng các TYT này, các TYT vùng 1 có thể chia làm 2 nhóm (i) Đa số TYT vùng 1 thực hiện chủ yếu chức năng dự phòng, và báo cáo cả số lượt khám dự phòng cho các đối tượng học sinh, người cao tuổi, khám phụ khoa theo chiến dịch... vào trong số lượt KCB chung; tuy vậy vẫn cung cấp dịch vụ KCB BHYT cho một số nhóm đối tượng nhất định như TE dưới 6 tuổi (ii) Một số TYT tuy gần trung tâm huyện nhưng vẫn triển khai tốt hoạt động KCB BHYT.

**Bảng 5: Tình hình cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh tại các TYT điểm**

Dịch vụ khám chữa bệnh năm 2016	Vùng 1 (8 TYT)	Vùng 2 (12 TYT)	Vùng 3 (9 TYT)	Chung (29 TYT)
Số lượt KCB năm 2016 (lượt)	8704	8008	7033	7897
Lượt khám chữa bệnh BHYT năm 2016 (lượt)	5794	5176	5235	5349
Tỉ lệ TYT thực hiện KCB bằng YHCT (%)	50	75	56	62
Lượt khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền (lượt)	319	744	1373	847
Tỉ lệ TYT thực hiện lồng ghép y học gia đình (%)	38	33	11	28
Tỉ lệ TYT xã liên kết với tư nhân cung ứng dịch vụ (%)	0	8	0	3
Số ca sơ cứu, cấp cứu thông thường thực hiện (ca)	61	100	63	78
Tổng số lượt chuyển tuyến (ca)	218	365	167	256
Tỉ lệ số ca chuyển tuyến/lượt KCB BHYT (%)	11	4	3	6

Các TYT xã vẫn thực hiện nhiệm vụ chuyên môn khác liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh, tuy nhiên chưa được triển khai mạnh mẽ và đồng bộ. Gần 2/3 số TYT thực hiện KCB bằng YHCT, trong đó tỉ lệ triển khai ở vùng 2 cao nhất. Tuy nhiên, nếu xét theo lượt KCB, các TYT vùng 3 (1373 lượt/năm) có số lượt KCB trung bình bằng YHCT cao vượt trội so với vùng 2 và vùng 1. Chỉ có hơn ¼ số xã điểm hiện đã thực hiện lồng ghép nguyên lý y học gia đình vào trong hoạt động của trạm và chủ yếu mới thực hiện trong năm 2017. Vùng 3 có tỉ lệ áp dụng thấp nhất với duy nhất 1 TYT thực hiện. Gần như các TYT điểm chưa thực hiện liên kết với y tế tư nhân trong cung ứng dịch vụ KCB tại TYT xã. Chỉ có duy nhất một xã vùng 2 ở tỉnh Long An thực hiện liên kết với thầy lang tư nhân để cung cấp dịch vụ KCB đông y.

Các TYT xã đều cung ứng dịch vụ sơ cấp cứu thông thường cho người dân, trung bình mỗi trạm 78 ca/năm, trong đó cao nhất là vùng 2. Các TYT xã trung bình thực hiện hơn

250 lượt chuyên tuyến/năm, chiếm 6% tổng số lượt KCB BHYT. Đặc biệt, TYT xã vùng 1 có tỉ lệ chuyên tuyến 11%, cao hơn so với các vùng khác (dưới 5%).

*Các dịch vụ dự phòng, quản lý sức khỏe và nâng cao sức khỏe*

Theo kết quả trình bày ở Bảng 6, các TYT triển khai đồng đều các DVYT dự phòng như tiêm chủng, CSSK bà mẹ trẻ em. Tỉ lệ cung cấp dịch vụ này tại các vùng tương đối cao, trung bình trên 95% ở tất cả các chỉ số quan trọng. Dù vậy, tỉ lệ cung cấp đầy đủ dịch vụ liên quan đến chăm sóc trước sinh và trong sinh của vùng 3 thấp hơn một chút so với 2 vùng còn lại. Đa số các TYT báo cáo thực hiện quản lý người khuyết tật và PHCN tại cộng đồng, chủ yếu khuyết tật vận động. Hoạt động quản lý sức khỏe tại nhà cũng được các TYT xã thực hiện, tuy vậy một số xã khảo sát trực tiếp báo cáo chỉ quản lý qua sổ sách hoặc đến thăm khám theo đợt với các đối tượng chính sách, người cao tuổi trên địa bàn.

**Bảng 6: Tình hình cung ứng một số các dịch vụ y tế dự phòng của các TYT**

Dịch vụ khám chữa bệnh năm 2016	Vùng 1 (8 TYT)	Vùng 2 (12 TYT)	Vùng 3 (9 TYT)	Chung (29 TYT)
Tỷ lệ trung bình PN có thai được khám thai từ 3 lần trở lên và tiêm phòng uốn ván đầy đủ (%)	96.5	97.7	92.9	95.9
Tỷ lệ trung bình PN sinh con tại cơ sở y tế hoặc có nhân viên y tế hỗ trợ khi sinh phân theo loại xã (%)	100	100	96.7	98.8
Tỷ lệ trung bình PN và trẻ sơ sinh được chăm sóc sau khi sinh (%)	95.8	97.9	95.1	96.5
Tỷ lệ trung bình TE < 1 tuổi được tiêm chủng đầy đủ vắc xin cơ bản theo qui định (%)	98.9	99.0	99.1	99.0

Đối với quản lý bệnh không lây nhiễm, hầu hết các TYT xã thực hiện quản lý bệnh, tập trung vào một số bệnh như tăng huyết áp, đái tháo đường, tâm thần kinh... Tuy nhiên, chỉ có hơn 1/2 số trạm thực hiện cấp phát thuốc định kỳ tại trạm, đa số cho bệnh tăng huyết áp, còn lại chủ yếu quản lý qua danh sách (Bảng 7). Một số TYT xã tại khu vực miền

Nam cũng quản lý cấp phát thuốc cho bệnh nhân đái tháo đường. Bên cạnh đó các hoạt động truyền thông GDSK vẫn tiếp tục đẩy mạnh triển khai tại các TYT xã thông qua truyền thông trực tiếp tại cộng đồng và truyền thông gián tiếp qua loa đài địa phương. Số lượt truyền thông thực hiện bởi các TYT xã vùng 1 cao hơn đáng kể so với hai vùng kia.

**Bảng 7: Tình hình thực hiện hoạt động quản lý và nâng cao sức khỏe của các TYT điểm**

Dịch vụ khám chữa bệnh năm	Vùng 1 (8 TYT)	Vùng 2 (12 TYT)	Vùng 3 (9 TYT)	Chung (29 TYT)
Tỷ lệ TYT thực hiện quản lý và CSSK người khuyết tật, PHCN tại cộng đồng (%)	100.0	91.7	88.9	93.1
Tỷ lệ TYT thực hiện quản lý SK tại nhà, quản lý SK người cao tuổi, học sinh trên địa bàn (%)	87.5	83.3	100.0	89.7
Tỷ lệ TYT thực hiện quản lý bệnh mạn tính, bệnh không lây nhiễm (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Tỷ lệ TYT được phát thuốc cho quản lý bệnh không lây nhiễm (%)	62.5	41.7	66.7	55.2
Trung bình số đợt truyền thông nâng cao sức khỏe cho nhân dân trong năm (lượt)	48	26	28	28

#### 4. Năng lực thực hiện dịch vụ kỹ thuật thuộc gói dịch vụ y tế cơ bản

Nhìn chung, không có sự chênh lệch đáng kể về khả năng cung ứng dịch vụ theo Gói

dịch vụ y tế cơ bản giữa các vùng. Các TYT xã khảo sát thực hiện được trung bình 52 dịch vụ, chiếm 70% tổng số dịch vụ y tế cơ bản được quy định trong Thông tư (76 dịch vụ).

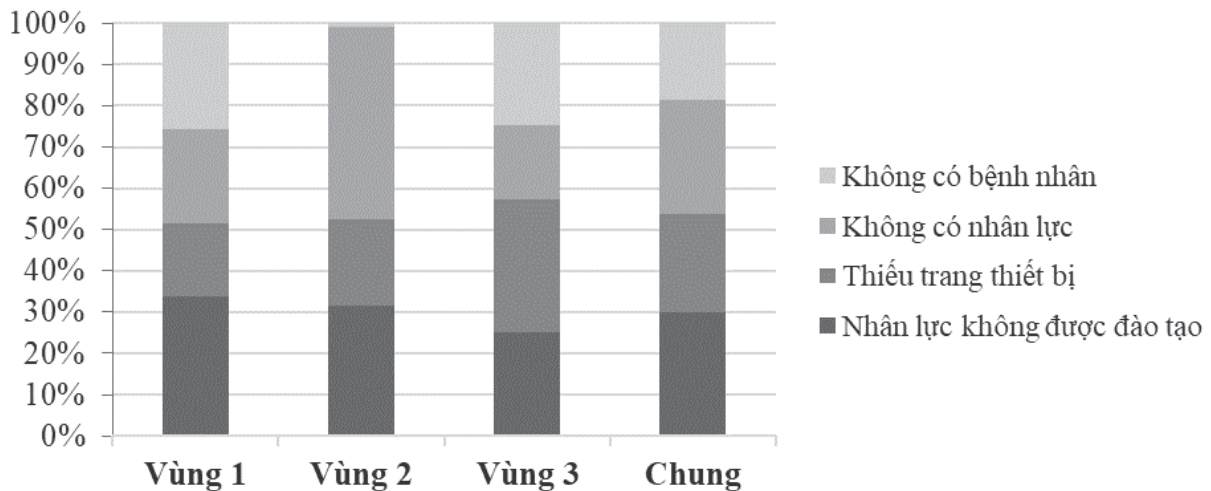
**Bảng 8: Khả năng cung ứng dịch vụ của TYT đối với các dịch vụ y tế cơ bản được quy định theo Thông tư 39/2017/TT-BYT**

Khả năng cung ứng dịch vụ (Danh mục có 76 dịch vụ)	Vùng 1 (8 TYT)	Vùng 2 (12 TYT)	Vùng 3 (9 TYT)	Chung (29 TYT)
Tổng số dịch vụ thực hiện được tại TYT xã đối chiếu theo danh mục DV trong Thông tư 39	52	55	51	53
Tỉ lệ DVYT thực hiện được tại TYT xã đối chiếu theo Thông tư 39 (%)	69	72	67	70



Từ Biểu đồ 2, các nguyên nhân chính khiến các TYT xã/phường không triển khai được các dịch vụ y tế cơ bản được xác định bao gồm: vấn đề nhân lực (thiếu nhân lực hoặc nhân lực không được đào tạo), thiếu các TTB y tế cần thiết, và không có bệnh nhân (do bệnh nhân chủ yếu lên tuyến trên hoặc do bệnh ít gặp trong mô hình bệnh tật của địa phương). Đối với TYT xã thuộc vùng 3, nguyên nhân chủ yếu được đưa ra là TYT thiếu TTB để cung cấp dịch vụ, trong khi đó

TYT xã thuộc vùng 1 và vùng 2 thì vấn đề nhân lực (thiếu hoặc chưa được đào tạo) là được đề cập nhiều nhất. Phân tích sâu hơn với lý do “không thực hiện được dịch vụ do thiếu TTB” để làm cơ sở cho đầu tư TTB cho thấy, các xét nghiệm chẩn đoán xác định (VD: siêu âm, định lượng nhóm máu ABO) hay các thủ thuật cần sự hỗ trợ của máy móc để thực hiện là các dịch vụ không thực hiện do nguyên nhân này.



**Biểu đồ 2: Những nguyên nhân chính TYT xã không cung ứng được dịch vụ y tế**

## 5. Nhu cầu TTB theo đề xuất của các TYT điểm dựa theo Quyết định 1020/2002/TT-BYT

Quyết định 1020/2004/QĐ-BYT về danh mục TTB ban hành ngày 22/03/2014 đã quy

định 176 loại TTB cần trang bị cho TYT xã có bác sỹ. Trong đó có 148 TTB y tế, 16 TTB thông dụng và còn lại là một số loại vật tư tiêu hao dành cho TYT xã.

**Bảng 9: Đề xuất về nhu cầu TTB của các TYT xã điểm**

Đề xuất TTB theo quyết định 1020/QĐ-BYT	Vùng 1 (8 TYT)	Vùng 2 (12 TYT)	Vùng 3 (9 TYT)	Chung (29 TYT)
Số loại TTB đã có nhưng cần bổ sung/thay thế tại TYT xã do hỏng hoặc thiếu (loại)	37	25	40	32
Số loại TTB chưa có, cần trang bị mới tại TYT (loại)	22	53	43	38
Tổng số loại TTB y tế trạm y tế đề xuất đối chiếu với tổng số 148 loại TTB y tế (loại)	49	78	84	70
Số loại TTB thông dụng TYT đề xuất đối chiếu với tổng số 16 loại TTB thông dụng (loại)	7	10	9	8

Dựa trên đề xuất các TYT xã cho thấy có sự chênh lệch về nhu cầu TTB giữa giữa 3 vùng. Trung bình mỗi TYT đề xuất khoảng 70 loại TTB y tế, chiếm khoảng 47% tổng số loại TTB được quy định theo Quyết định 1020 (Bảng 10). TYT xã thuộc vùng 3 có nhu cầu cao nhất với số lượng TTB đề xuất cao nhất là 84 loại, thấp nhất là vùng 1 với 49 loại. Đặc biệt, tại vùng 2, đa số các loại TTB đề xuất là các TTB mà TYT chưa từng được trang bị, ví dụ cồng đẩy, đèn Clar, các TTB liên quan đến y học cổ truyền.

Với TTB thông dụng, trung bình khoảng 8/16 loại TTB thông dụng được đề xuất, trong đó được đề xuất nhiều nhất là máy phát điện, lò sưởi điện, các loại đèn (măng xông, đèn bão). Phân tích sâu thêm thấy rằng các loại TTB được TYT xã đề xuất nhiều nhất là huyết áp kế, máy siêu âm chẩn đoán xách tay và các TTB phục vụ cho công tác khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền.

## KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

### Cung ứng dịch vụ

- Các TYT xã điểm ở cả 3 vùng đều đang triển khai KCB BHYT, một số TYT vùng 1 cũng thực hiện hoạt động KCB BHYT tương đối mạnh. Do vậy, dù có sự phân loại về chức năng KCB của TYT giữa mỗi vùng, Đề án cần cân nhắc đến điều kiện hiện có về cơ sở vật chất, TTB, nhân lực và nhu cầu của người dân của TYT xã để có phương án đầu tư và nâng cao năng lực phù hợp.
- Các hoạt động y tế dự phòng vẫn đang được triển khai tốt và đồng đều ở các TYT. Đây vẫn là lĩnh vực trọng điểm ở các TYT, cần tiếp tục duy trì và thúc đẩy trong Đề án.
- Hầu hết các TYT thực hiện quản lý bệnh không lây nhiễm, tập trung vào một số bệnh như THA, tầm thần kinh, đái tháo đường. Tuy nhiên, chỉ có hơn

½ số trạm cấp phát thuốc định kỳ, chủ yếu là tăng huyết áp, còn lại chỉ quản lý qua sổ sách. Theo định hướng của ngành về tăng cường và điều trị quản lý bệnh không lây nhiễm tại tuyến YTCS, Đề án thí điểm nói riêng và Đề án tăng cường YTCS nói chung cần đẩy mạnh hoạt động nâng cao năng lực và chuẩn bị các điều kiện cần thiết để các TYT triển khai lĩnh vực này theo các mục tiêu đề ra của Đảng và Chính phủ.

- Hoạt động lồng ghép nguyên lý y học gia đình tại được ngành y tế thúc đẩy trong thời gian gần đây vẫn chưa được triển khai mạnh mẽ tại các TYT xã điểm. Đây là lĩnh vực cần ưu tiên trong thực hiện đề án.

### **Các điều kiện triển khai dịch vụ**

- Cơ sở hạ tầng và công nghệ thông tin (CNTT) của các TYT tương đối đảm bảo theo quy định. Các TYT đã trang bị hạ tầng CNTT cơ bản, tuy vậy chủ yếu sử dụng cho quản lý KCB BHYT, trong khi việc quản lý TYT xã và báo cáo vẫn dựa trên hệ thống sổ sách. Do vậy, nâng cao năng lực và ứng dụng CNTT trong quản lý TYT xã và quản lý sức khỏe cần được xem là một trong những lĩnh vực cải cách trọng tâm.
- Về nhân lực, mặc dù đa số các TYT xã có bác sỹ làm việc, tuy nhiên chưa đến một nửa số TYT đáp ứng được cơ cấu nhân lực theo quy định, đặc biệt là cán bộ YHCT và dược. Để đảm bảo triển khai Đề án, ngành y tế và các địa phương cần

có phương án phù hợp đảm bảo nguồn nhân lực cả về số lượng, cơ cấu và chất lượng để có thể tham gia Đề án có hiệu quả và rút được các bài học kinh nghiệm cho việc nhân rộng ở giai đoạn tiếp theo.

- Về sự sẵn có của thuốc, hiện các TYT chỉ đáp ứng được 1/3 số loại thuốc đối chiếu với danh mục của gói DVYT cơ bản. Đề án cần xem xét các giải pháp cụ thể để tăng cường tính sẵn có của thuốc theo gói DVYTC cơ bản, đặc biệt thuốc điều trị các bệnh thông thường tại cộng đồng và điều trị định kỳ với một số bệnh không lây nhiễm phổ biến.

### **Năng lực cung ứng dịch vụ**

- Các TYT trung bình có khả năng thực hiện trên 70% số DVKT thuộc gói DVYT cơ bản. Không có sự chênh lệch đáng kể về năng lực cung ứng dịch vụ giữa các vùng. Thiếu TTB y tế, hạn chế về nhân lực (thiếu và chưa được đào tạo) là những lý do chính khiến TYT xã không triển khai được các DVYT cơ bản. Bên cạnh việc đầu tư TTB, đề án cần đẩy mạnh đào tạo, tập huấn để nâng cao năng lực chuyên môn của nhân lực YTCS, đảm bảo cung ứng được các DVKT quy định trong gói DVYT cơ bản.

### **Nhu cầu đầu tư trang thiết bị**

- Có sự chênh lệch về nhu cầu đầu tư TTB của các TYT xã/phường các vùng miền, có nhiều loại TTB y tế mặc dù được đề xuất trong quy định của BHYT nhưng nhiều TYT chưa được trang bị.

- Cần có đánh giá lại một cách kỹ càng nhu cầu đầu tư TTB cho từng trạm trước khi mua sắm TTB, đồng thời hoạt động đầu tư TTB cần gắn vào đào tạo tập huấn để sử dụng và vận hành hiệu quả.
- Việc đầu tư TTB y tế cần cân nhắc đến các yếu tố: (i) *Năng lực cung ứng DV (trình độ CBYT) của các TYT xã; (ii) Phù hợp với nhu cầu khám chữa bệnh của người dân; (iii) Điều kiện cơ sở vật chất hiện có; (iv) Phù hợp chức năng nhiệm vụ; và (v) Khả năng vận hành và sử dụng các TTB khi được đầu tư.*

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization, Health systems financing: The path to universal coverage. 2010, World Health Organization: Geneva.
2. Oanh, T.T.M., và cộng sự., Đánh giá thực trạng hoạt động của các trạm y tế xã theo chức năng nhiệm vụ tại một số tỉnh miền núi. 2010, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Bộ Y tế, Hà Nội
3. Cường, D.V. and K.A. Tuấn, Thực trạng quản lý tuyến y tế cơ sở tại một số tỉnh. 2006, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Bộ Y tế, Hà Nội.
4. Nguyen, Q.N., et al., Implementing a hypertension management programme in a rural area: Local approaches and experiences from Ba-Vi district, Vietnam. BMC Public Health, 2011. 11: p. 325.
5. Mendis, S., et al., Gaps in capacity in primary care in low-resource settings for implementation of essential noncommunicable disease interventions. Int J Hypertens, 2012. 2012: p. 584041.
6. Minh, H.V., et al., Describing the primary care system capacity for the prevention and management of non-communicable diseases in rural Vietnam. Int J Health Plann Manage, 2014. 29(2): p. e159-73.
7. Tien, T.V., et al., A health financing review of Vietnam with a focus on social health insurance: Bottlenecks in institutional design and organizational practice of health financing and options to accelerate progress towards universal coverage. 2011, World Health Organization: Hanoi.
8. Somanathan, A., H.L. Dao, and T.V. Tien, Integrating the Poor into Universal Health Coverage in Vietnam, in Universal Health Coverage Studies Series. 2013, The World Bank: Washington DC.
9. Sepehri, A., S. Sarma, and J. Serieux, Who is giving up the free lunch? The insured patients' decision to access health insurance benefits and its determinants: Evidence from a low-income country. Health Policy, 2009. 92(2-3): p. 250-258.
10. Somanathan, A., et al., Moving toward Universal Coverage of Social Health Insurance in Vietnam: Assessment and Options, in Direction in development. 2014, World Bank: Washington DC.

# TỔNG QUAN PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ HOẠT ĐỘNG BỆNH VIỆN VÀ CÁC NGHIÊN CỨU TẠI VIỆT NAM

*An overview of hospital efficiency measures and studies conducted in Vietnam*

*Nguyễn Tuấn Việt, Đỗ Trà My<sup>1</sup>*

## TÓM TẮT

*Mục đích:* Tổng quan về phương pháp và các nghiên cứu đánh giá hiệu quả bệnh viện đã được thực hiện tại Việt Nam.

*Kết quả:* Phương pháp phân tích bao dữ liệu (Data envelopment analysis-DEA) - mô hình phi tuyến tính tĩnh; và phân tích biên ngẫu nhiên (Stochastic frontier analysis-SFA) - mô hình tuyến tính động; là hai phương pháp phổ biến nhất trên thế giới được sử dụng để đo lường hiệu quả bệnh viện. Tại Việt Nam, các nghiên cứu đều sử dụng phương pháp DEA để đo lường hiệu quả kết hợp với mô hình hồi quy Tobit hoặc Truncated để tìm mối liên hệ của các yếu tố khác ảnh hưởng đến hiệu quả hoạt động bệnh viện.

*Kết luận và khuyến nghị:* Lựa chọn DEA để đo lường hiệu quả bệnh viện ở Việt Nam thời điểm hiện tại là phương án tối ưu nhất. Phương pháp Bootstrap có thể giúp gia tăng độ tin cậy kết quả DEA. Tuy nhiên, DEA chỉ nên được xem như điểm khởi đầu cho phân tích quản lý. Cần tiến hành tìm hiểu sâu hơn nguyên nhân khiến các đơn vị hoạt động không hiệu quả trước khi đưa ra những khuyến cáo liên quan đến cắt giảm đầu vào.

## ABSTRACT

*Objective:* Review on methodologies of measuring hospital efficiency and studies conducted in Vietnam.

*Result:* Data envelopment analysis (DEA) – deterministic non-parametric method and Stochastic frontier analysis (SFA) – stochastic parametric method are the most common approach. All studies conducted in Vietnam choose the DEA approach and Tobit or Truncated regression model for investigating hospital efficiency.

<sup>1</sup> Viện Chiến lược và Chính sách Y tế - Bộ Y tế

Conclusion and recommendation: *DEA is considered the first choice for measuring hospital efficiency in Vietnam at the moment. Bootstrap method can provide the reliability of DEA models. DEA should be seen a good starting point for subsequent management analysis. Discussions with managers of inefficient and best practice hospitals should be conducted to understand the problems before raising recommendations related to input reduction.*

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Chi phí khám chữa bệnh của các bệnh viện luôn chiếm tỉ trọng lớn trong hệ thống y tế của các nước trên toàn thế giới. Chi phí này ngày càng có xu hướng gia tăng do nhu cầu khám chữa bệnh lớn và vấn đề già hóa dân số. Tuy nhiên, nguồn lực cho y tế chỉ có hạn và các chính phủ phải đối mặt với vấn đề đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh gia tăng đồng thời đảm bảo chất lượng trong bối cảnh nguồn lực hạn chế. Vấn đề này tạo áp lực lớn đến việc đo lường hiệu quả của các cơ sở y tế và hệ thống y tế để có thể đánh giá và cải thiện dịch vụ [1].

Tại Việt Nam, phương thức thanh toán phí dịch vụ vẫn là phương thức chính. Cùng với việc ban hành các Nghị định 10/2002/NĐ-CP và Nghị định 43/2006/NĐ-CP cho phép các bệnh viện công tự chủ về tổ chức, hoạt động, tài chính và nhân sự, một số nghiên cứu đã cho thấy xu hướng gia tăng dịch vụ và chi phí khám chữa bệnh.

Nghiên cứu của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2007) được thực hiện nhằm đánh giá tình hình thực hiện tự chủ tài chính tại một số bệnh viện và tác động của việc thực hiện này đối với việc cung ứng và sử dụng dịch vụ y tế [2]. Nghiên cứu cho thấy việc thực hiện tự chủ có ảnh hưởng khá rõ rệt đối

với sự gia tăng về công suất sử dụng giường bệnh, số lượng xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và thời gian nằm viện bình quân.

London (2013) thực hiện một nghiên cứu về các tác động của chính sách tự chủ trong giai đoạn 2002-2006 [3]. London kết luận rằng, tự chủ đi kèm với việc tăng doanh thu, tăng thu nhập của cán bộ công nhân viên và tăng đầu tư vào trang thiết bị.

Wagstaff & Sarah (2012) từ số liệu bệnh viện giai đoạn 2004-2008 nhằm đánh giá tác động của tự chủ đến các kết quả đầu ra của bệnh viện [4]. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tự chủ dẫn đến việc chi tiêu nhiều hơn cho mỗi đợt điều trị và việc chi trả ngoài bảo hiểm nhiều hơn.

Tuy nhiên, các nghiên cứu này đều có điểm chung là không tìm thấy bằng chứng hoặc bằng chứng không rõ ràng của tác động của tự chủ đến hiệu quả và chất lượng bệnh viện. Nguyên nhân một phần do các nghiên cứu chưa đo lường được chỉ số hiệu quả hoạt động bệnh viện mà mới chỉ xem xét, đánh giá một vài chỉ số đầu ra. Bài tổng quan này với mục đích cung cấp thông tin về phương pháp đo lường hiệu quả bệnh viện cũng như tổng hợp các nghiên cứu về đánh giá hiệu quả bệnh viện đã được thực hiện tại Việt Nam.

## PHƯƠNG PHÁP

Nghiên cứu sử dụng phương pháp tổng quan mô tả với 2 nguồn cơ sở dữ liệu chính là Pubmed và Google Scholar. Từ khóa tìm kiếm bao gồm: “hospital”, “healthcare”, “efficiency”, “inefficiency”, “performance”, “measure”, “methodology”.

## KẾT QUẢ

### Phương pháp đánh giá hiệu quả hoạt động bệnh viện

Phương pháp đánh giá hiệu quả bệnh viện dựa vào cách tiếp cận để phân loại mô hình đó là mô hình tuyến tính hay phi tuyến tính và mô hình tĩnh hay mô hình động. Trong đó, phương pháp phân tích bao dữ liệu (Data envelopment analysis-DEA) - mô hình phi tuyến tính tĩnh - và phân tích biên ngẫu nhiên (Stochastic frontier analysis-SFA) - mô hình tuyến tính động – là hai phương pháp phổ biến nhất được dùng để đo lường hiệu quả bệnh viện [5].

DEA thường tập trung vào đo lường sự kém hiệu quả về mặt kỹ thuật và xây dựng một đường biên hiệu quả được tạo từ 1 tập hợp tuyến tính gồm điểm hiệu quả của các đơn vị hiệu quả nhất. Đường biên này có dạng như một đường cong giới hạn khả năng sản xuất bao bọc tất cả các quan sát và đây chính là lý do vì sao tên gọi của phương pháp này là “bao dữ liệu”. DEA đánh giá hiệu quả tương đối của từng đơn vị dựa vào khoảng cách của các đơn vị đến đường biên hiệu quả. Theo đó, các đơn vị

không nằm trên đường biên sẽ là các đơn vị không hiệu quả.

SFA bám chặt vào thuyết kinh tế, sử dụng phương pháp thống kê, mô hình kinh tế lượng giúp đo lường biến thiên và tác động bên ngoài không thể kiểm soát. Tuy nhiên, để sử dụng SFA cần xác định được hàm chi phí hoặc hàm sản xuất, yêu cầu chi tiết về dữ liệu đầu vào, phân phối sai số. Ngoài ra, phương pháp SFA khó kết hợp nhiều đầu ra và yêu cầu cỡ mẫu đủ lớn.

DEA linh hoạt hơn SFA khi không cần thiết phải xác định hàm số, kết hợp được nhiều yếu tố đầu ra và không yêu cầu cỡ mẫu. Tuy nhiên, DEA khá nhạy cảm với việc lựa chọn các biến đầu vào và đầu ra, thiếu khách quan khi xác định đặc tính. Ngoài ra, DEA giả định không có sai số trong quan sát nên chỉ phù hợp trong bối cảnh đơn giản, hạn chế được sai số trong đo lường.

Ngoài ra, Wagstaff và Wang đề xuất phương pháp kết hợp DEA và SFA [6]. Phương pháp này tập trung vào hiệu quả tổng thể, sử dụng phương pháp phi tuyến tính, không đặt giả định về đường cong chi phí và cho phép đo lường yếu tố nhiễu.

### Các nghiên cứu về đánh giá hiệu quả hoạt động bệnh viện tại Việt Nam

Các nghiên cứu được thực hiện tại Việt Nam đều chia nghiên cứu thành 2 phần: phần 1 đo lường hiệu quả bằng mô hình DEA, phần 2 sử dụng mô hình hồi quy Tobit hoặc Truncated để tìm mối liên hệ của các yếu tố khác ảnh hưởng đến hiệu quả hoạt động bệnh viện.

Nghiên cứu năm 2004 của Nguyễn Khắc Minh và Giang Thanh Long đo lường hiệu quả theo kỹ thuật và hiệu quả theo quy mô của 17 bệnh viện và 27 trung tâm y tế tại Hà Nội, TP. Hồ Chí Minh, Tuyên Quang, Lai Châu [7]. Kết quả cho thấy các bệnh viện có điểm hiệu quả trung bình về quy mô cao hơn của các trung tâm y tế, vị trí không ảnh hưởng đến hiệu quả của các bệnh viện tại Hà Nội và TP. HCM, nghiên cứu khuyến nghị gia tăng nhân lực để cải thiện hiệu quả hoạt động.

Nghiên cứu năm 2008 của Uslu và Phạm Thùy Linh đánh giá hiệu quả 101 bệnh viện công giai đoạn 1998-2006 [8]. Kết quả cho thấy có sự cải thiện về hiệu quả của các bệnh viện trong quá trình đổi mới. Chi trả viện phí và tự chủ bệnh viện giúp gia tăng hiệu quả theo kỹ thuật, trong khi thực hiện BHYT làm giảm hiệu quả bệnh viện. Các bệnh viện

tuyển tính hiệu quả kỹ thuật hơn các bệnh viện trung ương.

Nghiên cứu của JICA năm 2018 do tác giả Kitaki đo lường hiệu quả giữa bệnh viện công và tư tại Việt Nam với cỡ mẫu 304 bệnh viện [9]. Kết quả cho thấy bệnh viện tỉnh hiệu quả nhất, sau đó đến bệnh viện huyện và cuối cùng là bệnh viện tư. Chính sách định hướng thị trường, tự chủ bệnh viện, sự nổi lên của các bệnh viện tư có thể không hoạt động như kỳ vọng trong bối cảnh hiện nay tại Việt Nam.

Nghiên cứu của Lâm Thị Bình năm 2018 đo lường hiệu quả của 52 bệnh viện huyện tại 6 tỉnh thành Việt Nam [10]. Kết quả cho thấy 67,3% bệnh viện huyện hoạt động không hiệu quả. Phần lớn bệnh viện huyện có thể gia tăng hiệu quả khi tăng về quy mô.

Năm	Tác giả	Đầu vào	Đầu ra	Phân tích ảnh hưởng
2004	Minh & Long	Nhân lực, vốn ròng	Doanh thu	Mô hình Tobit
2008	Uslu & Linh	Giường bệnh, nhân lực	Lượt khám, ngày nội trú, phẫu thuật	Mô hình Tobit
2018	Kitaki	Nhân lực, giường thực tế	Lượt nội trú, lượt ngoại trú	Mô hình Truncated
2018	Bình	Khoa phòng, Nhân viên y tế, Nhân viên khác	Lượt khám, Lượt nội trú, phẫu thuật	Mô hình Tobit

## BÀN LUẬN

Lựa chọn DEA để đo lường hiệu quả bệnh viện ở Việt Nam thời điểm hiện tại là phương án tối ưu nhất. Kết luận này được đưa ra không chỉ dựa trên việc tổng hợp các nghiên

cứu thực tế đã triển khai tại Việt Nam mà còn vì các lý do sau đây:

Thứ nhất, Osei và cộng sự (2005) trong nghiên cứu về hiệu quả tại các bệnh viện Ghana và Valdmanis và cộng sự (2004) trong



nghiên cứu về hiệu quả tại các bệnh viện ở Thái Lan đã cho thấy việc áp dụng DEA phù hợp ở các nước thu nhập thấp [11,12]. Họ đã chỉ ra rằng phân tích DEA rất hữu ích trong lĩnh vực y tế, đặc biệt trong trường hợp các dữ liệu về giá bị thiếu.

Thứ hai, DEA phù hợp hơn khi cân nhắc các ưu điểm và nhược điểm so với SFA. Ưu điểm vượt trội của phương pháp DEA là không yêu cầu xác định hàm số, dẫn đến không xác định phân phối. Đồng thời, DEA cho phép kết hợp nhiều biến số đầu vào và đầu ra, và cho phép chia tách kết quả đo lường hiệu quả thành nhiều thành phần. Điều này rất hữu ích trong công tác quản lý nhằm phát hiện các nguồn lực đang hoạt động thiếu hiệu quả.

Cuối cùng, DEA yêu cầu ít dữ liệu hơn so với các phương pháp kinh tế lượng vì nó không yêu cầu cỡ mẫu đủ lớn, thông tin về giá của đầu vào và đầu ra, cũng như không cần chuyển đổi đơn vị cho đầu vào và đầu ra thành bất kỳ đơn vị đo lường nào khác.

Mặc dù vậy, DEA cũng có nhược điểm là nhạy cảm với các giá trị bất thường và sai số đo lường. DEA là mô hình tĩnh, do đó, cần có giả định rằng không có sai số ngẫu nhiên tồn tại trong dữ liệu. Để giải quyết vấn đề này, Simar & Wilson đã thiết lập một nền tảng thống kê cho DEA với ước tính khoảng tin cậy thông qua phương pháp Bootstrap, bằng cách sử dụng dữ liệu thông qua mô phỏng Monte Carlo [13]. Tuy nhiên, vẫn cần có thêm các nghiên cứu để củng cố thêm cho phương pháp này.

Cách thứ hai để củng cố niềm tin vào DEA sẽ là một cuộc thăm dò sâu hơn về kết quả

DEA. Nhiều nghiên cứu kết thúc bằng cách báo cáo các giá trị hiệu quả và minh họa cách giảm đầu vào để cải thiện hiệu quả. Về lý thuyết điều này có thể đúng, tuy nhiên trong thực tế những kết quả này hầu như không bao giờ khả thi [14]. Theo lý thuyết, một bệnh viện có thể phải cắt giảm 40% đầu vào và chi trả cho cùng một lượng bệnh nhân để được coi là hiệu quả. Tuy nhiên, không có bệnh viện nào trên thế giới có thể thực hiện việc này. Nhiều đơn vị không hiệu quả sẽ có nhiều khả năng sụp đổ hơn là trở nên hiệu quả hơn nếu họ cố gắng cắt giảm nhân sự theo cách mà kết quả DEA đề xuất.

Do đó, DEA không phải là công cụ được kỳ vọng giúp hướng dẫn quản lý trực tiếp và chính xác [15]. Công việc không nên dừng lại chỉ với một nghiên cứu DEA. Trên thực tế, DEA nên được xem là điểm khởi đầu tốt cho phân tích quản lý tiếp theo, để tiết lộ lý do cho sự không hiệu quả của một đơn vị. Thảo luận với các nhà quản lý của các bệnh viện không hiệu quả và các bệnh viện hiệu quả nhất có thể giúp hiểu vấn đề. Ngoài ra, các nghiên cứu mô phỏng có thể được sử dụng để tiết lộ lý do cho sự thiếu hiệu quả trong các quy trình. Sau đó, việc giảm đầu vào có ý nghĩa và hợp lý sẽ có thể chấp nhận được và giúp thiết lập sự tin tưởng vào phương pháp.

Để đo lường hiệu quả và so sánh hiệu quả giữa các bệnh viện là một công việc hết sức phức tạp đòi hỏi tính nhất quán cao. Việc lựa chọn các chỉ số đầu vào và đầu ra cần được cân nhắc kỹ lưỡng để có thể đảm bảo tính tổng quát và khách quan cho tất cả các bệnh viện. Từ các nghiên cứu thực hiện ở Việt Nam, có

thể thấy các tác giả tiếp cận khá an toàn với các chỉ số được lựa chọn tương đối đơn giản và dễ dàng thu thập. Yêu cầu cao hơn đối với các nghiên cứu đo lường hiệu quả bệnh viện đó là chỉ số đầu ra phản ánh được chất lượng như phân loại theo trường hợp bệnh hoặc mức độ hài lòng của người bệnh để có thể áp dụng trọng số tính toán cho chỉ số đầu ra cuối cùng là lượt khám và lượt điều trị nội trú giúp

phản ánh kết quả công bằng hơn. Tuy nhiên đây là công việc tương đối phức tạp và tốn nhiều công sức. Thống kê về lựa chọn chỉ số đầu vào và đầu ra của Kohl [15] và cộng sự từ tổng quan 262 nghiên cứu trên thế giới thể hiện ở bảng dưới đây cho thấy chỉ khoảng 30% nghiên cứu sử dụng chỉ số đầu ra phản ánh chất lượng, ngoài ra chỉ có 10 nghiên cứu sử dụng đầu ra phân loại nhóm bệnh.

Phân loại đầu vào	Tổng số sử dụng	Phân loại đầu ra	Tổng số sử dụng
Giường	196	Bệnh nhân ngoại trú	146
Nhân viên y tế	189	Tổng số ca bệnh	226
Y tá	129	Bệnh nhân nội trú	120
Nhân viên khác	124	Phẫu thuật	81
Tổng số nhân viên	69	Dịch vụ	100
Vật tư y tế	70	Chất lượng	79
Trang thiết bị, hạ tầng	54	Khác	47
Tổng chi	38	Doanh thu	30
Dịch vụ	46	Nhóm bệnh	10
Chi phí khác	35		
Kinh tế xã hội	33		
Khác	17		

## KẾT LUẬN

Phương pháp phân tích bao dữ liệu (Data envelopment analysis-DEA) - mô hình phi tuyến tính tĩnh; và phân tích biên ngẫu nhiên (Stochastic frontier analysis-SFA) - mô hình tuyến tính động; là hai phương pháp phổ biến nhất trên thế giới được sử dụng để đo

lượng hiệu quả bệnh viện. Tại Việt Nam, lựa chọn DEA để đo lường hiệu quả bệnh viện ở thời điểm hiện tại là phương án khởi đầu tối ưu nhất và tiếp tục tiến hành tìm hiểu sâu hơn nguyên nhân khiến các đơn vị hoạt động không hiệu quả trước khi đưa ra những khuyến cáo liên quan đến cắt giảm đầu vào.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cassel CK, Brennan TE. Managing medical resources: return to the commons? *JAMA*. 2007 Jun 13;297(22):2518–21.
2. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế - Báo cáo kết quả khảo sát tình hình thực hiện Nghị định 43/2006/NĐ-CP trong hệ thống Bệnh viện công lập [Internet]. [cited 2020 Apr 15]. Available from: <http://www.hspl.org.vn/vcl/Bao-cao-ket-qua-khao-sat-tinh-hinh-thuc-hien-Nghi-dinh-432006Nd-CP-trong-he-thong-Benh-vien-cong-lap-t16020-8158.html>
3. London JD. The promises and perils of hospital autonomy: reform by decree in Viet Nam. *Soc Sci Med*. 2013 Nov;96:232–40.
4. Wagstaff AB Sarah. The Impacts of Public Hospital Autonomization: Evidence from a Quasi-Natural Experiment [Internet]. The World Bank; 2012 [cited 2020 Apr 15]. 43 p. (Policy Research Working Papers). Available from: <https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/1813-9450-6137>
5. Hussey PS, de Vries H, Romley J, Wang MC, Chen SS, Shekelle PG, et al. A Systematic Review of Health Care Efficiency Measures. *Health Services Research*. 2009 Jun;44(3):784–805.
6. Wagstaff A, Wang LC. A Hybrid Approach to Efficiency Measurement with Empirical Illustrations from Education and Health [Internet]. The World Bank; 2011 [cited 2020 Feb 27]. (Policy Research Working Papers). Available from: <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/1813-9450-5751>
7. Khắc Minh Nguyen, Thanh Long Giang. Efficiency Performance of Hospitals and Medical Centers in Vietnam. 2004.
8. Pinar Guven Uslu, Thuy Pham Linh. Effects of changes in Public Policy on Efficiency and Productivity of General Hospitals in Vietnam. 2008.
9. Hideaki Kitaki. Technical efficiency of Public and Private hospitals in Vietnam: Do Market-oriented policies matter? 2018.
10. Binh LT. Technical efficiency in public district hospitals in Vietnam. University of the Thai Chamber of Commerce. 2018;14.
11. Osei D, d'Almeida S, George MO, Kirigia JM, Mensah AO, Kainyu LH. Technical efficiency of public district hospitals and health centres in Ghana: a pilot study. *Cost Eff Resour Alloc*. 2005 Sep 27;3:9.
12. Valdmanis V, Kumanarayake L, Lertiendumrong J. Capacity in Thai Public Hospitals and the Production of Care for Poor and Nonpoor Patients. *Health Serv Res*. 2004 Dec;39(6 Pt 2):2117–34.
13. Simar L, Wilson PW. Performance of the Bootstrap for Dea Estimators and Iterating the Principle. In: Cooper WW, Seiford LM, Zhu J, editors. *Handbook on Data Envelopment Analysis* [Internet]. Boston, MA: Springer US; 2004 [cited 2020 Apr 21]. p. 265–98. (International Series in Operations Research & Management Science). Available from: [https://doi.org/10.1007/1-4020-7798-X\\_10](https://doi.org/10.1007/1-4020-7798-X_10)
14. Chen A, Hwang Y, Shao B. Measurement and sources of overall and input inefficiencies: Evidences and implications in hospital services. *European Journal of Operational Research*. 2005 Mar 1;161(2):447–68.
15. Kohl S, Schoenfelder J, Fügener A, Brunner JO. The use of Data Envelopment Analysis (DEA) in healthcare with a focus on hospitals. *Health Care Manag Sci*. 2019 Jun 1;22(2):245–86.

## THỰC TRẠNG CUNG CẤP VÀ SỬ DỤNG KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU TRONG HOẠCH ĐỊNH CHÍNH SÁCH Y TẾ VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG Ở VIỆT NAM

*Situation and factors affecting the provision and use of research results  
of health policy and system research in health policy making in Vietnam*

*Phan Hồng Vân, Khương Anh Tuấn, Nguyễn Thị Nam Liên,  
Bùi Thị Phương Loan, Trần Thị Mai Oanh<sup>1</sup>*

### TÓM TẮT

Trên thế giới, việc sử dụng bằng chứng trong quá trình hoạch định chính sách không ngừng gia tăng trong hai thập kỷ qua. Trong lĩnh vực y tế, các bằng chứng từ các nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế (CS&HTYT) đã đóng góp không nhỏ trong việc xây dựng, triển khai thực hiện các chính sách y tế. Bài báo này sẽ đánh giá sơ bộ về Thực trạng cung cấp và sử dụng kết quả nghiên cứu CS&HTYT trong hoạch định chính sách y tế và các yếu tố ảnh hưởng ở Việt Nam. Đây là một phần trong kết quả nghiên cứu được tiến hành đồng thời tại Việt Nam, Trung Quốc, Thái Lan với cùng một phương pháp điều tra cắt ngang và sử dụng bộ công cụ định tính gồm có phỏng vấn sâu các nhà nghiên cứu, các nhà quản lý, các nhà hoạch định chính sách và biểu mẫu thu thập thông tin tại các cơ quan nghiên cứu trong lĩnh vực CS&HTYT. Kết quả nghiên cứu cho thấy các yêu cầu về bằng chứng cho hoạch định chính sách y tế ở Việt Nam đã được luật hóa và ngày càng gia tăng. Quá trình cung cấp và sử dụng bằng chứng cho hoạch định chính sách cần được cải thiện. Các nhà nghiên cứu phải chủ động hơn, đưa ra bằng chứng có tính thuyết phục với chất lượng tốt tới các nhà hoạch định chính sách. Các nhà hoạch định chính sách cần nâng cao năng lực, thay đổi nhận thức trong việc sử dụng bằng chứng cho việc ra quyết sách. Các đề xuất gồm có: (1) Bộ Y tế phải có một kênh thông tin chính thống cho các đơn vị nghiên cứu chia sẻ kết quả nghiên cứu và kết nối với các cơ quan hoạch định chính sách; (2) Cần ban hành quy định bắt buộc các nghiên cứu CS&HTYT phải cung cấp bằng chứng cho hoạch định chính sách và sản phẩm của nghiên cứu phải bao gồm báo cáo đề xuất chính sách.

<sup>1</sup> Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

## ABSTRACTS

*As the world promotes the use of evidence in policy development process, the use of research results as evidence in policymaking has increased over the past two decades. In the health sector, evidence from health policy and system research (HPSR)) has contributed significantly to the development and implementation of health policies. This paper will make a preliminary assessment of the situation and factors affecting the provision and use of research results of HPSR in health policy making in Vietnam. This is part of a joint study conducted in Vietnam, China and Thailand with the same cross-sectional survey method and using a qualitative instruments including in-depth interviews with researchers, managers, policy makers and information collection forms at HPSR institutions. The study results show that the requirements for evidence for health policy making in Vietnam are legalized and increasing. The process of providing and using evidence for policy making needs to be improved. Researchers must be more proactive, present compelling evidence with good quality to policy makers. Policymakers need to improve capacity, change awareness in using evidence for decision making. Proposals include: (1) Ministry of Health must have an official information channel for research institutions to share research results and connect with policy-making organizations; (2) It is necessary to issue a regulation that requires HPSR to provide policy brief as evidence for policy making.*

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, việc sử dụng bằng chứng trong quá trình hoạch định chính sách không ngừng gia tăng trong hai thập kỷ qua. Trong lĩnh vực y tế, các bằng chứng từ các nghiên cứu chính sách và hệ thống y tế (CS&HTYT) đã đóng góp không nhỏ trong việc xây dựng, triển khai thực hiện các chính sách y tế. Nghiên cứu CS&HTYT tập trung vào nghiên cứu về chính sách, chương trình, tổ chức hệ thống với mục tiêu cuối cùng là tăng cường bao phủ bảo hiểm y tế, chất lượng, hiệu quả

và công bằng của hệ thống y tế. Tại các nước thu nhập thấp và trung bình, nghiên cứu CS&HTYT cũng ngày càng trở nên phổ biến do nhu cầu về bằng chứng từ các nhà hoạch định chính sách và áp lực chính trị xã hội đối với công bằng và hiệu quả của hệ thống y tế.<sup>2</sup> Việc thực hiện thành công các chính sách dựa trên bằng chứng, như ở Thái Lan và Mexico, đã tác động đến nhu cầu bằng chứng nghiên cứu của các nhà hoạch định chính sách. Điều này đã dần dần đến thay đổi văn hóa sử dụng bằng chứng trong các quyết sách.<sup>3</sup> Tại Việt Nam, việc cung cấp bằng

<sup>2</sup> Block, M. A. G., & Mills, A. (2003). Assessing capacity for health policy and systems research in low and middle income countries. *Health Research Policy and Systems*, 1(1), 1

<sup>3</sup> World Health Organization (2017). *World report on health policy and systems research*. Geneva: World Health Organization; 2017.

chứng cho hoạch định chính sách y tế cũng ngày càng được quan tâm hơn. Chính phủ Việt Nam đã có qui định các dự thảo Luật/văn bản qui phạm pháp luật (VBQPPL) khi trình Quốc hội/Chính phủ đều phải xây dựng dựa trên các bằng chứng khoa học và có báo cáo đánh giá dự báo tác động của luật khi triển khai (RIA)<sup>4</sup>. Ngày càng nhiều các đặt hàng từ phía Bộ Y tế, Quốc hội, Chính phủ, Các Ban Đảng về cung cấp bằng chứng trước khi xây dựng, sửa đổi, bổ sung chính sách hay đánh giá việc triển khai chính sách để có các điều chỉnh chính sách phù hợp. Bài báo này sẽ đánh giá về Thực trạng cung cấp và sử dụng kết quả nghiên cứu CS&HTYT trong hoạch định chính sách y tế và các yếu tố ảnh hưởng ở Việt Nam.

## PHƯƠNG PHÁP

Nội dung bài báo là một phần trong kết quả nghiên cứu được tiến hành đồng thời tại 3 quốc gia: Việt Nam, Trung Quốc, Thái Lan với cùng một phương pháp điều tra cắt ngang và sử dụng một bộ công cụ định tính gồm có phỏng vấn sâu các nhà nghiên cứu, các nhà quản lý, các nhà hoạch định chính sách và biểu mẫu thu thập thông tin tại các cơ quan nghiên cứu trong lĩnh vực CS&HTYT. Mục đích của nghiên cứu nhằm: (1) Đánh giá năng lực nghiên cứu CS&HTYT trong việc tạo ra bằng chứng và cung cấp thông tin cho xây dựng chính sách y tế của các viện nghiên cứu;

(2) Tìm hiểu về nhu cầu cung cấp bằng chứng và nguồn cung cấp bằng chứng CS&HTYT và các rào cản đối với việc sử dụng bằng chứng trong các quyết định chính sách ở Việt Nam.

## CÁC KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Thực trạng việc cung cấp và sử dụng kết quả nghiên cứu trong hoạch định chính sách y tế ở Việt Nam

#### *Thực trạng cung cấp bằng chứng cho hoạch định chính sách ở Việt Nam*

Theo quan điểm các nhà nghiên cứu, quá trình tạo và sử dụng bằng chứng được tách biệt ra làm 3 khâu: tạo bằng chứng, cung cấp bằng chứng và sử dụng bằng chứng. Hầu hết các cơ quan có nghiên cứu CS&HTYT chủ yếu chỉ tham gia ở khâu đầu tiên là tạo bằng chứng, còn khâu tiếp theo là cung cấp bằng chứng thì hiện đang rất hạn chế. Ngay với khâu tạo bằng chứng thì các sản phẩm của nghiên cứu có được trình bày dưới dạng báo cáo đề xuất chính sách (policy brief) và có được truyền tải đến các nhà hoạch định chính sách hay không hoàn toàn phụ thuộc theo yêu cầu của bên tài trợ/đặt hàng. Các nghiên cứu chỉ có các sản phẩm liên quan đến chính sách khi có đặt hàng từ các cơ quan có chức năng hoạch định chính sách như các Vụ/Cục của Bộ Y tế, các Ban Đảng, các cơ quan của Quốc hội, Chính phủ.

<sup>4</sup> Luật số: 17/2008/QH12 ngày 03/06/2008 về Luật ban hành VBQPPL; Luật số: 80/2015/QH13 ngày 22/06/2015 Luật ban hành VBQPPL sửa đổi, bổ sung; Nghị định số 34/2016/NĐ-CP ngày 14 tháng 5 năm 2016 Quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật ban hành VBQPPL.

*Năm 2014-2015 Ban Tuyên giáo đặt hàng nghiên cứu 30 năm đổi mới hệ thống ngành y tế Việt Nam có 5 cấu thành đầu vào triển khai trong gần 1 năm... Khi hoàn thành báo cáo gửi cho Ban Tuyên giáo cả full text và policy brief và báo cáo trong hội nghị quốc gia về đổi mới ngành. Chất liệu báo cáo được sử dụng trong lập kế hoạch của ngành. Đó là một nghiên cứu rất tốt cho định hướng, nó được link với Bộ Y tế và link với policy bởi vì nó được đặt hàng ngay từ đầu với sự tham gia của rất nhiều bên liên quan và qua rất nhiều công đoạn phản biện nên chất lượng rất tốt. Kinh phí do Ban tuyên giáo huy động tài trợ. (Lãnh đạo đơn vị nghiên cứu CS&HTYT của Trường ĐH2 thuộc khối ngành sức khỏe tại Hà Nội)*

*Đều phụ thuộc vào yêu cầu của từng nghiên cứu, VD như làm nghiên cứu điều tra hút thuốc lá... mình làm theo người ta là phải có Policy Brief chứ trường không có định hướng đấy. (Lãnh đạo Trường ĐH1 thuộc khối ngành sức khỏe tại Hà Nội)*

Việc cung cấp bằng chứng cần phải hợp tác rất tốt với nhà hoạch định chính sách. Cần sự gắn kết với các nhà hoạch định chính sách, nhận được yêu cầu đặt hàng cung cấp bằng chứng từ các nhà hoạch định chính sách như Lãnh đạo Bộ Y tế, Quốc hội, Các Ban Đảng, Chính phủ thì cơ quan nghiên cứu mới tham gia được vào khâu 2 cung cấp bằng chứng và khâu 3 là các bằng chứng đó được sử dụng trong việc ban hành, sửa đổi, bổ

sung các chính sách, luật, văn bản qui phạm pháp luật cụ thể. Trong tất cả các cơ quan có tham gia nghiên cứu CS&HTYT ở Việt Nam chỉ có duy nhất Viện nghiên cứu của Bộ Y tế là tham gia được cả 3 khâu này. Còn các cơ quan khác trong lĩnh vực CS&HTYT như đã trình bày ở trên chủ yếu chỉ tham gia ở khâu 1 và rất ít ở khâu 2 và chỉ khi có yêu cầu của nhà tài trợ.

*Kinh nghiệm của Viện là không tách biệt 3 giai đoạn này. Các nghiên cứu của Viện đều huy động sự tham gia của các nhà hoạch định chính sách từ khâu đầu tiên phát triển ý tưởng đến xây dựng đề cương,..., báo cáo kết quả vì vậy các kết quả đều đáp ứng mong đợi của các nhà hoạch định chính sách, tới được tay họ và được sử dụng như một kênh tham khảo trong quá trình quyết sách. (Lãnh đạo Viện Nghiên cứu của Bộ Y tế)*

### **Quảng bá, truyền tải các kết quả nghiên cứu**

Viện nghiên cứu của Bộ Y tế là cơ quan duy nhất có thể truyền tải các kết quả nghiên cứu đến các nhà hoạch định chính sách (Đảng, Quốc hội, Chính phủ), lãnh đạo Bộ Y tế, lãnh đạo các Vụ/Cục của Bộ Y tế, mạng lưới các cơ quan nghiên cứu hàn lâm và cán bộ y tế.

Trong khi các cơ quan nghiên cứu công lập khác chỉ có thể phổ biến kết quả nghiên cứu đến mạng lưới các cơ quan nghiên cứu hàn lâm thì tổ chức nghiên cứu tư nhân đã truyền tải được kết quả nghiên cứu tới các bên liên quan (trừ các nhà hoạch định chính sách. (Xem bảng dưới)

**Bảng 1: Việc quảng bá, truyền tải kết quả nghiên cứu đến các bên liên quan**

Các bên liên quan	Viện NC của BYT	ĐH1 tại HN	ĐH2 tại HN	ĐH tại Huế	ĐH tại TP. HCM	TT NC tư nhân
Các nhà hoạch định chính sách (Đảng, Quốc hội, Chính phủ)	x					
Lãnh đạo Bộ, LĐ các Vụ/Cục BYT	x	x	x			x
Các nhà lãnh đạo, điều hành ở địa phương			x	x	x	x
Mạng lưới các cơ quan nghiên cứu hàn lâm	x	x	x	x	x	x
Truyền thông đại chúng				x		x
Xã hội dân sự			x			x
Công chúng				x		x
Cán bộ y tế	x					x

Đối với Viện nghiên cứu của Bộ Y tế có chức năng cung cấp bằng chứng và tư vấn cho việc hoạch định chính sách y tế, các kênh phổ biến các thông tin nghiên cứu rất đa dạng và linh hoạt như qua các hội thảo quảng bá kết quả nghiên cứu, các diễn đàn đối thoại chính sách, cuộc họp bàn tròn chính sách, báo cáo tóm tắt đề xuất chính sách, tờ rơi quảng bá thông tin (fact sheets), tạp chí trong nước và quốc tế cũng như kênh tiếp cận trực tiếp với các nhà hoạch định chính sách.

Với các trường đại học y như ĐH1 tại Hà Nội, ĐH2 tại Hà Nội, ĐH tại Huế, các kết quả nghiên cứu CS&HTYT thường được các đơn vị nghiên cứu của các trường đại học công bố qua các bài báo, hội thảo trong nước và quốc tế. Đôi khi những ấn phẩm này cũng được Bộ Y tế sử dụng làm bằng chứng cho việc xây dựng các chính sách và kế hoạch phát triển ngành. Việc phổ biến kết quả nghiên cứu vẫn theo cách hàn lâm, chia sẻ kinh nghiệm giữa các nhà nghiên cứu mà không giúp truyền tải thông điệp đến các nhà hoạch định chính sách.

<p><i>Quảng bá phần lớn là bài báo, có 2 dạng là trong nước và quốc tế. Quốc tế thì bài nào thực sự là hay thú vị và mới thì họ mới xuất bản bài báo quốc tế, còn ko thì làm bài báo trong nước.... Các đề tài lớn cấp Bộ cấp Nhà nước thì bao giờ cũng có hội thảo, còn đề tài cơ sở thì có quy định mỗi năm mỗi bộ môn nên có 1 hội thảo chung để trình bày kết quả nghiên cứu khoa học... Đề tài cơ sở nếu hay thì sẽ submit cho các hội nghị trong nước về y tế dự phòng hoặc y tế công cộng để trình bày, đó là kênh cơ bản để chia sẻ. (Lãnh đạo đơn vị nghiên cứu CS&amp;HTYT của Trường ĐH2 thuộc khối ngành sức khỏe tại Hà Nội)</i></p>	<p><i>Hội thảo truyền tải chính sách đây là lý thuyết...các hội thảo nói chung là vẫn mang tính academic chứ nó chưa mang nặng tính truyền tải. Nói thành thực ra thì cái mảng truyền tải số liệu cho các nhà hoạch định chính sách còn rất yếu. (Lãnh đạo Trường ĐH 1 thuộc khối ngành sức khỏe tại Hà Nội).</i></p>
---	---



Hầu hết các nghiên cứu đều công bố kết quả nghiên cứu nhưng không có kênh để cung cấp bằng chứng đến với những người có trách nhiệm, người có vai trò trong hoạch định chính sách y tế ở Việt Nam.

Trên thực tế cách chia sẻ kết quả nghiên cứu tùy thuộc vào mục đích nghiên cứu, các sản phẩm đầu ra được xác định từ khi thiết kế nghiên cứu. Nếu sử dụng cho việc vận động thay đổi một chính sách nào đó thì tổ chức hội thảo mời các bên liên quan để trình bày. Nếu các nghiên cứu không có mục đích vận động chính sách thì chỉ được trình bày tại các hội nghị/hội thảo chia sẻ kết quả nghiên cứu trong nước/quốc tế.

Có một ngoại lệ là Viện nghiên cứu của Bộ Y tế tuy việc công bố các kết quả nghiên cứu trên các tạp chí quốc tế và trong nước không là điểm mạnh nhưng tất cả kết quả nghiên cứu bên cạnh các báo cáo khoa học hàn lâm như yêu cầu chung, Viện còn có yêu cầu riêng cho tất cả các nghiên cứu đều phải có báo cáo đề xuất chính sách (policy brief) gửi cho lãnh đạo Bộ và các Vụ/Cục liên quan.

Đơn vị nghiên cứu CS&HTYT thuộc một trường đại học ở Huế có cách quảng bá kết quả nghiên cứu bằng các bài báo trong nước hoặc tổ chức các seminar phản hồi kết quả nghiên cứu để truyền tải tới các nhà thực thi chính sách và các bên liên quan ở địa phương.

Có một số các mạng lưới, diễn đàn ở Việt Nam chia sẻ kết quả nghiên cứu trong nước

như mạng lưới các trường đại học hay diễn đàn Chính sách y tế của Tổ chức Y tế Thế giới; mạng lưới quốc tế như Joint Learning Network,...nhưng các mạng lưới này không được phổ biến rộng rãi.

### ***Tính gắn kết bằng chứng với chính sách***

Trong các cơ quan nghiên cứu CS&HTYT, chỉ có Viện nghiên cứu của Bộ Y tế có tính gắn kết cao với hoạch định chính sách y tế ở Việt Nam. Viện có chức năng cung cấp bằng chứng và thúc đẩy việc sử dụng bằng chứng trong xây dựng chính sách y tế và các kế hoạch của ngành. Ví dụ như luật Khám chữa bệnh, luật Bảo hiểm y tế, luật Y tế dự phòng, Nghị quyết y tế/dân số và nhiều văn bản dưới luật như nghị định, nghị quyết và thông tư.

Trong 20 năm (1998-2018), Viện đã thực hiện được hơn 250 đề tài nghiên cứu khoa học với 3 đề tài cấp Nhà nước; Cung cấp bằng chứng cho việc ban hành hơn 10 văn bản chỉ đạo của Đảng, 11 Luật của Quốc hội và hàng chục văn bản quy phạm pháp luật (VBQPPL) của Chính phủ và Ngành y tế.

Năm 2017, Viện cung cấp bằng chứng cho việc xây dựng và ban hành 6 chính sách y tế và đánh giá triển khai thực hiện và đề xuất điều chỉnh cho 3 chính sách y tế. Trong năm 2016, Viện cung cấp bằng chứng cho việc xây dựng và ban hành 6 chính sách y tế; đánh giá việc triển khai và đề xuất điều chỉnh cho 2 chính sách y tế. Trong năm 2015, những con số tương ứng là 7 và 1.

“Vào năm 2017, Viện đã cung cấp bằng chứng cho việc xây dựng và ban hành 6 chính sách y tế, đó là:

(1) Nghị quyết số 20 -NQ/TW về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới; Nghị quyết số 21-NQ/TW về công tác dân số trong tình hình mới. Viện đã cung cấp bằng chứng và đề xuất một số giải pháp mang tính đột phá cho Bộ Y tế trong xây dựng hai Nghị quyết quan trọng này;

(2) Quyết định 2348/QĐ-TTg phê duyệt đề án xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới. Viện đã xây dựng Chương trình hành động cho việc triển khai Quyết định 2348/QĐ-TTg;

(3) Thông tư số 39/2017/TT-BYT quy định gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến y tế cơ sở theo quy định của Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi số 46/2014/QH13;

(4) Đánh giá công nghệ y tế cho xây dựng và ban hành Thông tư 35/2016/TT-BYT về ban hành danh mục, tỷ lệ và điều kiện thanh toán đối với dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế;

(5) Cung cấp bằng chứng và làm đầu mối xây dựng dự thảo “Đề án thành lập Hội đồng y khoa để tổ chức kỳ thi quốc gia cấp chứng chỉ hành nghề cho nhân viên y tế” do lãnh đạo Bộ chỉ định;

(6) Cung cấp bằng chứng cho Ban soạn thảo Luật của Bộ Y tế, Ủy ban các Vấn đề Xã hội của Quốc hội để vận động chính sách cho việc xây dựng Luật Phòng chống tác hại của lạm dụng rượu bia.

Viện cũng tiến hành đánh giá việc triển khai chính sách và đề xuất điều chỉnh cho 3 chính sách y tế là:

(1) Đánh giá việc triển khai thực hiện các văn bản quy phạm pháp luật của hệ thống tổ chức y tế địa phương;

(2) Đánh giá việc triển khai đo lường sự hài lòng của người dân với dịch vụ y tế công năm 2017 theo nhiệm vụ được giao tại Nghị quyết số 30c/NQ-CP của Chính phủ về ban hành “Chương trình tổng thể cải cách hành chính nhà nước giai đoạn 2011 – 2020”;

(3) Đánh giá bất cập trong nội dung của Luật Khám bệnh, chữa bệnh và đề xuất phương án sửa đổi để cung cấp bằng chứng cho Bộ Y tế xây dựng Dự án bổ sung, điều chỉnh Luật Khám bệnh, chữa bệnh trình Quốc hội phê duyệt vào năm 2019.

(Lãnh đạo Viện nghiên cứu của Bộ Y tế)

Đề tác động đến chính sách và thúc đẩy việc sử dụng bằng chứng trong xây dựng chính sách y tế, Viện đã có chiến lược mời các nhà hoạch định chính sách y tế tham gia nghiên cứu ngay từ khi bắt đầu lên ý tưởng nghiên cứu (vì họ là người đặt hàng và sử dụng bằng chứng). Bên cạnh đó, Viện cũng triển khai các hoạt động vận động chính sách thông qua việc tổ chức các diễn đàn đối thoại chính sách giữa các nhà hoạch định chính sách y tế, quản lý y tế, đại diện các bộ, ngành và các bên liên quan cũng như các chuyên gia trong nước và quốc tế để tư vấn cho Bộ Y tế, Chính phủ, các Ban Đảng và Quốc hội.

Là một viện nghiên cứu của Bộ Y tế nên Viện có mối liên kết chặt chẽ với các nhà hoạch định chính sách. Ba cơ chế mà Viện sử dụng để tác động đến chính sách là a) Báo cáo đề xuất chính sách; b) Tham gia vào các ban soạn thảo, tổ biên tập, nhóm tư vấn kỹ thuật cho xây dựng chính sách; c) Làm việc trực tiếp với các nhà hoạch định chính sách/người có vai trò ảnh hưởng chính sách. Hàng năm, Viện nhận được nhiều đơn đặt hàng từ các nhà hoạch định chính sách. Chỉ trong giai đoạn 2015-2017, Viện đã nhận được 12 yêu

cầu chính sách cần đáp ứng nhanh từ các nhà hoạch định chính sách.

Trong khi đó các đơn vị nghiên cứu khác chủ yếu cung cấp bằng chứng một cách thụ động theo đặt hàng của bên tài trợ. Nếu bên tài trợ có yêu cầu cung cấp bằng chứng cho xây dựng, sửa đổi chính sách thì kết quả nghiên cứu mới được sử dụng cho hoạch định chính sách như trường hợp của đơn vị nghiên cứu CS&HTYT thuộc ĐH2 Hà Nội, Trung tâm nghiên cứu tư nhân (do các Vụ/Cục của Bộ Y tế đặt hàng từ nguồn tài trợ quốc tế). Đơn vị nghiên cứu CS&HTYT thuộc ĐH2 Hà Nội trong năm 2015 cung cấp bằng chứng cho việc xây dựng kế hoạch y tế; năm 2017 đánh giá thực trạng nhân lực của mạng lưới kiểm soát HIV/AIDS khi thiết lập mô hình CDC ở cấp tỉnh. Các kết quả nghiên cứu của các trường đại học được công bố trên các tạp chí trong nước và đôi khi chúng được sử dụng làm bằng chứng cho xây dựng chính sách. Ví dụ, một nghiên cứu của đơn vị CS&HTYT thuộc ĐH Huế năm 2017 đã được Bộ Y tế sử dụng là bằng chứng về trầm cảm sau sinh cho việc xây dựng chính sách.

*Cách đây 2 năm, thời kỳ đó chúng tôi quan tâm về trầm cảm sau sinh của phụ nữ đẻ con sau sinh bị trầm cảm, chúng tôi có công bố bài báo đăng trên Tạp chí y học dự phòng Việt Nam thì đó là bài báo đầu tiên về trầm cảm sau sinh ở Việt Nam. Thời kỳ đó Bộ Y tế gióng lên cảnh báo số liệu phụ nữ sau sinh tự sát rất nhiều, nên Bộ Y tế mới tìm đọc các công bố, tìm evidence công bố về trầm cảm sau sinh, thì tình cờ Bộ Y tế lên online trên Tạp chí Y học dự phòng Việt nam thấy đề tài của tôi nghiên cứu tại Huế và Đà Nẵng. Bộ Y tế lấy đó làm bằng chứng nghiên cứu đưa ra tỉ lệ trầm cảm sau sinh chiếm khoảng 18-20% và đó là nguyên nhân gây trầm cảm nặng dẫn đến tự sát. Đây là tình cờ Bộ Y tế cần bằng chứng nghiên cứu lại tìm được bài báo của tôi công bố vì vậy nghiên cứu đã cung cấp bằng chứng cho xây dựng chính sách. (Lãnh đạo đơn vị nghiên cứu CS&HTYT của Trường ĐH thuộc khối ngành sức khỏe tại Huế)*

Các nhà hoạch định chính sách (như Quốc hội, Bộ Y tế, v.v.) đôi khi tìm kiếm bằng chứng trên các tạp chí trong nước (thường họ chỉ tiếp cận được các tạp chí định kỳ mà họ nhận được như Tạp chí Chính sách Y tế do Viện nghiên cứu của Bộ Y tế phát hành). Nếu trong tạp chí có bài viết họ quan tâm thì tác giả sẽ được mời đến trình bày và trả lời các câu hỏi, bài viết sẽ được sử dụng làm bằng chứng cho việc xây dựng chính sách nếu phù hợp. Điều này cho thấy các nhà hoạch định chính sách ngày càng quan tâm hơn đến sử dụng bằng chứng nghiên cứu. Trong một số trường hợp, kết quả nghiên cứu không chỉ cung cấp bằng chứng cho việc hoạch định chính sách y tế ở Việt Nam mà còn cho các tổ chức quốc tế định hướng việc tài trợ của họ.

**Xu hướng cung cầu nghiên cứu CS&HTYT và đáp ứng của các cơ quan nghiên cứu**

Trước đây, việc xây dựng chính sách dựa trên bằng chứng chưa được chú ý ở Việt Nam. Hiện nay, nhu cầu bằng chứng cho việc xây dựng chính sách y tế tăng lên, do đó, số lượng đơn đặt hàng cho việc đánh giá thực

trạng và tổng quan kinh nghiệm quốc tế trong lĩnh vực xây dựng chính sách cũng tăng lên. Sự cần thiết và yêu cầu cho bằng chứng là bắt buộc, mặc định phải có. Văn hóa sử dụng bằng chứng trong việc ra quyết định của các nhà hoạch định chính sách trong 3 năm qua đã được cải thiện. Thực tế hiện nay ở Việt Nam, nhu cầu bằng chứng lớn hơn so với nguồn cung từ nghiên cứu CS&HTYT. Theo các nhà hoạch định chính sách, các cơ quan nghiên cứu và các trường đại học đang cung cấp bằng chứng không đáp ứng được nhu cầu cả về số lượng và chất lượng.

Hầu hết các cơ quan nghiên cứu CS&HTYT đều nhận thấy trong 3 năm từ 2015 – 2017 có xu hướng tăng các nhu cầu bằng chứng cho chính sách đối với nghiên cứu CS&HTYT và văn hóa sử dụng bằng chứng trong việc ra quyết định của các nhà hoạch định chính sách cũng tăng lên. Tự đánh giá năng lực đáp ứng nhanh với các yêu cầu chính sách, 3/5 cơ quan trả lời đạt mức cao và 2/5 tự thấy chỉ đạt mức trung bình. (Xem bảng dưới)

**Bảng 2: Tự đánh giá năng lực tác động chính sách và xu hướng nhu cầu bằng chứng cho chính sách**

Đáp ứng với các yêu cầu chính sách	Viện NC của BYT	ĐH1 tại HN	ĐH2 tại HN	ĐH tại Huế	TTNC tư nhân
Số các yêu cầu chính sách đáp ứng nhanh từ các nhà hoạch định chính sách theo các năm					
2015	3	0	1	0	0
2016	5	0	1	0	1
2017	4	0	0	0	1
Mức năng lực đáp ứng nhanh với các yêu cầu chính sách	Cao	Trung bình	Trung bình	Cao	Cao

Đáp ứng với các yêu cầu chính sách	Viện NC của BYT	ĐH1 tại HN	ĐH2 tại HN	ĐH tại Huế	TTNC tư nhân
Xu hướng nhu cầu chính sách với các nghiên cứu CS&HTYT trong 3 năm 2015-2017	Tăng lên	Giảm xuống	Tăng lên	Tăng lên	Tăng lên
Văn hóa sử dụng bằng chứng khi ra quyết sách của các nhà hoạch định chính sách trong 3 năm 2015-2017	Cải thiện	Giảm	Không đổi	Cải thiện	Cải thiện

### **Đánh giá việc cung cấp bằng chứng cho hoạch định chính sách**

*Ưu điểm:* Viện nghiên cứu của Bộ Y tế có ưu thế hơn vì có chức năng chính thống là cung cấp bằng chứng cho hoạch định chính sách y tế và có quan hệ mật thiết với các nhà hoạch định chính sách cũng như họ hiểu được các ưu tiên chính sách do được tham dự trong quá trình xác định các ưu tiên này. Trong khi đó, đơn vị nghiên cứu CS&HTYT của ĐH ở Huế lại có ưu thế vượt trội trong tình của họ

và có quan hệ chặt chẽ với chính quyền địa phương-là những người thực thi chính sách tại địa phương.

*Hạn chế:* Một số nghiên cứu được nước ngoài tài trợ có yêu cầu gắn với chính sách nhưng nghiên cứu viên không tiếp cận được với nhà hoạch định chính sách mà chỉ có được sự tham gia của các nhà quản lý địa phương là người triển khai chính sách để chia sẻ kết quả nghiên cứu.

*Trường đang làm về vấn đề công bằng đô thị, sức khỏe đô thị, nhà tài trợ muốn link với các nhà hoạch định chính sách thì cùng lắm mời mấy ông ở trung tâm y tế đến, rồi mời mấy ông ở trung tâm y tế dự phòng hà nội đến để người ta nghe xong người ta lại đi về. Cứ nói là link với nhà hoạch định chính sách thế thôi chứ trên thực tế không phải là hoạch định chính sách. (Lãnh đạo Trường ĐH 1 thuộc khối ngành sức khỏe tại Hà Nội)*

Tương tự, đơn vị nghiên cứu CS&HTYT của trường ĐH ở Huế chỉ cung cấp các kết quả nghiên cứu cho các lãnh đạo địa phương như là các bằng chứng để ban hành văn bản cho việc triển khai thực hiện chính sách tốt hơn, hiệu quả hơn (VD trình bày kết quả nghiên cứu ở học sinh với giám đốc Sở Giáo dục,...). Đây là một hạn chế trong việc cung cấp bằng chứng và vận động chính sách ở Việt Nam.

Chỉ khi nghiên cứu được các cơ quan hoạch định chính sách đặt hàng thì kết quả nghiên cứu mới có nhiều khả năng được sử dụng làm bằng chứng. Tuy nhiên, khi cung cấp các bằng chứng nghiên cứu cho các bên hoạch định chính sách, các cơ quan nghiên cứu CS&HTYT cũng không rõ bằng chứng của mình được sử dụng như thế nào vì không nhận được phản hồi.

*Phần lớn những đề tài được đặt hàng thì link policy rất cao... Hồi xưa bọn em nghiên cứu về thuốc lá cũng do đặt hàng chỗ Vinacost, cũng link với policy luôn. Tóm lại là các NC có sự có mặt của các chuyên gia trên BHYT hầu như chắc chắn sẽ được link với policy. (Lãnh đạo đơn vị nghiên cứu CS&HTYT của Trường ĐH2 thuộc khối ngành sức khỏe tại Hà Nội)*

### **Đánh giá việc sử dụng bằng chứng cho hoạch định chính sách**

Theo quan điểm của các nhà quản lý, các nhà hoạch định chính sách thì các hạn chế của việc sử dụng bằng chứng là: (1) Các cơ quan xây dựng chính sách ngoài ngành y tế gặp khó khăn trong việc tiếp cận bằng chứng. Điều này là do thiếu cơ chế để các nhà hoạch định chính sách có thể tiếp cận các bằng chứng sẵn có từ các báo cáo nghiên cứu; (2) Trong một số nghiên cứu, kết quả nghiên cứu dù chất lượng đã được cải thiện nhưng vẫn chưa thực sự đáp ứng yêu cầu của bên đặt hàng. Bên cạnh đó, các nghiên cứu định tính có thể phát hiện ra nguyên nhân, bản chất cốt lõi của vấn đề thì chưa được chú trọng, dẫn đến các bằng chứng từ nghiên cứu còn nghèo nàn chưa đáp ứng nhu cầu; (3) Các nhà hoạch định chính sách thường không đọc báo cáo toàn văn vì quá dài. Báo cáo đề xuất chính sách (policy brief) là dạng phù hợp để gửi tới các nhà hoạch định chính sách về đề xuất các phương án lựa chọn chính sách (policy options) để họ xem xét và cân nhắc (chỉ có Viện nghiên cứu của Bộ Y tế làm được điều này). Tuy nhiên, các cơ quan làm luật như các Vụ/Cục của Bộ Y tế và Quốc hội vẫn cần cả báo cáo nghiên cứu đầy đủ, báo cáo tóm tắt và báo cáo đề xuất chính sách; (4) Các

nghiên cứu đôi khi không đáp ứng được yêu cầu thời gian khi có yêu cầu cung cấp bằng chứng nhanh.

Theo quan điểm của các nhà nghiên cứu, các hạn chế trong việc sử dụng bằng chứng là: (1) Các nhà lãnh đạo các cấp có nhiều kênh thông tin khác nhau bên cạnh kênh thông tin từ các cơ quan nghiên cứu và đôi khi các nhà hoạch định chính sách sử dụng thông tin theo kinh nghiệm và quan điểm riêng của họ; (2) Các chính sách cũng bị chi phối bởi ý chí chính trị, tác động của các nhóm lợi ích; (3) Mối quan hệ giữa các trường đại học hàn lâm (cung cấp bằng chứng) và các cơ quan hoạch định chính sách (sử dụng bằng chứng) không gần gũi, khó tiếp cận.

### **2. Các yếu tố ảnh hưởng đến việc đưa bằng chứng nghiên cứu đến chính sách**

Theo quan điểm của Viện nghiên cứu thuộc Bộ Y tế, các rào cản quan trọng nhất trong việc sử dụng bằng chứng cho xây dựng chính sách y tế là: (1) Bằng chứng không liên quan đến chính sách; (2) Việc tiếp cận không hiệu quả của các nhà nghiên cứu; (3) Việc hạn chế các kênh liên hệ trực tiếp với các nhà hoạch định chính sách; (4) Các đề xuất chính sách không khả thi. Nhưng theo quan điểm

của đơn vị nghiên cứu CS&HTYT thuộc ĐH 2 Hà Nội và Trung tâm nghiên cứu tư nhân thì ý chí chính trị trong việc sử dụng bằng chứng cho hoạch định chính sách là yếu tố

quan trọng nhất. Ngoài ra, cũng có các yếu tố từ các nhà hoạch định chính sách như năng lực hạn chế trong sử dụng bằng chứng.

**Bảng 3: Đánh giá của các cơ quan nghiên cứu CS&HTYT Việt Nam về các yếu tố rào cản trong việc đưa bằng chứng tới chính sách, theo thang điểm từ 1-5 (1- hoàn toàn không đồng ý đến 5 – hoàn toàn đồng ý)**

Các yếu tố ảnh hưởng	Viện NC của BYT	ĐH1 tại HN	ĐH2 tại HN	ĐH tại Huế	TTNC tư nhân
1. Bằng chứng Không liên quan đến chính sách	5	3	2	1	3
2. Tiếp cận không hiệu quả của các nhà nghiên cứu	5	3	5	2	5
3. Hạn chế các kênh liên hệ trực tiếp với các nhà hoạch định chính sách	5	3	5	4	5
4. Ý chí chính trị thấp trong việc sử dụng bằng chứng cho hoạch định chính sách	3	3	5	1	5
5. Đề xuất chính sách không có tính khả thi	5	3	2	2	5
6. Năng lực của các nhà hoạch định chính sách y tế hạn chế trong việc sử dụng bằng chứng	4	3	2	4	3

### *Các yếu tố từ phía các cơ quan nghiên cứu*

#### *Chất lượng nghiên cứu*

Theo quan điểm của nhà hoạch định chính sách, đôi khi chất lượng nghiên cứu không đáp ứng được mong đợi về tính đại diện của nghiên cứu (cỡ mẫu không đủ đại diện). Phạm vi nghiên cứu, phương pháp nghiên cứu đôi khi chưa đủ tốt để tạo ra bằng chứng

thuyết phục hỗ trợ cho xây dựng sách.

#### *Thiếu nhân lực có trình độ*

Nhân lực nghiên cứu trong lĩnh vực này đa số tập trung tại các trường đại học y dược lớn. Tại các trường đại học, chức năng nhiệm vụ chính là giảng dạy nên nhiều khi việc nghiên cứu còn bị coi nhẹ dẫn đến việc hạn chế nâng cao trình độ và cập nhật thông tin.

<p><i>Nhân lực ở trường này giảng dạy quá nhiều... Giảng nhiều quá rất mệt và cũng không có thời gian làm nghiên cứu nữa. Bây giờ nhiều khi có dự án nhưng không có người làm. ... đi giảng dạy mà không làm nghiên cứu thì làm sao mà cập nhật được, nó thành lối mòn. Xuất bản quốc tế cũng bị phản đối... các bác bây giờ có tuổi cũng lười nghiên cứu, suốt ngày chỉ đi giảng. Hơn nữa bây giờ trả lương theo công việc. Tóm lại nghiên cứu nói chung, nghiên cứu CS&amp;HTYT nói riêng thì đang thiếu người. (Lãnh đạo Trường ĐH1 thuộc khối ngành sức khỏe tại Hà Nội)</i></p>	<p><i>Nhìn chung chúng em rất bận giảng dạy, tìm ra thời gian tư duy sáng tạo để nghiên cứu gần như rất hiếm hoi. Chúng em có những việc phải làm hối hả cho xong để làm sang việc kia. Một số cán bộ hơi bị an phận thủ thường, không phấn đấu, không học ngoại ngữ nên không tiếp cận được. Đó là 3 điểm vẫn còn tồn tại. (Lãnh đạo đơn vị nghiên cứu CS&amp;HTYT của Trường ĐH2 thuộc khối ngành sức khỏe tại Hà Nội)</i></p>
--	--

*Kỹ năng vận động chính sách còn hạn chế*

*Kỹ năng viết tóm tắt chính sách còn nhiều bất cập. Không có mối quan hệ với các nhà*

*hoạch định chính sách. Kỹ năng giao tiếp, vận động hành lang và đàm phán vẫn còn hạn chế.*

<p><i>Các báo cáo tại các hội nghị, mình phải làm thế nào cho dễ hiểu, rút ngắn khoảng cách để cung cấp bằng chứng thì vẫn còn hạn chế, đặc biệt là những nghiên cứu viên trẻ, gọi là kỹ năng lobby, kỹ năng thương thuyết đó... (Lãnh đạo đơn vị nghiên cứu CS&amp;HTYT của Trường ĐH thuộc khối ngành sức khỏe tại Huế)</i></p>
---

*Sự tham gia trong quá trình cung cấp bằng chứng còn thụ động theo yêu cầu nhà tài trợ*

*Hầu hết các cơ quan (trừ Viện nghiên cứu của Bộ Y tế) đều thực hiện nghiên cứu theo yêu cầu của nhà tài trợ (donor research) mà không có định hướng/chiến lược cho việc cung cấp bằng chứng. Các kênh cung cấp bằng chứng chỉ thông qua Hội thảo, còn báo cáo tóm tắt đề xuất chính sách chỉ làm khi có*

*yêu cầu của nhà tài trợ. Vì vậy, nếu không có yêu cầu bên tài trợ hoặc quy định của cơ quan chủ trì nghiên cứu thì không có nghiên cứu nào cung cấp kết quả để làm bằng chứng cho hoạch định chính sách do phải tốn thêm thời gian, kinh phí và cũng không biết gửi cho ai và gửi như thế nào. Các nghiên cứu không có kết nối với nhu cầu chính sách, thông thường kết quả nghiên cứu chỉ được gửi đến cơ quan tài trợ.*



*Trong khi tất cả các nghiên cứu của Viện nghiên cứu của Bộ Y tế đều truyền tải đến nhà hoạch định chính sách, thì bên trường này cái nào có yêu cầu của nhà tài trợ thì tôi sẽ làm còn bình thường thì tôi không làm bởi vì làm tốn thêm tiền, tốn thêm thời gian.... Còn những nghiên cứu của trường thì mình tự bỏ tiền ra, thêm cả hội thảo nữa thì tự nhiên lại phải thêm kinh phí. Hơn nữa kết quả gửi cho ai, policy brief gửi cho ai. Tóm lại cái active thì chưa làm. Nhóm bên Viện nghiên cứu của Bộ là active chứ ở trường thì nhà tài trợ bảo làm thì tôi làm. (Lãnh đạo Trường ĐH1 thuộc khối ngành sức khỏe tại Hà Nội)*

*Việc chia sẻ thông tin còn hạn chế, chưa có các kênh chính thức để chia sẻ thông tin*

*Việc chia sẻ/quảng bá kết quả nghiên cứu còn hạn chế do sợ mất bản quyền do vấn đề*

*sở hữu trí tuệ chưa được làm tốt. Chưa có kênh thông tin chính thống để các cơ quan nghiên cứu chia sẻ thông tin.*

*Kênh chia sẻ thông tin chưa thành chính thống, nhiều khi tổ chức hội thảo mới có cơ hội trình bày. Như các nước khác nghiên cứu xong thì phải đưa lên hệ thống rồi vào mạng của Bộ Y tế, phải thường xuyên liên tục như thế. Còn ở Việt Nam không có kênh nào thế cả... Làm nghiên cứu rất tốn kém, bây giờ công bố thì khác gì cho người khác sử dụng... Bên em bị nhiều lắm rồi. Ngay cả bài giảng cũng bị ăn cắp, rồi thay tên tác giả... (Lãnh đạo đơn vị nghiên cứu CS&HTYT của Trường ĐH2 thuộc khối ngành sức khỏe tại Hà Nội)*

### **Các yếu tố từ phía các cơ quan quản lý**

*Qui định của nhà nước khi cấp kinh phí cho các đề tài nghiên cứu khoa học không yêu cầu sản phẩm nghiên cứu dưới dạng báo cáo đề xuất chính sách và tổ chức hội thảo truyền tải kết quả nghiên cứu và vận động chính sách.*

*Các sản phẩm của các nghiên cứu khoa học xã hội và nhân văn được yêu cầu gồm báo cáo toàn văn, báo cáo tóm tắt và ít nhất 2 bài báo đăng tạp chí trong nước. Nghiên cứu CS&HTYT thuộc nhóm này nên sản phẩm nghiên cứu cũng theo qui định như vậy.*

*Về nguyên tắc, các sản phẩm nghiên cứu phải được cập nhật trong cơ sở dữ liệu của Cục Thông tin, Bộ KHCN bao gồm báo cáo tóm tắt, báo cáo đầy đủ, bài báo ... Các đề tài cấp Bộ và cấp Nhà nước yêu cầu báo cáo theo biểu mẫu chung do Bộ KHCN qui định các khía cạnh quan tâm tác động đến kinh tế, xã hội; vấn đề bản quyền phát minh sáng chế; các ứng dụng thực tiễn mà không có qui định riêng cho nghiên cứu CS&HTYT là phải có các báo cáo đề xuất chính sách và các hoạt động truyền tải bằng chứng cho các nhà hoạch định chính sách. Chỉ có các dự án cho việc xây dựng luật, chính sách thì mới yêu cầu bản dự thảo chính sách (Chuyên viên phụ trách NCKH của Bộ Y tế)*

Thời gian và tiến độ thực hiện nghiên cứu thường chậm hơn yêu cầu về bằng chứng do các thủ tục hành chính phức tạp. Vì yếu tố này nên các kết quả nghiên cứu trong lĩnh vực khoa học xã hội và nhân văn nói chung

và các nghiên cứu CS&HTYT nói riêng thường không đáp ứng được yêu cầu thời gian cung cấp bằng chứng nhanh cho hoạch định chính sách.

*Về chất lượng thì không có vấn đề gì nhưng hạn chế nhất là tiến độ... nên ý nghĩa cung cấp bằng chứng bị giảm đi.... Với các đề tài nghiên cứu do ngân sách nhà nước tài trợ các thủ tục hành chính còn phức tạp. Thời hạn để hoàn thiện và báo cáo được phê chuẩn chính thức kéo dài (cả khâu phê duyệt đề cương và khâu nghiệm thu kết quả) nên các kết quả nghiên cứu mất đi tính thời sự cho việc cung cấp bằng chứng. (Chuyên viên phụ trách NCKH của Bộ Y tế)*

Tuy nhiên, để khắc phục tình trạng trên, các nghiên cứu của Viện nghiên cứu của Bộ Y tế đã linh hoạt cung cấp bằng chứng ngay khi có kết quả nghiên cứu, đáp ứng kịp thời cho hoạch định chính sách. Việc hoàn thiện các sản phẩm theo qui định cho quyết định

công nhận và các thủ tục hành chính thường được hoàn thiện sau.

*Huy động tài chính cho nghiên cứu CS&HTYT khó khăn hơn các lĩnh vực khác*

*Khó vì đơn vị đặt hàng duy nhất cho các nghiên cứu về chính sách là Bộ Y tế. Mình có thể tìm nguồn lực quốc tế nhưng hiện nay càng lúc càng khó, càng bị hạn hẹp trong khi các nghiên cứu khác có thể xã hội hóa được từ công ty dược, công ty tư nhân. Nghiên cứu dược phẩm thì có thể từ các nhà sản xuất trong nước, ngoài nước đều tham gia còn nghiên cứu như mình thì rất khó về nguồn lực. (Lãnh đạo đơn vị nghiên cứu CS&HTYT của Trường ĐH thuộc khối ngành sức khỏe tại TP. Hồ Chí Minh)*

*Kinh phí cho nghiên cứu gần đây rất ít, gần như ko có. Các cán bộ phải tự bơi, tự tìm kiếm bên ngoài, rất khó khăn để tìm kiếm fund bây giờ khi mà VN trở thành nước có thu nhập trung bình, bây giờ tìm fund khó hơn nhiều, các nước khác họ rút fund rất nhiều. (Lãnh đạo đơn vị nghiên cứu CS&HTYT của Trường ĐH2 thuộc khối ngành sức khỏe tại Hà Nội)*

Các bằng chứng khoa học đôi khi không như các nhà quản lý, hoạch định chính sách mong muốn do nhiều nguyên nhân như cỡ

mẫu không đủ đại diện vì thiếu nguồn lực hoặc kết quả nghiên cứu không tốt đẹp như số liệu đã được báo cáo lên.

*Sự kết nối giữa các trường đại học và các cơ quan hoạch định chính sách y tế vẫn chưa thực sự tốt.*

Các bằng chứng nghiên cứu chỉ có thể được sử dụng nếu thiết lập được sự kết nối

với các nhà hoạch định chính sách. Các cơ quan nghiên cứu nếu muốn kết quả nghiên cứu của mình được sử dụng làm bằng chứng thì phải hợp tác với một cơ quan hoạch định chính sách để công bố kết quả.

*Cũng không công bố độc lập được, vì mình nói không phải ai cũng nghe. Phải kết hợp với các cơ quan có chức năng xây dựng chính sách (Lãnh đạo Trung tâm nghiên cứu tư nhân)*

### **Các yếu tố từ phía nhà hoạch định chính sách**

Nhà hoạch định chính sách có muốn sử dụng bằng chứng nghiên cứu trong hoạch định chính sách không?

Điều này phụ thuộc vào năng lực cá nhân, các vấn đề chính trị hoặc sử dụng nhiều nguồn thông tin từ các kênh khác nhau...

Các nhà hoạch định chính sách không biết đến các nghiên cứu CS&HTYT nên không tiếp cận được thông tin cần thiết làm căn cứ, bằng chứng cho xây dựng chính sách vì không có qui định, không có cơ chế, không có mạng lưới để chia sẻ các kết quả nghiên cứu.

*Rất lãng phí hai bên không gặp nhau. Nhà khoa học không tiếp cận được nhà hoạch định. Nhà hoạch định thì không biết đến các nghiên cứu. Nên có mạng lưới và các nghiên cứu đều có policy brief gửi sang cho chính phủ, quốc hội, các ban Đảng. (Lãnh đạo cấp Vụ Văn phòng Quốc hội)*

Nguyên nhân do trong qui định quản lý của nhà nước và của các cơ sở triển khai nghiên cứu đều không bắt buộc các nghiên cứu CS&HTYT phải liên quan đến chính sách như phải có các câu hỏi chính sách (policy questions), đề xuất chính sách (policy recommendations) cụ thể. Hiện nay đa phần các nghiên cứu thường chỉ đánh giá thực trạng và đưa ra khuyến nghị hết sức chung chung.

### **KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ**

Các yêu cầu về bằng chứng cho hoạch định chính sách y tế ở Việt Nam đã được luật hóa và ngày càng gia tăng. Tuy nhiên, quá trình cung cấp và sử dụng bằng chứng cho hoạch định chính sách cần được cải thiện. Các yếu tố rào cản đến từ nhà nghiên cứu và nhà hoạch định chính sách đều cần được quan tâm. Các nhà nghiên cứu phải chủ động hơn, đưa ra bằng

chứng có tính thuyết phục với chất lượng tốt tới các nhà hoạch định chính sách. Các nhà hoạch định chính sách cần nâng cao năng lực, thay đổi nhận thức trong việc sử dụng bằng chứng cho việc ra quyết sách.

Cần ban hành quy định bắt buộc các nghiên cứu CS&HTYT phải cung cấp bằng chứng cho hoạch định chính sách và sản phẩm của nghiên cứu phải bao gồm báo cáo đề xuất chính sách.

Bộ Y tế phải có một kênh thông tin chính thức cho các đơn vị nghiên cứu truyền tải kết quả nghiên cứu (báo cáo đề xuất chính sách) cho Bộ Y tế, Chính phủ, Quốc hội và các Ban Đảng. Đề xuất thiết lập một mạng lưới kết nối giữa các tổ chức nghiên cứu CS&HTYT với các cơ quan hoạch định chính sách y tế để chia sẻ thông tin, đơn vị đầu mối điều phối hoạt động của mạng lưới nên là Viện nghiên cứu của Bộ Y tế.

## SỬ DỤNG THANG ĐIỂM FINDRISC TRONG SÀNG LỌC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TUÝP 2

### *Using FINDRISC in screening type for 2 diabetes*

Nguyễn Thế Vinh<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

Sàng lọc phát hiện sớm bệnh Đái tháo đường (ĐTĐ) là nhu cầu cấp thiết hiện nay, đặc biệt ở các nước có thu nhập thấp và trung bình, giúp làm giảm các tác động về kinh tế và biến chứng do mắc bệnh mang lại. Theo hướng dẫn của các tổ chức quốc tế về quản lý ĐTĐ, xác định người có nguy cơ cao mắc bệnh nên được thực hiện để giúp các nhà lâm sàng xem xét tính phù hợp khi thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán. Đến nay, trên thế giới đã có nhiều công cụ được đề xuất nhằm đánh giá nguy cơ với bệnh ĐTĐ, có thể kể đến như FINDRISC, CANRISC, AUSDRISK, FRAMINGHAM OFFSPRING, QDS, DESIR, THAI SCORE,... Trong đó, FINDRISC là thang đo được khuyến khích sử dụng tại nhiều quốc gia. Đây là công cụ được thiết kế đơn giản, thực hiện đánh giá nhanh chóng, không tốn kém, không xâm lấn, và các nghiên cứu cũng cho thấy kết quả đánh giá có độ tin cậy cao trong ước lượng nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ. Tổng quan này được thực hiện nhằm giới thiệu về khả năng sử dụng thang đo FINDRISC trong quy trình tầm soát bệnh ĐTĐ và một số lưu ý khi ứng dụng thang đo này với quần thể người Đông Nam Á.

#### ABSTRACT

*Screening for early detection of diabetes mellitus is an urgent need to reduce the economic impacts and complications of the disease, especially in low-income and middle-income countries. Following guidelines from international organizations, screening for type 2 diabetes with an informal assessment of risk factors or validated tools should be considered in asymptomatic adults to guide clinicians on whether performing a diagnostic test is appropriate. By now, there are several tools used to predict the risk of type 2 diabetes in daily practice, such as FINDRISC, CANRISC, AUSDRISK, FRAMINGHAM OFFSPRING, QDS, DESIR, THAI SCORE, ... Of which, FINDRISC is recommended as the best available scale for use in clinical practice. This is a quick assessment tool, inexpensive, non-invasive, and has been shown to have a high level of confidence in estimating the risk of diabetes. This review is conducted to introduce the ability of the FINDRISC for use in the screening process for diabetes, and some modifications may be required if applied to Southeast Asian populations.*

<sup>1</sup> Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

## Diễn biến dịch tễ học bệnh Đái tháo đường

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh lý chuyển hóa, đặc trưng bởi tăng glucose máu do cơ thể có khiếm khuyết về tiết insulin, không sử dụng insulin một cách hiệu quả, hoặc cả hai. Đái tháo đường được phân loại thành bốn nhóm dựa trên nguyên nhân gây ra bệnh: ĐTĐ tuýp 1; ĐTĐ tuýp 2; ĐTĐ thai kỳ; và các loại bệnh tiểu đường theo cơ chế, tình trạng bệnh cụ thể. Trong đó, ĐTĐ tuýp 2 là phổ biến nhất, chiếm 90-95% tổng số các trường hợp bệnh hiện mắc [1]. Theo báo cáo của Hiệp hội Đái tháo đường Quốc tế (IDF), tính đến năm 2019, trên thế giới có khoảng 463 triệu người trong độ tuổi 20-79 đang mắc bệnh ĐTĐ tuýp 2 (9,3% dân số). Số trường hợp mắc bệnh được dự báo sẽ tăng lên 578 triệu người (10,2% dân số) vào năm 2030 và đạt đến 700 triệu người (10,9% dân số) vào năm 2045. Tỷ lệ này được ước tính ở Việt Nam năm 2019 là 5,7% (95%CI: 4,6% - 7,5%) [2].

Bệnh ĐTĐ gây nên nhiều biến chứng nguy hiểm, là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tim

mạch, mù lòa, suy thận, và cắt cụt chi. Chi phí ước tính toàn cầu năm 2019 để chăm sóc và điều trị cho người bệnh ĐTĐ là khoảng 760 tỷ USD và có thể lên đến 845 tỷ USD vào năm 2045 [2]. Mặc dù gây nhiều hệ lụy như vậy, nhưng bệnh ĐTĐ tuýp 2 thường không có triệu chứng khởi phát và người bệnh có thể không được chẩn đoán trong nhiều năm cho đến khi biến chứng xuất hiện. Năm 2019, tỷ lệ người bệnh ĐTĐ chưa được chẩn đoán trên toàn thế giới là 50,1%. Những hạn chế về địa lý (chẳng hạn như khu vực nông thôn), nguồn lực hạn chế, khó khăn trong tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và ưu tiên các vấn đề sức khỏe khác có thể góp phần vào điều này [2]. Tại Việt Nam, theo kết quả điều tra STEPwise về các yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm năm 2015, có 64,8% người bệnh ĐTĐ tại cộng đồng chưa được chẩn đoán bệnh [3]. Những ước tính này cho thấy nhu cầu cấp thiết của việc sàng lọc phát hiện sớm bệnh, đặc biệt là ở các nước có thu nhập thấp và trung bình.

**Bảng 1. Tỷ lệ người (20-79 tuổi) hiện mắc bệnh ĐTĐ nhưng chưa được chẩn đoán bệnh**

Khu vực	Tỷ lệ chưa chẩn đoán (%)	Quốc gia có thu nhập cao theo Ngân hàng Thế giới	Tỷ lệ chưa chẩn đoán (%)
Châu Phi	59,7	Thu nhập thấp	66,8
Đông Nam Á	56,7	Thu nhập trung bình	52,6
Tây Thái Bình Dương	55,8	Thu nhập cao	38,3
Trung Đông và Bắc Phi	44,7		
Nam và Trung Mỹ	41,9		
Châu Âu	40,7		
Bắc Mỹ và Caribbe	37,8		
<b>Thế giới</b>	<b>50,1</b>		

## Chiến lược trong chẩn đoán bệnh Đái tháo đường tuýp 2

Xét nghiệm đường huyết tĩnh mạch lúc đói (FPG), nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống (OGTT), và xét nghiệm HbA1C là những xét nghiệm cơ bản để chẩn đoán bệnh ĐTD. Dù vậy, đây là những thủ thuật xâm lấn, tốn kém, mất nhiều thời gian khi sử dụng trên quy mô cộng đồng. Năm 1993, tác giả K.R. Paterson đã đề xuất chiến lược chẩn đoán ĐTD tuýp 2 qua hai bước: (1) sử dụng công cụ đánh giá nguy cơ để xác định những người có nguy cơ cao với bệnh, sau đó (2) sử dụng nghiệm pháp OGTT để chẩn đoán bệnh trên nhóm đối tượng có nguy cơ cao ở bước 1 [4]. Chiến lược này cũng đã được nhắc đến trong hướng dẫn quản lý bệnh ĐTD của các tổ chức Quốc tế, như Hiệp hội Đái tháo đường Mỹ (ADA), Viện Y tế và Chất lượng Điều trị Quốc gia Anh (NICE) [1, 5]. Theo khuyến cáo của ADA trong tầm soát ĐTD tuýp 2 ở người không có triệu chứng, đánh giá xác định người có nguy cơ cao với bệnh nên được thực hiện để giúp các nhà lâm sàng xem xét tính phù hợp khi thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán; bên cạnh đó, các xét nghiệm đường huyết nên bắt đầu thực hiện với những người từ 45 tuổi trở lên và lặp lại mỗi ba năm sau đó nếu kết quả xét nghiệm bình thường, hoặc thực hiện ở độ tuổi sớm hơn ở những người trưởng thành thừa cân/béo phì ( $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) và có thêm bất kỳ yếu tố nguy cơ nào khác [1].

Đến nay, trên thế giới đã có nhiều công cụ được đề xuất nhằm đánh giá nguy cơ mắc bệnh ĐTD, có thể kể đến như FINDRISC,

CANRISC, AUSDRISK, FRAMINGHAM OFFSPRING, QDS, DESIR, THAI SCORE,... Điểm chung của các công cụ này là đều dựa trên những yếu tố nguy cơ phổ biến của bệnh, người thực hiện đánh giá sẽ cho điểm từng yếu tố và xếp loại nguy cơ mắc bệnh của cá nhân theo tổng số điểm ghi nhận được. Trong đó, FINDRISC là thang đo được khuyến nghị sử dụng trong thực hành lâm sàng ở cộng đồng người da trắng, và cần có những sửa đổi cần thiết khi áp dụng cho các nhóm dân tộc khác. Đây là công cụ được thiết kế đơn giản, thực hiện đánh giá nhanh chóng, không tốn kém, không xâm lấn, và các nghiên cứu cũng cho thấy kết quả có độ tin cậy cao trong ước lượng nguy cơ mắc ĐTD tuýp 2 [6, 7].

Lý tưởng là việc sàng lọc ĐTD tuýp 2 được thực hiện tại cơ sở y tế vì đối tượng sau đó cần được tư vấn thực hiện xét nghiệm, điều trị và theo dõi nếu cần. Sàng lọc nguy cơ tại cộng đồng thường không được khuyến nghị vì những người được đánh giá có nguy cơ cao có thể từ chối thực hiện xét nghiệm và sử dụng dịch vụ y tế. Bên cạnh đó, sàng lọc tại cộng đồng cũng có thể không bao phủ được hết các nhóm có nguy cơ cao nhất với bệnh, trong khi có thể thực hiện đánh giá không phù hợp với những người có nguy cơ rất thấp hoặc ngay cả những người đã được chẩn đoán bệnh [1].

### Thang điểm FINDRISC

Thang điểm FINDRISC được Hội Đái tháo đường Phần Lan đề xuất năm 2001. Thang điểm này ước tính nguy cơ mới mắc bệnh ĐTD tuýp 2 cho một cá nhân trong 10 năm tiếp theo, dựa vào 8 yếu tố: tuổi,

chỉ số khối cơ thể (BMI), vòng bụng, thói quen vận động thể lực hàng ngày, thói quen ăn rau quả, sử dụng thuốc huyết áp, tiền sử phát hiện tăng đường huyết, và tiền sử gia đình có người mắc bệnh ĐTĐ. Thang đo có tổng điểm thấp nhất là 0 điểm và cao nhất là 26 điểm. Mức điểm càng cao sẽ cho thấy cá nhân có nguy cơ mắc bệnh càng cao trong tương lai. Căn cứ vào tổng số điểm ghi nhận được của cá nhân, mỗi đối tượng sẽ phân loại vào 5 nhóm mức độ nguy cơ mắc bệnh, từ thấp (<7 điểm), thấp nhẹ (7-11 điểm), trung bình (12-14 điểm), cao (15-20 điểm), và rất cao (>20 điểm) [8, 9]. Tổng quan các nghiên cứu cho thấy, FINDRISC được ứng dụng với 2 mục đích chính:

- 1) Dự báo nguy cơ ĐTĐ tuýp 2 của cộng đồng: mỗi nhóm nguy cơ kể trên sẽ được quy đổi ra “tỷ lệ ước tính tiến triển bệnh trong 10 năm” tương ứng. Tỷ lệ này cũng chính là khả năng mắc bệnh của cá nhân thuộc phân nhóm nguy cơ đó trong tương lai. Các nhà nghiên cứu cũng có thể cộng tổng nguy cơ của các cá nhân trong cộng đồng để dự báo nguy cơ mới mắc bệnh của cả cộng đồng.
- 2) Tầm soát bệnh nhân ĐTĐ tuýp 2 chưa được chẩn đoán: thay vì 5 nhóm mức độ nguy cơ, nhà nghiên cứu chỉ lựa chọn một điểm cắt để phân loại đối tượng thành 2 nhóm có hoặc không có nguy cơ mắc bệnh. Những người có nguy cơ mắc bệnh sẽ được tư vấn xét nghiệm nhằm phát hiện sớm bệnh ĐTĐ.

Thang điểm FINDRISC đã được áp dụng tại một số quốc gia của châu Á với sự thay đổi tiêu chí vòng bụng và BMI cho phù hợp với yếu tố nguy cơ mắc bệnh liên quan đến thể trạng của cộng đồng tại đây. Theo đó, thang điểm FINDRISC sử dụng cho người châu Á, ví dụ thang đo ModAsian-FINDRISC (xem Bảng 2), lấy mức điểm cắt tiêu chuẩn vòng bụng to là 90cm đối với nam và 80cm đối với nữ, thay cho tiêu chuẩn vòng bụng to của người châu Âu là 102cm đối với nam và 88cm đối với nữ [10]. Một số nghiên cứu cũng cho thấy mức BMI của người châu Á được phát hiện có nguy cơ cao mắc bệnh ĐTĐ tuýp 2 và bệnh tim mạch thấp hơn nhiều so với mức đánh giá thừa cân của WHO cho cộng đồng người da trắng (>25 và >30 kg/m<sup>2</sup>). Các điểm phân độ BMI thường trong khoảng từ 23-24 kg/m<sup>2</sup> (độ nhạy 80%) đối với gần như tất cả các phân nhóm người Mỹ gốc Á (với mức thấp hơn một chút đối với người Mỹ gốc Nhật). Các kết quả này làm cho việc lựa chọn điểm cắt là 23 kg/m<sup>2</sup> mang tính thực tế. Có những lập luận cho rằng chọn điểm cắt BMI xuống thấp hơn 23 kg/m<sup>2</sup> sẽ tăng độ nhạy, tuy nhiên, điều này sẽ dẫn đến độ đặc hiệu giảm rất thấp (13,1%) [11, 12]. Bên cạnh đó, các chuyên gia của WHO cũng cho rằng các phân độ BMI dành cho người châu Á nên dao động từ 23 đến 27,5 kg/m<sup>2</sup> và đề xuất mỗi quốc gia đưa ra định nghĩa riêng của mình về chỉ số BMI làm tăng nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ [13].



**Bảng 2. Thang điểm FINDRISC và ModAsian-FINDRISC  
(điều chỉnh BMI và vòng bụng theo tiêu chuẩn châu Á)**

Yếu tố nguy cơ	FINDRISC		ModAsian-FINDRISC		Điểm nguy cơ	
Tuổi	<45		<45		0	
	45 – 54		45 – 54		2	
	55 – 64		55 – 64		3	
	>64		>64		4	
Chỉ số khối cơ thể	<25		<23		0	
	25 - <30		23 - <27,5		1	
	>30		>27,5		3	
Vòng bụng	Nam	Nữ	Nam	Nữ	Điểm nguy cơ	
	<94	<80	<82	<72		0
	94 – 102	80 – 88	82 – 90	72 – 80		3
	>102	>88	>90	>80		4
Vận động thể lực hàng ngày >30 phút	Có		Có		0	
	Không		Không		2	
Ăn rau, quả thường xuyên	Mỗi ngày		Mỗi ngày		0	
	Không mỗi ngày		Không mỗi ngày		1	
Đã từng sử dụng thuốc hạ áp thường xuyên	Có		Có		2	
	Không		Không		0	
Đã từng được phát hiện tăng đường huyết	Có		Có		5	
	Không		Không		0	
Có người thân được chẩn đoán mắc ĐTĐ (túyp 1 hoặc túyp 2)	Không		Không		0	
	Ông, bà, chú, dì, cô, bác		Ôn, bà, chú, dì, cô, bác		3	
	Cha mẹ, anh, chị, em ruột		Cha mẹ, anh, chị, em ruột		5	

Độ chính xác trong chẩn đoán bệnh của một công cụ sàng lọc được đo lường và so sánh dựa trên các chỉ số về độ nhạy, độ đặc hiệu, và đường cong ROC (Receiver Operating Characteristic).

- Độ nhạy của một công cụ sàng lọc là khả năng/mức độ phát hiện/phân biệt đúng

các trường hợp thực sự mắc bệnh, được tính bằng công thức: tỷ lệ (%) những trường hợp thực sự có bệnh và có kết quả sàng lọc dương tính trong toàn bộ các trường hợp thực sự có bệnh;

- Độ đặc hiệu của một công cụ sàng lọc là khả năng phát hiện/phân biệt đúng

các trường hợp thực sự không mắc bệnh, được tính bằng công thức: tỷ lệ (%) những trường hợp thực sự không có bệnh và có kết quả sàng lọc âm tính trong toàn bộ các trường hợp thực sự không bị bệnh.

- Trong khi đó, đường cong ROC được vẽ bằng cách thể hiện mối liên hệ giữa độ nhạy so với tỷ lệ dương tính giả (100% - độ đặc hiệu). Khi xem xét độ chính xác của một công cụ sàng lọc, thường có sự đánh đổi giữa độ nhạy và độ đặc hiệu - một công cụ có độ đặc hiệu đặc biệt cao có thể không có độ nhạy, và ngược lại. Do đó, đường cong ROC là một cách ước tính chung độ chính xác của một công cụ sàng lọc. Bằng cách tính diện tích dưới đường cong ROC (AUC: Area Under the Curve), nếu diện tích bằng 1 là công cụ sàng lọc đó có độ chính xác rất tốt và nếu bằng 0,5 thì công cụ không có giá trị trong chẩn đoán bệnh. Khi cần so sánh lựa chọn giữa hai hoặc nhiều hơn hai thang đo chẩn đoán, thang đo nào nào có AUC lớn hơn sẽ có giá trị chẩn đoán chính xác hơn.

Kết quả từ các nghiên cứu đánh giá hiệu quả sàng lọc ĐTD tuýp 2 cho thấy, thang đo FINDRISC có hiệu quả tốt khi áp dụng ở cả các nước châu Âu và châu Á (xem Bảng 3). Các nghiên cứu sử dụng FINDRISC trong sàng lọc tại cộng đồng cho kết quả AUC là

0,73 ở Philippines [14], 0,73 ở Đài Loan [7], 0,61 ở Mông Cổ [15], 0,77 ở Tây Ban Nha [16]. Với các nghiên cứu thực hiện tại cơ sở y tế, nghiên cứu về hiệu quả của thang đo FINDRISC tại Ấn Độ cho kết quả AUC là 0.77 [17]. Một nghiên cứu khác tại Malaysia - quốc gia đa chủng tộc - cũng cho kết quả tương tự là 0.76 [10]. Khi so sánh giữa hiệu quả áp dụng thang đo FINDRISC và thang đo FINDRISC hiệu chỉnh cho người châu Á, 2 nghiên cứu tại Malaysia và Philippines cho thấy không có sự khác biệt trong hiệu quả sàng lọc bệnh ĐTD tuýp 2. Kết quả này gợi ý cho việc sửa đổi các chỉ số về BMI và vòng bụng có thể là không thực sự cần thiết cho mục đích sàng lọc bệnh [10, 14]. Tuy nhiên, cũng có thể cân nhắc sử dụng các sửa đổi này trong thực tế triển khai quản lý bệnh, do 2 chỉ số này (BMI và vòng bụng) là yếu tố nguy cơ cho nhiều bệnh mạn tính khác (THA, bệnh tim mạch,...).

Một yếu tố cần quan tâm trong đánh giá độ chính xác của các thang đo sàng lọc/chẩn đoán là lựa chọn điểm cắt tối ưu - ranh giới để phân biệt giữa kết quả dương tính và âm tính. Thông thường các nghiên cứu về FINDRISC lựa chọn các điểm cắt dao động từ 9-15, tùy thuộc vào đặc điểm thực tế của quần thể trong từng nghiên cứu, và xét nghiệm chẩn đoán ĐTD tuýp 2 được dùng làm tiêu chuẩn so sánh (xem Bảng 3).

**Bảng 3. Đánh giá độ tin cậy của thang đo FINDRISC trong việc sàng lọc bệnh nhân ĐTĐ tuýp 2 chưa được chẩn đoán**

Quốc gia	Phạm vi	Thang điểm đánh giá nguy cơ	Xét nghiệm chẩn đoán bệnh	Cỡ mẫu	Độ nhạy (%)	Độ Đặc hiệu (%)	AUC (%) (95% CI)
Malaysia (2017)	Cơ sở y tế	FINDRISC	HbA1c	293	Điểm cắt $\geq 11$ : 86.4	Điểm cắt $\geq 11$ : 48.7	0.76 (0,66 – 0,85)
		ModAsian FINDRISC			Điểm cắt $\geq 12$ : 81.8	Điểm cắt $\geq 12$ : 58.3	
Án Độ (2015)	Cơ sở y tế	FINDRISC	Đường huyết ngẫu nhiên	763	Điểm cắt $\geq 13$ : 63.8	Điểm cắt $\geq 13$ : 65.7	0.77 (0,69 – 0,86)
		ModAsian FINDRISC			Điểm cắt $\geq 11$ : 95.5	Điểm cắt $\geq 11$ : 36.9	
Philippines (2010)	Cộng đồng	FINDRISC	OGTT hoặc FPG	1752	Điểm cắt $\geq 12$ : 90.9	Điểm cắt $\geq 12$ : 47.9	0.77 (0,69 – 0,86)
		modFINDRISC			Điểm cắt $\geq 13$ : 86.4	Điểm cắt $\geq 13$ : 58.3	
		simFINDRISC			Điểm cắt $\geq 15$ : 55.3	Điểm cắt $\geq 15$ : 89.7	
Đài Loan (2005-2008)	Cộng đồng	FINDRISC	FPG	2759	Điểm cắt $\geq 7$ : 73.3	Điểm cắt $\geq 7$ : 58.0	0.738 (0,694 – 0,783)
		simFINDRISC			Điểm cắt $\geq 8$ : 67.3	Điểm cắt $\geq 8$ : 67.1	
Mông Cổ (2009)	Cộng đồng	FINDRISC	FPG	1018	Điểm cắt $\geq 9$ : 62.0	Điểm cắt $\geq 9$ : 74.1	0.743 (0,699 – 0,787)
Tây Ban Nha (2010-2014)	Cộng đồng	FINDRISC	HbA1c	1425	Điểm cắt $\geq 7$ : 69.3	Điểm cắt $\geq 7$ : 61.6	0.752 (0,709 – 0,795)
		FINDRISC			Điểm cắt $\geq 8$ : 67.3	Điểm cắt $\geq 8$ : 70.8	
		FINDRISC			Điểm cắt $\geq 9$ : 63.3	Điểm cắt $\geq 9$ : 75.9	
Tây Ban Nha (2010-2014)	Cộng đồng	FINDRISC	OGTT	1408	Điểm cắt $\geq 6$ : 72.0	Điểm cắt $\geq 6$ : 63.9	0.68 (0,62 – 0,75)
		FINDRISC			Điểm cắt $\geq 7$ : 66.0	Điểm cắt $\geq 7$ : 73.5	
Tây Ban Nha (2010-2014)	Cộng đồng	FINDRISC	HbA1c	1425	Điểm cắt $\geq 8$ : 59.3	Điểm cắt $\geq 8$ : 79.4	0.69 (0,66 – 0,71)
		FINDRISC			Điểm cắt $\geq 13$ : 64.5	Điểm cắt $\geq 13$ : 64.2	
Tây Ban Nha (2010-2014)	Cộng đồng	FINDRISC	HbA1c	1425	Điểm cắt $\geq 13$ : 58.8	Điểm cắt $\geq 13$ : 64.3	0.75 (0,68 – 0,82)
		FINDRISC			Điểm cắt $\geq 13$ : 71.1	Điểm cắt $\geq 13$ : 64.1	

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Diabetes Association, 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: <em>Standards of Medical Care in Diabetes—2018</em>. Diabetes Care, 2018. 41(Supplement 1): p. S13-S27.
2. International Diabetes Federation, IDF Diabetes Atlas 9th edition 2019. 2019.
3. Bộ Y tế. Quản lý bệnh đái tháo đường ở tuyến y tế cơ sở. 2018 [cited 2020 15-April]; Available from: <http://daithaoduong.kcb.vn/quan-ly-benh-dai-thao-duong-o-tuyen-y-te-co-so/>.
4. Paterson, K.R. and P.A.C.o.t.B.D. Association, Population Screening for Diabetes Mellitus. Diabetic Medicine, 1993. 10(8): p. 777-781.
5. National Institute for Health and Care Excellence, Type 2 diabetes: prevention in people at high risk. 2017.
6. Schwarz, P.E., et al., Tools for predicting the risk of type 2 diabetes in daily practice. Horm Metab Res, 2009. 41(2): p. 86-97.
7. Lin, J.-W., et al., Cross-Sectional Validation of Diabetes Risk Scores for Predicting Diabetes, Metabolic Syndrome, and Chronic Kidney Disease in Taiwanese. Diabetes Care, 2009. 32(12): p. 2294-2296.
8. Lindström, J. and J. Tuomilehto, The Diabetes Risk Score. A practical tool to predict type 2 diabetes risk, 2003. 26(3): p. 725-731.
9. Finnish Diabetes Association, Programme for the Prevention of Type 2 Diabetes in Finland 2003-2010. 2003.
10. Lim, H.M., Y.C. Chia, and Z.L. Koay, Performance of the Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) and Modified Asian FINDRISC (ModAsian FINDRISC) for screening of undiagnosed type 2 diabetes mellitus and dysglycaemia in primary care. Primary Care Diabetes, 2020.
11. Araneta, M.R., et al., Optimum BMI cut points to screen asian americans for type 2 diabetes. Diabetes Care, 2015. 38(5): p. 814-20.
12. Hsu, W.C., et al., BMI cut points to identify at-risk Asian Americans for type 2 diabetes screening. Diabetes Care, 2015. 38(1): p. 150-8.
13. WHO Expert Consultation, Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. Lancet, 2004. 363(9403): p. 157-63.
14. Ku, G.M.V. and G. Kegels, The performance of the Finnish Diabetes Risk Score, a modified Finnish Diabetes Risk Score and a simplified Finnish Diabetes Risk Score in community-based cross-sectional screening of undiagnosed type 2 diabetes in the Philippines. Primary Care Diabetes, 2013. 7(4): p. 249-259.
15. Dugee, O., et al., Adapting existing diabetes risk scores for an Asian population: a risk score for detecting undiagnosed diabetes in the Mongolian population. BMC Public Health, 2015. 15(1): p. 938.
16. Salinero-Fort, M.A., et al., Performance of the Finnish Diabetes Risk Score and a Simplified Finnish Diabetes Risk Score in a Community-Based, Cross-Sectional Programme for Screening of Undiagnosed Type 2 Diabetes Mellitus and Dysglycaemia in Madrid, Spain: The SPREDIA-2 Study. PLoS One, 2016. 11(7): p. e0158489.
17. Pawar, S., et al., Comparative evaluation of Indian Diabetes Risk Score and Finnish Diabetes Risk Score for predicting risk of diabetes mellitus type II: A teaching hospital-based survey in Maharashtra. Journal of Family Medicine and Primary Care, 2017. 6(1): p. 120-125.

**TỔNG QUAN PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU ƯỚC TÍNH  
TỖN THẤT KINH TẾ DO SUY GIẢM NĂNG SUẤT LAO ĐỘNG DO  
BỆNH TẬT KHÔNG TỬ VONG  
LIÊN QUAN ĐẾN SỬ DỤNG RƯỢU BIA TRÊN THẾ GIỚI**  
*Method estimating economic loss of reduced productivity due to non-fatal  
illness of alcohol use in the world*

*Hoàng Thị Mỹ Hạnh<sup>1</sup>, Vũ Thị Minh Hạnh<sup>2</sup>, Vũ Thị Mai Anh<sup>1</sup>*

## **TÓM TẮT**

Các bằng chứng về tổn thất kinh tế liên quan đến năng suất lao động là cơ sở quan trọng giúp các nhà hoạch định chính sách trong ban hành, vận động để tạo dựng sự đồng thuận của xã hội về thực thi các chính sách kiểm soát đồ uống có cồn. Bài báo này nhằm cung cấp thông tin cho việc lựa chọn phương pháp nghiên cứu trong ước tính tổn thất về kinh tế do giảm năng suất lao động vì bệnh tật không tử vong liên quan đến sử dụng rượu bia. Tổn thất về kinh tế được ước tính thông qua đo lường suy giảm năng suất lao động do nghỉ làm việc và suy giảm năng suất lao động khi đang làm việc vì lý do sức khỏe liên quan đến sử dụng rượu bia. Việc đo lường năng suất suy giảm khi đang làm việc khá phức tạp. Một số bộ công cụ đã được sử dụng để ước tính mức suy giảm năng suất khi đang làm việc ở người lao động gặp các vấn đề về sức khỏe trong đó bộ công cụ WPAI-GH do Mỹ xây dựng có tính giá trị và độ tin cậy tốt nhất. WPAI-GH cũng cho phép lượng hóa được giá trị của năng suất lao động suy giảm thành tiền. Có thể vận dụng và kế thừa cách tiếp cận, phương pháp đo lường, bộ công cụ WPAI-GH để tiến hành nghiên cứu ước tính chi phí của suy giảm năng suất lao động vì lý do sức khỏe không tử vong liên quan đến sử dụng rượu bia ở Việt Nam.

Từ khóa: Đồ uống có cồn, chi phí gián tiếp, suy giảm năng suất lao động, năng suất lao động bị suy giảm do nghỉ ốm, năng suất khi đang làm việc bị suy giảm

## **ABSTRACT**

*Evidence of alcohol-related productivity loss is an important basis for policy makers to develop and advocate the implementation of alcohol control policies. This paper aims at reviewing methods estimating the economic loss of reduced productivity due to alcohol use-*

<sup>1</sup> Nghiên cứu viên Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

<sup>2</sup> Nguyên Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

*related non-fatal illness. Economic loss is estimated by measuring the reduction in productivity due to absenteeism and presenteeism related to alcohol use. Measuring presenteeism/reduced on-the-job productivity is rather complex. A number of tools have been used to estimate presenteeism of labors who are suffering health-problems of which the US WPAI-GH has the best validity and reliability. The WPAI-GH also allows the quantification of reduced productivity into money. The reviewed approach, method and measurement tool can be applied and used for research estimating cost of alcohol-related reduced productivity due to non-fatal illness in Vietnam.*

*Keywords: alcohol, indirect cost, reduced productivity, absenteeism, presenteeism*

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Sử dụng đồ uống có cồn không hợp lý dẫn đến những hậu quả trực tiếp đối với sức khỏe của người sử dụng, làm giảm năng suất lao động, đồng thời gây ra các hậu quả kinh tế và xã hội khác đối với gia đình và cộng đồng. Phí tổn kinh tế từ việc sử dụng đồ uống có cồn đối với toàn xã hội liên quan đến các hậu quả sức khỏe và xã hội nói trên chiếm từ 1,3% đến 3,9% GDP của một số quốc gia [7], [30]. Sử dụng đồ uống có cồn là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong và bệnh tật trong nhóm dân số 25-59 tuổi, đây là lực lượng lao động chủ yếu của toàn xã hội [6], [29]. Vì vậy, tổn thất kinh tế do năng suất lao động bị mất đi hoặc suy giảm liên quan đến sử dụng đồ uống có cồn chiếm tỷ trọng rất cao trong tổng chi phí xã hội do sử dụng đồ uống có cồn ở một số quốc gia (50%-94%), trong đó, tổn thất do năng suất lao động suy giảm do bệnh tật không tử vong có thể chiếm đến khoảng 1/3 [26], [27].

Tổn thất kinh tế do năng suất lao động bị suy giảm được đánh giá là một trong những

bằng chứng quan trọng phản ánh hậu quả kinh tế đối với xã hội của sử dụng đồ uống có cồn vì năng suất lao động ảnh hưởng đến sự sống còn và phát triển của một cộng đồng. Bằng chứng về tổn thất kinh tế liên quan đến năng suất lao động là cơ sở quan trọng để các nhà hoạch định chính sách trong ban hành, vận động để tạo dựng sự đồng thuận của xã hội về thực thi các chính sách kiểm soát đồ uống có cồn. Ngoài ra, một số quốc gia đã tiến hành phân tích thường kỳ chỉ số này để đánh giá hiệu quả của các chính sách về kiểm soát đồ uống có cồn.

Tại Việt Nam, số liệu về thực trạng sử dụng rượu bia trong cộng đồng đã được định kỳ cập nhật qua các cuộc điều tra ở quy mô quốc gia. Tuy nhiên chưa có bằng chứng từ các nghiên cứu khoa học về tổn thất kinh tế do mất hoặc suy giảm năng suất lao động do tử vong và bệnh tật bởi sử dụng rượu bia.

Nhằm cung cấp thêm thông tin cho việc chọn lựa phương pháp nghiên cứu trong các nghiên cứu ước tính tổn thất về kinh tế do giảm năng suất lao động liên quan đến sử

dụng rượu bia, nhóm nghiên cứu thuộc Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã thực hiện tổng quan phương pháp nghiên cứu và kết quả nghiên cứu về tổn thất năng suất lao động liên quan đến rượu bia trên thế giới và ở Việt Nam. Bài báo trình bày một phần kết quả tổng quan về phương pháp nghiên cứu về tổn thất kinh tế do suy giảm năng suất lao động do bệnh tật không tử vong liên quan đến sử dụng rượu bia trên thế giới.

## PHƯƠNG PHÁP TÌM KIẾM TÀI LIỆU

Các tài liệu được tìm kiếm từ cơ sở dữ liệu Pubmed và tham khảo Báo cáo chuyên khảo Rượu bia và Sức khỏe của Tổ chức y tế thế giới các năm. Các từ khóa chính được sử dụng trong quá trình tìm kiếm bao gồm: “Alcohol”, “indirect cost”, “reduced productivity”, “absenteeism”, “presenteeism”

## KẾT QUẢ

### 1. Các cấu phần của tổn thất kinh tế do năng suất lao động mất đi liên quan đến rượu bia.

Theo Hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới về ước tính chi phí của các chất gây nghiện (thuốc lá, rượu bia...) chi phí này bao gồm ba cấu phần: chi phí trực tiếp (direct cost), chi phí gián tiếp (indirect cost) và chi phí vô hình (intangible cost), có thể được ước tính từ góc độ cá nhân, gia đình, ngành sản xuất, hay toàn xã hội [24].

*Chi phí trực tiếp* là giá trị (value) các nguồn lực (hàng hóa và dịch vụ...) đã sử dụng để giải quyết hậu quả liên quan đến sử dụng rượu bia. Ngược lại, *chi phí gián tiếp* là giá trị các nguồn lực của xã hội (điển hình là năng suất lao động - productivity) mất đi liên quan đến việc sử dụng rượu bia [9]. Nguồn lực xã hội mất đi này có thể từ bản thân người sử dụng rượu bia (nghỉ làm việc do say rượu bia hoặc các bệnh mạn tính/chấn thương liên quan đến rượu bia) và cả của những người xung quanh chịu hậu quả từ việc uống rượu bia của người đó (ví dụ như nghỉ làm để chăm sóc người ốm). *Chi phí vô hình* liên quan đến chất lượng cuộc sống mất đi do sức khỏe thể chất và tinh thần bị giảm sút.

Tổng quan hệ thống của Thavorncharoensap M và cộng sự với 22 nghiên cứu công bố từ năm 1990-2007 ở 14 quốc gia [27] và ở Sri Lanka [31] về tổn thất kinh tế của sử dụng rượu bia cho thấy các loại hình chi phí liên quan đến năng suất lao động mất đi của *bản thân người uống rượu bia được tính toán*, gồm:

- + Người lao động bị tử vong sớm;
- + Người lao động bị suy giảm năng suất lao động vì lý do sức khỏe không tử vong/bệnh tật;
- + Người lao động mất việc làm hoặc nghỉ hưu sớm;
- + Mất thời gian lao động vì các nguyên nhân khác như người lao động bị ở tù vì vi phạm pháp luật trong hoặc sau khi uống rượu bia.

Từ năm 2008, trong các nghiên cứu về tác hại của rượu bia đối với những người xung

quan, các nhà nghiên cứu đã hoàn thiện thêm cách tiếp cận mới, góp phần phản ánh toàn diện hơn ảnh hưởng và ước tính chi phí của sử dụng rượu bia đến lực lượng lao động thông qua việc ước tính nguồn lực lao động mất đi trong *nhóm những người xung quanh người uống rượu bia, gồm người thân trong gia đình và đồng nghiệp*. Các nghiên cứu này ước tính thời gian một người trong lực lượng lao động dành chăm sóc người trong gia đình/người thân bị ốm/ chấn thương do sử dụng rượu bia, chăm sóc người say rượu bia, thời gian nằm viện khi bị các chấn thương do người uống rượu bia gây ra, thời gian người lao động phải làm thêm giờ do đồng nghiệp bị say rượu bia. Ngoài ra, nghiên cứu cũng tìm hiểu các ảnh hưởng khác như số lần bị tai nạn lao động hay suýt bị tai nạn lao động do đồng nghiệp bị say rượu bia, số lần năng suất lao động khi đang làm việc bị giảm sút do đồng nghiệp say rượu bia gây ra [12].

## 2. Phương pháp ước tính suy giảm năng suất lao động vì bệnh tật không tử vong và chi phí đối với xã hội

### 2.1. Loại hình nghiên cứu

Đánh giá tổn thất kinh tế của năng suất lao động suy giảm vì lý do sức khỏe liên quan đến rượu bia được phân loại thuộc nhóm nghiên cứu về *chi phí của ốm đau/vấn đề sức khỏe (cost of illness -COI)*. Trong nghiên cứu COI, các số liệu dịch tễ học sẽ được kết hợp với thông tin tài chính (financial information) để lượng giá chi phí đối với xã hội của bệnh tật, quy đổi các nguồn lực đã sử dụng hoặc các nguồn lực mất đi thành tiền [24].

Sử dụng quan điểm về *chi phí cơ hội* của các nhà kinh tế, các nghiên cứu COI được tiến hành với *giả định* nếu không ai trong một xã hội/cộng đồng sử dụng chất gây nghiện như thuốc lá, rượu bia, ma túy thì nguồn lực xã hội sử dụng để điều trị, giải quyết hậu quả (chi phí trực tiếp) sẽ được sử dụng cho mục đích khác và xã hội sẽ không phải mất đi các nguồn lực như năng suất lao động (chi phí gián tiếp) [24].

### 2.2. Loại số liệu dịch tễ về sử dụng rượu bia được thu thập

Để ước tính chi phí này, một trong hai loại số liệu dịch tễ học về sử dụng chất gây nghiện sẽ được sử dụng: số hiện mắc tại một thời điểm hoặc mắc mới trong năm nghiên cứu, tùy thuộc vào mục tiêu và phương pháp thu thập thông tin của nghiên cứu. Phương pháp ước tính trên số hiện mắc (prevalence based approach) cho phép nhà nghiên cứu ước tính chi phí liên quan đến việc sử dụng chất gây nghiện ở những người đã bỏ/không còn sử dụng nhưng vẫn gặp các vấn đề sức khỏe liên quan như bệnh mạn tính, tàn tật khác [24].

### 2.3. Lý thuyết kinh tế và tác động của sức khỏe của người lao động đến năng suất lao động

Giá trị mà một người lao động mang lại cho xã hội được tính bằng thời gian lao động nhân với giá trị năng suất lao động khi họ làm việc. Trong thị trường lao động hoạt động hoàn hảo, tiền công của một giờ lao động tương xứng với giá trị năng suất lao động của người đó [24]. Vì vậy, chi phí của năng suất lao động suy giảm vì lý do sức khỏe của một người lao động có thể được đo lường gián



tiếp thông qua hai đại lượng liên quan, đó là giá trị của thời gian lao động mất đi khi người lao động đó nghỉ làm việc và giá trị của năng suất lao động suy giảm khi người lao động đó đang làm việc.

Trong các phương pháp định giá trị cho chi phí năng suất lao động, phương pháp Vốn con người- Human capital method quy giá trị của một người lao động ngang bằng với tiền công/tiền lương người đó được nhận. Giá trị quy đổi thành tiền của năng suất lao động mất đi (nghỉ làm việc vì lý do sức khỏe hoặc tử vong) sẽ bằng thời gian lao động mất đi nhân với lương/tiền công.

#### **2.4. Đo lường suy giảm năng suất lao động vì bệnh tật không tử vong và ước tính chi phí**

Đối với suy giảm sức lao động vì bệnh tật không tử vong, một người lao động có việc làm nếu có sử dụng rượu bia trong quá khứ hoặc hiện tại có thể mắc phải các bệnh tật không tử vong liên quan đến rượu bia hoặc chịu các ảnh hưởng cấp tính của việc sử dụng nhiều rượu bia (say rượu bia) dẫn đến suy giảm về năng suất lao động [7], [19], [30]. Việc suy giảm năng suất lao động này thể hiện qua hai hình thức gây thiệt hại về nguồn lực lao động cho xã hội [24], [27], bao gồm:

- (1) *Năng suất lao động bị suy giảm do thời gian lao động bị mất đi* khi người lao động gặp phải các vấn đề về sức khỏe phải nghỉ làm để điều trị bệnh hoặc phục hồi sức khỏe, gọi tắt là nghỉ làm việc vì lý do sức khỏe (absenteeism).
- (2) Người lao động gặp phải các vấn đề sức khỏe vẫn đi làm nhưng hiệu quả công

việc bị suy giảm dẫn đến *năng suất khi đang làm việc bị suy giảm (presenteeism/reduced on-the-job productivity)* vì một số lý do: Làm việc nhưng không ở trạng thái năng suất như trước khi gặp phải các vấn đề sức khỏe do bị ảnh hưởng bởi: Thời gian làm việc (ví dụ như đến nơi làm việc nhưng không làm việc được), chất lượng giảm (ví dụ như bị chấn thương, gây lãng phí, sản phẩm bị lỗi), số lượng sản phẩm sản xuất ra bị giảm sút; tương tác với đồng nghiệp bị ảnh hưởng [1].

✓ *Đo lường năng suất lao động bị suy giảm do nghỉ làm việc vì lý do sức khỏe liên quan đến sử dụng rượu bia và ước tính chi phí:*

Nghiên cứu thường đo lường thời gian nghỉ làm việc vì lý do sức khỏe nói chung hoặc do người lao động mắc một bệnh/tật cụ thể [22]:

+ Nguồn cung cấp thông tin: Việc đo lường thời gian người lao động nghỉ làm việc vì lý do sức khỏe để điều trị bệnh hoặc phục hồi sức khỏe khá đơn giản, có thể dựa trên hai nguồn số liệu: 1) Số liệu báo cáo của các ngành công nghiệp/sản xuất (tuy nhiên nhược điểm của nguồn số liệu này là thiếu thông tin về thực trạng và mức sử dụng rượu bia) hoặc 2) điều tra đối với người lao động tại nơi làm việc hoặc 3) điều tra với bệnh nhân tại bệnh viện hoặc 4) điều tra hộ gia đình đối với người lao động. Phương pháp thu thập thông tin có thể là tiến cứu (theo dõi dọc) hoặc hồi cứu.

+ Thời gian hồi cứu: Với các điều tra thu thập thông tin từ người lao động mà người lao động hồi cứu và tự báo cáo về thời gian nghỉ

làm do các vấn đề sức khỏe, thời gian hồi cứu càng ngắn thì càng hạn chế được sai số nhớ lại [21]. Với nghỉ làm việc vì lý do sức khỏe, thời gian hồi cứu lý tưởng nhất hạn chế được sai số nhớ lại là không quá 2 tuần trước thời điểm phỏng vấn [22]. Một số nghiên cứu sử dụng thời gian hồi cứu là 1 tuần [26], 2 tuần, 4 tuần qua hoặc 3 tháng qua [4], [17].

+ **Đơn vị tính:** Thời gian lao động mất đi do nghỉ làm việc vì lý do sức khỏe có thể tính bằng đơn vị ngày hoặc giờ làm việc [21]. Nếu hồi cứu theo tuần, thời gian lao động mất đi trong một năm do nghỉ làm việc sẽ được tính bằng trung bình thời gian nghỉ làm việc vì lý do sức khỏe trong tuần của người lao động có việc làm x 52 tuần [25] hoặc quy đổi ra số ngày làm việc theo đặc thù ngày làm việc của từng quốc gia (ví dụ 1 năm có 222 ngày làm việc ở Thái Lan) [32].

**Thời gian nghỉ làm việc vì các lý do sức khỏe liên quan đến sử dụng rượu bia của người lao động:** là trung bình hiệu số giữa thời gian nghỉ làm việc vì các lý do sức khỏe nói chung của người có sử dụng rượu bia và người không sử dụng rượu bia, theo các mức độ nguy cơ trong sử dụng rượu bia [4], [17].

**Tổn thất kinh tế của năng suất lao động suy giảm do nghỉ làm việc vì lý do sức khỏe liên quan đến rượu bia** sẽ bằng thời gian nghỉ làm việc liên quan đến rượu bia (giờ/ngày) nhân với thu nhập từ việc làm bình quân của 1 giờ/ngày làm việc của người lao động.

Tùy theo mục tiêu và quy mô của nghiên cứu, cũng như đặc thù thị trường lao động của từng nước mà các nghiên cứu sử dụng

tiền công hoặc thu nhập bình quân thực tế hoặc bình quân của cả nước để lượng giá giá trị cho thời gian nghỉ làm việc vì lý do sức khỏe. Với những quốc gia mà lao động làm công ăn lương là lực lượng lao động chủ đạo, đa số đối tượng nghiên cứu có thể báo cáo dễ dàng thu nhập thực tế từ việc làm (lương, tiền công của một giờ/ngày lao động của cá nhân) như Mỹ, Úc [17], [25]. Ở những quốc gia mà lao động làm công ăn lương chiếm tỷ lệ thấp, thu nhập từ việc làm bình quân đầu người từ các cuộc điều tra mức sống dân cư/kinh tế xã hội thường được sử dụng trong các phân tích ước tính chi phí của chất gây nghiện đối với toàn xã hội như nghiên cứu ở Thái Lan và Việt Nam [2], [26].

Một số tác giả ở Việt Nam ước tính thu nhập thực tế từ việc làm của người trả lời để ước tính phí tổn kinh tế của suy giảm năng suất lao động do nghỉ làm việc để điều trị/phục hồi sức khỏe do chấn thương [8], [16] hay nghỉ làm việc do phải nhập viện để điều trị các bệnh liên quan đến hút thuốc lá [3] và so sánh chi phí được tính toán từ thu nhập thực tế này với chi phí được tính toán dựa trên thu nhập bình quân quốc gia. Kết quả cho thấy với một số bệnh, tật mà người mắc bệnh/tật có xu hướng là lực lượng lao động chính như nam giới... thì tổn thất kinh tế từ năng suất lao động bị suy giảm do nghỉ làm việc vì lý do sức khỏe nếu ước tính theo thu nhập thực tế sẽ cao hơn so với tính theo thu nhập từ việc làm bình quân đầu người của cả nước [2], [8].

✓ **Đo lường năng suất lao động bị suy giảm khi đang làm việc vì lý do sức khỏe liên quan đến sử dụng rượu bia và ước tính chi phí**

Đo lường năng suất lao động suy giảm khi làm việc của người lao động đang gặp phải một số vấn đề về sức khỏe là một phần thiết yếu của nghiên cứu ước tính tổn thất kinh tế do giảm năng suất lao động liên quan đến sức khỏe vì các bằng chứng khoa học cho thấy khi mắc một số bệnh tật như bệnh đau nửa đầu, trầm cảm, tàn tật, năng suất lao động khi đang làm việc giảm rất nhiều so với năng suất lao động mất đi do người bệnh nghỉ làm việc [24]. Điều này dẫn đến ***tổn thất kinh tế do suy giảm năng suất khi đang làm việc cao hơn nhiều lần so với tổn thất của nghỉ làm việc vì các lý do sức khỏe nói chung***. Trong nghiên cứu của Stewart và cộng sự 2003 tại Mỹ, 71% chi phí của suy giảm năng suất lao động vì lý do sức khỏe nói chung là do suy giảm năng suất khi đang làm việc, 29% là do nghỉ làm việc [25].

Tuy nhiên, đo lường năng suất suy giảm khi đang làm việc khá phức tạp. Vì vậy, trong số 22 nghiên cứu có ước tính chi phí do suy giảm năng suất lao động liên quan đến sử dụng rượu bia, chỉ có 7 nghiên cứu tại Mỹ, Niu-Di-lân, Nhật, Hà Lan và Thái Lan có ước tính chi phí do suy giảm năng suất khi đang làm việc [27], 15 nghiên cứu còn lại chỉ ước tính chi phí do suy giảm năng suất lao động do nghỉ làm việc vì lý do sức khỏe.

+ Sử dụng mức suy giảm năng suất lao động giả định

Trong 7 nghiên cứu có ước tính mức suy giảm năng suất lao động chung (do nghỉ làm việc vì lý do sức khỏe và suy giảm năng suất khi làm việc) hoặc mức suy giảm năng suất lao động khi làm việc, 6 nghiên cứu sử dụng

các giả định tỷ lệ suy giảm năng suất lao động như sau:

- Suy giảm năng suất lao động chung liên quan đến sử dụng rượu bia là 21% ở Nhật [15], 20% ở Hà Lan [11].
- Suy giảm năng suất lao động khi làm việc lên đến 25% đối với nhóm sử dụng rượu bia ở mức nguy cơ nhất ở Niu-Di-Lân và Mỹ [5], [10].

+ Tính toán mức suy giảm năng suất lao động bằng các công cụ đo lường (thang đo) và thang đo WPAI-GH

Một số loại hình công việc cho phép có thể đo lường chính xác năng suất lao động dựa trên sản phẩm, được phản ánh rõ ràng nhất qua số lượng sản phẩm người lao động sản xuất ra trong một giờ/ngày lao động. Tuy nhiên, có nhiều loại hình công việc không có các sản phẩm cụ thể, vì vậy không lượng hóa được năng suất lao động tăng hay giảm thông qua việc đo đếm số lượng sản phẩm. Trong bối cảnh đó, cuối những những năm 1990, các nhà nghiên cứu đã xây dựng và thử nghiệm các công cụ ước tính mức (tỷ lệ %) suy giảm năng suất khi đang làm việc ở người lao động gặp các vấn đề về sức khỏe dựa trên các thang đo ***wóc lượng mức tác động của sức khỏe đến các yếu tố liên quan đến năng suất khi đang làm việc thay cho đo lường trực tiếp các sản phẩm đầu ra*** [19], [21].

Tổng quan của Prasad và cộng sự (2004) cho thấy có 06 bộ công cụ đo lường ảnh hưởng của tình trạng sức khỏe/ốm đau nói chung đến năng suất lao động được áp dụng cho đối tượng nghiên cứu là dân số lao động

[18], trong đó có 2 bộ công cụ chỉ đo lường năng suất lao động suy giảm khi đang làm việc (1 và 2) và 4 bộ công cụ đo lường năng suất lao động suy giảm chung (nghỉ làm việc vì lý do sức khỏe + năng suất lao động suy giảm khi làm việc) (4-6), bao gồm:

- (1) Bộ công cụ sức khỏe và công việc-Health Work Questionnaire
- (2) Bộ công cụ về hạn chế khi làm việc-Work Limitation Questionnaire),
- (3) Bộ thang đo năng suất lao động Endicott (EWPS -Endicott Work Productivity Scale);
- (4) Bộ công cụ đo lường sức khỏe và lao động HLQ (Health and Labor Questionnaire)
- (5) Bộ công cụ đo lường sức khỏe và kết quả làm việc (HPQ = Health and Work Performance)
- (6) Bộ công cụ công cụ đo lường ảnh hưởng của tình trạng sức khỏe nói chung đến khả năng làm việc và hoạt động thông thường (WPAI-GH = Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire.

Trong số 6 bộ công cụ nêu trên, **bộ công cụ WPAI-GH** do các nhà nghiên cứu của Mỹ xây dựng) [21], được biết đến với các ưu điểm sau [18]:

- + Đo lường được cả năng suất lao động suy giảm do nghỉ làm việc vì lý do sức khỏe và khi đang làm việc
- + Có tính giá trị (validity) và độ tin cậy (reliability) tốt nhất.
- + Thang đo Likert 11 điểm cho phép định lượng hóa mức suy giảm năng suất lao động.

- + Bảng hỏi tương đối ngắn, số lượng câu hỏi tương đối ít (6 câu hỏi)
- + Thời gian hồi cứu ngắn (1 tuần), hạn chế được sai số hồi cứu
- + Chi phí hành chính thấp

Lofland và cộng sự (2004) và Mattke và cộng sự (2007) cũng tổng quan về các phương pháp và thang đo đo lường suy giảm năng suất lao động khi làm việc [13], [14]; ngoài việc thống nhất các điểm mạnh nêu trên của bộ công cụ WPAI-GH, các tác giả bổ sung một điểm mạnh khác: WPAI-GH cho phép lượng hóa được giá trị của năng suất lao động suy giảm thành tiền do định lượng được mức suy giảm năng suất lao động.

Mặc dù phương pháp đo lường năng suất lao động sử dụng các thang đo do người lao động **tự đánh giá** qua các cuộc điều tra vẫn còn một số hạn chế, phương pháp này đã được các chủ sử dụng lao động dùng để đánh giá mức độ ảnh hưởng của tình trạng sức khỏe nói chung hoặc một bệnh tật cụ thể đến năng suất lao động [19]. Năm 2006, nghiên cứu của tổ chức HITAP, Thái Lan do Thavorncharoensap và cộng sự tiến hành đã lần đầu tiên sử dụng công cụ thang đo để ước tính mức suy giảm năng suất lao động liên quan đến sử dụng rượu bia [27]. Bộ công cụ WPAI-GH đã được sử dụng trong nghiên cứu này.

Chuẩn hóa ngôn ngữ (linguistic validate):  
 Đến nay bộ công cụ WPAI-GH đã được hiệu đính lần thứ 2 và được đơn vị phát hành dịch ra 130 thứ tiếng, trong đó có tiếng Việt. Chuẩn hóa ngôn ngữ bộ công cụ tiếng Việt được tiến hành năm 2008, thực hiện theo quy

chuẩn và hướng dẫn của Cục Quản lý Dược phẩm và Thực phẩm Hoa Kỳ.

Nội dung và phương pháp đo lường mức suy giảm năng suất lao động vì lý do sức khỏe nói chung của WPAI-GH:

➤ *Nội dung:*

Bảng hỏi WPAI-GH gồm 6 câu hỏi, thời gian hồi cứu là 7 ngày qua với nội dung chính của mỗi câu hỏi như sau:

1 = xác định người trả lời có phải là lao động có việc làm hay không (có/không)

2 = số giờ nghỉ làm việc vì lý do sức khỏe trong tuần qua

3 = số giờ nghỉ làm việc vì các lý do khác trong tuần qua

4 = số giờ đã làm việc trong tuần qua

5 = mức độ ảnh hưởng của tình trạng sức khỏe đến năng suất lao động khi làm việc trong tuần qua (thang đo liên tục từ 0 đến 10 trong đó 0 = không ảnh hưởng gì đến công

việc, 10 = hoàn toàn không làm được việc vì các vấn đề sức khỏe).

6 = mức độ ảnh hưởng của sức khỏe đến các hoạt động hàng ngày khác trong tuần qua (làm việc nhà, đi mua sắm, trông trẻ, tập thể dục, học tập) (thang đo từ 0-10 như trên)

➤ *Năng suất lao động suy giảm*

Các chỉ số đầu ra của công cụ phản ánh mức độ ảnh hưởng đến năng suất lao động của tình trạng sức khỏe theo tỷ lệ phần trăm, tỷ lệ càng cao có nghĩa mức ảnh hưởng càng lớn và năng suất lao động càng thấp; bao gồm các chỉ số sau:

1) Tỷ lệ (%) suy giảm năng suất do nghỉ làm việc vì lý do sức khỏe =  $C2 / (C2 + C4)$

2) Tỷ lệ (%) suy giảm năng suất khi làm việc vì các vấn đề sức khỏe =  $C5 / 10$

3) Tỷ lệ (%) năng suất lao động suy giảm vì các vấn đề sức khỏe (suy giảm năng suất do nghỉ làm việc vì lý do sức khỏe + suy giảm năng suất khi làm việc):

$$\text{WPAI rate} = C2 / (C2 + C4) + [(1 - (C2 / (C2 + C4))) \times (C5 / 10)]$$

Hộp 1: Ví dụ minh họa

Giả sử trong tuần qua một người lao động có việc làm (được trả công hoặc lao động có tạo thu nhập) vì lý do sức khỏe đã nghỉ ốm 8 giờ làm việc, số giờ làm việc thực tế trong tuần của anh ta là 30 giờ. Trong 30 giờ làm việc đó, căn cứ trên ảnh hưởng của tình trạng sức khỏe của bản thân đến khả năng làm việc (gồm số lượng hoặc loại công việc có thể làm, sự cẩn thận khi làm việc và khối lượng công việc, yêu cầu đầu ra của công việc), người lao động tự đánh giá tình trạng sức khỏe đã ảnh hưởng đến năng suất khi đang làm việc ở mức 1 trong thang đó từ 0 đến 11.

Trong trường hợp đó,

- Tỷ lệ suy giảm năng suất lao động do nghỉ làm việc vì lý do sức khỏe là:  $8/38 = 21\%$
- Tỷ lệ (%) suy giảm năng suất khi làm việc vì các vấn đề sức khỏe =  $1/10 = 0,1$
- Tỷ lệ (%) năng suất lao động suy giảm vì các vấn đề sức khỏe (suy giảm năng suất do nghỉ làm việc vì lý do sức khỏe + suy giảm năng suất khi làm việc):

$$0,21 + (1 - 0,21) \times 0,1 = 0,289 \text{ tương đương } 28,9\%$$

➤ *Năng suất lao động suy giảm liên quan đến sử dụng rượu bia*

Nếu tỷ lệ suy giảm năng suất lao động của người có uống rượu bia (thuộc mỗi mức nguy cơ) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tỷ lệ suy giảm năng suất lao động ở người không uống rượu bia thì hiệu số giữa hai năng suất lao động suy giảm này sẽ là năng suất lao động suy giảm liên quan đến sử dụng rượu bia.

➤ *Chi phí của năng suất lao động bị suy giảm vì lý do sức khỏe liên quan đến sử dụng*

*rượu bia của mỗi cá nhân trong một năm = trung bình tỷ lệ (%) năng suất lao động suy giảm vì các vấn đề sức khỏe liên quan đến sử dụng rượu bia nhân với thu nhập bình quân đầu người trong năm nghiên cứu.*

➤ *Tổng chi phí của năng suất lao động bị suy giảm vì lý do sức khỏe liên quan đến sử dụng rượu bia trong năm của một quần thể dân cư với các mức sử dụng rượu bia khác nhau (ký hiệu C\_WPAI) sẽ được tính toán như sau:*

$$C\_WPAI = \sum_{i=1}^n (P_i * Pop * Emp * Inc_i * WPAI_i)$$

Trong đó

$P_i$  = tỷ lệ người có sử dụng rượu bia ở mức nguy cơ I theo giới và tuổi

$Emp$  = Tỷ lệ người có việc làm/tỷ lệ tham gia lực lượng lao động theo giới và tuổi

$Inc_i$  = Thu nhập bình quân đầu người/năm theo giới, tuổi và mức sử dụng rượu bia

$Pop$  = Dân số theo tuổi và giới

$WPAI_i$  = Tỷ lệ (%) năng suất lao động suy giảm vì các vấn đề sức khỏe (suy giảm năng suất do nghỉ làm việc vì lý do sức khỏe+suy giảm năng suất khi làm việc) liên quan đến sử dụng rượu bia của những người có sử dụng rượu bia ở mức nguy cơ I theo tuổi và giới

n: các mức sử dụng rượu bia trong nhóm có sử dụng rượu bia, tùy theo theo cách thức phân loại mà nghiên cứu sử dụng

## KẾT LUẬN

Tổng quan về phương pháp nghiên cứu trên thế giới về suy giảm năng suất lao động vì lý do sức khỏe liên quan đến sử dụng rượu bia và ước tính chi phí liên quan, có thể nhận thấy:

- Suy giảm năng suất lao động vì lý do sức khỏe không từ vong là một cấu phần quan trọng trong chi phí đối với xã hội của sử dụng rượu bia. Nguồn lực của xã hội bị mất đi do ***năng suất lao động của bản thân người uống rượu bia bị suy giảm*** này gồm hai cấu phần là năng suất lao

động suy giảm do nghỉ làm việc và năng suất lao động suy giảm khi đang làm việc vì lý do sức khỏe. Ước tính đầy đủ cả hai nguồn lực của xã hội bị mất đi này sẽ góp phần phản ánh toàn diện hậu quả về kinh tế đối với xã hội của sử dụng rượu bia.

- Có thể vận dụng và kế thừa cách tiếp cận, phương pháp đo lường, bộ công cụ đo lường năng suất lao động suy giảm (WPAI-GH) để tiến hành nghiên cứu ước tính chi phí của suy giảm năng suất lao động vì lý do sức khỏe không từ vong liên quan đến sử dụng rượu bia ở Việt Nam.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tiếng Anh

1. American College of Occupational and Environmental Medicine 2017, Health and Productivity Terms and Definitions. Available from: <http://www.acoem.org/HealthTermsandDefinitions.aspx>. truy cập 21/6/2017
2. Anh PTH 2014 et al, Direct and indirect costs of smoking in Vietnam, *Tob Control* doi:10.1136/tobaccocontrol-2014-051821
3. Anh PTH 2012 et al, Health costs attributable to smoking in Vietnam, IDRC Project Number:103771-001, Health Bridge
4. Collin D & Lapsley H 2006, The Costs of Tobacco, Alcohol and Illicit Drug Abuse to Australian Society in 2004/05, Australian Department of Health and Ageing, Canberra. ISBN: 1-74186-436-4. <http://tobacco.cleartheair.org.hk/wp-content/uploads/2012/06/mono64.pdf>.
5. Devlin NJ, Scuffham PA, Bunt LJ. The social costs of alcohol abuse in New Zealand. *Addiction* 1997 ; 92(11):1491-505.
6. EAHF 2011, ALCOHOL, WORK AND PRODUCTIVITY, Scientific Opinion of the Science Group of the European Alcohol and Health Forum .[http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/alcohol/docs/science\\_02\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/alcohol/docs/science_02_en.pdf)
7. Gmel G and Rehm J. 2003, Harmful alcohol use. *Alcohol Research and Health*, 2003,27(1):52-62. <http://www.dol.govt.nz/PDFs/MeasuringTotalCostOfInjury.pdf> truy cập 5/1/2006
8. Hanh HTM, Lan PT, Thuy VTN, Phuong NK, Dorna CM. and Hill PS 2008, The costs of traumatic brain injury due to motorcycle accidents in Hanoi, Vietnam. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*6(17)
9. Harwood H, Foundtain D and Livermore G 1998, The economic costs of alcohol and drug abuse in the United States, 1992, US Department of Health and Human services, National institute on Drug abuse, Rockville. NiH publication number 98-4327. <https://archives.drugabuse.gov/EconomicCosts/Chapter3.html#3.2>
10. Jones S, Casswell S, Zhang JF 1995, The economic costs of alcohol-related absenteeism and reduced productivity among the working population of New Zealand. *Addiction* 1995;90(11):1455-61.
11. KPMG 2001, Excessive alcohol consumption in the Netherlands- trend and social costs-. NIGZ and GGZ Nederland; 2001.
12. Laslett A-M, Catalano P, Chikritzhs Y, Dale C, Doran C, Ferris J, Jainullabudeen, T, Livingston M, Matthews S, Mugavin J., Room R, Schlotterlein M and Wilkinson C 2010, The Range and Magnitude of Alcohol's Harm to Others. Fitzroy, Victoria: AER Centre for Alcohol PolicyResearch, Turning Point Alcohol and Drug Centre, Eastern Health
13. Lofland JH, Pizzi L, Frick KD 2004, A review of health-related workplace productivity loss instruments, *Pharmacoeconomics* 2004; 22:165–84
14. Mattke S, Balakrishnan A, Bergamo G, Newberry SJ 2007, A review of methods to measure health-related productivity loss, *Am J Manag Care* 2007; 13:211–7.
15. Nakamura K, Tanaka A, Takano T 1993, The social cost of alcohol abuse in Japan. *J stud Alcohol* 1993, 54(5):618-625

16. Nguyen et al 2012, The economic burden of road traffic injuries: Evidence from a provincial general hospital in Vietnam. *Injury Prevention* June 2012.
17. Pidd K et al 2006, Estimating the cost of alcohol-related absenteeism in the Australian workforce: the importance of consumption patterns. *MJA* 2006; 185: 637–641
18. Prasad et al 2004, A review of self-report instruments measuring health-related work productivity: a patient-reported outcomes perspective, *Pharmacoeconomics*, 2004; 22(4):225-44
19. Prochaska et al 2011, The well-being assessment for productivity: a well-being approach to presenteeism. *J Occup Environ Med.* 2011 Jul; 53(7):735-42. doi: 10.1097
20. Puangsuwan A 2013, Association between Drinking Patterns and Work Performance of Industrial Workers. Bài trình bày tại Hội nghị GAPC 2013, 7-9/10/2013. Seoul, Hàn Quốc
21. Reilly MC, Zbrozek AS, Dukes EM 1993, The validity and reproducibility of a work productivity and activity impairment instrument. *Pharmacoeconomics* 1993; 4(5):353-65. [http://www.reillyassociates.net/WPAI\\_General.html](http://www.reillyassociates.net/WPAI_General.html) truy cập 15/5/2017.
22. Reilly MC 2008, Development of the Work Productivity and Activity Impairment (WPAI) Questionnaire, Reilly Associate, New York
23. Severens JL, Mulder J, Laheij R, Verbeek A 2000, Precision in measuring absence from work as a basis for calculating productivity costs in the Netherlands. *Social Sci Med.* 2000; 51:243–24
24. Single E et al 2003, International guidelines for estimating the costs of substance abuse. 2nd edition. WHO
25. Stewart W, Ricci J, Chee E, Morganstein D 2003, Lost productive work time costs from health conditions in the United States: results from the American Productivity Audit. *J Occup Environ Med.* 2003; 45:1227–1234.
26. Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Yothasamut J, Lertpitakpong C, Thitiboonsuwan K, Neramitpitagkul P, Chaikledkaew U. 2010, The economic costs of alcohol consumption in Thailand, 2006. *BMC Public Health* 2010, 10:323. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/323>
27. Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Yothasamut J, Lertpitakpong C and Chaikledkaew U. 2009, The economic impact of alcohol consumption: a systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2009, 4:20 doi:10.1186/1747-597X-4-20
28. Thitiboonsuwan K 2007, Assessing Productivity Lost from Alcohol Drinking among Thai Population, The 3rd National Alcohol Conference “Alcohol: No Ordinary Commodity”, 21st-22nd November 2007, Richmond Hotel, Nonthaburi, Page 144.
29. WHO 2011a, Occupational Health, Workplace health promotion, Geneva: WHO. ([http://www.who.int/occupational\\_health/topics/workplace/en](http://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en))
30. WHO 2014, Global report on alcohol and health status. [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msb\\_gsr\\_2014\\_3.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_3.pdf?ua=1)
31. Sajeeva Ranaweera et al 2018, Economic cost of alcohol use in Sri Lanka. *PLoS One.* 2018; 13(6).

### Tiếng Thái

32. Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Yothasamut J, Lertpitakpong C, Thitiboonsuwan K, Neramitpitagkul P, Chaikledkaew U. 2012, Báo cáo toàn văn kết quả nghiên cứu Chi phí kinh tế, sức khỏe và xã hội của sử dụng rượu bia, Thái Lan, 2006. A study on costs of social, health and economic consequences of alcohol consumption in Thailand.



# XỬ LÝ KHỦNG HOẢNG VÀ QUẢN LÝ KINH DOANH LIÊN TỤC - BÀI HỌC QUA ĐẠI DỊCH COVID-19

## *Crisis and business continuity management the lesson from Covid-19 pandemic*

Lê Văn Truyền<sup>1</sup>

### TÓM TẮT:

Đại dịch SARS-Covid-19 bùng phát ở Trung Quốc đã nhanh chóng lan rộng khắp toàn cầu. Việc có sẵn vaccine và dược phẩm để phòng và điều trị cho bệnh nhân là những vấn đề cốt tử cho nhiều quốc gia. Điều này phụ thuộc vào năng lực quản lý khủng hoảng và quản lý kinh doanh liên tục của nền công nghiệp chăm sóc sức khỏe. Bài báo phân tích tình trạng, xu hướng lan tràn của đại dịch, thực trạng tình hình sản xuất cung ứng vaccine và dược phẩm, đề xuất công nghiệp sức khỏe áp dụng thực hành quản lý khủng hoảng và quản lý kinh doanh liên tục để khắc phục sự đứt gãy chuỗi sản xuất và cung ứng trong đại dịch.

Từ khóa: Đại dịch SARS-Covid-19, vaccine và dược phẩm, chuỗi sản xuất và cung ứng, quản lý khủng hoảng và quản lý kinh doanh liên tục

### ABSTRACT:

*The SARS-Covid-19 pandemic broken out in China, potentially spreading rapidly around the world. The availability of vaccines, medicines for prevention and treatment of patients is the critical problems of many countries. This depends on the capacity of crisis and business continuity management of the healthcare industry. The paper analyses the situation, the development trend of the pandemic and the actual situation of manufacturing and supply of vaccines, medicines, suggesting to the pharma industry to apply the procedure of crisis and business continuity management practice against the breakdown the manufacture and supply business chain.*

*Keywords: SARS-Covid-19 pandemic, vaccines and medicines, manufacturing and supply chain, crisis management, business continuity management.*

<sup>1</sup> Chuyên gia cao cấp dược học

## I. ĐẠI DỊCH COVID-19: KHỦNG HOẢNG KẾP Y TẾ VÀ KINH TẾ

Dịch viêm đường hô hấp cấp do virus corona chủng mới (Covid-19) gây ra ở Trung Quốc đã để lại tác động nhiều mặt về kinh tế và địa chính trị, không chỉ với riêng quốc gia đông dân này, mà còn với cả thế giới. Vũ Hán - thủ phủ của Hồ Bắc, là một trung tâm công nghiệp của Trung Quốc. Hơn 300 trong tổng số 500 tập đoàn hàng đầu thế giới có mặt ở Vũ Hán và có hơn 900 công ty công nghệ cao mới thành lập.

Dịch viêm đường hô hấp cấp xuất phát từ Vũ Hán đã gây thiệt hại nghiêm trọng tới nền kinh tế Trung Quốc và từ đó, tác động tới nền kinh tế toàn cầu (Andrew Milligan, Aberdeen Standard Investments). Một số tổ chức tài chính cho rằng, virus corona sẽ gây hiệu ứng domino đối với nền kinh tế Trung Quốc, có tác động đến chuỗi cung ứng toàn cầu và làm giảm tăng trưởng kinh tế thế giới. (Nguồn: mobiwork.vn). Trong bối cảnh những nguồn lực của nước này cần phải tập trung vào việc chống lại dịch bệnh Covid-19, nền kinh tế Trung Quốc có thể bước vào trạng thái “ngủ đông”.

Mặc dù Tổng Giám đốc và các chuyên gia hàng đầu của Tổ chức y tế thế giới (WHO) trước đây rất dè dặt về việc công bố đây là một đại dịch, trên phương tiện truyền thông thế giới, các nhà phân tích chính sách và chuyên gia y học đã không ngần ngại sử dụng từ “Pandemic” (đại dịch) rất sớm, ngay cả trước khi WHO chính thức công bố đại dịch Covid-19.

Công nghiệp dược và trang thiết bị y tế có nhiệm vụ cung cấp thuốc men, trang thiết bị y tế cũng đang chịu những tác động chưa từng có trong ba bốn thập niên gần đây về nhiều phương diện. Có thể thấy, khả năng nghiên cứu - phát triển các thuốc mới và vaccine mới không theo kịp với sự biến chủng của vi khuẩn và sự kháng lại các thuốc đã có (trường hợp kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn) và sự biến chủng của virus mà trường hợp SARS-COVID-19 là một trường hợp điển hình.

Peter Marks, Giám đốc Trung tâm đánh giá và nghiên cứu thuốc sinh học của Cơ quan quản lý thực phẩm và dược phẩm Hoa Kỳ (US FDA) trong bài khai mạc tại một Hội nghị quốc tế gần đây đã phát biểu: “Việc nghiên cứu phát triển một vaccine không thể ngăn chặn được một đại dịch”. Marks cho rằng việc tìm ra được một vaccine để có thể sẵn sàng đưa vào thử nghiệm cũng không thể chỉ trong vài tháng, ngược lại với ý kiến của Larry Kudlow, Chủ tịch Hội đồng kinh tế quốc gia của Tổng thống Trump, cho rằng các công ty dược “có thể tìm ra được một vaccine trong thời gian ngắn hơn người ta vẫn nghĩ”.

Về phương diện các hóa dược, Tập đoàn dược phẩm Gilead (Hoa Kỳ) chuyên nghiên cứu sáng chế và sản xuất các hóa dược kháng virus đang hy vọng hoạt chất remdesivir có khả năng chống lại được coronavirus và đang được thử nghiệm lâm sàng ở Trung Quốc và Hoa Kỳ. Các hoạt chất favipiravir (Zhejiang, Trung Quốc), umefenovir (OTCPharm, Nga) cũng đang được thử nghiệm. Tuy nhiên, với quy trình thử nghiệm lâm sàng 4 giai đoạn

cực kỳ nghiêm ngặt và kéo dài trên một số bệnh nhân tình nguyện, các thuốc này cũng chưa thể đưa ra thị trường một cách cấp tốc bỏ qua một số giai đoạn thử nghiệm, đặc biệt là để xác định các tác dụng phụ có hại của thuốc khi sử dụng trong ngắn hạn cũng như lâu dài [1].

Marks cũng đề cập một nguy cơ khác liên quan đến dịch coronavirus là “chuỗi cung ứng dược phẩm toàn cầu sẽ bị đứt gãy vì lý do các hóa chất cơ bản (basic chemicals) dùng để tổng hợp các dược chất (active pharmaceutical ingredient: API) đều do Trung Quốc sản xuất”.

Ngày 25-2-2020, Thanh tra Stephen Hahn (FDA Hoa Kỳ) cảnh báo “Việc bùng phát dịch Coronavirus sẽ tác động đến chuỗi cung ứng dược phẩm, kể cả việc sẽ thiếu hụt các thuốc thiết yếu ở Hoa Kỳ” tại cuộc họp của Bộ Y tế Hoa Kỳ về chủ đề kiểm soát dịch coronavirus. Thượng nghị sỹ Josh Hawley đã gửi cho FDA một bức thư bày tỏ lo ngại việc bùng phát dịch coronavirus sẽ đe dọa sự thiếu hụt khoảng 150 thuốc kê đơn trong đó có các thuốc kháng sinh, thuốc generic và biệt dược không thể tìm thấy sản phẩm thay thế trên thị trường. Josh Hawley cũng yêu cầu FDA Hoa Kỳ có biện pháp cấp bách để đảm bảo thuốc và trang thiết bị y tế chất lượng cao cho nhân dân trong trường hợp xảy ra các khủng hoảng y tế.

Vấn đề cung ứng thuốc còn có khả năng sẽ trầm trọng hơn khi một số quốc gia có khả năng nghiên cứu - phát triển và cung cấp dược phẩm bắt đầu có động thái hạn chế xuất khẩu. Đầu tháng 2-2020, dù khi đó

chưa phải là quốc gia có nhiều người nhiễm Covid-19, Chính phủ Anh đã chuẩn bị đề đối phó với sự bùng phát dịch thông qua một loạt các biện pháp trong đó có việc Cơ quan kiểm soát dược phẩm và các sản phẩm y tế (MHRA: Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency) đã ban hành một danh mục các dược phẩm bị cấm xuất khẩu song song (parallel export). Trong Danh mục này có hai dược phẩm bổ sung đáng chú ý: thuốc kết hợp liều cố định lopinavir + ritonavir (FDC: lopinavir/ritonavir) và cloroquin phosphat, hai dược phẩm đang được Bộ Khoa học - Công nghệ Trung Quốc và Tổ chức y tế thế giới coi là những dược phẩm tiềm năng chống lại coronavirus. Việc cấm xuất khẩu song song hai dược phẩm nói trên bắt đầu có hiệu lực từ ngày 26-2-2020 [2].

Ấn Độ, quốc gia được coi là có nền công nghiệp dược phẩm - đặc biệt là nền công nghiệp sản xuất các thuốc generic - thuộc nhóm hàng đầu thế giới đang cảm nhận ngày càng rõ các rủi ro gây ra bởi dịch coronavirus bùng phát ở Trung Quốc. Nguy cơ trước mắt của Công nghiệp dược Ấn Độ là sự gián đoạn nguồn cung nguyên liệu dược từ Trung Quốc do dịch đã làm ngừng trệ nhiều ngành sản xuất của quốc gia từng được coi là “công xưởng số 1 của thế giới” trong đó có nền công nghiệp dược. Các nhà máy dược phẩm của Ấn Độ, do nhiều lý do, trong đó có lý do dự trữ lượng nguyên vật liệu sản xuất thấp để giảm chi phí, hạ giá thành, chỉ dự trữ nguyên liệu cho sản xuất trong khoảng 3 đến 4 tháng. Nếu dịch coronavirus ở Trung Quốc không được khống chế và nền sản xuất không sớm được khôi phục trở lại thì thiếu nguyên liệu

cho sản xuất dược phẩm của Ấn Độ là nguy cơ hiển hiện. Mặt khác, việc đứt nguồn cung nguyên liệu sẽ làm cho giá đầu vào tăng, chi phí sản xuất và giá thành dược phẩm tăng. Trong điều kiện Chính phủ quản lý giá thuốc chặt chẽ, lợi nhuận của công nghiệp dược sẽ giảm sút và có tác động lâu dài đến tái đầu tư phát triển [3].

Hội đồng xúc tiến xuất khẩu thuốc (Pharmexil) của Ấn Độ cho biết: “Giá nguyên liệu paracetamol đã tăng từ 250-300 Rupee/kg lên 400-450 Rupee/kg, tương tự giá montelukast natri cũng tăng đến 52.000 - 58.000 Rupee/kg so với 33.000 - 38.000 Rupee/kg vài tháng trước. Theo số liệu của Cơ quan quản lý dược Ấn Độ, 57 nguyên liệu gồm các kháng sinh thiết yếu, vitamin, hormon steroid sẽ cạn kiệt nếu dịch coronavirus ở Trung Quốc kéo dài. Danh mục này bao gồm: Azithromycin, Amoxicillin, Ofloxacin, Metronidazole, các Vitamin B12, B1, B6, E, Progesteron, Atorvastatin và các thuốc tim mạch ... Một số nguyên liệu dược, đặc biệt là các kháng sinh, Ấn Độ phụ thuộc vào Trung Quốc đến 90%. Niti Aayog, Cố vấn cao cấp Chính phủ Ấn Độ đề nghị cần tổ chức một cuộc họp cấp cao giữa Chính phủ với các công ty dược phẩm hàng đầu ở Ấn Độ như Dr. Reddy, Lupin, Glenmark, Mylan, Zydus, Pfizer và Biocons ... để thảo luận các phương án giảm phụ thuộc vào công nghiệp nguyên liệu dược Trung Quốc [4, 5].

Trong bối cảnh công nghiệp dược Ấn Độ đang phụ thuộc nguồn nguyên liệu Trung Quốc hiện nay, Sudarshan, Tổng Thư ký Liên đoàn Dược phẩm Ấn Độ nhấn mạnh:

“Năm 1991, nguyên liệu dược Trung Quốc chỉ chiếm khoảng 3% nguồn nguyên liệu dược nhập khẩu của Ấn Độ. Nhưng do công nghiệp dược Ấn Độ chuyển hướng sang sản xuất thành phẩm, Ấn Độ bắt đầu mua nguyên liệu dược Trung Quốc với giá rẻ. Việc phụ thuộc vào nguyên liệu dược Trung Quốc đã trở thành một vấn đề về an ninh y tế. Năm 2018, Chính phủ Ấn Độ đã thành lập một Ủy Ban chuyên trách (taskforce) để nghiên cứu phục hồi nền sản xuất nguyên liệu dược của Ấn Độ” [6].

Trước tình hình này, các doanh nghiệp dược cần khẩn trương tiến hành phân tích rủi ro (business risk analysis) để đánh giá các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến hoạt động sản xuất – kinh doanh và có biện pháp thích hợp để chuỗi sản xuất kinh doanh không bị đứt gãy, bảo đảm hoạt động liên tục tối đa (business continuity) để phục hồi sản xuất sau đại dịch.

## II. TÁC ĐỘNG CỦA ĐẠI DỊCH COVID-19 ĐẾN CÔNG NGHIỆP DƯỢC VIỆT NAM

Có một số ý kiến cho rằng công nghiệp dược và sản phẩm sức khỏe Việt Nam đang hưởng lợi từ Covid-19 do nhu cầu sử dụng thuốc tăng lên, nhưng thực tế hoàn toàn ngược lại, các doanh nghiệp dược đang chịu nhiều thách thức do phụ thuộc nguồn nguyên liệu nhập khẩu, đặc biệt là những doanh nghiệp không đủ nguồn lực tài chính để dự trữ nguyên liệu.

Chuỗi sản xuất và cung ứng dược phẩm của Việt Nam có thể đứt gãy do phụ thuộc vào công nghiệp dược Trung Quốc và Ấn Độ là 2 nguồn cung nguyên liệu dược phẩm lớn nhất cho Việt Nam, chiếm lần lượt 63,7% và 16,7% tỷ trọng nguyên liệu dược phẩm nhập khẩu năm 2019. Nguồn nguyên liệu dược phẩm nhập khẩu từ Trung Quốc và Ấn Độ (chiếm hơn 80% tổng giá trị nguyên liệu dược phẩm nhập khẩu) sẽ bị thiếu hụt trong ngắn hạn cho đến khi hai quốc gia này vượt qua đợt dịch và từng bước khôi phục sản xuất. Nguyên nhân do dịch bệnh diễn ra mạnh ở một số tỉnh tập trung các cơ sở sản xuất nguyên liệu dược phẩm ở Trung Quốc như: Hồ Bắc, Giang Tô và Sơn Đông, khiến nhiều doanh nghiệp tạm đóng cửa. Trong khi đó, Ấn Độ quốc gia có nền công nghiệp dược phẩm lớn thứ ba trên thế giới hạn chế xuất khẩu khẩn cấp 13 loại dược phẩm thuộc nhóm giảm đau - hạ sốt, kháng sinh và vitamin do không nhập được nguyên liệu ban đầu từ Trung Quốc trong quý I và quý II năm 2020.

Các dự án hợp tác giữa doanh nghiệp dược phẩm Việt Nam và các đối tác nước ngoài có thể sẽ bị trì hoãn do chính sách đóng cửa biên giới, hạn chế nhập cảnh của các chuyên gia đối tác giữa các nước. Điều này làm cản trở việc triển khai và làm chậm tiến độ của các hoạt động như: các dự án nâng cấp và đánh giá các tiêu chuẩn thực hành tốt sản xuất tiên tiến (EU-GMP, PIC/S GMP...) và quá trình chuyển giao công nghệ từ các đối tác ở Châu Âu, Hàn Quốc, Nhật Bản... Các dự án đầu tư xây dựng các nhà máy sản xuất dược phẩm mới, hiện đại theo tiêu chuẩn

EU-GMP, PIC/S GMP... sẽ bị trì hoãn hoặc đình chỉ do thiếu vốn hoặc các nhà đầu tư tái cơ cấu hoạt động sản xuất – kinh doanh sau đại dịch. Mặc dù theo báo cáo của Kantar Vietnam Worldpanel, dịch bệnh Covid-19 ảnh hưởng không đáng kể tới đầu ra các doanh nghiệp dược phẩm nội địa do doanh thu các nhà thuốc và quầy thuốc tăng trưởng mạnh khoảng 164-168% trong quý I nhưng thật ra sự tăng trưởng này chủ yếu do nhu cầu tiêu thụ khẩu trang và nước sát khuẩn trong quý I và quý II năm nay.

Sức cạnh tranh của các sản phẩm bảo vệ sức khỏe/thực phẩm chức năng trong nước thấp bởi số lượng doanh nghiệp Việt Nam có khả năng sản xuất giảm từ 4.190 xuống 300 doanh nghiệp, sau khi Nghị định 15/2018/NĐ-CP siết chặt tiêu chuẩn sản xuất HS-GMP cho sản phẩm bảo vệ sức khỏe/thực phẩm chức năng từ tháng 7-2019. Mặt khác, do hệ quả về việc giải thể các công ty vừa và nhỏ, mất việc làm, mất thu nhập của người lao động, xu thế chỉ tiêu thụ những sản phẩm thiết yếu cho cuộc sống và tâm lý tiết kiệm của người tiêu dùng, thị trường thuốc không kê đơn (OTC: Over the counter) và thực phẩm chức năng đang gặp nhiều bất lợi. Trước tình hình này, các doanh nghiệp dược cần khẩn trương tiến hành phân tích rủi ro (business risk analysis) để đánh giá các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến hoạt động sản xuất – kinh doanh và có biện pháp thích hợp để chuỗi sản xuất kinh doanh không bị đứt gãy, bảo đảm tính liên tục tối đa (business continuity) trong hoạt động sản xuất/kinh doanh để phục hồi sản xuất sau đại dịch.

### III. QUẢN LÝ KHỦNG HOẢNG VÀ QUẢN LÝ KINH DOANH LIÊN TỤC

Mặc dù một số chuyên gia còn chưa nhất trí về định nghĩa các thuật ngữ “quản lý khủng hoảng” (Crisis Management) và “quản lý kinh doanh liên tục” (Business Continuity Management) nhưng đa số thống nhất định nghĩa khái niệm “Quản lý khủng hoảng và kinh doanh liên tục” (Business Crisis and Continuity Management) là: “Các thực hành quản trị doanh nghiệp quy định các trọng tâm và hướng dẫn để ra các quyết định và hành động cần thiết đối với hoạt động kinh doanh nhằm ngăn ngừa, chuẩn bị, phản ứng, phục hồi, tái lập và chuyển tiếp từ trạng thái đứt gãy hoạt động kinh doanh sang trạng thái phù hợp với các mục tiêu chiến lược kinh doanh của doanh nghiệp” (Shaw và Harald, 2004).

Theo nghiên cứu của Ian Mitroff (1992), một chuyên gia về lĩnh vực khủng hoảng kinh doanh, đa số các doanh nghiệp không thiết lập được một kế hoạch xử lý khủng hoảng phù hợp với văn hóa công ty, trình độ chuyên nghiệp của nhân viên và doanh nghiệp, kết cấu hạ tầng cơ sở, kế hoạch và quy trình hoạt động của doanh nghiệp để có thể hiểu rõ, chuẩn bị đối phó và quản lý các khủng hoảng mà doanh nghiệp có thể đối mặt.

Cũng Ian Mitroff, trong ấn phẩm “Quản trị khủng hoảng trước khi nó xảy ra” (Managing Crisis Before They Happen, 2001), tác giả cho rằng: “Phần lớn các tổ chức, cơ quan, doanh nghiệp không dự báo được các khủng hoảng và không quản trị được khủng hoảng một khi

các khủng hoảng này xảy ra. Không có cơ chế và cũng không có các kỹ năng cơ bản để xử lý khủng hoảng một cách hữu hiệu”.

Những khủng hoảng quy mô lớn như ngộ độc thuốc Tylenol (1982), rò rỉ khí độc ở bang Bhopal, Ấn Độ (1984), sự cố tràn dầu của Exxon (1989), cơn bão Andrew, Mỹ (1992), sự kiện khủng bố World Trade Center (1993), động đất Northridge (1994), động đất và sóng thần Tohoku (2011) và đại dịch Covid-19 hiện nay chưa biết bao giờ sẽ kết thúc là những bài học đắt giá về xử lý khủng hoảng và đảm bảo tính liên tục của hoạt động sản xuất kinh doanh trong từng quốc gia và trên quy mô toàn cầu trong bối cảnh toàn cầu hóa kinh tế và ... “toàn cầu hóa dịch bệnh” ngày càng sâu rộng.

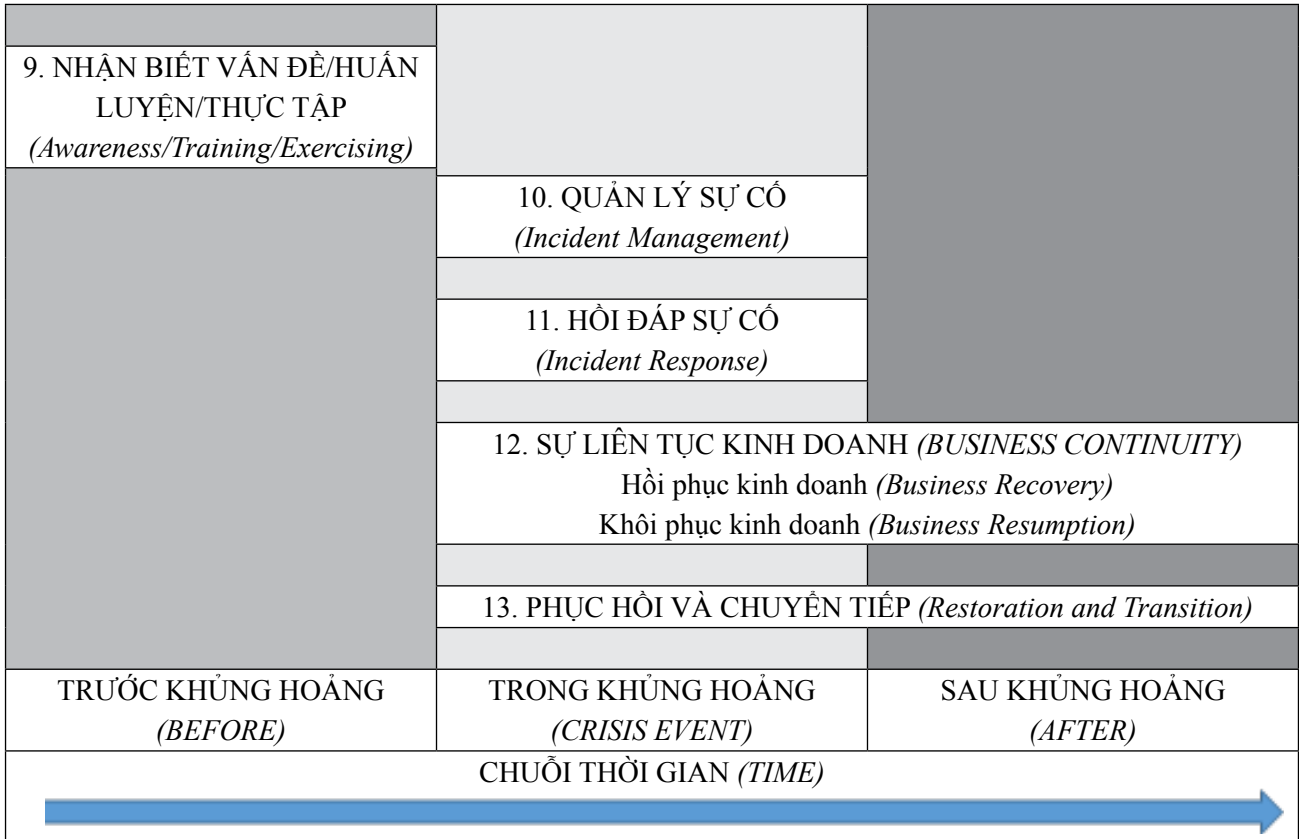
Viện nghiên cứu kinh doanh liên tục (BCI: Business Continuity Institute, USA) đã ban hành văn bản cập nhật “Hướng dẫn thực hành tốt quản trị kinh doanh liên tục” (Business Continuity Management: Good Practices Guidelines) [7] và đến nay đã có phiên bản năm 2018. Tổ chức ISO cũng đã đưa ra tiêu chuẩn ISO 22301:2012 về hệ thống quản lý kinh doanh liên tục nhằm thiết lập kế hoạch, xây dựng, thực hiện, vận hành, giám sát, xem xét, duy trì và cải tiến liên tục hệ thống quản lý để chống lại, giảm thiểu khả năng xảy ra và tần suất xuất hiện của các sự cố/khủng hoảng để chuẩn bị cách ứng phó và khả năng phục hồi sản xuất/kinh doanh sau khi sự cố/khủng hoảng phát sinh [8].

## IV. CÔNG CỤ XỬ LÝ KHỦNG HOẢNG VÀ QUẢN TRỊ KINH DOANH LIÊN TỤC

Trong công bố của Shaw và Harald (2004) “Năng lực cơ bản yêu cầu đối với lãnh đạo quản trị khủng hoảng và kinh doanh liên tục” các tác giả đã đưa ra một khung quản trị (management framework) như sau:

### KHUNG QUẢN TRỊ KHỦNG HOẢNG VÀ KINH DOANH LIÊN TỤC (Shaw and Harald, 2004)

1. QUẢN TRỊ DOANH NGHIỆP/QUẢN TRỊ KHỦNG HOẢNG VÀ KINH DOANH LIÊN TỤC (ENTERPRISE MANAGEMENT/GENERAL BCCM)		
2. QUẢN TRỊ KHỦNG HOẢNG (CRISIS MANAGEMENT)		
3. TRUYỀN THÔNG KHỦNG HOẢNG (CRISIS COMMUNICATION)		
4. QUẢN LÝ KIẾN THỨC (KNOWLEDGE MANAGEMENT) Giám sát môi trường, Nhận biết và Phát hiện, Nghiên cứu (Enviromental Monitoring, Sensing and Detection, Organisational Learning)		
5. QUẢN TRỊ RỦI RO (RISK MANAGEMENT) Ra quyết định trên cơ sở rủi ro (Risk based Decision Making)		
Đánh giá rủi ro (Risk Assesement)		
Phân tích các lĩnh vực kinh doanh (Business Areas Analysis)		
Phân tích tác động kinh doanh (Business Impact Analysis)		
Truyền thông (Business Communication)		
6. LẬP KẾ HOẠCH (Planning)		
7. THỰC THI KẾ HOẠCH (Plan Implementation)		
8. GIÁM SÁT HỆ THỐNG (System Monitoring)		



Một trong những hoạt động quan trọng là vấn đề lập kế hoạch quản trị tính liên tục của hoạt động sản xuất/kinh doanh. Kế hoạch liên tục kinh doanh (Business Continuity Plan) là một bản kế hoạch hậu cần thực tiễn được xây dựng, triển khai nhằm giúp các doanh nghiệp có thể phục hồi hoạt động sau khi bị gián đoạn một phần hoặc toàn bộ hoạt động sau khi một khủng hoảng/tai họa bất ngờ ập đến [9]. Kế hoạch này thường bao gồm các yếu tố sau đây:

1. Các ưu tiên – Hồi phục các chức năng sản xuất/kinh doanh: Nhóm chuyên gia xử lý khủng hoảng sẽ sử dụng các chiến lược đã xác định để phục hồi các hoạt động kinh doanh ưu tiên ở những địa điểm/chi nhánh sản xuất/kinh doanh khác nhau.
2. Chiến lược phân bổ nguồn lực: Căn cứ vào các hoạt động ưu tiên, phân bổ các nguồn lực hiện có.
3. Các phương án để lựa chọn: Cần có các phương án ngắn hạn và dài hạn.
4. Kế hoạch phục hồi sản xuất/kinh doanh: Xây dựng kế hoạch phục hồi trên cơ sở các ưu tiên và nguồn lực phân bổ.
5. Các giai đoạn phục hồi sản xuất/kinh doanh: Công bố khủng hoảng, kích hoạt kế hoạch hành động, triển khai kế hoạch hành động ở công ty và các chi nhánh/địa điểm sản xuất...
6. Ghi chép kết quả hoạt động.
7. Kế hoạch khôi phục sản xuất/kinh doanh.



8. Trách nhiệm đội ngũ nhân viên khôi phục sản xuất/kinh doanh: Mô tả công việc.
9. Quy trình khôi phục sản xuất/kinh doanh: Mô tả các nhiệm vụ và hoạt động đặc biệt cần thiết để khôi phục hoạt động sản xuất/kinh doanh.

Có thể nói, cho đến trước khi xảy ra khủng hoảng đại dịch Covid-19, các doanh nghiệp được/thực phẩm chức năng rất quan tâm thực hiện các Thực hành tốt liên quan đến các yếu tố kỹ thuật-công nghệ-chất lượng (GMP, GSP, GLP, GDP, GAP...) nhưng có rất ít doanh nghiệp lưu tâm đến các thực hành tốt xử lý khủng hoảng và đảm bảo tính liên tục của hoạt động sản xuất/kinh doanh, kể cả việc xử lý khủng hoảng truyền thông liên quan đến

chất lượng sản phẩm/dịch vụ (sản phẩm kém chất lượng, thuốc giả, sự cố y khoa, sự cố liên quan đến pháp luật...).

Khủng hoảng kép về y tế và kinh tế chưa có tiền lệ do đại dịch Covid-19 gây ra trên quy mô toàn cầu đang cảnh báo các nhà sản xuất kinh doanh từ các tập đoàn đa quốc gia (MNC: Multi National Corporation) đến các doanh nghiệp nhỏ và vừa (SME: Small and Medium Enterprise) cần có nhận thức mới về tầm quan trọng của hoạt động quản lý khủng hoảng và bảo đảm sự liên tục của hoạt động sản xuất/kinh doanh trong thời đại toàn cầu hóa kinh tế hiện nay. Công nghiệp dược phẩm/thực phẩm chức năng cũng không phải là biệt lệ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Sharon Bergley, Administration, lawmakers weigh in as COVID-19 concerns grow in the U.S., Bioworld, February 28, 2020, <https://www.bioworld.com/articles/433302-administration-lawmakers-weigh-in-as-covid-19-concerns-grow-in-the-us>
- [2] Janet Beal, UK bans parallel export of two COVID-19 treatment candidates to protect national supply, HIS Markit, February 26, 2020
- [3] Teena Thacker, Covid-19 Impact: Pharma companies feel the pain as prices of key inputs shoot up, The Economic Times, February 29, 2020
- [4] Amitendu Palit, Viral Threat: Indian pharma catches China's COVID sickness, Financial Express, February 27, 2020
- [5] Patralekha Chatterjee, India Pharma threatened by Covid-19 shutdown in China, The Lancet, February 29, 2020
- [6] Teena Thacker, COVID-19 to Affect Pharma Companies as Prices of Key Inputs Shoot Up, Chemical Industry Digest, Sunday, March 1, 2020
- [7] Gregory L. Shaw, Business Crisis and Continuity Management, Institute for Crisis, Disaster and Risk Management, The George Washington University
- [8] International Standard Organisation, ISO 22301:2012 Business Continuity Management Systems, Requirements, 2012
- [9] Phoenix NAP, Business Continuity Plan

# TỔNG QUANTÀI LIỆU VỀ THỰC TRẠNG TRIỂN KHAI CHÍNH SÁCH Y TẾ-DÂN SỐ VỚI CÁC DÂN TỘC THIỂU SỐ TẠI KHU VỰC MIỀN NÚI GIAI ĐOẠN 2016-2020

*Literature review of healthcare and population policies for ethnic minorities living in mountainous areas period 2016-2020*

Nguyễn Thị Thanh; Nguyễn Thị Tố Quyên<sup>1</sup>

## TÓM TẮT:

Các chương trình về bảo vệ, chăm sóc, nâng cao sức khỏe nhân dân và Dân số - Kế hoạch hóa gia đình (KHHGĐ) tại khu vực miền núi đang đối diện với nhiều khó khăn, bất cập như: Bất bình đẳng trong tiếp cận và hưởng thụ các dịch vụ xã hội; Cơ sở hạ tầng, trang thiết bị y tế thiếu và chưa đồng bộ; Cán bộ có trình độ chuyên sâu thiếu nhất là cán bộ người địa phương; Công tác phòng chống dịch bệnh chưa đáp ứng yêu cầu bởi nhận thức của đồng bào còn hạn chế, phong tục, tập quán lạc hậu; Thiếu thông tin về chính sách bảo hiểm y tế (BHYT); Tình trạng tảo hôn, hôn nhân cận huyết thống ở một số dân tộc vẫn còn diễn ra; Tỷ lệ trẻ em suy dinh dưỡng cao, tỷ lệ tử vong mẹ do liên quan đến thai sản...

Để giải quyết được những tồn tại này và tiến tới đạt được những mục tiêu về phát triển bền vững, giai đoạn 2016-2018 Bộ Y tế tiếp tục tập trung ba nhóm giải pháp để triển khai, thực hiện chăm sóc sức khỏe đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi: 1) Nhóm giải pháp giảm gánh nặng chi phí chăm sóc sức khỏe cho người nghèo và đồng bào dân tộc thiểu số; 2) Nhóm giải pháp tăng cường khả năng tiếp cận cũng như cung cấp dịch vụ y tế có chất lượng phục vụ đồng bào; 3) Nhóm giải pháp nâng cao chất lượng dân số, chất lượng cuộc sống của đồng bào dân tộc thiểu số.

Từ khóa: chính sách y tế; dân tộc thiểu số

## ABSTRACT:

*Although health care in mountainous areas is facing with shortcomings including: Access health services is unequal among population groups; Medical infrastructure and equipment are inadequate; Local cadres lack professional qualifications; Disease prevention does not meet requirements because people's awareness and practice of health care is still limited; There is lack of information on health insurance policies; Child marriage and inbreeding in some*

<sup>1</sup> Khoa Dân số và phát triển, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

*ethnic groups still occur; Rates of malnourished children and maternal mortality related to pregnancy are still high.*

*In order to solve these shortcomings and to achieve the set goals on health care, in the period 2016-2018, Ministry of Health continues to focus on three groups of solutions to implement health care for ethnic minorities and mountainous areas: 1) Solutions to reduce the burden of health care costs for the poor and ethnic minorities; 2) Solutions to improve accessibility as well as provide quality health services for people; 3) Solutions to improve population quality and living standards for ethnic minorities.*

*Key words: health policy; ethnic minorities*

Các chương trình bảo vệ, chăm sóc, nâng cao sức khỏe nhân dân và Dân số - KHHGD đối với đồng bào dân tộc thiểu số tại khu vực miền núi luôn được Đảng, Nhà nước đặc biệt quan tâm. Quyết định số 122/QĐ-TTg ngày 10/01/2013 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chiến lược Quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011 - 2020, tầm nhìn đến năm 2030, cũng khẳng định quan điểm: “*Đổi mới và hoàn thiện hệ thống y tế Việt Nam theo hướng công bằng - hiệu quả - phát triển; bảo đảm mọi người dân, đặc biệt người nghèo, đồng bào dân tộc thiểu số, trẻ em dưới 6 tuổi, các đối tượng chính sách, người dân vùng khó khăn, vùng sâu, vùng xa, biên giới, hải đảo và các nhóm người dễ bị tổn thương được tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản có chất lượng*”.

Kết quả thực hiện kế hoạch bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2015, đa phần đạt được những chỉ tiêu theo kế hoạch đề ra. Đặc biệt những chính sách, đề án, dự án liên quan đến chăm sóc sức khỏe cho đồng bào vùng miền núi, dân tộc luôn được Bộ Y tế ưu tiên và chỉ đạo kịp thời.

Tổng quan tài liệu là phương pháp chủ yếu được sử dụng trong bài viết nhằm phân tích quá trình triển khai chính sách y tế - dân số với các dân tộc thiểu số tại khu vực miền núi thuộc Bộ Y tế đảm trách trong giai đoạn 2016-2020.

Để tiếp tục thực hiện đạt hiệu quả kế hoạch 5 năm 2016-2020 và tầm nhìn 2030, Bộ Y tế tiếp tục tập trung ba nhóm giải pháp để triển khai, thực hiện chăm sóc sức khỏe đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi sau đây:

**Nhóm giải pháp 1: Giảm gánh nặng chi phí chăm sóc sức khỏe cho người nghèo và đồng bào dân tộc thiểu số.**

**Kết quả thực hiện:**

- 100% đồng bào dân tộc thiểu số đã được cấp thẻ BHYT: Theo báo cáo của Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, tỷ lệ hộ nghèo của đồng bào dân tộc thiểu số nước ta năm 2017 khoảng 23,1%, cao hơn 3,3 lần so với mức chung cả nước (7,0%). Trong nhiều năm qua, Đảng và Nhà nước ta đã có nhiều chính sách an sinh xã hội, hỗ trợ lao động, việc làm đối với đối tượng này như trợ cấp khó khăn, tín dụng ưu đãi đối với hộ nghèo; cấp đất sản

xuất; hỗ trợ mua thẻ BHYT và miễn giảm chi phí khám, chữa bệnh; cải thiện cơ sở vật chất, hạ tầng, nguồn nước sinh hoạt... Năm 2017, 100% đồng bào dân tộc thiểu số được cấp thẻ BHYT theo quy định [5].

- Tạo điều kiện thuận lợi tối đa để đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi tiếp cận với dịch vụ y tế: Theo Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi, bổ sung năm 2014, đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống ở vùng kinh tế khó khăn khi khám bệnh đúng tuyến sẽ được BHYT chi trả 100%. Hơn nữa, họ có thể khám bệnh ở các cơ sở y tế lân cận tuyến xã, huyện trên cùng địa bàn tỉnh do chính sách mở thông tuyến BHYT từ ngày 01/01/2016. Không chỉ thuận lợi trong việc khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế, theo Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 24/11/2014 của Bộ Y tế và Bộ Tài chính, đồng bào dân tộc thiểu số và hộ nghèo sinh sống ở khu vực có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn và đặc biệt khó khăn, khi có bệnh nặng cần chuyển lên tuyến trên không cần giấy chuyển viện. Điều này đã giúp người bệnh ở vùng sâu, vùng xa, vùng đặc biệt khó khăn không phải làm nhiều thủ tục hành chính và được tiếp cận với kỹ thuật khám chữa bệnh hiện đại [1].

### ***Tồn tại, thách thức:***

Mặc dù được Nhà nước cấp BHYT chi trả 100% chi phí khám chữa bệnh, tạo điều kiện tiếp cận với dịch vụ y tế cơ sở thuận tiện, tuy nhiên do nhận thức của đồng bào dân tộc thiểu số chưa cao nên việc đi khám bệnh còn hạn chế. Tỷ lệ kết dư quỹ bảo hiểm lớn ở các vùng có nhiều người dân tộc thiểu số sinh sống trong khi họ lại chưa được tiếp cận đầy đủ các dịch vụ kỹ thuật trong chăm sóc sức khỏe cơ bản. Mặt khác, đồng bào dân tộc thiểu số còn tồn tại khá nhiều phong tục, tập

quán lạc hậu, đường xá đi lại khó khăn, cộng với sự thiếu thông tin về chính sách y tế nên tần suất khám chữa bệnh của đồng bào dân tộc thiểu số thấp.

### ***Giải pháp khắc phục:***

- Tăng cường tuyên truyền về những văn bản, chính sách mới đến người dân để họ hiểu được quyền lợi và trách nhiệm của mình về chính sách BHYT.

- Tăng cường phối hợp liên ngành, rà soát kịp thời, tránh bỏ sót những đối tượng được hưởng chính sách của Nhà nước.

- Giảm tải những thủ tục hành chính phức tạp để đồng bào dân tộc thiểu số không phải di chuyển nhiều lần từ nhà đến các cơ sở y tế.

**Nhóm giải pháp 2: Tăng cường khả năng tiếp cận cũng như cung cấp dịch vụ y tế có chất lượng phục vụ đồng bào dân tộc thiểu số.**

### ***Kết quả thực hiện:***

- Tăng cường mạng lưới y tế cơ sở: Giai đoạn 2016-2020, Bộ Y tế tiếp tục triển khai thực hiện các chính sách, đề án, dự án nhằm cải thiện toàn diện mạng lưới y tế cơ sở để mạng lưới này có đủ năng lực điều trị, chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân, hạn chế việc người dân phải nhập viện để khắc phục tình trạng quá tải bệnh viện [8]. Theo Bộ Y tế, năm 2012 trên phạm vi cả nước, số xã đã có trạm y tế (TYT) chiếm 98,9%. Tuy nhiên để hướng tới mục tiêu 90% TYT xã có đủ điều kiện khám bệnh, chữa bệnh vào năm 2020, Bộ Y tế cần phải quyết liệt thực hiện đồng bộ, toàn diện hơn cả về nhân lực và cơ sở vật chất. Một số đề án nổi bật đang được BHYT thực hiện, đó là: Đề án xây dựng và phát triển mô hình phòng khám bác sĩ gia đình giai đoạn 2013-2020 được Bộ Y tế

thực hiện từ năm 2013 nhằm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản, toàn diện, liên tục và thuận lợi cho cá nhân, gia đình và cộng đồng, góp phần giảm quá tải bệnh viện. Đề án này đã hoàn thành giai đoạn thí điểm (2013-2015), giai đoạn 2016-2020, đề án sẽ nhân rộng trên toàn quốc [2]. Đề án Xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới (2018-2020), được thực hiện tại 26 TYT thuộc 8 tỉnh, thành phố. Kế hoạch hành động của Đề án có 6 nhiệm vụ gồm các nhiệm vụ về chuyên môn; nhiệm vụ về tổ chức bộ máy, nhân lực; cơ sở vật chất, trang thiết bị; cung cấp tài chính và bảo hiểm y tế; ứng dụng công nghệ thông tin; xây dựng mô hình điểm trạm y tế xã [4].

- Chính sách 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: Mạng lưới nhân viên y tế thôn bản ở Việt Nam được xem là cánh tay nối dài của ngành y tế, là nhân tố then chốt trong việc tuyên truyền, giáo dục sức khỏe, giúp người dân ở những nơi vùng sâu, xa, đặc biệt khó khăn tiếp cận với quyền lợi được chăm sóc y tế. Hiện nay cả nước có gần 3.000 cô đỡ thôn bản đang hoạt động ở hàng ngàn thôn bản khó khăn trong cả nước. Cô đỡ thôn bản là người dân tộc thiểu số, được lựa chọn từ chính cộng đồng dân tộc tại địa phương. Họ được đào tạo về y tế để thực hiện hiệu quả việc tuyên truyền, tư vấn, phát hiện và chuyển tuyến kịp thời cho các bà mẹ mang thai có nguy cơ tai biến sản khoa; can thiệp làm mẹ an toàn, đỡ đẻ bằng “gói đẻ sạch” cho sản phụ ở vùng sâu, vùng xa, vùng khó khăn còn tồn tại tục lệ đẻ tại nhà, nhằm hạn chế các trường hợp tử vong mẹ và tử vong trẻ sơ sinh.

Dự án thí điểm đưa bác sĩ trẻ tình nguyện

về công tác tại miền núi, vùng sâu, vùng xa, biên giới hải đảo, vùng có điều kiện kinh tế đặc biệt khó khăn được Bộ trưởng Bộ Y tế phê duyệt năm 2013 (Quyết định số 585/QĐ-BYT ngày 20/02/2013...), bắt đầu triển khai từ 2014. Tính đến tháng 6/2018, đã tổ chức được 10 khóa đào tạo, kết quả có 210 bác sĩ tham gia dự án thuộc 11 chuyên khoa: Nội, Ngoại, Sản, Nhi, Hồi sức cấp cứu, Truyền nhiễm, Gây mê hồi sức, Xét nghiệm, Y học cổ truyền, Răng hàm mặt và Chẩn đoán hình ảnh. Trong đó, 179 bác sĩ được tuyển dụng là viên chức của các đơn vị (35 bác sĩ tuyển dụng tại bệnh viện trực thuộc Bộ, 144 bác sĩ tuyển dụng tại địa phương) tình nguyện công tác tại 58 huyện nghèo thuộc 19 tỉnh [4]. Mục tiêu của Dự án đến năm 2019 là đưa khoảng 300 bác sĩ trẻ về công tác tại vùng sâu, vùng xa, biên giới hải đảo, vùng có điều kiện kinh tế-xã hội khó khăn, trong đó ưu tiên cho 62 huyện nghèo nhằm giải quyết sự thiếu hụt về nhân lực y tế [6].

- Giảm quá tải bệnh viện: Qua 10 năm thực hiện (2008-2018), Đề án “Cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ bệnh viện tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh” (gọi tắt là Đề án 1816), các bệnh viện tuyến trên đã cử khoảng 4.000 lượt cán bộ hỗ trợ cho các bệnh viện tuyến dưới, chuyển giao hơn 4.800 kỹ thuật, khám, chữa bệnh cho gần 2,5 triệu lượt bệnh nhân... Tại các bệnh viện tuyến tỉnh, đã có 262 bệnh viện cử 2.770 lượt cán bộ luân phiên hỗ trợ gần 200 bệnh viện huyện; tổ chức 962 lớp tập huấn cho 20.443 lượt cán bộ tuyến huyện; chuyển giao 2.514 kỹ thuật thuộc 26 chuyên ngành cho tuyến huyện, đồng thời trực tiếp khám, chữa bệnh cho 270.500 lượt người bệnh, thực hiện 6.788

ca phẫu thuật, thủ thuật... Bên cạnh đó, 305 bệnh viện tuyến huyện cử 3.234 lượt bác sĩ về khám bệnh, chữa bệnh tại 938 lượt trạm y tế xã; cán bộ luân phiên đã tổ chức 454 lớp tập huấn cho 3.976 lượt cán bộ trạm y tế xã; chuyển giao 991 kỹ thuật, thủ thuật cho trạm y tế xã và trực tiếp khám, chữa bệnh cho 3.781.658 lượt người bệnh, thực hiện 242.344 ca thủ thuật. Trong giai đoạn tới, Đề án 1816 vẫn được duy trì và phát triển nhiều hoạt động hơn nữa [10].

Đề án Bệnh viện vệ tinh giai đoạn 2013-2020 được Bộ trưởng Bộ Y tế ký Quyết định số 774/QĐ-BYT ngày 11/03/2013 với mong muốn: *“Nâng cao năng lực về khám bệnh, chữa bệnh cho các bệnh viện vệ tinh, thông qua các hoạt động đào tạo, chuyển giao kỹ thuật, cải tạo cơ sở vật chất, nâng cấp trang thiết bị y tế, giúp người dân được khám bệnh, chữa bệnh chất lượng cao tại các bệnh viện vệ tinh, không phải lên tuyến trên”*. Đến cuối năm 2017, mạng lưới bệnh viện vệ tinh được mở rộng đến tất cả 63 tỉnh/thành phố của cả nước với 22 bệnh viện hạt nhân và 117 bệnh viện vệ tinh (98 bệnh viện tỉnh, 15 bệnh viện huyện, 4 bệnh viện tư nhân, tăng 19 bệnh viện vệ tinh so với năm 2016), mở rộng thêm một số chuyên khoa mới (Nội tiết, Huyết học - Truyền máu...), thực hiện hiệu quả chuyển giao kỹ thuật từ các bệnh viện hạt nhân nên 85% số bệnh viên vệ tinh đã giảm dần tỷ lệ chuyển tuyến [4].

- Cải thiện chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh: Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh đã tạo sự chuyển biến tích cực ban đầu tại các cơ sở khám chữa bệnh. Bộ Y tế đã tổ chức các đoàn kiểm tra do lãnh đạo Bộ dẫn đầu đến các bệnh viện trực thuộc

Bộ quản lý cũng như tại một số địa phương. Đồng thời, Bộ Y tế cũng chỉ đạo Viện Chiến lược và Chính sách Y tế tiến hành đánh giá độc lập kết quả thực hiện kế hoạch này tại các đơn vị được kiểm tra. Kết quả đánh giá độc lập năm 2016 cho thấy: 87,7% bệnh nhân đã biểu thị thái độ hài lòng đối với dịch vụ khám chữa bệnh tại 10 bệnh viện được khảo sát; 71% bệnh nhân nhận xét nhân viên y tế có thái độ cử chỉ thân thiện hơn; thời gian chờ đợi khám bệnh giảm hơn, cơ sở vật chất tại khu vực khám bệnh, điều kiện vệ sinh môi trường, vệ sinh buồng bệnh được cải thiện hơn. Như vậy, chỉ số hài lòng của các bệnh viện đã sớm đạt được theo yêu cầu về cải cách hành chính của Chính phủ (trên 80% vào năm 2020). Năm 2016, trong tổng số 19.104 cuộc gọi đến đường dây nóng của Bộ Y tế, tỷ lệ cuộc gọi có nội dung phản ánh về thái độ, tinh thần trách nhiệm của y, bác sĩ chỉ chiếm 15,6% [3].

### ***Tồn tại, thách thức***

Mặc dù đã có nhiều đề án, dự án, chính sách nhằm cải thiện mạng lưới y tế cơ sở, song hiện nay vẫn còn tồn tại một số vấn đề như: năng lực của cán bộ trạm y tế còn hạn chế; Chế độ đãi ngộ đối với cán bộ y tế chưa phù hợp, lương và phụ cấp cho cán bộ y tế quá thấp, không tương xứng với thời gian học tập, công sức lao động, môi trường lao động, điều kiện làm việc vất vả, nhất là ở khu vực miền núi, nông thôn. Chính sách tuyển dụng, sử dụng và đãi ngộ còn nhiều bất cập [9]. Đầu tư phát triển y tế tuyến xã mặc dù luôn được coi là lĩnh vực ưu tiên của ngành và các địa phương nhưng thực tế việc thực hiện các chính sách đầu tư theo các dự án đã có còn hạn chế, thậm chí chưa có nguồn kinh phí để thực hiện Quyết định số 950/2007/

QĐ-TTg ngày 27/7/2007 về đầu tư các TYT xã khu vực vùng khó khăn.

### ***Giải pháp khắc phục***

- Bộ Y tế tiếp tục mở rộng và triển khai thực hiện các đề án 1816, Bệnh viện vệ tinh, Bác sĩ trẻ tình nguyện, bác sĩ gia đình trong giai đoạn 2018-2020.

- Ngoài ngân sách Nhà nước đầu tư cho xây dựng cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế tuyến cơ sở, BHYT tiếp tục huy động những nguồn vốn khác ngoài ngân sách để tăng cường hệ thống y tế cơ sở, tiến tới mục tiêu đến năm 2020, 90% TYT có đủ điều kiện khám bệnh, chữa bệnh cho người dân.

### **Nhóm giải pháp 3: Nâng cao chất lượng dân số, chất lượng cuộc sống của đồng bào dân tộc thiểu số.**

#### ***Kết quả thực hiện:***

- Dinh dưỡng trẻ em và bà mẹ có thai: Theo ước tính của Bộ Y tế, mỗi năm có khoảng 97.500 phụ nữ nghèo là người dân tộc thiểu số sinh con đúng chính sách được hưởng theo Nghị định 39/NĐ-CP ngày 27/4/2015. Với mức hỗ trợ là 2 triệu đồng/người thì ngân sách Nhà nước bố trí khoảng 195 tỷ đồng/năm [7]. Ngày 15/4/2016, Liên bộ Y tế - Tài chính - Lao động, Thương binh và Xã hội đã ban hành Thông tư liên tịch số 07/2016/TTLT-BYT-BTC-BLĐTBXH hướng dẫn việc thực hiện Nghị định về hồ sơ, trình tự, thủ tục cấp, thu hồi kinh phí hỗ trợ; nguồn kinh phí; lập dự toán, phân bổ, quyết toán ngân sách Nhà nước; chế độ báo cáo; trách nhiệm của các cơ quan thực hiện chính sách hỗ trợ cho phụ nữ thuộc hộ nghèo là người DTTS khi sinh con đúng chính sách dân số. Hàng năm, các đoàn công tác liên ngành trong tỉnh hoặc trung ương có thực hiện giám sát đánh giá việc

triển khai các chính sách tại địa phương trong đó có Nghị định 39/NĐ-CP. Nhìn chung, các tỉnh, thành phố đều đã triển khai thực hiện Nghị định 39/NĐ-CP ở những phạm vi khác nhau. Hiện nay chưa có một báo cáo đánh giá về thực trạng thực hiện Nghị định 39/NĐ-CP trong ba năm qua.

- Nâng cao chất lượng dân số, chất lượng cuộc sống của đồng bào dân tộc thiểu số thông qua một số chương trình, đề án sau:

+ Kết hợp quân - dân y - mô hình chăm sóc sức khỏe phù hợp tại vùng sâu, vùng xa, biên giới, hải đảo. Thông qua Chương trình kết hợp quân - dân y, đến nay đã có 458 bệnh xá, trạm y tế, phòng khám quân - dân y được củng cố toàn diện (có 410 trạm thuộc các xã vùng sâu, vùng xa). Các đơn vị quân y trên các địa bàn không chỉ khám, chữa bệnh cho nhân dân mà còn tích cực tham gia các chương trình y tế quốc gia (tiêm chủng mở rộng, phòng, chống sốt rét, lao, suy dinh dưỡng trẻ em, sức khỏe sinh sản,...); tuyên truyền, vận động nhân dân xây dựng làng văn hóa sức khỏe, nếp sống vệ sinh khoa học, bài trừ hủ tục, tuyên truyền phòng, chống HIV/AIDS, dân số - kế hoạch hóa gia đình, v.v. Với kết quả đó, mô hình kết hợp quân - dân y đã khẳng định rõ vai trò trong việc củng cố tuyến y tế cơ sở và chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân, góp phần giảm sự quá tải về lưu lượng bệnh nhân ở các bệnh viện dân sự [8].

+ Tiếp tục thực hiện đề án can thiệp, giảm thiểu tình trạng tảo hôn và kết hôn cận huyết thống. Hiện nay Bộ Y tế vẫn tiếp tục thực hiện hoạt động can thiệp giảm thiểu tình trạng tảo hôn và kết hôn cận huyết thống tại khu vực các đồng bào dân tộc thiểu số và khu vực miền núi. Đề án đang triển khai tại 192 xã của 25/63 tỉnh. Một số hoạt động chính

của đề án là: tổ chức các hoạt động tuyên truyền, vận động, tư vấn nâng cao nhận thức, thay đổi hành vi của đồng bào dân tộc thiểu số trong hôn nhân; biên soạn, cung cấp thông tin, tài liệu, sản phẩm tuyên truyền về hôn nhân và ngăn ngừa tảo hôn, hôn nhân cận huyết thống; xây dựng, triển khai, nhân rộng mô hình điểm đối với địa bàn vùng dân tộc thiểu số có tỷ lệ hoặc nguy cơ cao về tảo hôn, hôn nhân cận huyết thống; nâng cao năng lực cho cán bộ, công chức tham gia thực hiện Đề án; tổ chức hội nghị, hội thảo, tọa đàm, giao lưu văn hóa, lễ hội; quản lý, kiểm tra, đánh giá, sơ kết, tổng kết thực hiện Đề án[9].

**Tồn tại, thách thức:**

+ Còn nhiều bất cập khi thực hiện Nghị định số 39/2015/NĐ-CP ngày 27/4/2015: một số đối tượng nếu được hưởng thụ theo Nghị định 39 phải có giấy xác nhận của Hội đồng Giám định y khoa cấp tỉnh hoặc cấp trung ương khi con bị dị tật hoặc mắc bệnh hiểm nghèo nên mới sinh thêm con thứ 3; Đối tượng thụ hưởng phải tự nguyện cam kết bằng văn bản không sinh thêm con, nếu vi phạm phải hoàn trả lại kinh phí đã nhận hỗ trợ. Thông tư liên tịch số 07/2016/TTLT-BYT-BTC-BLĐTBXH quy định: từ năm 2017, các địa phương tự cân đối ngân sách để chi trả cho các đối tượng. Đây là một khó khăn với nhiều tỉnh nghèo, khi ngân sách địa phương hạn chế, trong khi đối tượng hưởng hỗ trợ lại khá nhiều.

+ Một số khó khăn khi thực hiện mô hình quân – dân y: Việc xây dựng các văn bản pháp lý, quy hoạch hệ thống khám, chữa bệnh, phòng, chống dịch bệnh, quản lý cơ sở khám chữa bệnh quân - dân y có mặt còn bất cập; Tính chuyên nghiệp, khả năng đáp ứng

nhanh của các phân đội cơ động, cơ sở khám chữa bệnh, nhất là ở tuyến biên giới, biên, đảo trong các tình huống khẩn cấp chưa cao; Nguồn nhân lực có trình độ chuyên môn y tế quân sự (ngoại khoa, gây mê, hồi sức,...) còn thiếu, nhất là ở địa bàn biên giới, biên, đảo, vùng sâu, vùng xa; Ngân sách đầu tư cho hoạt động, nhất là trong phát triển y tế biên, đảo còn hạn chế; Một số địa phương, đơn vị nhận thức chưa đúng tầm quan trọng của mô hình nên chưa thực sự quan tâm lãnh đạo, chỉ đạo, tổ chức thực hiện;

+ Tỷ lệ chết mẹ và tử vong trẻ em ở vùng khó khăn còn cao: Nguyên nhân tỷ lệ chết mẹ và tử vong trẻ em ở vùng khó khăn còn cao là do thiếu chăm sóc sản khoa cấp cứu, hệ thống chuyển tuyến chưa hiệu quả và thiếu chăm sóc sơ sinh sớm thiết yếu. Tương tự, tình trạng chênh lệch về các chỉ số sức khỏe chung như tử vong bà mẹ và trẻ em cũng được ghi nhận giữa các nhóm dân tộc và các đối tượng có điều kiện kinh tế xã hội khác nhau và hầu như không thay đổi trong 5 năm qua.

+ Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em ở vùng dân tộc thiểu số còn cao: trên 30% năm 2019 (trong khi tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi thể thấp còi toàn quốc là 23,3%). Nguyên nhân do dinh dưỡng kém ở bà mẹ mang thai và trẻ em trong giai đoạn sớm. Tình trạng một số vùng, một số nhóm dân cư chưa sử dụng nước sạch, chưa đảm bảo vệ sinh môi trường dẫn đến trẻ bị tiêu chảy cũng là yếu tố dẫn đến suy dinh dưỡng trẻ em. Tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân ở đồng bào dân tộc thiểu số vẫn còn ở mức cao (12,3%), chứng tỏ công tác chăm sóc dinh dưỡng cho phụ nữ mang thai vẫn còn nhiều hạn chế.



+ Khó khăn trong công tác tuyên truyền, tư vấn tại các vùng đồng bào dân tộc thiểu số: Mặc dù công tác tuyên truyền, phổ biến giáo dục pháp luật về hôn nhân và gia đình đã được chính quyền địa phương, các tổ chức xã hội, các cơ quan bảo vệ pháp luật quan tâm, nhưng do trình độ văn hóa của đồng bào dân tộc thấp, cứ 05 phụ nữ dân tộc thiểu số ở nhóm tuổi 15 - 24 thì có 01 người không biết đọc biết viết nên một bộ phận người dân, nhất là người đồng bào dân tộc thiểu số vẫn chưa nhận thức hoặc chưa nắm vững về chế độ hôn nhân và gia đình, quyền và nghĩa vụ cũng như các nguyên tắc cơ bản của chế độ hôn nhân và gia đình. Vì vậy, phần lớn trường hợp tảo hôn, hôn nhân cận huyết thống đều rơi vào các hộ nghèo, đối tượng vị thành niên, thanh niên thất học, hiểu biết pháp luật hạn chế và việc tiếp cận với các phương tiện thông tin đại chúng còn khó khăn.

### ***Giải pháp khắc phục:***

- Về thực hiện Nghị định 39/2015/NĐ-CP: Ngoài những đoàn kiểm tra, giám sát việc thực hiện Nghị định 39/2015/NĐ-CP, cần có báo cáo tổng kết hàng năm để các bộ, ngành liên quan kịp thời giải quyết những khó khăn, vướng mắc để đối tượng phụ nữ thuộc hộ nghèo người dân tộc thiểu số được hưởng hỗ trợ theo quy định.

- Về tình trạng tảo hôn và hôn nhân cận huyết thống: Tiếp tục hoàn thiện các văn bản quy phạm pháp luật, kết hợp hài hòa giữa công tác tuyên truyền, vận động, đảm bảo thực thi pháp luật liên quan đến bình đẳng giới; tăng cường thúc đẩy bình đẳng giới, trao quyền cho trẻ em, nhất là trẻ em gái; phát huy vai trò của cộng đồng cơ sở, thôn, xóm, bản, làng, phum, sóc, phòng chống bất bình đẳng và phân biệt đối xử.

- Về công tác truyền thông, tư vấn cho đồng bào dân tộc thiểu số: Tiếp tục các hoạt động tuyên truyền đến người dân bằng nhiều hình thức: đến tận nhà thông qua mạng lưới cộng tác viên dân số, y tế thôn bản; phát tờ rơi; các buổi truyền thông tập trung nhóm nhỏ; tham gia các câu lạc bộ...; vận động bà con đồng bào dân tộc thiểu số xóa bỏ những phong tục lạc hậu để tránh những dịch bệnh không đáng có xảy ra.

### **Kết luận và khuyến nghị**

Để thực hiện được ba nhóm giải pháp đề ra, Bộ Y tế cần sự phối hợp và thực hiện với các Bộ Ngành liên quan. Trong phạm vi bài viết tác giả có một số khuyến nghị sau:

+ Đối với Ủy ban Dân tộc (UBDT): Phối hợp với các Bộ, Ngành liên quan, trong đó có Bộ Y tế để tiếp tục thực hiện hiệu quả đề án “Giảm thiểu tình trạng tảo hôn và hôn nhân cận huyết thống trong vùng dân tộc thiểu số giai đoạn 2015-2025”; xây dựng kế hoạch hành động của UBDT thực hiện Nghị quyết số 20-NQ/TW, Nghị quyết 21-NQ/TW.

+ Đối với các Bộ Ngành liên quan: Đề nghị Bộ Tài chính, BHXH Việt Nam phối hợp chặt chẽ với Bộ Y tế để nghiên cứu, trình Thủ tướng Chính phủ tiếp tục thực hiện lộ trình điều chỉnh giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại Nghị định số 16/2016/NĐ-CP; đề nghị Bộ Kế hoạch và Đầu tư chủ trì, phối hợp với Bộ Y tế và các Bộ, Ngành liên quan nghiên cứu để ban hành các cơ chế, chính sách khuyến khích xã hội hóa đầu tư cho y tế, đặc biệt là cơ chế hợp tác công tư, cơ chế vay vốn, huy động vốn đầu tư của các cơ sở y tế công lập, cơ chế triển khai các dự án ODA; đề nghị các Bộ, Ngành ủng hộ để Bộ Y tế nghiên cứu, trình cấp cấp có thẩm quyền ban hành

quy định chi tiết định mức phân bổ ngân sách chi sự nghiệp y tế theo tiêu chí dân số cho y tế xã, y tế dự phòng và khám, chữa bệnh.

+ Đối với các địa phương: Tập trung chỉ đạo để đầu tư cơ sở hạ tầng, nâng cao năng lực chuyên môn cho các TYT xã; xây dựng và triển khai kế hoạch hành động của tỉnh, thành phố thực hiện Nghị quyết số 20-NQ/TW, Nghị quyết số 21-NQ/TW; đề nghị các

địa phương thực hiện mua và hỗ trợ mua thẻ bảo hiểm y tế cho các đối tượng theo quy định của Luật Bảo hiểm y tế, thực hiện chính sách hỗ trợ người nghèo, đối tượng chính sách tham gia sử dụng dịch vụ y tế công lập, thực hiện chính sách tiền lương, tăng chi cho y tế dự phòng, tăng chi cho một số nội dung cấp bách khác của ngành y tế.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Báo cáo tổng kết công tác năm 2016 và phương hướng, nhiệm vụ, giải pháp chủ yếu năm 2017
2. Bộ Y tế (2016), Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2015: Tăng cường y tế cơ sở hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân. Nxb Y học, Hà Nội,
3. Bộ Y tế (2018), Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2016: hướng tới mục tiêu già hóa khỏe mạnh ở Việt Nam. Nxb Y học, Hà Nội.
4. Bộ Y tế (2018), Báo cáo tổng kết công tác năm 2017 và phương hướng, nhiệm vụ, giải pháp chủ yếu năm 2018.
5. 100% đồng bào dân tộc thiểu số đã được cấp thẻ Bảo hiểm y tế  
<http://baophapluat.vn/dan-sinh/100-dong-bao-dan-toc-thieu-so-da-duoc-cap-the-bao-hiem-y-te-355455.html>. Ngày 20/9/2017
6. Hội thảo tham vấn với các địa phương, cơ sở đào tạo dự án thí điểm đưa bác sĩ trẻ tình nguyện công tác vùng khó khăn biên giới, hải đảo ưu tiên 62 huyện nghèo. Vụ Tổ chức cán bộ - Bộ Y tế ngày 04/06/2018.
7. Y tế cơ sở - năng lực chưa đáp ứng được yêu cầu  
<https://vtv.vn/trong-nuoc/y-te-co-so-nang-luc-chua-dap-ung-duoc-yeu-cau-20180225192626595.html>. Ngày 25/02/2018
8. Kết hợp quân - dân y - mô hình chăm sóc sức khỏe cho bộ đội và nhân dân  
<http://tapchiquptd.vn/vi/tong-ket-thuc-tien/ket-hop-quan-dan-y-%E2%80%93-mo-hinh-cham-soc-suc-khoe-cho-bo-doi-va-nhan-dan/9314.html>. Tạp chí Quốc phòng toàn dân số 8-2016.
9. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế. Báo cáo nghiên cứu: “Phân tích các yếu tố ảnh hưởng tới khả năng thu hút và duy trì nhân lực y tế ở khu vực miền núi”. Hà Nội, 2012.
10. 10 năm thực hiện Đề án 1816 đã chuyển giao hơn 4.800 kỹ thuật.  
<http://giadinh.net.vn/y-te/10-nam-thuc-hien-de-an-1816-da-chuyen-giao-hon-4800-ky-thuat-20171213141415818.htm>

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

Bài gửi đăng Tạp chí Chính sách Y tế là bài chưa đăng và chưa gửi đăng ở bất kỳ tạp chí nào khác. Bài gửi đăng tạp chí bằng bản in và bản điện tử trình bày theo cỡ chữ 13 Times New Roman, dùng bộ mã Unicode.

Tên bài báo ngắn gọn (không quá 2 dòng), súc tích, cô đọng nêu bật được nội dung của bài báo, không bị lặp từ; và được viết chữ in hoa, đậm.

Dung lượng bài viết từ 4 - 12 trang in khổ A4, có danh mục tài liệu tham khảo (gồm các tài liệu tham khảo sử dụng cho bài viết). Tài liệu tham khảo trình bày theo cỡ chữ 11 Times New Roman được đánh số đặt trong dấu ngoặc vuông theo thứ tự xuất hiện trong bài báo và được ghi trong danh mục tài liệu tham khảo theo quy cách sau:

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

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

Các thuật ngữ tiếng Việt theo từ điển Bách khoa Việt Nam, chữ viết tắt phải có chú thích lần đầu. Có chú thích đầy đủ các bản đồ, sơ đồ, hình vẽ, bảng biểu. Tên bản đồ, sơ đồ, hình vẽ nằm phía dưới hình, tên bảng biểu nằm phía trên.

### I. Với các công trình nghiên cứu khoa học

- Tên người tham gia nhóm nghiên cứu:* theo thứ tự lần lượt tương ứng với mức độ đóng góp của mỗi thành viên.
- Tóm tắt kết quả nghiên cứu:* Tóm tắt nêu mục tiêu, phương pháp nghiên cứu và những phát hiện chính từ kết quả nghiên cứu với độ dài tối đa là 350 từ (in nghiêng).

Cuối phần Tóm tắt phải có từ khóa.

VD: Tên bài báo: “Đặc điểm của quá trình già hóa dân số ở Việt Nam”.

Từ khóa: Đặc điểm, quá trình già hóa dân số, Việt Nam

- Đặt vấn đề nghiên cứu:* Nêu ngắn gọn, rõ ràng tầm quan trọng, sự cần thiết và mục đích của nghiên cứu với độ dài từ 1/2 đến 2/3 trang A4.

#### 4. *Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*

- Trình bày đối tượng nghiên cứu cụ thể, rõ ràng, phân biệt rõ đối tượng nghiên cứu và khách thể nghiên cứu.
- Trình bày rõ ràng, ngắn gọn các phương pháp nghiên cứu song phải đủ thông tin để người đọc hiểu được quy trình triển khai nghiên cứu: xác định cỡ mẫu, tiêu chí chọn mẫu, cách thức chọn mẫu, phương pháp thu thập thông tin, phương pháp xử lý thông tin, đạo đức nghiên cứu và hạn chế của nghiên cứu.
- Độ dài từ 1/2 đến 2/3 trang A4.

#### 5. *Kết quả và bàn luận:*

- Đối với bài báo đăng Tạp chí, cần nêu những kết quả và bàn luận chính của nghiên cứu sao cho đáp ứng được mục tiêu của bài báo (không cần viết lại toàn bộ kết quả nghiên cứu của đề tài). Trình bày kết quả trong bài báo không quá 5 bảng và hình vẽ, mỗi bảng tối đa 10 dòng, 6 cột, có tên bảng, tên hình và chú thích rõ nguồn viện dẫn; kết quả đã trình bày bảng thì không trình bày lại bằng hình vẽ. Phần bàn luận giải thích và nêu ý nghĩa của những thông tin trong kết quả thu được, so sánh với các nghiên cứu khác liên quan; ưu điểm, hạn chế của nghiên cứu (nếu có).
- Có thể gộp kết quả và bàn luận thành 1 mục chung hoặc tách thành 2 mục riêng.
- Độ dài 5 - 6 trang A4.

#### 6. *Kết luận và khuyến nghị:*

Kết luận ngắn gọn theo từng mục tiêu của nghiên cứu đã được phê duyệt, không liệt kê lại toàn bộ kết quả nghiên cứu. Đề xuất khuyến nghị dựa trên kết quả nghiên cứu; khuyến nghị cần có đối tượng, có địa chỉ cụ thể và có tính khả thi.

### II. Các bài trao đổi - quản lý, hoặc các bài viết tổng hợp, chuyên sâu:

- Có nội dung tập trung theo chủ đề, hoặc chuyên sâu liên quan đến chính sách y tế
- Có tài liệu tham khảo có độ tin cậy.

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

**Địa chỉ liên hệ:** *Tạp chí Chính sách Y tế, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế*

*Ngõ 196 Hồ Tùng Mậu, phường Mai Dịch, quận Cầu Giấy, TP. Hà Nội*

**ĐT:** 024.3823 4167; **máy lẻ:** 5445

**Email:** tapchichinhsachyte@hspi.org.vn

