

BỘ GIÁO DỤC ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----*

DƯƠNG ĐỨC THIÊN

**XÂY DỰNG VÀ KẾT QUẢ THỬ NGHIỆM GÓI
DỊCH VỤ Y TẾ CƠ BẢN TRONG ĐIỀU TRỊ, QUẢN LÝ
TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI TRẠM
Y TẾ XÃ, HUYỆN SÓC SƠN, HÀ NỘI, 2017 - 2018**

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y TẾ CÔNG CỘNG

HÀ NỘI - 2023

BỘ GIÁO DỤC ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----*

DƯƠNG ĐỨC THIÊN

**XÂY DỰNG VÀ KẾT QUẢ THỬ NGHIỆM GÓI
DỊCH VỤ Y TẾ CƠ BẢN TRONG ĐIỀU TRỊ, QUẢN LÝ
TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI TRẠM
Y TẾ XÃ, HUYỆN SÓC SƠN, HÀ NỘI, 2017 - 2018**

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y TẾ CÔNG CỘNG

Chuyên ngành: Y tế công cộng

Mã số: 62 72 03 01

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. GS. TS. Vũ Sinh Nam***
- 2. TS. Trần Thị Mai Oanh***

HÀ NỘI – 2023

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu, kết quả trong luận án được sử dụng từ Đề tài cấp Nhà nước đã được cho phép của đơn vị chủ trì và chưa được công bố trong bất kỳ một công trình khoa học nào khác.

Tác giả luận án

Dương Đức Thiện

LỜI CẢM ƠN

Để có được công trình nghiên cứu này, trước hết tôi xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn tới GS.TS Vũ Sinh Nam và TS. Trần Thị Mai Oanh là người hướng dẫn khoa học, đã luôn tận tâm giúp đỡ, động viên và hướng dẫn tôi trong quá trình học tập cũng như hoàn thành luận án.

Tôi xin được gửi lời cảm ơn trân trọng nhất tới PGS.TS. Nguyễn Thị Thùy Dương và các cán bộ Khoa Đào tạo và Quản lý khoa học - Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương đã luôn quan tâm, giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập.

Lời cảm ơn trân trọng xin gửi tới PGS.TS Phạm Lê Tuấn, Nguyên Thứ trưởng Bộ Y tế và các đồng nghiệp của Vụ Kế hoạch - Tài chính đã ủng hộ, tạo điều kiện thuận lợi trong suốt thời gian tôi học tập, hoàn thành luận án.

Thành quả này không thể không nhắc tới Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã cho phép tôi sử dụng số liệu để thực hiện công trình nghiên cứu của mình, sự nhiệt tình của các nghiên cứu viên thuộc Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã đồng hành cùng tôi trong suốt thời gian nghiên cứu.

Xin trân trọng gửi lời cảm ơn tới Sở Y tế Hà Nội, Trung tâm y tế huyện Sóc Sơn và các trạm y tế xã đã tạo điều kiện thuận lợi nhất cho tôi thực hiện khảo sát và cung cấp thông tin, số liệu cho nghiên cứu này.

Sau cùng, xin gửi tới Bố Mẹ lời cảm tạ đã sinh ra và nuôi dạy, luôn ở bên tôi giúp vượt qua mọi khó khăn. Xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc Anh Chị tôi. Xin được gửi tới vợ và các con yêu quý, tình yêu và nguồn động lực, chỗ dựa tinh thần cho tôi trong suốt thời gian qua!

Hà nội, ngày tháng năm 2023

Dương Đức Thiện

MỤC LỤC

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT	v
DANH MỤC BẢNG	vi
DANH MỤC HÌNH.....	viii
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1 - TỔNG QUAN.....	3
1.1. Một số khái niệm trong luận án	3
1.2. Gánh nặng bệnh tật ở Việt Nam.....	4
1.3. Chính sách dự phòng, điều trị và quản lý BKLN tại Việt Nam.....	6
1.4. Mô hình điều trị, quản lý THA, ĐTD tại tuyến CSSKBĐ.....	10
1.4.1. Điều trị, quản lý bệnh THA, ĐTD tại tuyến CSSKBĐ trên thế giới	10
1.4.2. Quản lý và điều trị bệnh THA, ĐTD tại tuyến xã của Việt Nam ...	13
1.5. Xây dựng gói dịch vụ y tế cơ bản	17
1.5.1. Xây dựng gói dịch vụ y tế cơ bản trên thế giới.....	17
1.5.2. Gói dịch vụ y tế cơ bản tại Việt Nam	27
CHƯƠNG 2 - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	30
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	30
2.2. Thời gian và địa bàn nghiên cứu.....	30
2.3. Phương pháp nghiên cứu.....	31
CHƯƠNG 3 - KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	50
3.1. Kết quả nghiên cứu đối với mục tiêu 1	50
3.2. Kết quả nghiên cứu đối với mục tiêu 2	59
3.3. Kết quả nghiên cứu đối với mục tiêu 3	63
3.3.1. Sự thay đổi về cung ứng dịch vụ quản lý điều trị THA, ĐTD.....	63
3.3.2. Sự thay đổi về tính sẵn có của thuốc điều trị THA, ĐTD.....	65
3.3.3. Sự thay đổi về kiến thức, thực hành của bác sĩ/y sĩ.....	68

3.3.4. Sự thay đổi về quyền lợi được hưởng của người dân	72
3.3.5. Các điều kiện cần thiết để cung ứng gói dịch vụ y tế cơ bản	78
3.3.6. Nghiên cứu dự báo tác động chi phí	79
CHƯƠNG 4 - BÀN LUẬN.....	93
4.1. Xây dựng Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã.....	93
4.2. Thí điểm triển khai các hoạt động can thiệp để đảm bảo cung ứng các dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã.....	94
4.2.1. Thực trạng cung ứng DVKT và thuốc trước thời điểm can thiệp....	94
4.2.2. Sự thay đổi về năng lực cung ứng dịch vụ điều trị và quản lý THA, ĐTD của TYTX sau can thiệp	95
4.2.3. Sự thay đổi về quyền lợi được hưởng của người dân	97
4.2.4. Sự thay đổi về kiến thức và thực hành của y/bác sĩ tại TYTX	98
4.3. Các điều kiện cần thiết để đảm bảo TYTX cung ứng được Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD	100
4.4. Ước tính chi phí cung ứng Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã và tác động ngân sách.....	104
4.4.1. Chi phí cung ứng Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã.....	104
4.4.2. Tác động ngân sách của Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã.....	107
4.5. Những bất cập của chính sách ảnh hưởng đến việc triển khai Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã.....	108
4.6. Hạn chế nghiên cứu.....	Error! Bookmark not defined.
KẾT LUẬN	113
KIẾN NGHỊ	115
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH LIÊN QUAN ĐÃ CÔNG BỐ	116
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BHXH	Bảo hiểm xã hội
BHYT	Bảo hiểm y tế
BYT	Bộ Y tế
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
CSSKBD	Chăm sóc sức khỏe ban đầu
CTMT	Chương trình mục tiêu
CDHA	Chẩn đoán hình ảnh
DVYT	Dịch vụ y tế
DVYTCB	Dịch vụ y tế cơ bản
DVKT	Dịch vụ kỹ thuật
ĐTD	Đái tháo đường
GDVYTCB	Gói dịch vụ y tế cơ bản
KCB	Khám chữa bệnh
KCBBĐ	Khám chữa bệnh ban đầu
KS	Kháng sinh
KHHGD	Kế hoạch hóa gia đình
HA	Huyết áp
HGD	Hộ gia đình
MTQG	Mục tiêu quốc gia
NSNN	Ngân sách nhà nước
PKĐKKV	Phòng khám đa khoa khu vực
PHCN	Phục hồi chức năng
TCYTTG	Tổ chức y tế thế giới
THA	Tăng huyết áp
TTYT	Trung tâm y tế
TYT	Trạm Y tế
TW	Trung ương
UHC	Chương trình chăm sóc sức khỏe toàn dân
VTM	Vitamine
YTDP	Y tế dự phòng
TCYTTG	Tổ chức Y tế thế giới

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Các hoạt động can thiệp đã triển khai của nghiên cứu	37
Bảng 2.2. Nội dung, chỉ số và phương pháp thu thập số liệu	43
Bảng 3.1. Kết quả rà soát Danh mục DVKT và thuốc cho điều trị, quản lý THA được BHYT chi trả tại TYTX.....	52
Bảng 3.2. Kết quả rà soát danh mục DVKT, thuốc cho điều trị, quản lý ĐTD được BHYT chi trả tại TYTX.....	54
Bảng 3.3. Danh mục DVKT/thuốc thuộc Gói DVYTĐCB đề xuất trong điều trị và quản lý THA tại TYTX	56
Bảng 3.4. Danh mục DVKT/thuốc thuộc Gói DVYTĐCB đề xuất trong điều trị và quản lý ĐTD tại TYTX	58
Bảng 3.5. Thông tin chung về TYT của huyện Sóc Sơn năm 2017 - 2018....	59
Bảng 3.6. Tính sẵn có của thuốc điều trị THA tại TYTX thuộc huyện Sóc Sơn, thời điểm trước can thiệp	62
Bảng 3.7. Trung bình số bệnh nhân THA quản lý trên danh sách và cấp phát thuốc định kỳ tại TYTX giai đoạn 2017-2019.....	63
Bảng 3.8. Trung bình số bệnh nhân ĐTD quản lý trên danh sách và cấp phát thuốc định kỳ tại TYTX giai đoạn 2017-2019.....	65
Bảng 3.9. Sự thay đổi về tính sẵn có của thuốc điều trị THA tại TYTX thuộc huyện Sóc Sơn, so sánh trước và sau can thiệp	66
Bảng 3.10. Kiến thức của y/bác sĩ về tư vấn chăm sóc bệnh nhân trước và sau can thiệp tại Sóc Sơn, Hà Nội	71
Bảng 3.11. Thực trạng sử dụng dịch vụ của bệnh nhân THA tại TYTX trước-sau can thiệp	73
Bảng 3.12. Nội dung tư vấn bệnh nhân THA tại TYTX trước-sau can thiệp.	74
Bảng 3.13. Thực trạng sử dụng dịch vụ của bệnh nhân ĐTD tại TYTX trước-sau can thiệp	75

Bảng 3.14. Nội dung tư vấn ĐTD tại TYTX trước-sau can thiệp	76
Bảng 3.15. Tham số đầu vào ước tính chi phí KCB và dự phòng tại tuyến xã thành phố Hà Nội	81
Bảng 3.16. Tham số đầu ước tính chi phí sàng lọc THA và ĐTD.....	82
Bảng 3.17. Chi phí 1 lần sàng lọc THA và ĐTD tại tuyến xã.....	85
Bảng 3.18. Chi phí Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị, quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã.....	86
Bảng 3.19. Tác động chi phí BHYT của thực hiện Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã.....	88
Bảng 3.20. Dự báo nhu cầu chi phí thực hiện Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã thành phố Hà Nội.....	89

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Gánh nặng bệnh tật ở Việt Nam, xu hướng 1990-2017.....	4
Hình 1.2. Gánh nặng bệnh tật ở Việt Nam so với các nước trong khu vực.....	5
Hình 2.1. Phương pháp tiếp cận của nghiên cứu	32
Hình 2.2. Quy trình xây dựng danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTĐ tại tuyến xã.....	33
Hình 2.3. Quy trình các bước sàng lọc THA và ĐTĐ tại tuyến xã	48
Hình 3.1. Đánh giá kiến thức của y/bác sĩ tại TYTX trước-sau can thiệp tại Sóc Sơn, Hà Nội.....	70
Hình 3.2. Chi phí bình quân điều trị THA và ĐTĐ tại TYTX	77
Hình 3.3. Cơ cấu chi phí Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTĐ tuyến xã.....	87

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nguyên nhân tử vong từ bệnh không lây nhiễm (BKLN) chiếm trên 70% tổng số ca tử vong trên toàn cầu. Ở Việt Nam, ước tính có 592.000 ca tử vong do các BKLN, chiếm 81,4% tổng số tử vong; trong đó tử vong do tim mạch, đái tháo đường, ung thư và bệnh hô hấp mạn tính chiếm 66,2% [23]. Tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp (THA) ở người trưởng thành năm 2021 là 26,2%, tương đương với khoảng 17 triệu người; tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường (ĐTĐ)/tăng đường huyết ở người trưởng thành là 7,06% (khoảng 4,6 triệu người), tỷ lệ tiền đái tháo đường là 17,8%. Gánh nặng BKLN tại Việt Nam ở mức cao, chiếm 73,7% tổng gánh nặng bệnh tật và tử vong (tính bằng DALY), trong đó bệnh tim mạch chiếm 20,5% và ĐTĐ chiếm 3,9%. Theo Tổ chức y tế Thế giới (TCYTTG), 80% bệnh tim mạch giai đoạn đầu, đột quy và ĐTĐ típ 2 có thể phòng ngừa được thông qua ăn uống hợp lý, hoạt động thể lực đều đặn, không hút thuốc lá [92].

Một trong những chức năng, nhiệm vụ của TYTX được quy định tại Thông tư số 33/2015/TT-BYT ngày 27/10/2015 của Bộ Y tế là giám sát, thực hiện các biện pháp kỹ thuật phòng, điều trị BKLN. Bộ Y tế đã có Quyết định số 5904/QĐ-BYT ngày 20/12/2019 ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã” trong đó có hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quản lý THA, ĐTĐ. Nghị quyết 20/NQ-TW của Ban chấp hành Trung ương khoá XII nêu rõ: “Triển khai đồng bộ các hoạt động phòng, chống các bệnh không lây nhiễm; chú trọng dự phòng, nâng cao năng lực sàng lọc, phát hiện sớm, kiểm soát bệnh tật; đẩy mạnh quản lý, điều trị các bệnh không lây nhiễm, bệnh mạn tính, chăm sóc dài hạn tại y tế cơ sở”. Bộ Y tế đã ban hành Thông tư 39/2017/TT-BYT ngày 18/10/2017 quy định danh mục dịch vụ y tế cơ bản dành cho trạm y tế xã. Trạm y tế xã, phường, thị trấn (sau đây gọi tắt là TYTX) là nơi triển

khai các hoạt động y tế dự phòng, khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe ban đầu. Việc điều trị, quản lý bệnh THA, ĐTĐ tại cộng đồng nhằm theo dõi bệnh ngay từ tuyến y tế cơ sở (YTCS) sẽ góp phần giảm chi phí khám, chữa bệnh cho người dân, giảm quá tải cho các bệnh viện tuyến trên.

Tuy nhiên, vẫn còn khoảng 70-80% bệnh nhân BKLN chưa được quản lý điều trị; hiệu quả dịch vụ điều trị, quản lý THA và ĐTĐ tại TYTX còn thấp; chưa có sự phối hợp, lồng ghép giữa khám chữa bệnh và dự phòng (3). Câu hỏi đặt ra là đối với điều trị, quản lý THA và ĐTĐ tại TYTX thì cần có danh mục dịch vụ kỹ thuật, thuốc cơ bản gì và các điều kiện cần thiết nhằm đảm bảo cung ứng các dịch vụ, thuốc đó được hiệu quả và bền vững.

Nghiên cứu này là một phần của Đề tài nghiên cứu cấp Nhà nước - ĐTDL.XH-05/15: "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" của Bộ Y tế do Viện Chiến lược và Chính sách y tế và Vụ Kế hoạch - Tài chính. Việc triển khai nghiên cứu tại huyện Sóc Sơn, Hà Nội là khả thi và phù hợp vì Trung tâm y tế huyện Sóc Sơn đã tích cực tham gia thực hiện một số thử nghiệm, sáng kiến đổi mới chính sách y tế cơ sở trong những năm gần đây và sẵn sàng tham gia nghiên cứu này. Các mục tiêu nghiên cứu bao gồm:

1. Xây dựng gói dịch vụ y tế cơ bản trong điều trị, quản lý tăng huyết áp và đái tháo đường tại các trạm y tế xã năm 2017.

2. Mô tả thực trạng cung ứng gói dịch vụ y tế cơ bản trong điều trị, quản lý tăng huyết áp và đái tháo đường tại trạm y tế xã thuộc huyện Sóc Sơn, Hà Nội năm 2017.

3. Đánh giá kết quả thử nghiệm gói dịch vụ y tế cơ bản trong điều trị, quản lý tăng huyết áp và đái tháo đường tại trạm y tế xã thuộc huyện Sóc Sơn, Hà Nội, 2017 - 2018.

CHƯƠNG 1 - TỔNG QUAN

1.1. Một số khái niệm trong luận án

Y tế cơ sở (YTCS): Theo Chỉ thị số 06-CT/TW của Ban Bí thư Trung ương Đảng; YTCS bao gồm y tế thôn, bản, xã, phường, thị trấn, quận, huyện, thị xã; là tuyến y tế ban đầu gần dân nhất, bảo đảm cho mọi người dân được chăm sóc sức khỏe cơ bản với chi phí thấp nhất và hiệu quả nhất [1]. Y tế cơ sở là nền tảng để thực hiện vai trò là tuyến đầu trong phòng bệnh, chăm sóc sức khỏe cũng như sàng lọc, phát hiện sớm và kiểm soát bệnh tật [2].

Gói dịch vụ y tế cơ bản (DVYTCB): Có nhiều khái niệm khác nhau về gói dịch vụ y tế mà mỗi quốc gia cần cam kết đảm bảo cung ứng cho đại đa số người dân và đảm bảo mọi người dân đều có thể tiếp cận được các dịch vụ cơ bản này tùy theo điều kiện thực tế và mục tiêu của mỗi quốc gia. Năm 2008, TCYTTQG đưa ra khái niệm: “Gói DVYTCB là những DVYT thiết yếu được xác định dựa trên định hướng ưu tiên của hệ thống y tế của mỗi quốc gia cũng như tính sẵn có về nguồn lực và xã hội mong muốn là mọi người dân đều được hưởng những dịch vụ này” [90]. Tại Việt Nam, gói DVYTCB được xác định theo Luật BHYT sửa đổi 2014 là những DVYT thiết yếu để CSSK, phù hợp với khả năng chi trả của quỹ BHYT [34].

Bệnh không lây nhiễm (BKLN): Theo TCYTTG, các BKLN còn được gọi là bệnh mãn tính, có xu hướng kéo dài, tiến triển chậm và là kết quả của sự kết hợp của các yếu tố di truyền, sinh lý, môi trường và hành vi; 04 loại BKLN chính là bệnh tim mạch (như nhồi máu cơ tim, đột quỵ), ung thư, bệnh hô hấp mạn tính và đái tháo đường [96].

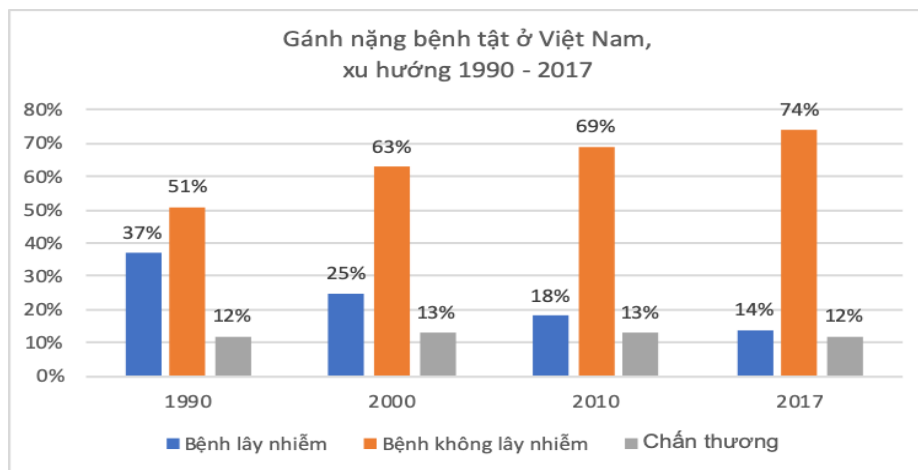
Điều trị, quản lý bệnh không lây nhiễm: Là một quy trình do các y tế cơ sở thực hiện bao gồm chẩn đoán, điều trị, cấp cứu, tư vấn cho người mắc một số bệnh không lây nhiễm phổ biến theo hướng dẫn của Bộ Y tế và phạm vi

giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh của cơ sở. Người bệnh được chuyển về các cơ sở y tế tuyến xã để tiếp tục quản lý và điều trị sau khi đã được chẩn đoán, điều trị qua giai đoạn cấp hoặc được xác định tình trạng bệnh đã thuyên giảm [20].

1.2. Gánh nặng bệnh tật ở Việt Nam

Việt Nam đang phải đối mặt với gánh nặng bệnh tật kép, gánh nặng bệnh tật và tử vong do các bệnh không lây nhiễm chủ yếu gồm bệnh tim mạch, ung thư, đái tháo đường và bệnh hô hấp mạn tính đang gia tăng nhanh.

Gánh nặng bệnh tật kép được thể hiện từ sự chuyển đổi mô hình bệnh tật từ các bệnh lây nhiễm giảm chậm, trong khi các bệnh không lây nhiễm tăng nhanh. Dữ liệu từ IHME cũng chỉ ra xu hướng của BKLN đang tăng từ 51% (1990) lên đến 74% (2017). Sự gia tăng gánh nặng bệnh tật do BKLN cho thấy cần có giải pháp hiệu quả trong phòng bệnh và kiểm soát bệnh tật (Hình 1.1).

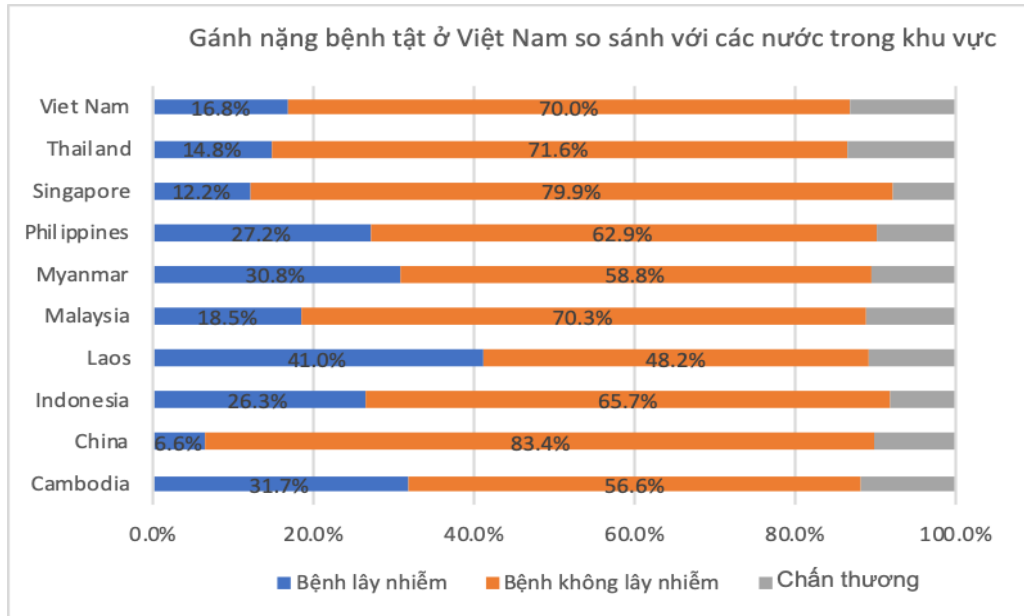


Hình 1.1. Gánh nặng bệnh tật ở Việt Nam, xu hướng 1990-2017

Nguồn: Institute of Health Metrics and Evaluation

(<http://www.healthdata.org/vietnam>)

So với các nước khác ở Đông Nam Á, tỷ lệ tử vong do BKLN ở Việt Nam tương đương với Malaysia và Thái Lan, thấp hơn Singapore và Trung Quốc, nhưng cao hơn Lào, Myanmar và Campuchia (Hình 1.2).



Hình 1.2. Gánh nặng bệnh tật ở Việt Nam so với các nước trong khu vực

Nguồn: DALY estimates, WHO member states 2016

(https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html)

Đến năm 2019, các BKLN vẫn là nguyên nhân tử vong hàng đầu, lớn hơn tất cả các nguyên nhân tử vong khác cộng lại, ước tính có 592.000 ca tử vong do các BKLN, chiếm 81,4% tổng số tử vong do mọi nguyên nhân. Trong đó chủ yếu là tử vong do các bệnh tim mạch, đái tháo đường, ung thư và bệnh hô hấp mạn tính, chiếm 66,2% tổng số tử vong do mọi nguyên nhân. 41,5% số tử vong do BKLN tại Việt Nam là trước 70 tuổi [23].

Tỷ lệ hiện mắc các BKLN phổ biến cũng đã tăng nhanh qua các năm và số người hiện mắc bệnh trong cộng đồng hiện tại rất lớn. Số liệu điều tra cho thấy tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp ở người trưởng thành năm 2021 là 26,2%, tương đương với khoảng 17 triệu người; tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường/tăng đường huyết ở người trưởng thành là 7,06%, tương đương với 4,6 triệu người.

Kết quả một nghiên cứu về thực trạng BKLN ở người cao tuổi cho thấy tỷ lệ NCT mắc các bệnh tim mạch là cao nhất với 41,3%, tỷ lệ người cao tuổi mắc bệnh đái tháo đường là 8,3% [31].

Theo Bộ Y tế, năm 2019 gánh nặng của các bệnh không lây nhiễm đang chiếm tới 73,7% tổng gánh nặng bệnh tật và tử vong toàn quốc (tính bằng DALY), trong đó bệnh tim mạch chiếm 20,5%, ung thư 13,3%, rối loạn tâm thần kinh chiếm 5,3%, bệnh hô hấp mạn tính 4% và đái tháo đường chiếm 3,9% tổng gánh nặng bệnh tật [28].

1.3. Chính sách dự phòng, điều trị và quản lý BKLN tại Việt Nam

Nhận thức được tầm quan trọng của việc phòng, chống BKLN, Chính phủ đã thực hiện những cam kết chính trị mạnh mẽ trong việc đẩy lùi các BKLN. Tháng 5 năm 2017, Chính phủ ban hành Quyết định số 622/QĐ-TTg về việc ban hành kế hoạch hành động quốc gia thực hiện chương trình nghị sự 2030 vì sự phát triển bền vững; trong đó nêu rõ mục tiêu đến năm 2030, giảm 20 - 25% tỷ lệ tử vong trước 70 tuổi do các BKLN thông qua dự phòng và điều trị, nâng cao sức khỏe tinh thần và thể chất bằng việc phát triển mạnh hệ thống dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị, quản lý các BKLN từ Trung ương đến cấp xã trong cả nước; chú trọng bảo đảm cung cấp dịch vụ quản lý, theo dõi và chăm sóc liên tục cho người bệnh ở các TYTX [40]. Tại Hội nghị lần thứ sáu năm 2017, Ban Chấp hành Trung ương khóa XII ban hành 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; theo đó, mục tiêu đến năm 2025, 95% trạm y tế (TYT) xã, phường, thị trấn thực hiện dự phòng, quản lý, điều trị một số BKLN và phấn đấu đạt 100% TYT vào năm 2030 thông qua thực hiện đồng bộ các hoạt động phòng, chống các BKLN; chú trọng dự phòng, nâng cao năng lực sàng lọc, phát hiện sớm và kiểm soát bệnh tật; đẩy mạnh quản lý, điều trị các BKLN, bệnh mạn tính tại YTCS. [2].

BKLN cũng được đưa vào các dự án thuộc Chương trình mục tiêu quốc gia tại Quyết định số 2331/QĐ-TTg năm 2010, bao gồm bệnh ung thư, THA, ĐTD, COPD [36], Quyết định số 1208/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt chương trình phòng, chống bệnh ung thư, bệnh THA, ĐTD, COPD thuộc dự án thành phần số 1 [37], Quyết định số 1125/QĐ-TTg phê duyệt Chương trình mục tiêu Y tế - Dân số năm 2016-2020 nhấn mạnh mục tiêu không chế tốc độ gia tăng các BKLN phổ biến [41]. Quyết định số 376/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, ĐTD, COPD, hen phế quản và các BKLN khác giai đoạn 2015-2025 với hướng tiếp cận toàn diện, tập trung kiểm soát các yếu tố nguy cơ, dự phòng mắc bệnh, đồng thời phát hiện sớm để quản lý hiệu quả BKLN. Một trong các giải pháp trọng tâm là tăng cường phát hiện, điều trị, quản lý tại TYTX và cộng đồng cho người mắc bệnh tim mạch, ĐTD, COPD, hen phế quản và các BKLN khác, đảm bảo cung cấp dịch vụ quản lý, theo dõi và chăm sóc liên tục cho người bệnh [38].

BYT đã ban hành Kế hoạch phòng chống BKLN giai đoạn 2015-2020 theo Quyết định số 346/QĐ-BYT ngày 30/1/2015, nhấn mạnh nhiệm vụ phòng, chống các bệnh ung thư, tim mạch, ĐTD, COPD và hen phế quản do đây là những BKLN có tỷ lệ mắc cao và là nguyên nhân chủ yếu gây tàn tật và tử vong ở người trưởng thành tại Việt Nam [13]. Năm 2016, BYT phê duyệt Dự án truyền thông, vận động xã hội phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, ĐTD, COPD, hen phế quản và các BKLN khác, giai đoạn 2016-2020 (Quyết định số 4298/QĐ-BYT) và Dự án chủ động dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị, quản lý bệnh ung thư, tim mạch, ĐTD, COPD, hen phế quản và các BKLN khác, giai đoạn 2016-2020 (Quyết định số 4299/QĐ-BYT), nhấn mạnh vai trò của việc chủ động dự phòng, giám sát, phát hiện bệnh sớm, điều trị, quản lý liên tục và lâu dài tại cơ sở CSSKBĐ [15, 16].

Năm 2017, BHYT ban hành Quyết định số 6110/QĐ-BYT về ban hành hướng dẫn xây dựng và triển khai hệ thống thông tin quản lý TYTX, trong đó đề cập đến hoạt động quản lý BKLN tại TYTX. Cụ thể, người mắc BKLN trên địa bàn xã cần được quản lý các thông tin về tên bệnh, ngày khám, ngày phát hiện, nơi phát hiện, theo dõi diễn biến của bệnh, trường hợp chuyển đi, tử vong; quản lý và cung cấp thuốc theo tháng [17]. Năm 2018, BHYT ban hành Thông tư 49/TT-BYT về hướng dẫn hoạt động xét nghiệm trong khám chữa bệnh, theo đó y/bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, hộ sinh, dược sỹ tại TYTX được thực hiện các xét nghiệm nhanh tại CSYT [22]. Cũng năm 2018, BHYT đã quy định mức giá khám bệnh, mức giá các dịch vụ kỹ thuật tại TYTX trong Thông tư 39/TT-BYT; theo đó, giá khám bệnh tại TYTX được áp dụng giống như các bệnh viện hạng IV, bằng 70% mức giá của các dịch vụ được quy định ở các bệnh viện hạng III, đối với các TYT được SYT quyết định có giường lưu thì được áp dụng mức giá bằng 50% mức giá ngày giường nội khoa loại 3 của bệnh viện hạng IV [21]. Bộ Y tế đã ban hành Quyết định 2559/QĐ-BYT phê duyệt Kế hoạch tăng cường thực hiện điều trị, quản lý THA và ĐTD theo nguyên lý y học gia đình tại các TYT xã, phường, thị trấn giai đoạn 2018-2020; theo đó, mục tiêu cần đạt đến năm 2019 là 100% TYT được đào tạo về dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị, quản lý THA và ĐTD theo nguyên lý y học gia đình [19]. Thông tư số 20/2019/TT-BYT của Bộ Y tế quy định chỉ tiêu thống kê cơ bản ngành y tế, trong đó có tỷ lệ người bệnh THA, ĐTD được phát hiện và tỷ lệ người bệnh THA, ĐTD được quản lý, điều trị [25]. Bộ Y tế cũng đã đề cập đến chức năng nhiệm vụ của TYTX trong việc quản lý các ca bệnh qua sổ ghi chép ban đầu trong Thông tư số 37/2019/TT-BYT [26]. Theo đó, các CSYT có trách nhiệm ghi chép thông tin sau mỗi lần cung cấp DVYT vào hệ thống sổ sách đã được BHYT ban hành; thu thập thông tin về tình hình sức khỏe của cộng đồng thông

qua mạng lưới y tế thôn/ bản và cộng tác viên dân số; tổng hợp số liệu cung cấp dịch vụ y tế và tình trạng sức khỏe trong xã để báo cáo TTYT huyện.

Bên cạnh đó, để đảm bảo chất lượng DVYT và CSSK cho người bệnh mắc BKLN, Bộ Y tế đã ban hành nhiều hướng dẫn chuyên môn quan trọng trong lĩnh vực dự phòng, điều trị và quản lý BKLN, trong đó tập trung nhiều tại tuyến YTCS. Ngày 6/8/2014, BYT ban hành “Tài liệu chuyên môn hướng dẫn khám, chữa bệnh tại TYT xã, phường” tại Quyết định số 2919/QĐ-BYT của Bộ Y tế, trong đó bao gồm Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh mạn tính thường gặp [10]. Quyết định số 3756/QĐ-BYT ngày 21/6/2018 ban hành hướng dẫn hoạt động dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị và quản lý một số BKLN phổ biến cho tuyến YTCS bao gồm bệnh THA, ĐTD, hen phế quản, COPD, tâm thần phân liệt, động kinh, một số rối loạn tâm thần khác thường gặp, một số bệnh ung thư [20]. Ngày 20/12/2019, Bộ Y tế ban hành Quyết định số 5904/QĐ-BYT về “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số BKLN tại TYTX”, bao gồm: (i) Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quản lý THA; (ii) Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quản lý ĐTD; (iii) Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quản lý lồng ghép THA và ĐTD; (iv) Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quản lý COPD; (v) Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quản lý hen phế quản ở người lớn [24]. Cùng với các chính sách trên, Thông tư 39/2017/TT-BYT quy định gói DVYTTCB cũng được triển khai tại tuyến YTCS [18].

Bên cạnh các chính sách tập trung vào điều trị và quản lý BKLN, Việt Nam cũng đã ban hành và thực thi một số chính sách phòng, chống các yếu tố nguy cơ của BKLN như Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng, Luật phòng chống tác hại thuốc lá (2012), Luật phòng chống tác hại rượu bia (2019) và một số văn bản, chính sách [38].

1.4. Mô hình điều trị, quản lý THA, ĐTD tại tuyến CSSKBD

1.4.1. Điều trị, quản lý bệnh THA, ĐTD tại tuyến CSSKBD trên thế giới

Dự phòng và kiểm soát các BKLN luôn là một trong các nội dung ưu tiên trong các chiến lược toàn cầu của nhiều tổ chức quốc tế như Liên hợp quốc, TCYTTG,... Từ năm 2000 đến nay, đã có nhiều văn bản chính sách quan trọng được ban hành để định hướng, khuyến nghị các quốc gia xây dựng chính sách và áp dụng các can thiệp phòng chống BKLN. Trong các chiến lược đối phó với BKLN, tăng cường CSSKBD là một chiến lược quan trọng để phòng ngừa và kiểm soát BKLN hiệu quả [58, 70], đặc biệt là tại các nước có thu nhập thấp và trung bình với nguồn lực hạn chế. Những nước này cần có những biện pháp để vừa nâng cao hiệu quả dự phòng, điều trị và quản lý BKLN, vừa giảm được các chi phí y tế do BKLN và biến chứng của BKLN.

Trong bối cảnh đó, TCYTTG đã xây dựng Gói chăm sóc thiết yếu đối với BKLN (Package of Essential Noncommunicable Disease Interventions, sau đây gọi tắt là WHO-PEN) cho CSSKBD tại các khu vực có nguồn lực hạn chế [91]. Gói WHO-PEN hướng đến mục đích đảm bảo việc cung cấp các dịch vụ với chi phí-hiệu quả, bao gồm các phương pháp ít tốn kém trong phát hiện và chẩn đoán sớm BKLN, điều trị và quản lý BKLN với chi phí phù hợp [89]. Việc lồng ghép có hiệu quả WHO-PEN vào CSSKBD sẽ đóng góp rất lớn vào mục đích giảm tỷ lệ mắc, tỷ lệ tàn tật và tử vong sớm do các BKLN nếu được thực hiện song song với việc triển khai các chính sách về kiểm soát thuốc lá, về chế độ ăn khỏe mạnh và vận động thể lực hợp lý. WHO-PEN gồm 4 nội dung chính là: (i) Dự phòng đau tim, đột quỵ và bệnh thận thông qua quản lý lồng ghép bệnh THA và ĐTD, (ii) Giáo dục sức khỏe và tư vấn thay đổi hành vi, (iii) Quản lý bệnh hen suyễn và COPD, (iv) Đánh giá và chuyển gửi bệnh nhân nghi ngờ ung thư vú/ung thư cổ tử cung trong CSSKBD. Để triển khai gói WHO-PEN, đội ngũ nhân lực để thực hiện gồm

có CBYT đang làm việc tại tuyến CSSKBD, cán bộ tham gia vào quá trình xây dựng các hướng dẫn, các chính sách liên quan đến dự phòng, điều trị và quản lý BKLN, và những cán bộ không phải y/bác sĩ nhưng đã được tập huấn các kiến thức và kỹ năng về dự phòng, điều trị và quản lý BKLN tại tuyến YTCS. Cho đến nay, cách tiếp cận quản lý BKLN theo WHO-PEN đã được áp dụng tại khoảng 30 quốc gia [87]. Từ năm 2009, Bhutan, Myanmar, và Indonesia là những quốc gia đầu tiên thí điểm gói chăm sóc thiết yếu này và đang hướng đến việc nhân rộng tại tất cả các CSYT trên toàn quốc. Trong khi đó, những can thiệp có quy mô nhỏ hơn cũng đã được thực hiện ở nhiều quốc gia khác (như can thiệp 10/75 huyện ở Nepal; 840 trung tâm Lối sống lành mạnh ở SriLanka; 2/13 huyện ở Timor-Leste) [70]. Các chương trình thí điểm WHO-PEN đã cho thấy kết quả tích cực trong thực hành phòng ngừa và kiểm soát BKLN, thông qua vai trò chính của nhóm CBYT tuyến ban đầu mà không cần đào tạo về chuyên môn KCB [54, 88]. Bên cạnh đó, việc áp dụng quy trình quản lý BKLN theo khuyến cáo WHO-PEN, đặc biệt là chiến lược sàng lọc chủ động cho nhóm đối tượng có nguy cơ cao, cũng cho phép tiết kiệm các chi phí về và giảm ngân sách khi so sánh với các quy trình quản lý BKLN mà không có sàng lọc phát hiện sớm bệnh [78].

Bên cạnh gói WHO-PEN hướng đến dự phòng, điều trị và quản lý các BKLN nói chung, TCYTTG cũng đã xây dựng gói kỹ thuật HEARTS gồm các chăm sóc có tính hiệu quả và thực tiễn nhằm tăng cường việc quản lý cácYTNC của bệnh tim mạch ở tuyến YTCS [93]. Gói HEARTS được TCYTTG phát triển và xây dựng dựa trên gói WHO-PEN, hướng đến đảm bảo công bằng trong việc tiếp cận lâu dài với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cao, được chuẩn hóa ở nhóm người có nguy cơ cao về bệnh tim mạch. HEARTS gồm có 6 nội dung chính, bao gồm:

- (1) Tư vấn về lối sống lành mạnh (Healthy lifestyle)

- (2) Xây dựng phác đồ điều trị dựa trên các bằng chứng (Evidence-based treatment protocols)
- (3) Tiếp cận với các loại thuốc và công nghệ thiết yếu (Access to essential medicines and technology)
- (4) Quản lý các YTNC (Risk-based management)
- (5) Nhóm chăm sóc và chia sẻ trách nhiệm (Team care and task-sharing)
- (6) Hệ thống giám sát (Systems for monitoring)

So với WHO-PEN, gói HEARTS cung cấp thêm hướng dẫn xây dựng hệ thống giám sát với độ tin cậy và các chỉ số theo dõi giám sát phù hợp cũng như cung cấp các tài liệu tập huấn nhằm tăng cường kiến thức và kỹ năng quản lý bệnh tim mạch. HEARTS xây dựng 6 tài liệu hướng dẫn cho từng nội dung trên và một hướng dẫn triển khai chi tiết bao gồm khuyến khích sự tham gia của các bên liên quan, lựa chọn khu vực, xây dựng kế hoạch triển khai, triển khai và giám sát, đánh giá và mở rộng. Năm 2016, gói kỹ thuật HEARTS được TCYTTG và Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ sử dụng trong dự án hợp tác “Global Hearts”. Ban đầu, dự án được thực hiện tại 14 khu vực bao gồm Barbados, Benin, Colombia, Ethiopia, Ấn Độ, Iran, Jordan, Nepal, Nigeria, Philippines, Sri Lanka, Tajikistan, Thái Lan và Uganda [97]. Theo TCYTTG, hiện tại đã có thêm các quốc gia bắt đầu ứng dụng gói HEARTS, bao gồm Bhutan, Chile, Trung Quốc, Cuba, Morocco và Việt Nam [95].

Tại một số nước như Úc, Anh, hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu chủ yếu dựa vào GPs (General Practitioners) để cung cấp các dịch vụ chăm sóc cơ bản. Người mắc BKLN được quản lý, điều trị theo GPs, sau đó được chuyển gửi tới các chuyên gia khác như bác sĩ tim mạch hoặc các cơ sở thuộc tuyến y tế cao hơn (bệnh viện khu vực, bệnh viện chuyên khoa, bệnh viện đại học) nếu có các vấn đề sức khỏe cần sự chăm sóc chuyên sâu [60, 63]. Hình thức

quản lý này vừa giúp người bệnh được điều trị tại khu vực gần nhà và chuyển gửi phù hợp với tình trạng sức khỏe, đồng thời hỗ trợ điều tiết dòng bệnh nhân giữa các tuyến y tế hiệu quả. Còn tại các quốc gia như Thái Lan, hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người mắc bệnh BKLN được triển khai với sự tham gia của đội ngũ tình nguyện viên tại thôn, làng (village health volunteers) và cán bộ y tế tại các tiểu vùng (subdistrict). Nhóm CBYT tại mỗi tiểu vùng thực hiện chăm sóc ban đầu cho khoảng 10-15 thôn, làng, với khoảng 50-100 hộ gia đình tại mỗi làng. Hỗ trợ cho đội ngũ này là hơn một triệu tình nguyện viên, mỗi tình nguyện viên phụ trách 10-15 hộ gia đình [67]. Các tình nguyện viên sẽ hỗ trợ các nhân viên y tế tại địa phương thực hiện việc lập kế hoạch và quản lý sức khỏe cộng đồng, trong đó có các vấn đề sức khỏe liên quan đến BKLN. Hình thức tổ chức này tương tự với hình thức quản lý, điều trị cho người mắc một số BKLN phổ biến như THA, ĐTD hiện nay đang được áp dụng tại Việt Nam. Với sự tham gia của đội ngũ tình nguyện viên thôn, làng, người mắc BKLN được theo dõi, quản lý toàn diện, được tư vấn và chăm sóc bởi CBYT là người cùng địa phương, có các nét tương đồng về văn hóa, phong tục. Nhìn chung, mỗi quốc gia có hệ thống quản lý, điều trị người mắc BKLN riêng, tương ứng với cấu trúc hệ thống y tế tại mỗi nước. Trong đó, tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu là đơn vị quản lý các trường hợp người mắc BKLN dạng nhẹ, các trường hợp nặng hơn được chuyển gửi đến các chuyên gia/cơ sở khác thuộc tuyến cao hơn theo hướng dẫn chuyên môn được áp dụng ở từng nước.

1.4.2. Quản lý và điều trị bệnh THA, ĐTD tại tuyến xã của Việt Nam

1.4.2.1. Các mô hình quản lý điều trị bệnh THA và ĐTD tại tuyến xã

Giai đoạn 2011-2020, hoạt động phòng, chống BKLN được thực hiện chủ yếu thông qua 2 dự án thuộc Chương trình mục tiêu quốc gia về y tế, bao gồm dự án phòng chống THA và phòng chống ĐTD. Về công tác quản lý

điều hành, Ban quản lý của từng dự án đã được thành lập để điều phối hoạt động của các chương trình, và đầu mối quản lý các dự án được đặt tại các Bệnh viện Trung ương [38]. Với Dự án phòng chống THA, Ban điều hành được thành lập vào năm 2009, có văn phòng thường trực được đặt tại Viện tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai. Dự án đã thành lập Ban chủ nhiệm chương trình phòng chống THA tại 63 tỉnh, thành phố, thành lập đơn vị phòng chống THA đặt tại các bệnh viện tỉnh/thành phố và các tuyến quận/huyện. Với Dự án ĐTD, Ban điều hành dự án đã được thành lập với cơ quan đầu mối là Bệnh viện Nội tiết Trung ương. Mạng lưới phòng chống ĐTD được xây dựng trên cơ sở hệ thống dự phòng phòng chống các rối loạn do thiếu iot trước đây.

Bên cạnh đó, hệ thống y tế tuyến xã cũng tham gia vào công tác dự phòng, phát hiện sớm, quản lý, điều trị cho người bệnh tại cộng đồng. Nhìn chung, các hoạt động chính được triển khai gồm có hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe, khám sàng lọc, phát hiện sớm và quản lý điều trị người mắc bệnh THA, ĐTD, các hoạt động đào tạo tập huấn và nâng cao năng lực. Mức độ triển khai các hoạt động này có sự khác nhau giữa các tỉnh trên cả nước. Tại một số tỉnh như Đắk Lắk, mô hình quản lý, điều trị ngoại trú cho người bệnh THA, ĐTD tại TYTX đã được triển khai rộng khắp. Theo báo cáo của CDC tỉnh, số lượng người bệnh THA, ĐTD đang được quản lý, điều trị tại tuyến xã chiếm lần lượt 30,3% và 21,9% tổng số bệnh nhân toàn tỉnh [29]. Tại Hải Dương, theo báo cáo của Sở Y tế năm 2020, 100% các TYTX đã triển khai điều trị ngoại trú cho bệnh THA, song chưa có TYT nào thực hiện điều trị ĐTD tại xã [35]. Tại thành phố lớn như Hà Nội, các TYT nội thành chủ yếu chỉ quản lý về mặt danh sách, người bệnh thường điều trị tại các bệnh viện tuyến tỉnh và trung ương. Tỷ lệ người bệnh THA được điều trị tại cả tuyến xã và huyện chỉ chiếm 38,6% [43].

Bên cạnh các dự án quốc gia về phòng chống THA, ĐTD, một số địa phương cũng có các chương trình can thiệp riêng liên quan đến hoạt động này, như can thiệp xây dựng gói dịch vụ y tế cơ bản tại Hà Nội và Yên Bái trong đó có hoạt động tăng cường quản lý bệnh mạn tính tại tuyến xã theo nguyên lý y học gia đình [4], đề án can thiệp nhằm tăng cường hoạt động quản lý, điều trị ngoại trú một số bệnh mạn tính tại Bắc Giang [44], can thiệp của Tổ chức y tế thế giới về mô hình chăm sóc lồng ghép trong dự phòng và quản lý BKLN và rối loạn tâm thần tại TYTX và cộng đồng ở Hà Nam, dự án can thiệp Cộng đồng vì Trái tim khỏe tại Hồ Chí Minh [61],... Hầu hết các dự án này đều tập trung vào việc nâng cao năng lực cho CBYT tại tuyến YTCS, hay các tình nguyện viên cộng đồng, cải thiện tính sẵn có của thuốc, TTB để tăng cường hiệu quả hoạt động quản lý, điều trị ngoại trú cho người bệnh THA, ĐTD tại tuyến xã. Nghiên cứu đánh giá kết quả thực hiện can thiệp gói dịch vụ y tế cơ bản của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế tại Yên Bái và Hà Nội cho thấy can thiệp đã bước đầu cải thiện chất lượng dịch vụ quản lý, điều trị cho người bệnh THA, ĐTD tại TYTX, thể hiện qua số lượt người bệnh khám và điều trị định kỳ có sự gia tăng so với thời điểm trước can thiệp [4]. Với dự án Cộng đồng vì Trái tim khỏe, mạng lưới mô hình quản lý THA dựa vào cộng đồng đã được thiết lập với sự tham gia của cả hệ thống công lập, tư nhân và các cộng tác viên tại địa phương. Theo cách tiếp cận lấy người bệnh làm trung tâm, ứng dụng công nghệ thông tin trong theo dõi, quản lý, dự án đã xây dựng được mô hình quản lý người bệnh một cách toàn diện và xuyên suốt quá trình từ khi sàng lọc phát hiện bệnh đến khi điều trị [61].

1.4.2.2. Một số kết quả điều trị, quản lý THA tại TYTX

Việt Nam có khoảng 17 triệu người bị tăng huyết áp, tức là cứ bốn người trưởng thành thì có một người mắc [9]. Theo kết quả nghiên cứu của GS.TS. Huỳnh Văn Minh về tầm soát huyết áp ở người trưởng thành tại một

tỉnh đồng bằng Bắc bộ năm 2020. Tỷ lệ tăng huyết áp là 27,21%, tỉ lệ bệnh được điều trị tăng huyết áp khá cao (56,78%) nhưng tỉ lệ không kiểm soát huyết áp còn rất cao (85,64%) [32].

Năm 2008, THA được quy định là một trong những chương trình mục tiêu y tế quốc gia, giúp công tác phòng chống THA được đẩy mạnh trên cả nước. Dự án do Bệnh viện Bạch Mai chịu trách nhiệm triển khai dưới sự chỉ đạo của Bộ Y tế. Dự án đã bao phủ 474 huyện thuộc 63/63 tỉnh, thành phố [49].

Theo nghiên cứu của Hoàng Văn Hùng, tỷ lệ người được quản lý THA tại cộng đồng tỉnh Tuyên Quang là 33,3% (trong đó tỷ lệ quản lý THA ở Trạm Y tế xã là 73,5%, tại các cơ sở y tế khác là 26,5%). Chương trình phòng chống THA chưa thực sự có hiệu quả [30]. Đặc biệt, trong những người bị tăng huyết áp, có 39,1% (8,1 triệu người) không được phát hiện bị tăng huyết áp; có 7,2% (0,9 triệu người) bị tăng huyết áp không được điều trị; có 69,0% (8,1 triệu người) bị tăng huyết áp chưa kiểm soát được.

Theo nghiên cứu đánh giá về năng lực TYTX ở một số tỉnh cho thấy tỷ lệ bác sĩ không nắm được các kiến thức về phát hiện tai biến và xử trí ban đầu, xử trí tăng huyết áp, còn rất cao, đặc biệt là ở các TYTX miền núi [45].

Trong những năm gần đây, thực hiện quản lý điều trị bệnh THA và ĐTD tại TYTX là định hướng của Chính phủ và Bộ Y tế. Theo quy định, tới cuối năm 2019, 100% TYTX phải được tập huấn về quản lý điều trị bệnh THA, ĐTD theo nguyên lý y học gia đình; và hướng đến năm 2020 có ít nhất 70% số TYTX thực hiện dự phòng, phát hiện, chẩn đoán, điều trị và quản lý THA và 40% số TYTX thực hiện dự phòng, phát hiện sớm, điều trị và quản lý ĐTD [19].

1.4.2.3. Một số kết quả điều trị, quản lý ĐTĐ tại TYTX

Nghiên cứu của Võ Đức Toàn về thực trạng quản lý bệnh ĐTĐ tại các TYT xã, phường, thị trấn thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế cho thấy tỷ lệ trạm cung cấp dịch vụ chẩn đoán và/hoặc quản lý ĐTĐ là 40,8%. Trang thiết bị phục vụ sàng lọc, phát hiện sớm ĐTĐ tại Trạm còn hạn chế (18,4%). Hầu hết TYT cung cấp dịch vụ dự phòng yếu tố nguy cơ của ĐTĐ. 100% Trạm y tế không được trang bị đầy đủ thuốc điều trị bệnh theo quy định của Bộ Y tế. Thuốc được cung cấp chủ yếu tại Trạm là metformin (33,6%) và gliclazid (28,3%) [42]. Một số tỉnh khác cũng đã triển khai quản lý người bệnh ĐTĐ tại TYTX như tại Bắc Ninh cũng đã triển khai được khoảng 43,8% theo yêu cầu của Bộ Y tế, Thái Bình cũng đã triển khai mô hình quản lý và điều trị ĐTĐ tại 20 Trạm y tế xã theo hình thức cầm tay chỉ việc.

Tuy nhiên, việc triển khai quản lý và điều trị ĐTĐ tại TYTX còn khá nhiều khó khăn vướng mắc liên quan đến thiếu cơ chế, chính sách về tài chính, BHYT hỗ trợ, năng lực cán bộ y tế tại tuyến y tế cơ sở chưa đồng đều. Phương pháp sàng lọc tại cộng đồng (sàng lọc thụ động) đòi hỏi chi phí tốn kém, không thể thực hiện rộng rãi. Phương pháp sàng lọc được dự án sử dụng hiện nay là sàng lọc thụ động, được thực hiện tại xã, phường, cho các đối tượng có nguy cơ cao. Sàng lọc tại cộng đồng theo phương pháp này đòi hỏi nguồn lực lớn về nhân lực và kinh phí. Số xã được sàng lọc mỗi năm chỉ bằng 6,8% tổng số xã trong toàn quốc, với chi phí phát hiện bệnh cao, đặc biệt tại khu vực vùng sâu, vùng xa. Do không có sự lồng ghép, phối hợp giữa đơn vị thực hiện dự án (là các đơn vị thuộc hệ thống y tế dự phòng) và các cơ sở điều trị, nên chưa có giải pháp quản lý, chăm sóc, theo dõi hiệu quả đối tượng nguy cơ và người bệnh được phát hiện sau sàng lọc, đặc biệt ở tuyến xã [12].

1.5. Xây dựng gói dịch vụ y tế cơ bản

1.5.1. Xây dựng gói dịch vụ y tế cơ bản trên thế giới

1.5.1.1. Phạm vi gói quyền lợi

Tổng quan tài liệu về nội dung này của 5 nước châu Mỹ la tinh cho thấy, gói quyền lợi của các nước này là chia theo vấn đề sức khỏe; riêng Chile, phạm vi gói quyền lợi chia theo cả các vấn đề sức khỏe và theo giai đoạn bệnh [74]. Gói quyền lợi của Chile bao phủ 80 vấn đề sức khỏe, bao gồm các nhóm: Ung thư, Vấn đề tim mạch, các vấn đề sức khỏe có chi phí điều trị cao. Trên cơ sở đó, phân loại các nhóm dịch vụ cụ thể cho từng vấn đề sức khỏe: cấp cứu, nội trú, phẫu thuật và thuốc [64].

Phạm vi gói quyền lợi của Uruguay là một gói toàn diện bao gồm các dịch vụ từ dự phòng ở tất cả các cấp đến điều trị và phục hồi chức năng đối với mọi mức độ phức tạp của bệnh (kể cả các dịch vụ và thuốc kỹ thuật cao và chi phí lớn). Gói DVYT gồm 2 cấu phần chính: (1) Chương trình dự phòng và nâng cao sức khỏe quốc gia (các dịch vụ được xác định bởi Bộ Y tế, bao phủ các vấn đề sức khỏe ở từng giai đoạn); (2) Danh mục dịch vụ chẩn đoán, điều trị, phục hồi chức năng và danh mục thuốc kèm theo [64].

Tại Peru, danh mục dịch vụ bao gồm 140 bệnh/tình trạng bệnh, bao phủ 65% gánh nặng bệnh tật. Dịch vụ và thuốc thuộc Danh mục bao phủ cả 3 tuyến CSSK, gồm các CSSK cho tất cả các giai đoạn của vòng đời, cho cả người khỏe mạnh và người ốm, hướng tới CSSK toàn diện, tập trung vào dự phòng [64].

Tại Liberia, gói DVYT bao gồm nhiều nhóm theo các vấn đề sức khỏe và theo nhóm đối tượng ưu tiên. Các nhóm dịch vụ bao gồm: (1) Các dịch vụ cho bà mẹ và trẻ sơ sinh; (2) Các dịch vụ CSSK trẻ em; (3) Các dịch vụ sức khỏe sinh sản; (4) Các dịch vụ sức khỏe trường học; (5) Phòng ngừa và kiểm soát các bệnh lây nhiễm; (6) Phòng ngừa và điều trị các bệnh nhiệt đới bị lãng quên; (7) Phòng ngừa và điều trị các bệnh không lây nhiễm; (8) Các dịch vụ sức khỏe nhãn khoa; (9) Các dịch vụ cấp cứu [73].

Tại Ruwanda, gói lợi ích cơ bản bao gồm 2 cấu phần chính: (1) Các gói dịch vụ tối thiểu và (2) Gói các hoạt động y tế bổ sung. Các gói này phân theo tuyến. Các gói dịch vụ tối thiểu bao gồm tất cả các dịch vụ và thuốc cung cấp ở trung tâm y tế, bao gồm: Chăm sóc trước và sau sinh đẻ, tiêm chủng, KHHGD, Các tiểu phẫu và các thuốc thiết yếu [79].

Tại Ethiopia, mục tiêu của việc xây dựng gói DVYTCTB là xác định và cung cấp các DVYT nhằm giảm tỷ lệ mắc bệnh, tàn tật và tử vong gây ra bởi các vấn đề sức khỏe theo đó, gói DVYTCTB tại Ethiopia bao gồm 5 cấu phần: (1) Các dịch vụ sức khỏe gia đình, (2) Các dịch vụ phòng chống và kiểm soát các bệnh truyền nhiễm, (3) Các dịch vụ vệ sinh và sức khỏe môi trường, (4) Các dịch vụ truyền thông và giáo dục sức khỏe, (5) Chăm sóc cơ bản và điều trị hầu hết các bệnh mạn tính [59].

Tại Afganistan, gói ban đầu năm 2003 bao gồm 7 gói chính: CSSK bà mẹ và trẻ sơ sinh, CSSK trẻ em và tiêm chủng, dinh dưỡng cộng đồng, bệnh truyền nhiễm, bệnh tâm thần, người tàn tật, cung cấp thuốc thiết yếu định kỳ. Gói năm 2009 mở rộng dịch vụ dự phòng cho 4/7 gói là gói dinh dưỡng cộng đồng, bệnh truyền nhiễm (thêm phòng chống HIV/AIDS), bệnh tâm thần và người tàn tật [51]. Đối với Iraq, gói dịch vụ cơ bản bao gồm 13 gói chính, trong đó có 6 gói tương tự như của Afganistan bao gồm: CSSK bà mẹ và trẻ sơ sinh, CSSK trẻ em và tiêm chủng, dinh dưỡng, kiểm soát và điều trị bệnh truyền nhiễm, bệnh tâm thần, thuốc thiết yếu; ngoài ra có 7 gói khác là tiêm chủng, phòng và điều trị bệnh không lây nhiễm, an toàn thực phẩm, sức khỏe môi trường và y tế trường học, giáo dục y tế, dịch vụ xét nghiệm, trang thiết bị [51].

Thái Lan là nước đã đạt bao phủ BHYT toàn dân vào năm 2002 [85]. Hiện nay hệ thống BHYT ở Thái Lan đang tồn tại 3 chương trình BHYT bao gồm Chương trình BHYT cho công chức, viên chức (CSMBS), chương trình

BHXH (SSS) và Chương trình bao phủ toàn dân (UC) trong đó chương trình UC bao phủ đa số dân số (76%) trong khi 2 chương trình khác chỉ chiếm 24% [98]. Gói quyền lợi BHYT tại Thái Lan được chia làm 2 nhóm chính bao gồm:

- Gói quyền lợi quốc gia về thuốc thông qua danh mục thuốc thiết yếu quốc gia được BHYT chi trả (NLEM). Nhóm quyền lợi này được áp dụng cho cả 3 chương trình BHYT. Danh mục từ khi ban hành vào năm 1999 đã được thay đổi tới 4 lần và trong phiên bản năm 2013 có hơn 700 hoạt chất và 1.000 mức hàm lượng.

- Gói quyền lợi theo chương trình UC trong đó BHYT bao gồm chi phí chẩn đoán, điều trị cho cả bệnh nhân nội trú và ngoại trú, chi phí cho dịch vụ dự phòng, nâng cao sức khỏe và phục hồi chức năng. Tuy nhiên, luôn có một danh sách các bệnh/các vấn đề sức khỏe hoặc các dịch vụ cần được xem xét để đưa vào hoặc đưa ra khỏi gói lợi ích [62].

1.5.1.2. Các điều kiện cần thiết để xây dựng và triển khai GDVYTCB

Thực hiện xây dựng và triển khai gói DVYT cần có cam kết và hỗ trợ chính trị, huy động nguồn lực xã hội và tham gia của nhiều bên trong đó cam kết thực hiện, mối quan hệ giữa bên mua dịch vụ và cơ sở cung ứng dịch vụ, áp dụng phương thức chi trả phù hợp cho cơ sở cung ứng DVYT, điều kiện cơ sở vật chất, năng lực cán bộ y tế và kinh phí thực hiện.

Hỗ trợ và định hướng chính trị là yếu tố đóng vai trò quan trọng trong các yếu tố kể trên. Tại Peru, mặc dù còn hạn chế về chuyên môn kỹ thuật, nhưng do nhận được nhiều sự hỗ trợ về mặt chính trị nên việc xây dựng gói DVYTCB đã diễn ra thuận lợi. Danh mục dịch vụ xây dựng mới vẫn phải dựa trên 1 danh mục cũ trước cải cách, trong khi danh mục cũ này không dựa trên quá trình xác định ưu tiên mang tính kỹ thuật. Quy trình xây dựng gói DVYT tại đây bị điều chỉnh bởi các yếu tố chính trị, không cần các nghiên cứu xác

định ưu tiên một cách bài bản, không có sự tham vấn ý kiến rộng rãi, không có sự minh bạch về nội dung và quá trình xây dựng. Một trong những yếu tố giúp việc xây dựng gói DVYT ở Chile thành công đó là cả Tổng thống và Quốc hội đều hỗ trợ cuộc cải cách [74].

Trường hợp của Uruguay cho thấy một trong các điều kiện cần thiết cho việc xây dựng và triển khai thành công gói DVYT đó là việc quản lý hợp đồng giữa bên mua dịch vụ và cơ sở cung ứng dịch vụ tốt, áp dụng phương thức chi trả phù hợp cho cơ sở cung ứng dịch vụ (Uruguay áp dụng phương thức chi trả dựa trên kết quả hoạt động). Ngoài ra, việc xây dựng được các quy chuẩn quản lý lâm sàng, hướng dẫn chuyên môn sẽ giúp cho việc xác định các dịch vụ ưu tiên [64]. Khó khăn lớn nhất trong quá trình xây dựng gói DVYT ở Uruguay là kinh phí [83].

Kết quả tổng quan các nước châu Phi mà cụ thể là Rwanda cho thấy, các yếu tố thành công của việc triển khai gói DVYTCB bao gồm: Sự cam kết của Bộ Y tế trong việc cải thiện và phát triển hệ thống y tế; Sự đầu tư mạnh mẽ của các cán bộ y tế để đáp ứng cả về số lượng lẫn chất lượng trong nhu cầu của lĩnh vực y tế; Chiến lược trong lĩnh vực Y tế để thúc đẩy và thu hút cán bộ y tế; Sự phân bổ công bằng về các nguồn lực cơ bản để cung ứng các gói và sự đảm bảo tính bền vững; Tính sẵn có về cơ sở vật chất để có thể cung ứng các dịch vụ dễ dàng ở các cấp độ của cơ sở y tế; Sự tổ chức tốt, lãnh đạo và quản lý các cơ sở y tế và các dịch vụ triển khai được chú trọng về phát triển cán bộ liên tục; Tăng cường các chương trình E-health để hỗ trợ cho CSSK; Tổ chức quy mô về việc cấp các chứng chỉ/chứng nhận ở tất cả các cấp độ của cơ sở y tế nhằm tạo nên một hệ thống cung ứng dịch vụ chất lượng và bền vững [79].

Tại Malawi, sự thiếu hụt cán bộ y tế và đồng thời thiếu về tập huấn cho cán bộ y tế là những yếu tố cản trở đến sự triển khai gói DVYTCB tại nước

này. Bên cạnh đó, tỷ lệ cán bộ y tế nhận thức được về vai trò của chẩn đoán và trị liệu/điều trị liên quan đến gói DVYTCB còn thấp. Hạn chế lớn nữa đó là sự thiếu thốn về thuốc thiết yếu ở tất cả các tuyến cơ sở y tế [75].

Rào cản trong việc triển khai gói DVYTCB tại Liberia bao gồm: (1) chưa có quá trình ra quyết định một cách hệ thống có sự tham gia của tất cả các bên liên quan; (2) Thiếu thông tin về tình trạng sức khỏe của cộng đồng dân cư, thiếu nhân lực, trang thiết bị; (3) Đất nước bị tàn phá nặng nề sau chiến tranh, nguồn tài chính cho việc xây dựng và triển khai gói DVYTCB hạn chế và phụ thuộc chủ yếu vào sự hỗ trợ từ các tổ chức quốc tế. (4) hệ thống y tế bị phân mảnh theo các chương trình dọc [73]. Trong nghiên cứu về nhận thức của các bên liên quan đến gói DVYTCB tại Liberia, *Dorte Petit* và cộng sự đã cung cấp thêm những hạn chế trong việc triển khai như: nhận thức của cán bộ y tế về gói DVYTCB cũng như hạn chế trong nhận thức về chất lượng chăm sóc, sự bất cân đối trong ý đồ của các nhà hoạch định chính sách và những cán bộ y tế trực tiếp cung cấp DVYT [77].

Tại Ghana, mục đích của chương trình bảo hiểm y tế Ghana ban hành gói DVYTCB là cho người nghèo, tuy nhiên theo tác giả Akazili và cộng sự (2012) cho thấy sự phân bố của tổng số lợi ích từ sử dụng dịch vụ CSSK ở Ghana là cho người giàu [52]. Những bài học được rút ra từ kinh nghiệm của Ghana là (1) Rà soát và đánh giá lại gói DVYTCB; (2) Điều chỉnh lại mô hình tài chính y tế nhằm đảm bảo sự bền vững, chú trọng đến tài chính thuế lũy tiến; (3) Quan tâm đến vai trò của các nhà cung cấp DVYT tư nhân; (4) Triển khai các chiến lược nhằm đạt được tiết kiệm tài chính, bao gồm: tăng cường hệ thống chuyển tuyến và nâng cao năng lực của tuyến y tế cơ sở, giảm thiểu chi phí leo thang theo chuỗi dược phẩm cung cấp, đầu tư thêm cho chăm sóc y tế dự phòng [90].

Tại Thái Lan, một trong những thành công trong thực hiện có hiệu quả các gói quyền lợi là xây dựng được đầy đủ các điều kiện cần thiết cho việc thực hiện các gói quyền lợi một cách đồng bộ. Một trong những điều kiện rất quan trọng đó là Thái Lan đã xây dựng được hệ thống chi trả dịch vụ rất phù hợp cho mỗi tuyến, với từng nhóm đối tượng và với từng loại bệnh/tình trạng sức khỏe. Cụ thể là đã có sự kết hợp phù hợp giữa các phương thức chi trả khác nhau cho các dịch vụ KCB cho bệnh nhân nội trú, ngoại trú, các bệnh hoặc dịch vụ chi phí cao, lồng ghép dịch vụ phòng bệnh trong CSSK ban đầu được BHYT chi trả, đặc biệt là với các bệnh mạn tính để đảm bảo cho người bệnh được chăm sóc liên tục và toàn diện xuyên suốt các tuyến cho đến tận cộng đồng và hộ gia đình. Riêng với dịch vụ phòng bệnh và nâng cao sức khỏe, Chương trình bao phủ CSSK toàn dân dành một tỉ lệ kinh phí cố định hàng năm cho cấp huyện cho hoạt động này, nhưng để cho địa phương tự quyết định và chủ động sử dụng dựa trên việc xác định ưu tiên của địa phương theo mô hình bệnh tật hàng năm [62].

1.5.1.3. Điều kiện triển khai mô hình quản lý điều trị THA và ĐTĐ

Theo Mô hình mở rộng về chăm sóc BKLN [55], kết quả đánh giá năng lực các quốc gia trong dự phòng và kiểm soát BKLN của TCYTTG [94], và nhiều tổng quan nghiên cứu trên thế giới [56, 80, 84], để thực hiện dự phòng, điều trị và quản lý hiệu quả BKLN, những điều kiện bảo đảm bao gồm:

- (i) Đảm bảo về nhân lực
- (ii) Sự sẵn có về thuốc, trang thiết bị
- (iii) Hệ thống công nghệ thông tin (CNTT)
- (iv) Cơ chế giám sát, hỗ trợ của tuyến trên
- (v) Sự phối hợp của các bên liên quan, trong đó có sự chủ động tham gia của người bệnh vào quá trình điều trị
- (vi) Các điều kiện hỗ trợ khác

Đảm bảo về nhân lực

Nhân lực đóng vai trò quan trọng trong cung cấp các DVYT nói chung, và các dịch vụ liên quan đến QLĐT bệnh THA, ĐTD nói riêng. Nguồn nhân lực đạt yêu cầu về số lượng và chất lượng sẽ đảm bảo người bệnh được tiếp cận các chăm sóc y tế phù hợp với tình trạng sức khỏe. Nghiên cứu của Rushford và cộng sự tìm hiểu các rào cản trong quản lý ĐTD tuýp 2 tại tuyến CSSKBD đã chỉ ra rằng việc CBYT thiếu kiến thức và kỹ năng là yếu tố có ảnh hưởng trực tiếp đến hiệu quả điều trị, tức là việc đạt được chỉ số đường huyết và huyết áp mục tiêu của người bệnh [80]. Bên cạnh các thực hành y khoa, sự phối hợp giữa các CBYT trong chăm sóc người bệnh cũng ảnh hưởng đến tính chất lượng và toàn diện của dịch vụ mà người bệnh được nhận [7]. Bên cạnh sự phối hợp giữa các CBYT trong cùng một cơ sở y tế, sự tham gia của các cộng tác viên hay các tình nguyện viên y tế tại cộng đồng cũng đóng vai trò quan trọng trong cung cấp các dịch vụ quản lý, điều trị chất lượng và toàn diện. Tại Thái Lan, các tình nguyện viên cũng tham gia hỗ trợ truyền thông tư vấn về CSSK, và tham gia vào sàng lọc phát hiện bệnh trong cộng đồng [15].

Sự sẵn có của thuốc, trang thiết bị

Thuốc và TTB phục vụ chẩn đoán, theo dõi và điều trị là các điều kiện cơ bản và cần thiết để đảm bảo cung ứng DVYT có chất lượng [68]. Mặc dù vậy, kết quả tổng quan nhiều nghiên cứu cho thấy tình trạng thiếu thuốc và TTB xảy ra ở khá nhiều CSYT thuộc tuyến CSSKBD, đặc biệt là các CSYT công lập [50, 54, 65, 68, 71]. Nghiên cứu của Adinan và cộng sự tiến hành tại Tanzania chỉ ra trong số những đơn vị y tế tuyến cơ sở có cung cấp dịch vụ quản lý điều trị THA và ĐTD, chỉ có 52,9% cơ sở có đầy đủ các TTB thiết yếu như cân, thước đo chiều cao, ống nghe, máy đo huyết áp, máy đo đường huyết; và chỉ có 23,5% cơ sở có các loại thuốc điều trị khởi đầu. Tất cả những

cơ sở y tế này đều không có TTB xét nghiệm như máy xét nghiệm nước tiểu, máy đo mỡ máu hay máy đo creatinine máu [50]. Tại Myanmar, sau khi thí điểm triển khai gói PEN của TCYTTG tại 20 cơ sở y tế cung cấp dịch vụ CSSKBD, việc đảm bảo tính sẵn có của thuốc và TTB vẫn là thách thức lớn với CBYT để triển khai hiệu quả hoạt động quản lý, điều trị cho người bệnh. Tương tự, với người mắc bệnh ĐTD, các cơ sở y tế cũng không có đủ thuốc Metformin để chỉ định điều trị khởi đầu. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy nhiều NVYT cũng chia sẻ họ chưa đủ tự tin về kiến thức và năng lực cá nhân để sử dụng những TTB đó [54].

Hệ thống công nghệ thông tin

Bên cạnh các yếu tố về thuốc và TTB, hệ thống thông tin cũng đóng vai trò quan trọng trong việc quản lý BKLN [50, 54, 68], bởi hệ thống thông tin được lưu trữ và cập nhật kịp thời, đồng bộ sẽ hỗ trợ việc theo dõi tình trạng bệnh cũng như xây dựng kế hoạch điều trị một cách hợp lý với nguồn lực sẵn có [50, 68]. Dựa trên thông tin về người bệnh và mức độ bệnh, CBYT có thể cân nhắc điều chỉnh phác đồ điều trị phù hợp với diễn biến bệnh, cũng như cân đối nguồn lực sẵn có để đảm bảo việc điều trị đồng thời cho nhiều người bệnh hiện cơ sở đang quản lý. Tại Singapore, hệ thống Hồ sơ sức khỏe Quốc gia (National Electronic Health Record system) đã được sử dụng từ năm 2011 và hiện đã được áp dụng rộng rãi trên cả nước [53, 81]. Tất cả các CSYT đều được cấp quyền truy cập và có thể nắm bắt được thông tin y tế của người bệnh. Hệ thống này đặc biệt có lợi cho công tác quản lý và điều trị BKLN tại các tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu như các trung tâm y tế cộng đồng (community health centres) và phòng khám y học gia đình (family medicine clinics), bởi CBYT tại đây có thể dễ dàng theo dõi được lịch sử KCB của người bệnh tại cả các tuyến trên. Từ đó, CBYT tại các tuyến CSSKBD có thể đưa ra các chỉ định y khoa, thực hiện quản lý phù hợp và hiệu quả hơn khi

thăm khám cho người bệnh, đồng thời nâng cao năng lực cho các CBYT tại các cơ sở này [81].

Cơ chế giám sát, hỗ trợ của tuyến trên

Bên cạnh sự phối hợp giữa các cán bộ phụ trách trong CSYT, sự phối hợp giữa các CSYT các tuyến cũng rất cần thiết. Sự phối hợp này bao gồm dịch vụ chuyển tuyến, sự trao đổi thông tin hai chiều, và cơ chế giám sát, hỗ trợ đào tạo, chuyển giao công nghệ từ tuyến trên cho tuyến dưới [2, 16, 18]. Nghiên cứu của Aye và cộng sự cho thấy việc thiếu quy trình chuyển tuyến và thiếu trao đổi thông tin hai chiều sẽ gây ra các khó khăn trong quản lý người bệnh tại tuyến xã, bởi cán bộ tại tuyến y tế cơ sở không nhận được phản hồi từ bệnh viện mà họ đã chuyển bệnh nhân lên. Do đó, các CBYT không cập nhật được thông tin, hiệu quả điều trị, cũng như không xác định được các chỉ định y khoa ban đầu hay các xử trí ban đầu của họ là phù hợp hay không. Ở một khía cạnh khác, sự thiếu giám sát, phối hợp giữa hai tuyến có thể dẫn đến các khó khăn trong quá trình chuyển tuyến cho người bệnh, đặc biệt là nhóm người bệnh được chuyển từ tuyến trên xuống, bởi họ có thể hiểu nhầm rằng tình trạng sức khỏe đã được cải thiện nên không cần đến CSYT [2]. Các nhận định này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Maimela và cộng sự, rằng thiếu cơ chế giám sát và hỗ trợ từ tuyến trên là yếu tố ảnh hưởng trực tiếp đến kiến thức, kỹ năng, và chất lượng quản lý điều trị BKLN tuyến CSSKBD [18].

Các điều kiện hỗ trợ khác

Hệ thống chính sách y tế là nền tảng để triển khai bất kỳ hoạt động cung ứng dịch vụ nào. Những văn bản quy định về phòng ngừa, quản lý, và điều trị BKLN cũng như hướng dẫn chuyên môn dành cho cán bộ phụ trách tại tuyến CSSKBD sẽ tạo điều kiện để CSYT chuẩn bị sẵn sàng các yếu tố đầu vào như thuốc hay TTB một cách phù hợp với năng lực chuyên môn và phân tuyến kỹ

thuật [68, 71]. Bên cạnh đó, những chính sách về phát triển nguồn nhân lực cũng như cơ chế thanh toán, chính sách hỗ trợ sẽ tạo động lực thúc đẩy CBYT đang làm việc tại CSYT CSSKBĐ [82]. Để những văn bản chính sách phát huy được tối đa hiệu quả, cần đảm bảo nội dung quy định và hướng dẫn phải cụ thể, đối tượng rõ ràng. Hệ thống văn bản và chính sách cần có tính nhất quán, tránh gây nhầm lẫn và tạo ra các khó khăn, rào cản không đáng có cho những người thực thi chính sách [69].

Một trong các yếu tố đầu vào khác cũng đóng vai trò quan trọng trong triển khai hoạt động quản lý, điều trị BKLN là cơ chế tài chính phù hợp để đảm bảo các cá nhân/CSYT có thể cung cấp dịch vụ y tế có chất lượng, cũng như đảm bảo khả năng tiếp cận của người bệnh đến các dịch vụ này [18]. Theo kết quả nghiên cứu của Jacobs và cộng sự trên nhóm bệnh nhân mắc THA và ĐTĐ tại Campuchia, một số phản hồi mặc dù họ được tham gia vào các chương trình và gói dịch vụ CSSK cũng như nhận được nhiều sự hỗ trợ, họ vẫn phải bỏ tiền để làm các xét nghiệm và mua thuốc tại CSYT [14]. Điều này cũng tạo nên các gánh nặng về tài chính và qua đó tạo ra các rào cản ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận dịch vụ và thực hành TTĐT của người bệnh.

1.5.2. Gói dịch vụ y tế cơ bản tại Việt Nam

1.5.2.1. Danh mục dịch vụ kỹ thuật

Bộ Y tế ban hành Thông tư số 43/2013 ngày 11/12/2013 quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, bắt đầu có hiệu lực từ ngày 01/02/2014. Thông tư này quy định 17.216 dịch vụ kỹ thuật được chia thành 28 chuyên khoa khác nhau. Trong phân tuyến của Thông tư 43, ngoài quy định phân 4 tuyến: trung ương, tỉnh, huyện, xã của hệ thống công lập, có thêm qui định phân tuyến cho các cơ sở khám chữa bệnh tư nhân, mà trước đó Quyết định 23/2005/QĐ-BYT không có [8].

1.5.2.2. Danh mục thuốc

Danh mục thuốc sử dụng trong các cơ sở KCB được quỹ BHYT thanh toán đã được Bộ Y tế cập nhật nhiều lần, tạo điều kiện thuận lợi cho các cơ sở trong việc đáp ứng nhu cầu thuốc cho điều trị. Bộ Y tế đã ban hành Danh mục thuốc theo Thông tư số 40/2014/TT-BYT ngày 17/11/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về ban hành và hướng dẫn thực hiện danh mục thuốc tân dược thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT, sau đó là 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 bảo hiểm y tế, trong đó bao gồm thuốc điều trị THA và ĐTD tại tuyến xã [6, 11].

Nghiên cứu tăng cường sử dụng thuốc hợp lý của Tổ chức Y tế thế giới hỗ trợ kỹ thuật cho Việt Nam đã thực hiện đánh giá toàn bộ các hoạt chất trong danh mục được Quỹ BHYT thanh toán, theo đó đề cập đến khuyến cáo cần giảm số lượng các hoạt chất và thuốc trong danh mục thuốc thanh toán BHYT, đồng thời bổ sung thêm một số hoạt chất quan trọng cần thiết vào danh mục [66].

1.5.2.3. Quy trình xây dựng danh mục thuốc, dịch vụ kỹ thuật thuộc phạm vi BHYT thanh toán

Hiện nay gói quyền lợi cho bệnh nhân BHYT chưa được xây dựng cho từng nhóm đối tượng cụ thể mà chủ yếu được xác định thông qua ban hành văn bản quy phạm pháp luật hoặc văn bản quản lý hành chính. Việc ban hành danh mục dịch vụ kỹ thuật và danh mục thuốc được BHYT thanh toán dựa trên quy trình ban hành văn bản quy phạm pháp luật. Cho đến nay, Bộ Y tế chưa có quy định đầy đủ và chi tiết về trình tự xây dựng quy trình chuyên môn kỹ thuật. Các danh mục về chuyên môn kỹ thuật, thuốc đã đề cập về cách thức, nguyên tắc xây dựng, nhưng chưa đầy đủ và thống nhất [33].

Danh mục thuốc chủ yếu tại các cơ sở KCB được BHYT được qui định ở Thông tư 40/2014/TT-BYT có đưa ra nguyên tắc cho các cơ sở KCB xây dựng danh mục thuốc cho đơn vị mình [11]. Theo đó, giám đốc bệnh viện căn cứ phân tuyến kỹ thuật, mô hình bệnh tật và kinh phí của đơn vị để chỉ đạo Hội đồng thuốc và điều trị của bệnh viện xây dựng Danh mục thuốc sử dụng tại đơn vị. Danh mục thuốc của đơn vị phải căn cứ danh mục thuốc và phân hạng bệnh viện; căn cứ hạng bệnh viện được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt; nhu cầu điều trị và khả năng chi trả của quỹ BHYT.

Việc lựa chọn thuốc để mua sắm, sử dụng cho người bệnh theo nguyên tắc: ưu tiên lựa chọn thuốc generic, thuốc đơn chất, thuốc sản xuất trong nước. Bên cạnh đó, Thông tư số 43/2013/TT-BYT cũng quy định về các bước tiến hành và xây dựng danh mục [8]. Theo Thông tư 21/2013/TT-BYT ban hành quy chế hoạt động của Hội đồng thuốc và điều trị bệnh viện thì việc xác định vấn đề sử dụng thuốc được thực hiện dựa trên 5 phương pháp trong đó có phương pháp giám sát các chỉ số như tỷ lệ người bệnh hài lòng với các dịch vụ CSSK hoặc sử dụng các phương pháp định tính để tìm hiểu những yêu cầu của người bệnh sau đó thiết kế và thực hiện can thiệp phù hợp [7].

CHƯƠNG 2 - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tài liệu, hướng dẫn chuyên môn về chẩn đoán, điều trị, chăm sóc và quản lý THA và ĐTĐ của Bộ Y tế, Tổ chức Y tế thế giới và của quốc tế.
- Danh mục thuốc và dịch vụ kỹ thuật thuộc phạm vi thanh toán BHYT.
- Trạm y tế xã/phường/thị trấn.
- Bệnh nhân THA và ĐTĐ đang quản lý tại các TYTX.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.2.1. Thời gian nghiên cứu

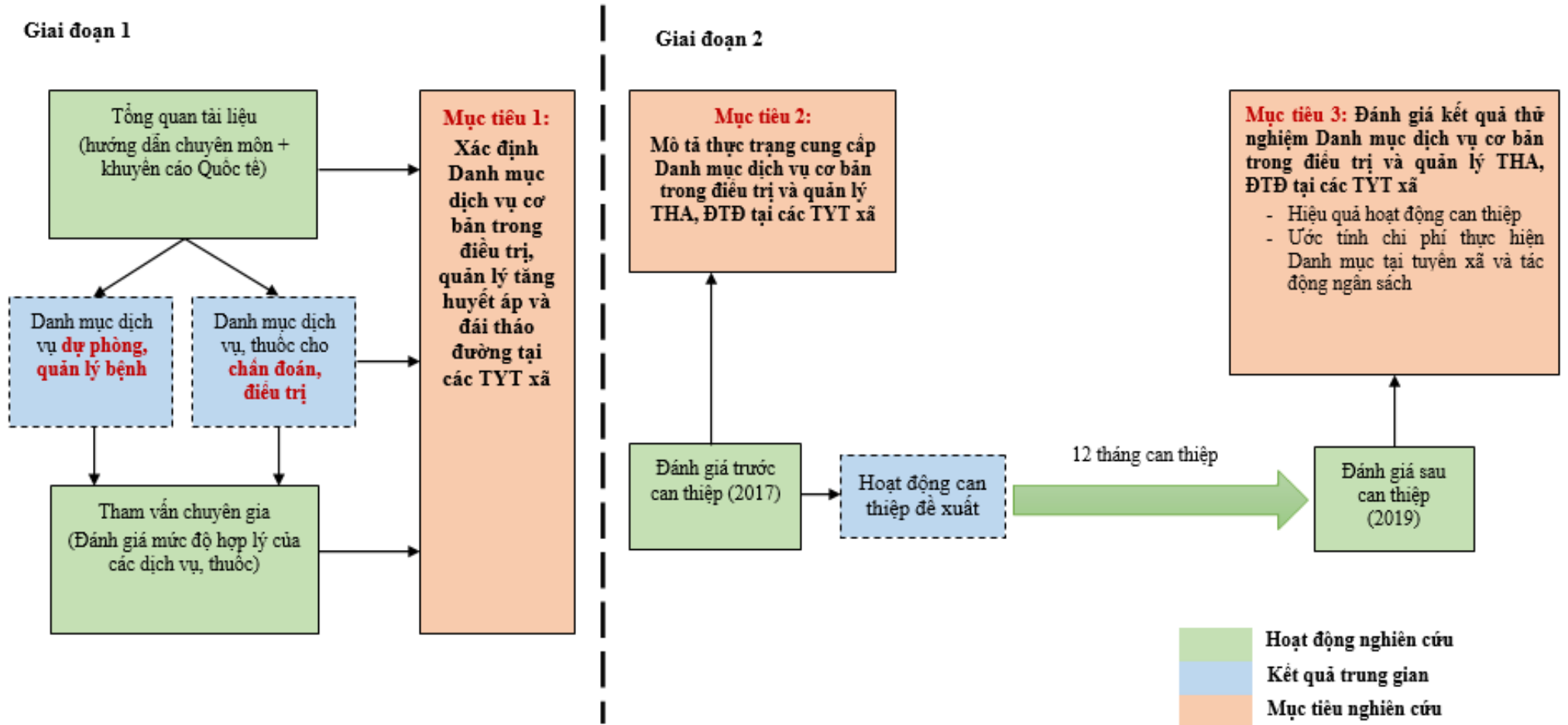
Nghiên cứu được triển khai trong khoảng thời gian từ tháng 10 năm 2015 đến tháng 9 năm 2019. Đối với hoạt động khảo sát tại thực địa, nghiên cứu chia thành hai giai đoạn: (i) đánh giá thực trạng năng lực cung ứng dịch vụ của TYTX trước can thiệp, và sau đó là (ii) triển khai thí điểm Gói dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA và ĐTĐ tại TYTX.

2.2.2. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu này sử dụng một phần số liệu thuộc Đề tài nghiên cứu 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" do Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đầu mối, phối hợp với Vụ Kế hoạch - Tài chính (Bộ Y tế) thực hiện. Nghiên cứu được tiến hành tại thành phố Hà Nội, là 1 trong 6 tỉnh/thành phố được lựa chọn từ Đề tài nghiên cứu cấp Nhà nước. Các hoạt động can thiệp được triển khai tại tất cả 26 TYTX thuộc huyện Sóc Sơn, Hà Nội. Nghiên cứu lựa chọn huyện Sóc Sơn dựa trên các tiêu chí sau: (1) Có sự hợp tác tốt và ủng hộ của địa phương đối với công tác y tế; (2) Điểm nghiên cứu gần trung tâm Hà Nội, thuận tiện đi lại của nghiên cứu sinh thực hiện kế hoạch theo dõi, giám sát cũng như phù hợp về kinh phí.

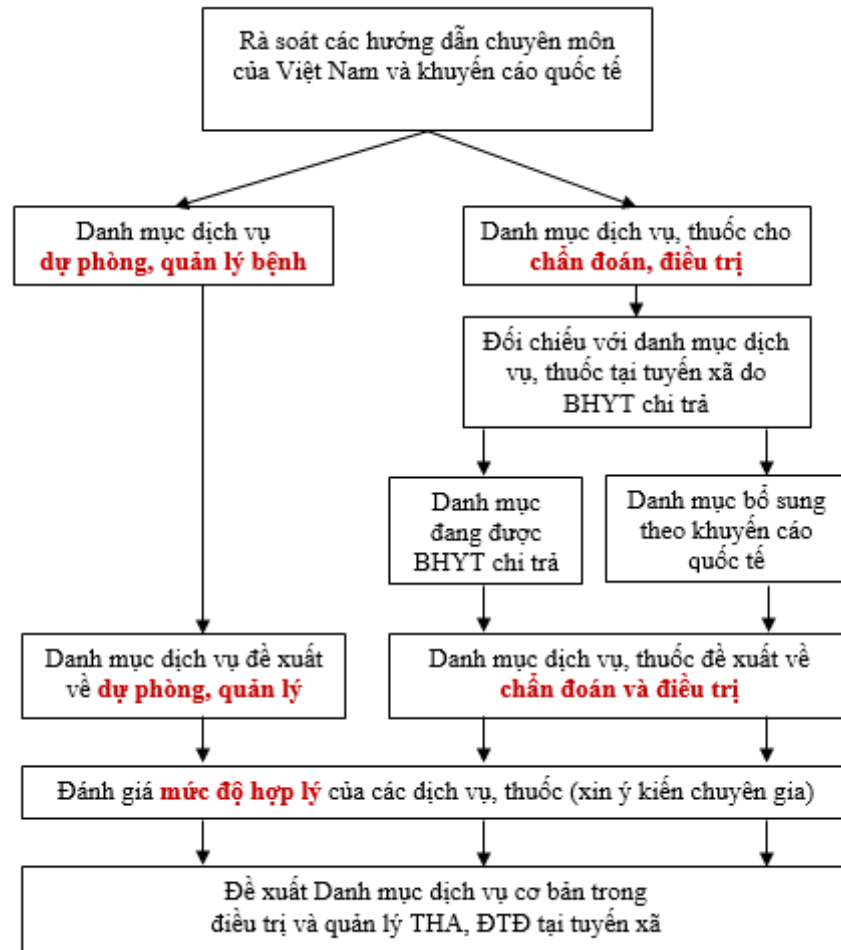
2.3. Phương pháp nghiên cứu

Để thực hiện các mục tiêu đề ra, nghiên cứu đã áp dụng nhiều phương pháp khác nhau như: tổng quan tài liệu, tham vấn chuyên gia, điều tra mô tả cắt ngang, can thiệp có đánh giá trước sau, ước tính chi phí và đánh giá tác động chi phí. Cụ thể được trình bày dưới đây:



Hình 2.1. Phương pháp tiếp cận của nghiên cứu

Đối với mục tiêu 1: Xác định Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị, quản lý tăng huyết áp và đái tháo đường tại các trạm y tế xã



Hình 2.2. Quy trình xây dựng danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã

Xây dựng gói dịch vụ y tế cơ bản là một quá trình ra quyết định xác định ưu tiên trong chi tiêu y tế, xác định các dịch vụ, thuốc, can thiệp y tế đảm bảo được cung cấp và chi trả từ nguồn ngân sách nhà nước hoặc BHYT xã hội. Để đáp ứng các yêu cầu này, việc xây dựng gói dịch vụ y tế cơ bản cần xác định rõ các tiêu chí lựa chọn thuốc/DVKT đưa vào danh mục cũng như quy trình các bước thực hiện xây dựng Danh mục thuốc/DVKT thuộc Gói DVYTCB do BHYT chi trả. Đồng thời, xây dựng gói dịch vụ y tế cơ bản cần đáp ứng các nguyên tắc cơ bản như sau: (1) Có cơ sở khoa học, thực tiễn, dựa trên bằng chứng; (2) Minh bạch; (3) Có sự tham gia của các bên liên quan.

Trên cơ sở đó, nghiên cứu đã thực hiện các bước sau nhằm đề xuất danh mục thuốc/DVKT thuộc Gói DVYTCB do BHYT chi trả tại Việt Nam:

Bước 1: Rà soát hướng dẫn chuyên môn và khuyến cáo quốc tế

Rà soát các hướng dẫn điều trị/hướng dẫn chăm sóc hiện hành trong nước và quốc tế về dự phòng, quản lý, chẩn đoán và điều trị bệnh THA, ĐTD được thực hiện tại tuyến CSSKBĐ.

Việc xác định danh mục dịch vụ và thuốc cần thiết cho từng bệnh do các chuyên gia lâm sàng có kinh nghiệm thuộc các lĩnh vực chuyên môn tương ứng thực hiện. Việc xác định được thực hiện dựa theo các hướng dẫn điều trị/hướng dẫn chăm sóc theo các quy định hiện hành và tham khảo hướng dẫn chuyên môn quốc tế. Các tài liệu được sử dụng trong tổng quan:

Hướng dẫn chuyên môn của Bộ Y tế

- Quyết định 3192/QĐ-BYT ngày 31/8/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp.

- Quyết định 3280/QĐ-BYT ngày 9/9/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh đái tháo đường týp 2.

- Quyết định 2919/QĐ-BYT ngày 6/8/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành “Tài liệu chuyên môn hướng dẫn khám, chữa bệnh tại trạm y tế xã, phường”.

Hướng dẫn chuyên môn quốc tế

- Tài liệu của Hiệp hội Tăng huyết áp Hoa Kỳ và Hiệp hội Tăng huyết áp Quốc tế, năm 2014: Hướng dẫn thực hành lâm sàng để quản lý bệnh tăng huyết áp trong cộng đồng.

- Tài liệu của Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế, năm 2012: Hướng dẫn toàn cầu về bệnh đái tháo đường týp 2 - các khuyến nghị về chăm sóc tiêu chuẩn, toàn diện và tối thiểu.

- Danh mục thuốc thiết yếu của Tổ chức y tế thế giới, phiên bản thứ 19 (4/2015).

Bước 2: Đối chiếu danh mục dịch vụ, danh mục thuốc cho chẩn đoán và điều trị THA, ĐTD tại tuyến xã với phạm vi quyền lợi BHYT

Dựa trên danh mục dịch vụ và danh mục thuốc đã xác định, nghiên cứu thực hiện đối chiếu các danh mục này với các dịch vụ và thuốc đang được BHYT thanh toán tại tuyến xã theo quy định hiện hành. Việc đối chiếu do các chuyên gia lâm sàng thực hiện.

Danh mục dịch vụ và thuốc đang được BHYT thanh toán tại tuyến xã

- Danh mục dịch vụ theo Thông tư 43/2013/TT-BYT ngày 11/12/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Danh mục thuốc theo Thông tư số 40/2014/TT-BYT ngày 17/11/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về ban hành và hướng dẫn thực hiện danh mục thuốc tân dược thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT.

Việc đối chiếu này giúp nghiên cứu đề xuất các dịch vụ và thuốc cần bổ sung cho chẩn đoán và điều trị THA, ĐTD tại TYTX.

Bước 3: Đánh giá mức độ hợp lý của dịch vụ và thuốc đề xuất

Xin ý kiến chuyên gia, nhà quản lý về danh mục dịch vụ và thuốc đề xuất cho Gói DVYTCB cho điều trị, quản lý THA, ĐTD tại TYTX, bao gồm:

- Một số chuyên gia lâm sàng (là bác sỹ tim mạch/nội khoa của Bệnh viện Bạch Mai và Trường Đại học Y Hà Nội) về tính hợp lý của các dịch vụ, thuốc đề xuất để đưa vào Gói dịch vụ cơ bản tại tuyến xã.

- Một số lãnh đạo các BV/TTYT huyện và trạm trưởng TYTX về sự phù hợp và đầy đủ của danh mục các dịch vụ và thuốc đề xuất.

Kết quả thu được là danh mục các dịch vụ và thuốc cần cho dự phòng, quản lý, chẩn đoán và điều trị bệnh THA, ĐTD tại TYTX. Danh mục này bao gồm cả dịch vụ và thuốc đang nằm trong phạm vi quyền lợi BHYT tại tuyến xã, cũng như các dịch vụ và thuốc mà nghiên cứu đề xuất cần bổ sung.

Đối với mục tiêu 2 và mục tiêu 3: Mô tả thực trạng cung cấp Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý tăng huyết áp, đái tháo đường tại các trạm y tế xã huyện Sóc Sơn, Hà Nội năm 2017; Đánh giá kết quả thử nghiệm Danh mục giai đoạn 2017 - 2018

Nghiên cứu thực hiện với chuỗi 3 hoạt động như sau :

Đánh giá trước can thiệp: mô tả thực trạng cung ứng dịch vụ điều trị và quản lý THA, ĐTĐ tại các TYTX thuộc huyện Sóc Sơn, Hà Nội năm 2017.

Đề xuất các hoạt động can thiệp tại địa phương: nhằm hỗ trợ các TYTX triển khai Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTĐ. Hoạt động này được thực hiện dựa trên các kết quả đánh giá trước can thiệp.

Đánh giá sau can thiệp: lượng hóa sự thay đổi về khả năng cung ứng dịch vụ, tính sẵn có của thuốc điều trị THA/ĐTĐ, kiến thức và thực hành của cán bộ y tế, chi phí KCB BHYT và quyền lợi của người bệnh khi sử dụng dịch vụ điều trị và quản lý THA, ĐTĐ tại TYTX.

Thời gian và địa điểm thực hiện

Đánh giá ban đầu được thực hiện tại huyện Sóc Sơn từ 6/2016 đến 6/2017. Các hoạt động can thiệp được triển khai tại tất cả TYTX thuộc huyện Sóc Sơn trong khoảng thời gian từ 11/2017 đến 11/2018.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cứu can thiệp, so sánh trước sau không có nhóm đối chứng. Phương pháp thu thập số liệu kết hợp định lượng và định tính.

Nội dung can thiệp

Bảng 2.1. Các hoạt động can thiệp đã triển khai của nghiên cứu

Hoạt động cụ thể	Cách thức tổ chức thực hiện
1. Nâng cao năng lực cán bộ y tế (Đối tượng: bác sĩ, y sĩ làm việc tại TYTX)	
Tập huấn nâng cao năng lực chuyên môn cho đối tượng là bác sĩ, y sĩ của TYTX để cung cấp kiến thức, kỹ năng chẩn đoán và điều trị THA, ĐTD	<p><u>Giảng viên:</u> là các chuyên gia lâm sàng có nhiều kinh nghiệm trong lĩnh vực nội khoa và tim mạch</p> <p><u>Học viên:</u> tất cả các bác sĩ, y sĩ của 26 TYTX thuộc huyện Sóc Sơn, Hà Nội</p> <p><u>Hình thức tổ chức:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 02 lớp tổ chức tại Viện Nội tiết và Đái tháo đường trong 5 ngày. Sau khóa học, học viên được cấp chứng chỉ về đào tạo liên tục; - 02 lớp tổ chức tại địa phương. <p><u>Phương pháp giảng dạy:</u> phương pháp giảng dạy tích cực dựa trên ví dụ các trường hợp thực tế</p>
Tập huấn về sử dụng thuốc hợp lý và cách phối hợp thuốc	<p><u>Giảng viên:</u> là chuyên gia dược lâm sàng có nhiều kinh nghiệm</p> <p><u>Học viên:</u> tất cả các cán bộ phụ trách dược của 26 TYTX thuộc huyện Sóc Sơn, Hà Nội</p> <p><u>Hình thức tổ chức:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 02 lớp tổ chức tại Viện Nội tiết và Đái tháo đường trong 2 ngày; - 02 lớp tổ chức tại địa phương. <p><u>Phương pháp giảng dạy:</u> phương pháp giảng dạy tích cực dựa trên ví dụ các trường hợp thực tế</p>
Bình bệnh án	<p><u>Giảng viên:</u> mời chuyên gia lâm sàng có kinh nghiệm thực hiện phân tích các bệnh án ngoại trú và trao đổi tại hội thảo tập huấn</p> <p><u>Học viên:</u> tất cả các bác sĩ, y sĩ của 26 TYTX thuộc huyện Sóc Sơn, Hà Nội</p>
Xây dựng tài liệu hướng dẫn quản lý bệnh THA và cung cấp tài liệu dưới dạng tranh lật	<ul style="list-style-type: none"> - Tài liệu hướng dẫn quản lý bệnh THA được xây dựng dựa trên các hướng dẫn chuyên môn của Bộ Y tế và tham khảo hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới - Tổ chức hội thảo tập huấn hướng dẫn sử dụng tài liệu huyện Sóc Sơn

Hoạt động cụ thể	Cách thức tổ chức thực hiện
Tập huấn kỹ năng lập kế hoạch, theo dõi, đánh giá	Tập huấn kỹ năng lập kế hoạch nói chung và cho hoạt động quản lý THA tại TYTX
<p>2. Đảm bảo tính sẵn có của thuốc tại TYTX theo danh mục đề xuất</p> <p>Đối tượng tác động: Lãnh đạo Sở Y tế, lãnh đạo TTYT huyện; Cơ quan BHXH; Cán bộ TYTX</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Rà soát thực trạng cung ứng thuốc BHYT tại TYTX, xác định vướng mắc, nguyên nhân, giải pháp - Thay đổi về phương thức lập dự trữ thuốc - Chỉ đạo TTYT huyện đảm bảo cấp phát đủ thuốc cho TYTX theo danh mục thuốc trong Gói dịch vụ cơ bản, - Chỉ đạo TYTX kê đơn và cấp thuốc liên tục trong 1 tháng cho bệnh nhân bị THA 	<ul style="list-style-type: none"> - Thu thập số liệu định kỳ về hoạt động của TYTX - Hàng quý, tổ chức cuộc họp với các bên liên quan bao gồm Sở Y tế, BHXH tỉnh, TTYT huyện và các TYTX để trao đổi về những khó khăn vướng mắc, xác định nguyên nhân và thống nhất về các giải pháp khắc phục - Sở Y tế tỉnh ban hành các văn bản chỉ đạo về việc thay đổi phương thức lập dự trữ thuốc theo nhu cầu và dựa trên danh mục thuốc quy định trong Thông tư 39/2017/TT- BYT cũng như chỉ đạo TYTX kê đơn và cấp thuốc liên tục trong 1 tháng cho bệnh nhân bị THA
<p>3. Đề xuất cơ chế tài chính để cung ứng Gói dịch vụ cơ bản</p> <p>Đối tượng tác động: Lãnh đạo Sở Y tế, lãnh đạo TTYT huyện; Cơ quan BHXH; Cán bộ TYTX</p>	
<p>Ước tính kinh phí cần thiết để 1 TYTX có thể cung ứng Gói dịch vụ cơ bản, bao gồm chi phí cho cung ứng các dịch vụ dự phòng và khám chữa bệnh thường quy tại TYTX và chi phí cung ứng dịch vụ sàng lọc THA/ĐTĐ tại TYTX để khuyến nghị và</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Triển khai nghiên cứu tính toán chi phí tại 2 huyện thuộc thành phố Hà Nội, thu thập các thông tin về chi phí của các TYTX - Chi phí sàng lọc THA và ĐTĐ được ước tính dựa trên hướng dẫn chuyên môn và xin ý kiến chuyên gia. Theo đó, nghiên cứu lần lượt xác định các bước thực hiện sàng lọc THA và ĐTĐ cũng như các chi phí phát sinh ở từng bước. Chi phí thực hiện sàng lọc được chia thành 3 nhóm chi phí: chi phí nhân lực, chi

Hoạt động cụ thể	Cách thức tổ chức thực hiện
vận động việc đưa các dịch vụ phòng bệnh này vào phạm vi thanh toán của BHYT	phí thiết bị vật tư hóa chất và chi phí hành chính
<p>4. Triển khai hoạt động theo dõi, giám sát</p> <p>Đối tượng tác động: Lãnh đạo Sở Y tế, lãnh đạo TTYT huyện; Cơ quan BHXH; Cán bộ TYTX</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Xây dựng bộ chỉ số theo dõi, giám sát - Xây dựng tài liệu hướng dẫn theo dõi, giám sát - Thu thập số liệu theo dõi, giám sát - Phân tích kết quả theo dõi, giám sát 	<ul style="list-style-type: none"> - Xây dựng bộ chỉ số theo dõi, giám sát và tài liệu hướng dẫn theo dõi, giám sát - Phối hợp với Sở Y tế tỉnh và các TTYT huyện thu thập thông tin theo dõi, giám sát hoạt động của TYTX - Phân tích kết quả theo dõi, giám sát và hướng dẫn địa phương sử dụng thông tin trong việc lập kế hoạch.
<p>5. Vận động chính sách</p> <p>Đối tượng tác động: Lãnh đạo Sở Y tế, lãnh đạo TTYT huyện; Cơ quan BHXH; Cán bộ TYTX</p>	
Vận động nâng cao hiệu quả triển khai chính sách	<ul style="list-style-type: none"> - Tổ chức các cuộc họp/hội thảo với địa phương phổ biến Thông tư 39/2017/TT-BYT (trong đó có bao gồm Gói dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại TYTX) - Xây dựng cơ chế phối hợp giữa các bên liên quan - Xây dựng kế hoạch triển khai Thông tư 39/2017/TT-BYT và kế hoạch kiểm tra, giám sát. - Tổ chức các cuộc họp chia sẻ và cập nhật các thông tin về những khó khăn, vướng mắc trong triển khai Thông tư để cùng trao đổi về giải pháp khắc phục ở cấp độ địa phương cũng như cấp độ Bộ Y tế và Cơ quan BHXH Việt Nam.

Đánh giá trước - sau can thiệp

Cỡ mẫu, chọn mẫu

Nghiên cứu thực hiện tính toán cỡ mẫu nhằm phục vụ đánh giá thay đổi năng lực trong cung ứng dịch vụ/thuốc cho điều trị và quản lý THA, ĐTD tại các TYTX trước và sau khi áp dụng Danh mục dịch vụ y tế cơ bản. Đối tượng, số lượng mẫu và phương pháp chọn mẫu được áp dụng đồng nhất giữa đánh giá trước can thiệp và sau can thiệp. Cụ thể:

Với nghiên cứu định lượng

Điều tra cơ sở y tế

Thu thập số liệu thứ cấp bằng biểu mẫu và bảng kiểm đối với toàn bộ TYTX thuộc huyện Sóc Sơn (Hà Nội) nhằm mô tả (i) thực trạng năng lực của TYTX trong cung ứng Gói dịch vụ cơ bản được xác định cho bệnh THA và ĐTD; cũng như (ii) các chỉ số đầu vào về cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc, nhân lực, công nghệ thông tin của TYTX. Hai thời điểm cung cấp số liệu là năm 2017 (trước can thiệp) và năm 2019 (sau can thiệp).

Phỏng vấn y/bác sĩ trực tiếp KCB BHYT tại TYTX

Với toàn bộ TYTX thuộc Sóc Sơn, nghiên cứu thực hiện phỏng vấn mỗi TYTX 1 y/bác sĩ trực tiếp KCB BHYT về kiến thức và thực hành trong điều trị và quản lý bệnh THA, ĐTD. Bảng hỏi phỏng vấn sử dụng cách tiếp cận ca bệnh để khai thác thông tin về kiến thức và thực hành của cán bộ y tế trong một trường hợp cụ thể, bao gồm các bước: hỏi bệnh, khám lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán, điều trị và tư vấn. Các đối tượng y/bác sĩ này sẽ được phỏng vấn lặp lại 2 lần (trước - sau can thiệp).

Phỏng vấn bệnh nhân THA, ĐTD đang quản lý tại TYTX

Bệnh nhân THA, ĐTD được phỏng vấn về các dịch vụ mà họ được nhận khi KCB THA/ĐTD tại TYTX và mức độ hài lòng khi sử dụng dịch vụ tại đây. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho 2 mẫu độc lập, kiểm định 2 tỷ lệ:

$$n = 2 \left(\frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta}}{ES} \right)^2 \quad ES = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{p(1-p)}}$$

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

Trong đó:

- n là cỡ mẫu
- p1: giả thiết là tỷ lệ người bệnh bị THA/ĐTĐ hài lòng với dịch vụ điều trị và quản lý tại TYTX sau can thiệp là 60%
- p2: giả thiết tỷ lệ người bệnh bị THA/ĐTĐ hài lòng với dịch vụ điều trị và quản lý tại TYTX trước can thiệp là 50%
- $z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ (giá trị từ phân bố chuẩn đối với mức độ tin cậy $\alpha=5\%$ và kiểm định 2 phía)
- $z_{(1-\beta)} = 0.84$ (giá trị được tính dựa trên lực thống kê là 80%)
- ES là mức khác biệt trước và sau can thiệp

Như vậy, số người mắc THA đang quản lý tại TYTX cần phỏng vấn trước và sau can thiệp là 388 người (tổng số người mắc THA quản lý tại TYTX huyện Sóc Sơn là 7.354 người); số người mắc bệnh ĐTĐ đang quản lý tại TYTX cần phỏng vấn trước và sau can thiệp là 388 người (tổng số người mắc THA quản lý tại TYTX huyện Sóc Sơn là 1.520 người).

Để đảm bảo tính khả thi, nghiên cứu chọn ngẫu nhiên 4/26 TYTX để thực hiện phỏng vấn bệnh nhân. Với mỗi TYTX: (1) Chọn ngẫu nhiên 100 bệnh nhân THA từ danh sách người bệnh THA mà TYTX đang quản lý theo hệ số k. Hệ số k được xác định cho từng TYTX, dựa trên số lượng bệnh nhân THA cần được phỏng vấn so với tổng số người bệnh THA mà TYTX đang quản lý; (2) Phỏng vấn toàn bộ bệnh nhân ĐTĐ mà TYTX đang quản lý.

Trên thực tế, nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn bệnh nhân THA và ĐTĐ tại 4 TYTX là: Minh Trí, Mai Đình, Phù Linh, Tân Hưng. Số lượng bệnh nhân THA đã phỏng vấn là 392 người trước can thiệp và 387 người sau

can thiệp (tổng số bệnh nhân THA tại 4 xã là 1.780 người). Số lượng bệnh nhân ĐTD đã phỏng vấn là 142 người trước can thiệp và 136 người sau can thiệp (tổng số bệnh nhân ĐTD tại 4 xã là 304 người). Các đối tượng bệnh nhân phỏng vấn không ghép cặp trước và sau can thiệp.

Với nghiên cứu định tính

Để có thêm thông tin về năng lực cung ứng của các TYTX với danh mục dịch vụ và thuốc mà nghiên cứu đề xuất, thực trạng chi trả và các yếu tố liên quan tới điều kiện thực hiện Gói dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã, nghiên cứu định tính được thực hiện với các cá nhân, đơn vị có liên quan như sau:

Phỏng vấn sâu:

- Sở Y tế: Lãnh đạo Sở (1 cuộc), Phòng Nghiệp vụ Y/Cán bộ chuyên trách BHYT (1 cuộc), Phòng nghiệp vụ Dược (1 cuộc).

- BHXH tỉnh: Lãnh đạo (1 cuộc), Phòng Giám định BHYT (1 cuộc).

- Đại diện BVĐK huyện: Lãnh đạo (1 cuộc); Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp (1 cuộc); Trưởng phòng Tài chính kế toán (1 cuộc).

- Y/bác sĩ tham gia KCB tại TYTX (1 cuộc x 4 TYTX).

- Cán bộ TYTX phụ trách chương trình phòng chống bệnh THA (1 cuộc x 4 TYTX khảo sát trực tiếp).

- Cán bộ TYTX phụ trách chương trình phòng chống bệnh ĐTD (1 cuộc x 4 TYTX khảo sát trực tiếp).

Thảo luận nhóm:

- Người bệnh: 6-8 người/1 cuộc; 1 cuộc/1 xã x 4 xã khảo sát trực tiếp.

Nghiên cứu thực hiện chọn mẫu có chủ đích và thông báo trước cho đối tượng về mục đích và ý nghĩa của cuộc phỏng vấn/trao đổi. Các nội dung trao đổi được nghiên cứu xây dựng thành bản hướng dẫn phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm.

Tất cả đối tượng tham gia nghiên cứu, (nghiên cứu định tính và nghiên cứu định lượng) có đủ năng lực hành vi và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Nội dung, chỉ số và phương pháp thu thập số liệu

Bảng 2.2. Nội dung, chỉ số và phương pháp thu thập số liệu

Chỉ số đánh giá	Phương pháp thu thập số liệu
Sự thay đổi về năng lực cung ứng dịch vụ của TYTX trong dự phòng, quản lý, chẩn đoán và điều trị THA/ĐTĐ	
<u>Sàng lọc:</u> - Tỷ lệ TYTX thực hiện sàng lọc chủ động THA cộng đồng	Biểu mẫu 26 TYTX
<u>Khám chẩn đoán:</u> - Tỷ lệ TYTX thực hiện khám chẩn đoán bệnh THA (đo HA) - Tỷ lệ TYTX thực hiện khám chẩn đoán bệnh ĐTĐ (đo đường máu mao mạch)	
<u>Tư vấn:</u> - Tỷ lệ TYTX thực hiện tư vấn thay đổi lối sống cho bệnh nhân THA/ĐTĐ	
<u>Điều trị:</u> - Tỷ lệ TYTX cấp thuốc định kỳ cho bệnh nhân THA/ĐTĐ - Trung bình số ngày cấp phát thuốc định kỳ cho bệnh nhân THA/ĐTĐ tại TYTX - Trung bình số bệnh nhân THA/ĐTĐ cấp phát thuốc định kỳ hàng tháng tại TYTX	
<u>Quản lý:</u> - Tỷ lệ TYTX có lập danh sách bệnh nhân THA/ĐTĐ trên địa bàn xã - Trung bình tỷ lệ bệnh nhân THA/ĐTĐ được quản lý thông tin điều trị tại TYTX trong tổng số bệnh nhân THA/ĐTĐ trên địa bàn	
Lý do chưa/ít triển khai DVKT	PVS/TLN
Sự thay đổi về tính sẵn có của thuốc điều trị THA/ĐTĐ tại TYTX	
- Trung bình số loại thuốc THA/ĐTĐ trong danh mục đề xuất sẵn có tại TYTX	Biểu mẫu 26 TYTX

Chỉ số đánh giá	Phương pháp thu thập số liệu
<ul style="list-style-type: none"> - Trung bình số nhóm thuốc THA/ĐTĐ trong danh mục đề xuất sẵn có tại TYTX - Các loại thuốc THA/ĐTĐ trong danh mục đề xuất bị thiếu nhiều nhất tại TYTX - Các nhóm thuốc THA/ĐTĐ trong danh mục đề xuất bị thiếu nhiều nhất tại TYTX 	
Lý do thiếu thuốc tại TYTX	PVS/TLN
Sự thay đổi về quyền lợi được hưởng của bệnh nhân THA/ĐTĐ	
<ul style="list-style-type: none"> - Chi phí trung bình/lượt khám BHYT của bệnh nhân THA/ĐTĐ tại TYTX - Chi phí trung bình/đơn thuốc BHYT của bệnh nhân THA/ĐTĐ tại TYTX 	Phân tích số liệu BHXH trên mẫu 79b và 01
Sử dụng dịch vụ của người bệnh THA/ĐTĐ tại TYTX (khám, xét nghiệm, cấp phát thuốc, tư vấn)	Phòng vấn bệnh nhân THA/ĐTĐ tại 4 TYTX khảo sát trực tiếp
Tỷ lệ bệnh nhân THA/ĐTĐ hài lòng khi KCB tại TYTX	
Các yếu tố liên quan tới điều kiện thực hiện gói dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTĐ tại TYTX	PVS/TLN
Sự thay đổi về kiến thức và thực hành của y/bác sĩ tại TYTX trong điều trị và quản lý THA, ĐTĐ	
<ul style="list-style-type: none"> - Tỷ lệ y/bác sĩ tại TYTX có chẩn đoán bệnh ĐÚNG theo trường hợp bệnh - Tỷ lệ y/bác sĩ tại TYTX có thực hành điều trị HỢP LÝ theo trường hợp bệnh - Tỷ lệ y/bác sĩ tại TYTX có thực hành tư vấn ĐẦY ĐỦ theo trường hợp bệnh - Tỷ lệ y/bác sĩ tại TYTX có thực hành tư vấn theo từng nội dung tư vấn và theo trường hợp bệnh 	Phòng vấn y/bác sĩ phụ trách KCB tại TYTX

Phân tích, xử lý số liệu

Đối với số liệu định lượng

Các phiếu thu thập thông tin được kiểm tra, làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata. Sau đó, dữ liệu được chuyển vào phần mềm Stata 14.0 để phân tích.

Với mục tiêu 2: Phân tích thống kê mô tả được thực hiện chủ yếu với mục đích ước tính mức độ (tỷ lệ phần trăm/giá trị trung bình) của các biến số đầu ra nghiên cứu tại mục B.4.2. Dữ liệu tính toán được biểu thị bằng các bảng hoặc biểu đồ thích hợp. Phương pháp đánh giá năng lực cung ứng dịch vụ là so sánh thực trạng cung ứng dịch vụ và cung ứng thuốc của TYTX tại thời điểm khảo sát (2017) với danh mục gói dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD đã được xác định từ mục tiêu 1.

Với mục tiêu 3: Sử dụng các so sánh ghép cặp để đánh giá sự thay đổi về tính sẵn có của thuốc (kiểm định dấu hạng Wilcoxon cho giá trị trung bình) và thay đổi về kiến thức của y/bác sĩ tại TYTX (kiểm định McNemar cho tỷ lệ) sau can thiệp. Đây là phương pháp kiểm định phi tham số dùng để so sánh sự khác biệt giữa hai mẫu phụ thuộc, trong trường hợp này là TYTX và y/bác sĩ được đánh giá lặp lại 2 lần (trước-sau can thiệp). Mức ý nghĩa alpha được chọn là 5%.

Đối với số liệu định tính

Các cuộc phỏng vấn, thảo luận nhóm được ghi âm trực tiếp tại thực địa. Các băng ghi âm này được “gỡ băng” vào các văn bản trên phần mềm MS Word. Các dữ liệu định tính được xử lý và phân tích bằng phương pháp mã hóa theo chủ đề (Thematic Analysis). Với phương pháp này, một khung phân tích sơ bộ được xác định trước dựa trên các mục tiêu của nghiên cứu chính. Trong khung này bao gồm các chủ đề chính (themes) và các chủ đề nhánh (sub-theme). Trong quá trình phân tích, khung phân tích ban đầu được mở rộng và xuất hiện chủ đề nhánh nhỏ hơn dựa trên những chủ đề mới xuất hiện từ các thông tin định tính. Nghiên cứu sử dụng phần mềm phân tích số liệu

định tính chuyên dụng là Nvivo phiên bản 11. Kết quả được tập hợp và nhận định theo từng mục tiêu và nội dung nghiên cứu.

Nghiên cứu chi phí điều trị và quản lý THA, ĐTD tại TYTX

Ước tính kinh phí cần thiết để 1 TYTX có thể cung ứng các dịch vụ điều trị và quản lý THA, ĐTD, bao gồm (i) chi phí cho cung ứng các dịch vụ KCB dự phòng, nâng cao sức khỏe và KCB đang được TYTX thực hiện thường quy, (ii) chi phí cung ứng dịch vụ sàng lọc THA, ĐTD tại TYTX để khuyến nghị và vận động việc đưa các dịch vụ này vào phạm vi thanh toán của BHYT. Đây là 2 dịch vụ mới được đề xuất thực hiện tại TYTX nhằm đáp ứng yêu cầu cấp thiết quản lý hiệu quả bệnh THA/ĐTD trong cộng đồng

Chi phí thực hiện Gói dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại TYTX được tính là chi phí bình quân/người/năm.

Để ước tính chi phí thực hiện Gói dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại TYTX, đề tài kết hợp các phương pháp tiếp cận trong ước tính chi phí bao gồm: cách tiếp cận từ trên xuống để ước tính chi phí thực tế và cách tiếp cận từ dưới lên để ước tính chi phí thực hiện theo hướng dẫn chuẩn và ý kiến chuyên gia.

Theo cách tiếp cận từ trên xuống

Cách tiếp cận từ trên xuống được áp dụng để tính toán chi phí đơn vị của 1 lượt khám bệnh và dịch vụ dự phòng đầu người tại tuyến xã. Nghiên cứu thu thập số liệu hoạt động và tài chính tại 2 huyện và 2 xã/huyện tại thành phố Hà Nội. Số liệu được thu thập trong cả năm 2017. Dữ liệu lấy theo năm vì các đơn vị báo cáo hoạt động theo năm và sẽ giảm sự biến thiên chi phí theo mùa trong sử dụng dịch vụ, mà yếu tố này có thể ảnh hưởng tới chi phí. 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) khâu 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 TYTX nhân với tần suất KCB tại TYTX/năm) và chi phí dự phòng/người/năm.

Theo cách tiếp cận từ dưới lên

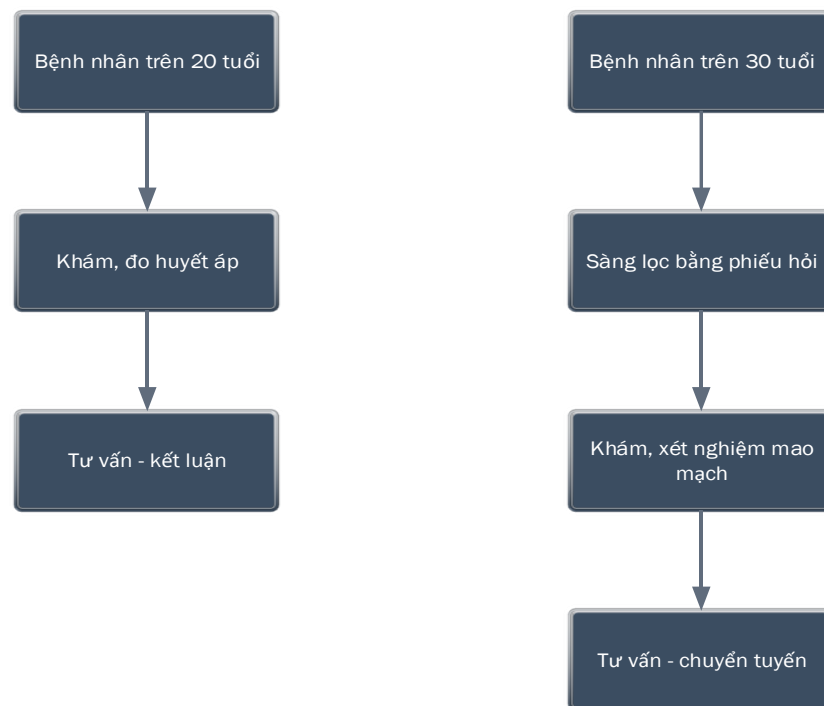
Cách tiếp cận từ dưới lên áp dụng để tính chi phí sàng lọc THA và ĐTD. Chi phí sàng lọc THA và ĐTD được ước tính theo 3 cấu phần chi phí cơ bản bao gồm: chi phí nhân lực, chi phí thiết bị vật tư hóa chất và chi phí hành chính. Nghiên cứu thực hiện theo các bước cơ bản ước tính chi phí để thực hiện một lượt sàng lọc THA và ĐTD bao gồm:

- Xác định nguồn lực được sử dụng để thực hiện 1 lượt sàng lọc THA/ĐTD
- Ước tính số lượng mỗi nguồn lực đầu vào sử dụng cho 1 lượt sàng lọc
- Định rõ giá trị tiền tệ cho mỗi đơn vị đầu vào và tính tổng chi phí đầu vào cho 1 lượt sàng lọc

Năm ước tính chi phí là năm 2017. Dựa theo hướng dẫn chuyên môn và kinh nghiệm thực tế của các chuyên gia, nghiên cứu lần lượt xác định các bước thực hiện sàng lọc THA và ĐTD cũng như các chi phí phát sinh ở từng bước. Nghiên cứu đã tiến hành tổng quan tài liệu về sàng lọc THA và ĐTD để có được bằng chứng về tính chi phí hiệu quả của các phương thức sàng lọc. Theo đó, phương thức sàng lọc chủ động đối với ĐTD không chi phí hiệu quả, trong khi đó việc sàng lọc THA dù là chủ động hay cơ hội đều có tính chi phí hiệu quả. Trong khuôn khổ nghiên cứu, ước tính chi phí sàng lọc được thực hiện cho 2 phương án:

- Phương án 1: Sàng lọc cơ hội đối với cả THA và ĐTĐ
- Phương án 2: Sàng lọc cơ hội ĐTĐ và sàng lọc chủ động THA

Đối tượng sàng lọc với THA là người trên 25 tuổi và với ĐTĐ là người trên 30 tuổi. Đối với phương án 1, quy trình các bước sàng lọc được minh họa trong Hình 2. Đối với phương án 2, điểm khác trong quy trình sàng lọc THA chỉ là thêm bước thông báo trên loa đài tất cả các đối tượng (có thể BHYT) ra TYTX để khám sàng lọc THA tại trạm.



Hình 2.3. Quy trình các bước sàng lọc THA và ĐTĐ tại tuyến xã

Kết quả nghiên cứu sẽ ước tính chi phí 1 lượt sàng lọc THA, 1 lượt sàng lọc ĐTĐ chỉ dùng phiếu hỏi, 1 lượt sàng lọc ĐTĐ dùng phiếu hỏi và xét nghiệm đường máu mao mạch, từ đó nghiên cứu xác định tổng chi gói sàng lọc THA và ĐTĐ cho 1 TYTX. 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 gói chi phí sàng lọc.

2.4. Hạn chế nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện dựa trên việc kết hợp nhiều phương pháp và công cụ nên việc tổng hợp và lựa chọn kết quả nghiên cứu gặp nhiều khó khăn.

Đây là nghiên cứu xây dựng, đề xuất và can thiệp chính sách nhưng có một số nội dung triển khai gặp khó khăn do phụ thuộc vào các văn bản quy pháp luật, hướng dẫn của Bộ Y tế .

Nghiên cứu không thực hiện các nội dung can thiệp cộng đồng và can thiệp trực tiếp đối với người bệnh nên kết quả về tăng tỷ lệ người bệnh sử dụng dịch vụ điều trị và quản lý THA/ĐTĐ tại TYTX chưa có sự thay đổi rõ rệt. Lý do có thể kể đến là người bệnh chưa được trang bị kiến thức đầy đủ cũng như chưa đặt niềm tin để sử dụng dịch vụ tại TYTX.

Một số kết quả can thiệp bị tác động bởi các chính sách khác của hệ thống y tế như chính sách về đầu thầu thuốc, chính sách tự chủ bệnh viện.

CHƯƠNG 3 - KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả nghiên cứu đối với mục tiêu 1

Kết quả rà soát nhằm xác định các bệnh thông thường tại cộng đồng cho thấy bệnh THA và ĐTĐ đều có tần suất sử dụng dịch vụ cao nhất trong 15 bệnh phổ biến tại cộng đồng. THA là bệnh có tổng số lượt khám bệnh cao nhất tại tuyến xã với 26,29%. Đối với tuyến huyện, tỷ trọng số lượt khám đối với bệnh THA đứng thứ 2 và ĐTĐ là bệnh đứng thứ 5 trong tổng số 15 bệnh có tỷ lệ sử dụng dịch vụ cao nhất tại tuyến huyện (tại thời điểm nghiên cứu, bệnh ĐTĐ chưa được triển khai điều trị rộng rãi tại tuyến xã). Như vậy, việc lựa chọn 2 bệnh THA và ĐTĐ để thực hiện rà soát danh mục dịch vụ kỹ thuật hiện đang được triển khai tại tuyến xã là phù hợp.

Việc rà soát danh mục dịch vụ kỹ thuật/thuốc cho THA và ĐTĐ tại TYT xã được thực hiện dựa theo các tài liệu như sau:

- Hướng dẫn điều trị tại thời điểm thực hiện (Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31/08/2010 về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp, Quyết định số 3280/QĐ-BYT ngày 09/09/2011 về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2, Quyết định số 2919/QĐ-BYT ngày 6/8/2014 của Bộ Y tế về hướng dẫn khám chữa bệnh tại trạm y tế xã)

- Hướng dẫn chuyên môn quốc tế (Tài liệu của Hiệp hội Tăng huyết áp Hoa Kỳ và Hiệp hội Tăng huyết áp Quốc tế, năm 2014: Hướng dẫn thực hành lâm sàng để quản lý bệnh tăng huyết áp trong cộng đồng; Tài liệu của Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế, năm 2012: Hướng dẫn toàn cầu về bệnh đái tháo đường tít 2 - các khuyến nghị về chăm sóc tiêu chuẩn, toàn diện và tối thiểu; - Danh mục thuốc thiết yếu của TCYTTG, phiên bản thứ 19).

- Thông tư số 43/2013/TT-BYT ngày 11/12/2013 của Bộ Y tế quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Thông tư số 40/2014/TT-BYT của Bộ Y tế về ban hành và hướng dẫn thực hiện danh mục thuốc tân dược thuộc phạm vi thanh toán của Quỹ BHYT.

Việc xác định danh mục DVKT/thuốc cần thiết cho THA và ĐTĐ do các chuyên gia lâm sàng có kinh nghiệm thuộc các lĩnh vực chuyên môn tương ứng thực hiện. Việc xác định được thực hiện dựa theo các hướng dẫn điều trị/hướng dẫn chăm sóc theo các quy định hiện hành và tham khảo hướng dẫn chuyên môn quốc tế để xác định danh mục DVKT, thuốc cần bổ sung đối với tuyến xã cho quản lý, chẩn đoán và điều trị THA và ĐTĐ ở TYT xã, đồng thời bổ sung thêm các dịch vụ y tế dự phòng và tư vấn, quản lý sức khỏe dựa trên các hướng dẫn chuyên môn trong nước và quốc tế. Kết quả thu được là một bảng danh mục các dịch vụ, thuốc cần cho chẩn đoán và điều trị THA và ĐTĐ được liệt kê từ các hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế, hướng dẫn quốc tế.

Dựa trên danh mục DVKT/thuốc đã xác định cho từng bệnh theo hướng dẫn chuyên môn, nhóm nghiên cứu đã thực hiện đối chiếu danh mục DVKT, thuốc đã được xác định này với danh mục DVKT theo Thông tư số 43/2013/TT-BYT ngày 11/12/2013 của Bộ Y tế quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và danh mục thuốc theo Thông tư số 40/2014/TT-BYT của Bộ Y tế về ban hành và hướng dẫn thực hiện danh mục thuốc tân dược thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT để xác định các DVKT, thuốc cần bổ sung thêm vào các Thông tư hiện hành nếu có. Từ kết quả rà soát hướng dẫn lâm sàng và rà soát quy định thanh toán của BHYT, nhóm nghiên cứu tiến hành đối chiếu và đề xuất DVKT/thuốc cần bổ sung cho Gói DVYTCB.

Kết quả rà soát hướng dẫn điều trị cho thấy, tại thời điểm nghiên cứu, Bộ Y tế mới chỉ ban hành hướng dẫn điều trị THA và ĐTĐ chung cho tất cả các tuyến, chưa có hướng dẫn điều trị riêng cho tuyến xã. Kết quả rà soát

danh mục DVKT và thuốc cho điều trị và quản lý THA hiện được BHYT chi trả tại TYTX được trình bày trong bảng dưới đây.

Bảng 3.1. Kết quả rà soát Danh mục DVKT và thuốc cho điều trị, quản lý THA được BHYT chi trả tại TYTX

STT	Danh mục kỹ thuật theo các hướng dẫn điều trị	TYTX
1	Khám lâm sàng (đo huyết áp, BMI, các dấu hiệu khác...)	X
2	Soi đáy mắt	X
3	Tổng phân tích tế bào máu	
4	Xét nghiệm đường máu khi đói	
5	Điện giải đồ	
6	Định lượng Lipid máu	
7	Định lượng Creatinin huyết thanh	
8	Định lượng Ure máu	
9	Định lượng Acid uric máu	
10	Định lượng Men gan	
11	Định lượng Albumin niệu	
12	Soi vi thể nước tiểu	
13	Điện tâm đồ	X
14	Siêu âm Doppler tim	
15	Siêu âm Doppler mạch cảnh	
16	Định lượng protein niệu (nếu que thử protein dương tính)	
17	Chỉ số huyết áp mắt cá chân-cánh tay (ABI)	X
18	Theo dõi huyết áp tự động 24 giờ (Holter huyết áp)	
19	Siêu âm thận và thượng thận	
20	Tư vấn thay đổi lối sống (giảm cân, chế độ ăn giảm muối, tăng cường thể lực, hạn chế rượu bia, ngừng hút thuốc...)	
STT	Thuốc	TYTX
	Lợi tiểu thiazide (liều thấp)	
1	+ Hydrochlorothiazide	X
2	+ Indapamide	
	Ức chế men chuyển (ACE)	
3	+ Benazepril	

STT	Danh mục kỹ thuật theo các hướng dẫn điều trị	TYTX
4	+ Captopril	X
5	+ Enalapril	X
6	+ Imidapril	
7	+ Lisinopril	
8	Perindopril	X
9	+ Quinapril	
10	+ Ramipril	
	Ức chế thụ thể (ARB)	
11	+ Candesartan	
12	+ Irbesartan	
13	+ Losartan	X
14	+ Telmisartan	
15	+ Valsartan	
	Chọn kênh can xi (CCB), ưu tiên loại tác dụng chậm	
16	+ Amlodipin	X
17	+ Felodipine	
18	+ Lacidipine	
19	+ Nicardipine SR	
20	+ Nifedipine Retard	X
21	+ Nifedipine LA	X
22	+ Diltiazem	
23	+ Verapamil	X
24	+ Verapamil LA	
	Chọn bê ta giao cảm (nếu không có chống chỉ định)	
25	+ Atenolol	X
26	+ Bisoprolol	
27	+ Metoprolol	
28	+ Acebutolol	
29	+ Labetalol	
30	+ Carvedilol	
31	+ Propanolol	X

Kết quả tại Bảng 3.1 cho thấy, trong tổng số 20 dịch vụ kỹ thuật được chỉ định cho điều trị THA theo hướng dẫn hiện hành, chỉ có 04 dịch vụ kỹ thuật được thực hiện tại TYT xã (khám chung, soi đáy mắt, chỉ số huyết áp mắt cá chân-cánh tay). Đặc biệt, tư vấn thay đổi lối sống trong điều trị THA chưa được đưa vào danh mục được BHYT thanh toán. Đối với thuốc điều trị THA, trong tổng số 11 thuốc điều trị huyết áp có 11 thuốc được sử dụng cho TYT xã tập trung chủ yếu ở nhóm thuốc chẹn kênh Canxi (4 thuốc) và ức chế men chuyển (3 thuốc).

Bảng 3.2. Kết quả rà soát danh mục DVKT, thuốc cho điều trị, quản lý ĐTD được BHYT chi trả tại TYTX

STT	Danh mục kỹ thuật	TYTX
1	Hỏi bệnh, khám lâm sàng	X
2	Nghiệm pháp dung nạp đường huyết	
3	Xét nghiệm đường máu lúc đói	
4	Xét nghiệm đường huyết bất kỳ	
5	Xét nghiệm HbA1C (theo dõi điều trị)	X
6	Tư vấn dinh dưỡng và chế độ luyện tập	
STT	Thuốc	TYTX
	Nhóm Metformin	
1	Metformin	X
	Nhóm Sulphonylure	
2	+ Glipizide	
3	+ Gliclazide	X
4	+ Glimepiride	X
5	+ Glibenclamide	X
	Nhóm Ức chế Alpha - glucosidase	
6	+ Acarbose	
	Nhóm Insulin	
	<i>Nhanh:</i>	
7	Insulin lispro	
8	Insulin aspart	
9	Insulin gluisin	
	<i>Ngắn:</i>	
	Regular	

STT	Danh mục kỹ thuật	TYTX
	Actrapid®	
	Chậm:	
	NPH	
	Lente	
	Insulatard® HM	
	Insulatard®FlsxPen	
	Dài;	
	Ultralente	
	Glargine	
	Determir	
	Hỗn hợp:	
	70/30 human mix	
	70/30 aspart analog mix	
	Mixtard® HM (70/30)	
	Mixtard® 30 FlexPen	
	NovoMix®30 FlexPen	

Đối với bệnh ĐTD, tại TYTX bệnh nhân chỉ được khám chung và thực hiện xét nghiệm HbA1C để theo dõi. Mặc dù danh mục thuốc cho TYT xã cũng đã được cung ứng Metformin và nhóm Nhóm Sulphonylure nhưng việc điều trị ĐTD chủ yếu vẫn được thực hiện tại tuyến huyện.

Quá trình rà soát, đối chiếu các DVKT/ thuốc trong hướng dẫn điều trị và danh mục các DVKT/thuốc được BHYT chi trả cho thấy: (i) Về danh mục DVKT, một số dịch vụ sàng lọc bệnh và tư vấn bệnh nhân THA, ĐTD được liệt kê theo hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế cũng như được khuyến cáo trong hướng dẫn quốc tế nhưng lại không có trong phân tuyến kỹ thuật cũng như danh sách dịch vụ được BHYT thanh toán tại tuyến xã; (ii) Về danh mục thuốc, phần lớn thuốc được khuyến cáo trong hướng dẫn điều trị THA và ĐTD đã có trong danh mục thuốc được BHYT thanh toán tại tuyến xã, tuy nhiên chủ yếu là thuốc đơn chất chứ chưa có thuốc phối hợp, và cũng chưa được sử dụng phối hợp thuốc trong điều trị THA và ĐTD.

Bên cạnh đó, kết quả rà soát các hướng dẫn điều trị trong nước và quốc tế trong quản lý, điều trị THA và ĐTD cũng cho thấy sự cần thiết phải bổ sung một số DVKT/ thuốc vào danh mục Gói DVYTCB. Cụ thể như sau:

- Đối với THA, cần bổ sung dịch vụ Tư vấn thay đổi lối sống (giảm cân, chế độ ăn giảm muối, tăng cường hoạt động thể lực, hạn chế rượu bia, ngừng hút thuốc...); bổ sung 02 thuốc hạ áp, bao gồm thuốc Ibesartan (nhóm ức chế thu thể AT1) và Labetalol (nhóm chẹn beta giao cảm).

- Đối với ĐTD, cần bổ sung dịch vụ Tư vấn dinh dưỡng và chế độ luyện tập; bổ sung 01 thuốc hạ đường huyết là Acarbose (nhóm ức chế Alpha-glucosidase) và bổ sung nhóm Insulin, bao gồm 4 loại Insulin chính: Insulin tác dụng nhanh, ngắn, Insulin tác dụng trung bình, trung gian, Insulin tác dụng chậm, kéo dài và cuối cùng là Insulin trộn, hỗn hợp.

Theo đó, danh mục Gói DVYTCB đề xuất cho điều trị, quản lý tăng huyết áp và đái tháo đường tại TYTX như sau:

Bảng 3.3. Danh mục DVKT/thuốc thuộc Gói DVYTCB đề xuất trong điều trị và quản lý THA tại TYTX

Danh mục kỹ thuật trong điều trị THA	
1	Khám lâm sàng (đo huyết áp, tính BMI...)
2	Soi đáy mắt
3	Điện tâm đồ
4	Chỉ số huyết áp mắt cá chân/cánh tay (ABI)
5	Tư vấn thay đổi lối sống (giảm cân, chế độ ăn giảm muối, tăng cường hoạt động thể lực, hạn chế rượu bia, ngừng hút thuốc...) (Đề xuất bổ sung vào danh mục BHYT chi trả)
6	Sàng lọc cơ hội: Thực hiện sàng lọc cơ hội đối với các đối tượng >25 tuổi: (Khám, đo huyết áp; Tư vấn thay đổi lối sống, chuyển tuyến điều trị nếu cần)
7	Sàng lọc chủ động: Thực hiện đối với các đối tượng >25 tuổi (Truyền

Danh mục kỹ thuật trong điều trị THA	
	thông, vận động người dân đến TYTX (loa đài); Khám, đo huyết áp; Tư vấn thay đổi lối sống, chuyển tuyến điều trị)
Danh mục thuốc điều trị THA	
1	<i>Lợi tiểu thiazide (liều thấp)</i> + Hydrochlorothiazide
2	<i>Ức chế men chuyển (ACE)</i> + Captopril + Enalapril + Perindopril
3	<i>Ức chế thụ thể (ARB)</i> + Losartan + Telmisartan + Ibesartan (Đề xuất bổ sung vào danh mục BHYT chi trả)
4	<i>Chẹn kênh can xi (CCB), ưu tiên tác dụng chậm</i> + Amlodipin + Nifedipine Retard + Nifedipine LA + Verapamil
5	<i>Chẹn bê ta giao cảm (nếu không chống chỉ định)</i> + Atenolol + Propanolol + Labetalol (Đề xuất bổ sung vào danh mục BHYT chi trả)

Bảng 3.4. Danh mục DVKT/thuốc thuộc Gói DVYTCB đề xuất trong điều trị và quản lý ĐTD tại TYTX

Danh mục kỹ thuật trong điều trị ĐTD	
1	Hỏi bệnh, khám lâm sàng (Đo huyết áp; Đo chiều cao, cân nặng (tính BMI); Đo vòng bụng; Khám lâm sàng phát hiện biến chứng)
2	Xét nghiệm đường máu mao mạch
3	Tư vấn dinh dưỡng và chế độ luyện tập (Đề xuất bổ sung vào danh mục BHYT chi trả)
4	Sàng lọc cơ hội: Thực hiện với đối tượng >30 tuổi (Sàng lọc yếu tố nguy cơ bằng phiếu hỏi; Khám, xét nghiệm đường máu mao mạch với trường hợp nghi ngờ bị ĐTD; Tư vấn thay đổi lối sống, chuyển tuyến điều trị)
Danh mục thuốc điều trị ĐTD	
1	<i>Nhóm Metformin</i>
	Metformin
2	<i>Nhóm Sulphonylure</i>
	+ Gliclazide
	+ Glimepiride
	+ Glibenclamide
3	<i>Nhóm ức chế men Alpha-glucosidase.</i>
	+ Acarbose (Đề xuất bổ sung vào danh mục BHYT chi trả)
4	<i>Nhóm Insulin</i>
	4 loại Insulin chính: (Đề xuất bổ sung vào danh mục BHYT chi trả)
	+ Insulin tác dụng nhanh, ngắn
	+ Insulin tác dụng trung bình, trung gian
	+ Insulin tác dụng chậm, kéo dài
+ Insulin trộn, hỗn hợp	

3.2. Kết quả nghiên cứu đối với mục tiêu 2

Khám, chữa bệnh chung

Tại huyện Sóc Sơn, trung bình nhân lực tại 1 TYTX dao động từ 6 đến 10 cán bộ, tỷ lệ TYTX có bác sĩ là 73,9% và có y hoặc bác sĩ làm việc là 91,3%. Toàn bộ các TYTX đều đang thực hiện khám chữa bệnh BHYT.

Bảng 3.5. Thông tin chung về TYT của huyện Sóc Sơn năm 2017 - 2018

Một số chỉ số cơ bản	2017	2018
Diện tích trung bình/xã (ha)	2125	2125
Tổng dân số trung bình/xã	13.020	13.223
Tỷ lệ bao phủ BHYT bình quân tuyến xã (%)	85,7	85,9
Tỉ lệ TYTX đạt Tiêu chí quốc gia về y tế xã	100	100
Tỉ lệ TYTX có khám BHYT	100	100
Số lượng thẻ đăng ký TYTX	8193	8.029
Số cán bộ y tế trung bình một TYT xã	9	9
Tỉ lệ TYTX có đủ cơ cấu nhân lực theo quy định	42,3	42,3
Tỉ lệ TYTX có bác sỹ	76,9	76,9
Tỉ lệ TYTX có y/bác sỹ	88,5	88,5
Tỉ lệ TYTX có NHS/y sỹ sản nhi	84,6	84,6
Tỉ lệ TYTX có dược sỹ/dược tá	96,2	96,2
Tỉ lệ TYTX y sỹ đông y	61,5	61,5
Tỉ lệ TYTX điều dưỡng/y tá	96,2	96,2

Thống kê năm 2017, trung bình số lượt khám ngoại trú tại TYTX trong năm là 9.788 lượt, trong đó chiếm 92,2% là khám chữa bệnh BHYT. Tuy nhiên theo thảo luận với toàn bộ trạm trưởng TYTX cho biết, thực tế hiện nay các TYTX chỉ thực hiện được khoảng dưới 40% danh mục DVKT phân tuyến cho tuyến xã theo Thông tư 43/2013/TT-BYT. Còn khi so sánh với Thông tư 39/2017/TT-BYT về Gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến y tế cơ sở, trung bình các TYTX thực hiện được khoảng 79% số dịch vụ được quy định. Phần lớn các dịch vụ mà các TYTX hiện chưa làm được là các thủ thuật cấp cứu đòi

hỏi phải có các trang thiết bị, vật tư y tế kèm theo; cũng như cần được thực hiện bởi bác sĩ có chuyên môn vững cả về kiến thức và thực hành lâm sàng (ví dụ: chọc hút khí/tháo dịch màng phổi, mở màng giáp nhân cấp cứu hay chọc hút/tháo dịch ổ bụng, mở khí quản qua da một thì cấp cứu ngạt thở, rửa dạ dày cấp cứu, ...).

Tìm hiểu về các nguyên nhân TYTX chưa triển khai được đầy đủ các DVKT theo Thông tư 39/2017/TT-BYT, các nguyên nhân chính được chỉ ra vẫn là: (i) thiếu nhân lực chuyên môn (thiếu bác sĩ, bác sĩ/y sĩ chưa đủ điều kiện để được cấp chứng chỉ hành nghề, hoặc chưa được đào tạo), (ii) thiếu các trang thiết bị y tế và vật tư y tế cần thiết để triển khai, và (iii) không có bệnh nhân (do bệnh nhân chủ yếu đi lên tuyến trên KCB hoặc do bệnh ít gặp trong mô hình bệnh tật của địa phương). Các kết quả định tính cũng xác nhận các nguyên nhân khiến cho TYTX không triển khai DVKT. Một số nguyên nhân chính được cho là: (i) nhân lực chưa đủ điều kiện về chứng chỉ hành nghề; (ii) năng lực chuyên môn của cán bộ y tế xã còn hạn chế do chưa được đào tạo và (iii) không có hoặc có ít bệnh nhân có nhu cầu sử dụng dịch vụ.

Về nguyên nhân các TYTX không đảm bảo được thuốc theo quy định của Thông tư 39/2017/TT-BYT, có 3 nguyên nhân chính bao gồm: (i) TYTX không có bệnh nhân cần điều trị các loại thuốc đó do mô hình bệnh tật của địa phương hoặc nếu có bệnh thì bệnh nhân lựa chọn điều trị tại tuyến trên; (ii) các loại thuốc quy định trong Thông tư 39/2017/TT-BYT nhưng không nằm trong danh mục thuốc trúng thầu BHYT của huyện dành cho tuyến xã nên các TYTX không có loại thuốc để cung ứng cho người bệnh, ngay cả các loại thuốc TYTX xác định là cần thiết và có làm dự trữ nhưng không được cung cấp; (iii) TYTX xác định các loại thuốc thiếu là không cần thiết do hiện TYTX 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 cán bộ y tế.

Kết quả từ nghiên cứu định tính cho thấy trên thực tế các TYTX lập dự trữ thuốc dựa trên danh mục thuốc của tuyến huyện đã được trúng thầu, như vậy dẫn đến tình trạng là có nhiều thuốc thuộc quy định của tuyến xã nhưng không nằm trong danh mục thuốc đấu thầu. Đối với một số loại thuốc dành cho tuyến xã cũng nằm trong danh mục thuốc trúng thầu của TTYT huyện nhưng TYTX không dự trữ do một trong tiêu chí lựa chọn thuốc của TYTX để lập kế hoạch dự trữ là giá thuốc thấp vì thuốc có giá cao sẽ có chi phí điều trị lớn gây vượt quá trần thanh toán nên không lựa chọn để dự trữ. Bên cạnh đó, năng lực dự trữ thuốc cũng là một trong nguyên nhân của việc thiếu thuốc.

Kết quả phỏng vấn sâu cán bộ dược của TYTX cho thấy có thuốc thuộc phạm vi của tuyến xã nhưng không đưa vào danh mục thuốc dự trữ do cán bộ dược không nắm được tác dụng của thuốc do chưa từng sử dụng.

Ngoài ra cũng có một số các nguyên nhân khác cũng được đề cập như là: TYTX không có xét nghiệm để chẩn đoán; hoặc theo quy định của SYT hoặc TTYT huyện thì thuốc không được sử dụng tại TYTX hoặc một số loại thuốc chỉ cấp hàng năm theo chương trình y tế.

Quản lý điều trị THA

Tại thời điểm trước can thiệp, 100% các TYTX báo cáo có thực hiện sàng lọc THA cộng đồng cũng như khám chủ động phát hiện THA tại cơ sở trạm. Có 25/26 TYTX thực hiện cấp thuốc định kỳ cho bệnh nhân THA với số ngày cấp thuốc định kỳ là 30 ngày. Số bệnh nhân THA trung bình được cấp thuốc định kỳ tại 25 TYTX này là 163 người (ít nhất là 30 bệnh nhân và nhiều nhất là 357 bệnh nhân). TYT thị trấn Sóc Sơn chỉ cấp thuốc BHYT 5 ngày cho bệnh nhân THA tới khám do địa bàn quá gần bệnh viện huyện nên người bệnh chuyển tuyến huyện để điều trị định kỳ.

Kết quả trình bày tại Bảng 3.6 cho thấy, số đầu thuốc hạ áp sẵn có tại các TYTX thuộc huyện Sóc Sơn dao động từ ít nhất 3 đến 5 loại thuốc. Số nhóm thuốc điều trị cũng tương đối đa dạng, chủ yếu thuộc 3 nhóm là chẹn kênh canxi (100%), ức chế men chuyển (95,8%) và lợi tiểu (91,7%). Chỉ có duy nhất TYT Hiền Ninh có thuốc chẹn beta giao cảm.

Bảng 3.6. Tính sẵn có của thuốc điều trị THA tại TYTX thuộc huyện Sóc Sơn, thời điểm trước can thiệp

Chỉ số *	Năm 2017 (n=25)
Trung bình số lượng thuốc THA sẵn có tại TYTX theo danh mục đề xuất (giá trị nhỏ nhất - giá trị lớn nhất)	4,6 (3 - 5)
% TYTX có thuốc THA theo các nhóm thuốc trong danh mục đề xuất	
- Có 2 nhóm	8,3
- Có 3 nhóm	91,7
% TYTX có thuốc chẹn kênh canxi	100
% TYTX có thuốc ức chế men chuyển	95,8
% TYTX có thuốc lợi tiểu	91,7
% TYTX có thuốc chẹn beta giao cảm	4,2
% TYTX có thuốc chẹn thụ thể angiotensin II	0

* Được tính toán trên 25 TYTX có cấp phát thuốc THA định kỳ 30 ngày

Về quản lý thông tin bệnh nhân, toàn bộ 26 TYTX tại huyện Sóc Sơn đều có lập danh sách người bệnh THA trên địa bàn. Trong số 25 TYTX đang cấp phát thuốc điều trị THA định kỳ thì đều có thực hiện theo dõi thông tin điều trị bệnh nhân thông qua bệnh án điều trị ngoại trú. Trung bình tỷ lệ bệnh nhân THA được quản lý thông tin điều trị chiếm khoảng 84,6% trên tổng số bệnh nhân THA đã được phát hiện trên địa bàn từng xã.

Quản lý điều trị ĐTD

Trong năm 2017 mới chỉ có 2 TYT Mai Đình và Phù Linh thực hiện thí điểm cấp phát thuốc điều trị định kỳ cho bệnh nhân ĐTD. Hai TYTX này đều được trang bị thuốc Metformin và Gliclazid. Số lượng bệnh nhân ĐTD đang điều trị tại 2 TYTX này lần lượt là 78 và 19 bệnh nhân. Số ngày cấp thuốc

định kỳ tối đa cũng là 30 ngày. Với các TYTX còn lại, việc quản lý điều trị ĐTD mới chỉ thực hiện ở nội dung quản lý danh sách bệnh nhân trên địa bàn.

3.3. Kết quả nghiên cứu đối với mục tiêu 3

3.3.1. Sự thay đổi về cung ứng dịch vụ quản lý điều trị THA, ĐTD

Quản lý điều trị THA

Sau can thiệp, công tác điều trị định kỳ cho bệnh nhân THA vẫn được duy trì thực hiện ở 25/26 TYTX thuộc huyện Sóc Sơn. Trong đó, số bệnh nhân THA đến khám và nhận thuốc điều trị định kỳ hàng tháng tăng lên theo từng năm, với trung bình lần lượt là 163 bệnh nhân/TYTX năm 2017, 190 bệnh nhân/TYTX năm 2018 và 222 bệnh nhân/TYTX năm 2019 (Bảng 3.7). Số ngày phát thuốc định kỳ cho bệnh nhân THA tại TYTX vẫn là 30 ngày. Thực tế cho thấy, số lượng bệnh nhân THA đang quản lý điều trị có sự khác biệt khá lớn giữa các TYTX trong huyện, dao động từ 30 đến 501 bệnh nhân (năm 2019). Nguyên nhân được nghiên cứu tìm hiểu chủ yếu là do sự tin tưởng của bệnh nhân đối với năng lực chuyên môn của các bác sĩ ở TYTX.

Bảng 3.7. Trung bình số bệnh nhân THA quản lý trên danh sách và cấp phát thuốc định kỳ tại TYTX giai đoạn 2017-2019

Chỉ số *	Năm 2017	Năm 2018	Năm 2019
Số bệnh nhân THA được quản lý trên danh sách tại TYTX (<i>trung bình, giá trị nhỏ nhất – lớn nhất</i>)	265,6 (115-628)	306,5 (121-643)	366,2 (131-666)
Số bệnh nhân THA điều trị định kỳ hàng tháng tại TYTX (<i>trung bình, giá trị nhỏ nhất – lớn nhất</i>)	163,2 (30-357)	190 (30-436)	222 (30-501)

* Được tính toán trên 25 TYTX có cấp phát thuốc THA định kỳ 30 ngày

Trung bình tỷ lệ bệnh nhân THA được theo dõi thông tin điều trị (bệnh án ngoại trú/hồ sơ sức khỏe cá nhân/phần mềm BKLN/...) trên tổng số bệnh

nhân THA phát hiện trên địa bàn các xã là 78,1%. Đây vẫn còn một khoảng trống lớn. Do vậy việc tuyên truyền tư vấn cho người bệnh theo dõi và nhận thuốc định kỳ hàng tháng cũng như việc tuân thủ điều trị THA rất cần được quan tâm. Đặc biệt ở Sóc Sơn, việc tất cả các TYTX có thực hiện sàng lọc bệnh nhân tại cộng đồng giúp việc phát hiện sớm và quản lý bệnh nhân THA có nhiều thuận lợi trong việc điều trị và quản lý bệnh nhân THA hơn so với các địa phương khác.

Quản lý điều trị ĐTD

Thông kê trong và sau can thiệp, số lượng TYTX tại huyện Sóc Sơn có thực hiện quản lý điều trị ĐTD tăng lên đáng kể qua các năm. Tính đến hết 6 tháng đầu năm 2019, toàn bộ TYTX tại Sóc Sơn đã quản lý được danh sách người bệnh ĐTD trên địa bàn (tăng 4 TYTX so với thời điểm năm 2017) và có 17/26 TYTX có cấp phát thuốc điều trị định kỳ cho bệnh nhân ĐTD (tăng 15 TYTX so với thời điểm năm 2017). Thị trấn Sóc Sơn và 8 TYTX khác (Đông Xuân, Hồng Kỳ, Minh Phú, Phù Minh, Thanh Xuân, Trung Gia, Xuân Giang, Xuân Thu) không điều trị cho bệnh nhân ĐTD do thực tế người bệnh ở các địa bàn này gần TTYT huyện và sẽ lên đây để được quản lý.

Số lượng bệnh nhân ĐTD điều trị tại các TYTX năm 2019 đạt trung bình là 39,4 bệnh nhân. Đáng chú ý là TYTX Mai Đình, tính đến 6 tháng đầu năm 2019 đã quản lý và cấp phát thuốc định kỳ được cho 182 bệnh nhân ĐTD, tăng gấp 3 lần với thời điểm năm 2017. Một số TYTX khác cũng đang điều trị số lượng bệnh nhân ĐTD tương đối đồng so với mặt bằng chung của các TYTX thuộc huyện Sóc Sơn (50-60 người bệnh) là Bắc Phú, Kim Lũ, Phù Linh, Quang Tiến và Tân Dân.

Bảng 3.8. Trung bình số bệnh nhân ĐTD quản lý trên danh sách và cấp phát thuốc định kỳ tại TYTX giai đoạn 2017-2019

Chỉ số *	Năm 2017		Năm 2018		Năm 2019	
	n	Thống kê **	n	Thống kê **	n	Thống kê **
Số bệnh nhân ĐTD được quản lý trên danh sách tại TYTX	22	71,3 (10-150)	25	83,7 (12-155)	26	108,2 (9-205)
Số bệnh nhân ĐTD điều trị định kỳ hàng tháng tại TYTX	2	48,5 (19-78)	9	28 (5-105)	17	39,4 (6-182)

* Các chỉ số được tính toán trên các TYTX thực hiện lập danh sách bệnh nhân ĐTD và có cấp phát thuốc ĐTD định kỳ 30 ngày cho bệnh nhân. Số lượng n thay đổi là dựa trên báo cáo thực tế về các TYTX có triển khai 2 nội dung trên tăng lên qua các năm.

** Các chỉ số thống kê bao gồm trung bình số bệnh nhân, giá trị nhỏ nhất và lớn nhất

3.3.2. Sự thay đổi về tính sẵn có của thuốc điều trị THA, ĐTD

Kết quả trước và sau can thiệp ghi nhận sự cải thiện đáng kể về tính sẵn có của thuốc điều trị THA và ĐTD tại các TYTX, cụ thể:

Đối với thuốc điều trị THA tại TYTX

Số lượng và tính đa dạng của các thuốc điều trị THA tại các TYTX được duy trì ở mức tương đối tốt ở cả giai đoạn trước và sau can thiệp (bảng 3.6). Trung bình 1 TYTX có khoảng 5 loại thuốc hạ áp, có từ 2 cho đến đủ cả 9 loại thuốc trong danh mục đề xuất của nghiên cứu. Trong đó, hầu hết các TYTX sẵn có từ 3-4 nhóm thuốc hạ áp khác nhau, chủ yếu là nhóm chẹn kênh canxi (100%), lợi tiểu (>90%) và ức chế men chuyển (>90%). Tại thời điểm sau can thiệp, đã có 6/25 TYTX được bổ sung nhóm thuốc hạ áp tác động hệ thần kinh trung ương và chẹn beta giao cảm. Điều này giúp cho TYTX đáp ứng tốt hơn nhu cầu điều trị và tăng hiệu quả điều trị đối với bệnh nhân THA.

Bảng 3.9. Sự thay đổi về tính sẵn có của thuốc điều trị THA tại TYTX thuộc huyện Sóc Sơn, so sánh trước và sau can thiệp

Chỉ số *	Trước CT (n=24)	Sau CT (n=24)	Giá trị p **
Trung bình số lượng thuốc THA sẵn có tại TYTX theo danh mục đề xuất (giá trị nhỏ nhất - giá trị lớn nhất)	4,6 (3 - 5)	4,6 (2 - 9)	0,3427
% TYT có thuốc THA theo các nhóm thuốc trong danh mục đề xuất			
- Không có nhóm nào	0	0	0,5027
- Có 1 nhóm	0	4,2	
- Có 2 nhóm	8,3	8,3	
- Có 3 nhóm	91,7	70,8	
- Có từ 4 nhóm	0	16,7	
% TYT có thuốc chặn kênh canxi	100,0	100,0	---
% TYT có thuốc ức chế men chuyển	95,8	91,7	0,5637
% TYT có thuốc lợi tiểu	91,7	91,7	1,0000
% TYT có thuốc tác động hệ thần kinh giao cảm	0	16,7	0,0455
% TYT có thuốc chặn beta giao cảm	4,2	12,5	0,3173

* Các chỉ số được tính toán trên các TYTX có thực tế cấp phát thuốc THA định kỳ 30 ngày cho bệnh nhân. ** Giá trị p được lấy từ so sánh ghép cặp TYTX giữa hai thời điểm trước và sau can thiệp, trong đó sử dụng kiểm định dấu hạng Wilcoxon với giá trị trung bình và kiểm định McNemar với tỷ lệ

Kết quả khảo sát định tính cũng cho thấy có sự thay đổi về số lượng thuốc điều trị THA tại TYTX sau địa phương triển khai các hoạt động hỗ trợ TYTX thực hiện Danh mục dịch vụ y tế cơ bản. Việc TYTX dự trữ thuốc theo Danh mục được chấp nhận với nhiều nhóm thuốc THA khác nhau, đặc biệt có cả loại thuốc phối hợp.

Hộp 1:

Thuốc điều trị THA quy định trong Danh mục có 9 thuốc thì tại Sóc Sơn mình có 5 thuốc rồi.

Thảo luận nhóm tại TTYT (6/8 người tham gia)

Hiện nay cái được là có đủ thuốc, trước đây chưa có thuốc là do chưa đấu thầu. Hiện có khoảng 5-6 loại thuốc THA, thoải mái thuốc kê kết hợp. Thuốc HA là quá ổn rồi, lo nhất là không có Coversin thì sau buổi hôm làm việc với TTYT năm ngoái thì có rồi. Sau khi Sóc Sơn làm Gói dịch vụ y tế cơ bản là em cứ dựa vào đó em đề nghị là tha hồ thuốc cho bệnh nhân.

Trước đây chỉ có: Nifedipin và Amlodipin, Analapril; Epitac thì thỉnh thoảng có thỉnh thoảng không. Hiện nay có 8-9 loại thuốc, bao gồm cả lợi tiểu.

Kế hoạch thầu của TTYT năm nay có đưa thuốc THA phối hợp vào nhiều hơn

Phòng vấn sâu Trạm trưởng TYTX

Đối với thuốc điều trị ĐTD tại TYTX

Mặc dù việc điều trị ĐTD tại tuyến xã ở huyện Sóc Sơn mới ở giai đoạn triển khai ban đầu, kết quả khảo sát cũng cho thấy sự cải thiện tích cực về mức độ sẵn có của thuốc hạ đường huyết tại TYTX. Tính đến hết 6 tháng đầu năm 2019, đã có 17/26 TYTX có cấp phát thuốc điều trị định kỳ cho bệnh nhân ĐTD (tăng 15 TYTX so với thời điểm năm 2017), trong đó toàn bộ 17 TYTX này đều sẵn có cả 2 thuốc là Metformin và Gliclazid, riêng chỉ có TYTX Phù Linh được bổ sung Insulin tiêm.

Lý do thiếu thuốc điều trị THA/ĐTD tại tuyến xã theo báo cáo địa phương

Tìm hiểu về những nguyên nhân của việc thiếu thuốc điều trị THA/ĐTD tại các TYTX đối chiếu với danh mục đề xuất, các nguyên nhân chính được xác định bao gồm (1) TYTX không có bệnh nhân đến điều trị hoặc có bệnh nhân nhưng sẽ được chuyển tuyến; (1) một số loại thuốc THA/ĐTD theo đề xuất không có trong danh mục đấu thầu của TTYT huyện do quy định đấu thầu thuốc được thực hiện 2 năm một lần, vì vậy trong năm 2018 và 2019, tất cả các TYTX vẫn đang sử dụng danh mục thuốc đã trúng

thầu của năm 2017; (2) TYTX xác định rằng các loại thuốc đang thiếu là không cần thiết do tại thời điểm đánh giá thì TYTX có các loại thuốc tương tự để điều trị thay thế cho người bệnh. Trao đổi với SYT và TTYT huyện, bên cạnh những khó khăn do chính sách về đấu thầu thuốc đã được đề cập, một trong những hạn chế của danh mục thuốc do nghiên cứu đề xuất là có một số loại thuốc không có thông tin về giá, dạng bào chế để đưa vào danh mục đấu thầu. Bên cạnh đó, một số thuốc trên thực tế chỉ có dưới dạng thuốc phối hợp, 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.

Hộp 2:

Trên thực tế thì danh mục thuốc theo Danh mục dịch vụ cơ bản là lạc hậu, khoảng 1/3 số thuốc đó không phải là không đáp ứng được mà là cung ứng cũng không ai dùng. Bên cạnh đó, rất nhiều TYTX chưa được phê duyệt danh mục kỹ thuật do TYTX thiếu bác sỹ đa khoa.

Phải có sự tương đồng về giá trị thuốc nếu không bệnh nhân sẽ chạy hết lên tuyến trên vì đặc thù ở Hà Nội khác với các địa phương khác. Nếu đơn chất thì không ai bán, còn nếu phối hợp thì không phải các đơn vị không có mà nếu đưa vào lại không được thanh toán vì không có trong danh mục (thuốc phối hợp với anapril). Việc thuốc đấu thầu thì không có nhà thầu nào tham gia kể cả cho đấu thầu trực tiếp vì số lượng thuốc rất ít

Thảo luận nhóm tại Sở Y tế (6/6 người tham gia)

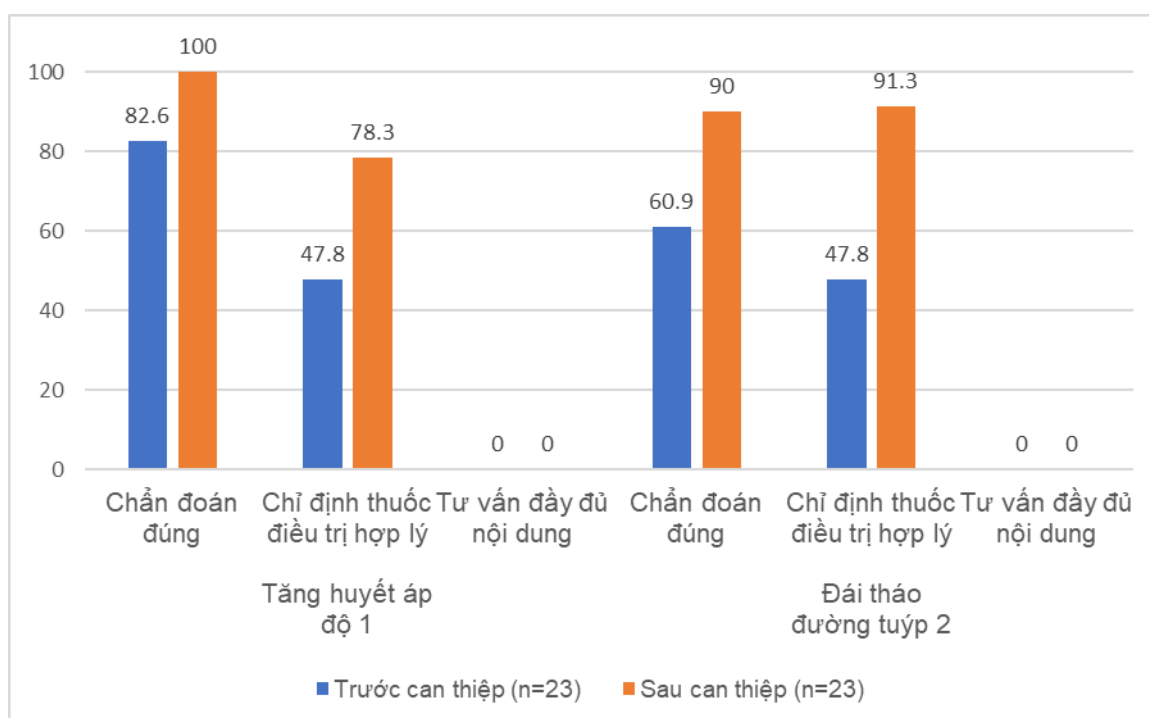
3.3.3. Sự thay đổi về kiến thức, thực hành của bác sĩ/y sĩ

Nghiên cứu thực hiện phỏng vấn lặp lại trên cùng các đối tượng y/bác sĩ ở cả giai đoạn trước và sau can thiệp. Đây đều là những cán bộ đang phụ trách hoạt động khám chữa bệnh tại TYTX mà họ công tác. Tại thời điểm sau can thiệp (năm 2019), hầu hết đối tượng y/bác sĩ tham gia phỏng vấn có chức danh là bác sĩ đa khoa (91,3%). Trong đó, 43,5% số cán bộ là nam giới; 100%

là dân tộc Kinh. Tuổi trung bình của các y/bác sĩ phỏng vấn là 44,6 tuổi, dao động từ 24 đến 59 tuổi. Số năm làm chuyên môn y và trung bình số năm làm việc tại TYTX của các cán bộ là 17-19 năm, với cán bộ có kinh nghiệm làm việc trẻ nhất là 1 năm và nhiều nhất là 32 năm. Về cơ cấu cán bộ theo cấp đào tạo và hệ đào tạo, hầu hết đối tượng có trình độ y khoa là đại học (73,9%) và chuyên khoa (17,4%); tuy nhiên chỉ 19,1% trong số đó là thuộc hệ đào tạo chính quy, còn lại là đào tạo liên thông/chuyên tu.

Nhằm đánh giá năng lực của y/bác sĩ trong thực hành xử trí THA và ĐTD tuýp 2 trong điều kiện tại TYTX, nghiên cứu sử dụng phương pháp câu hỏi tình huống bệnh. Với mỗi tình huống đưa ra, các thông tin bệnh sử của bệnh nhân, kết quả khám lâm sàng và cận lâm sàng cần thiết được cung cấp. Theo đó, y/bác sĩ sẽ được yêu cầu đưa ra chẩn đoán bệnh, cách xử trí/điều trị và tư vấn cho bệnh nhân. Các câu trả lời sẽ được bác sĩ chuyên gia lâm sàng của nghiên cứu đánh giá dựa trên hướng dẫn chẩn đoán, điều trị do BHYT ban hành và sẽ được đánh giá ở 3 nội dung, bao gồm: chẩn đoán bệnh đúng, điều trị bệnh hợp lý, và tư vấn bệnh đầy đủ.

Tổng số y/bác sĩ thực hiện khảo sát trước can thiệp là 39 người, có 23 người trong đó có phỏng vấn sau kết thúc can thiệp. Số cán bộ còn lại đã chuyển công tác hoặc nghỉ việc, nghỉ hưu. Do đó, kiểm định ghép cặp McNemar được sử dụng để đánh giá thay đổi về kiến thức của cán bộ y tế, trên cỡ mẫu là 23 người có tham gia phỏng vấn cả trước và sau can thiệp.



Hình 3.1. Đánh giá kiến thức của y/bác sĩ tại TYTX trước-sau can thiệp tại Sóc Sơn, Hà Nội

Đối với thực hành chẩn đoán bệnh, phần lớn các y/bác sĩ có thể dựa trên các thông tin y khoa cần thiết để đưa ra chẩn đoán chính xác theo hướng dẫn điều trị của BHYT (Hình 3.1). Tỷ lệ y/bác sĩ có chẩn đoán bệnh đúng tăng từ 82,6% lên 100% đối với THA độ 1 ($p=0,046$) và từ 60,9% lên 90% đối với ĐTD tuýp 2 ($p=0,083$). Đánh giá tại thời điểm sau can thiệp, 3/23 trường hợp chẩn đoán chưa chính xác ĐTD tuýp 2 là do phân loại nhầm sang ĐTD tuýp 1 hoặc chẩn đoán ĐTD nhưng không phân loại được mức độ.

Đối với thực hành điều trị bệnh hợp lý, đây là chỉ số có sự cải thiện rõ ràng nhất (hình 3.1). Tỷ lệ y/bác sĩ đưa ra điều trị bệnh hợp lý sau can thiệp là 78,3% và 91,3% đối với THA và ĐTD tuýp 2; tăng lên lần lượt là 30,5% ($p=0,035$) và 43,5% ($p=0,002$) so với kết quả đánh giá trước can thiệp. Nhận xét riêng đối với bệnh ĐTD tuýp 2, kết quả này có thể được lý giải do công tác quản lý điều trị bệnh nhân ĐTD mới bắt đầu được mở rộng triển khai tại hầu hết các TYTX trong giai đoạn can thiệp. Trước đó vào năm 2017, chỉ có

2/26 TYTX tại huyện Sóc Sơn có cấp phát thuốc điều trị định kỳ cho bệnh nhân ĐTD, và hơn ½ số y/bác sĩ khảo sát trước can thiệp (20/35) hoàn toàn không biết cách điều trị cho bệnh nhân ĐTD tuýp 2 ngay cả khi đã được cho biết về chẩn đoán bệnh.

Đối với thực hành tư vấn bệnh nhân, trung bình số nội dung tư vấn đều có sự tăng lên có ý nghĩa thống kê trong xử trí bệnh THA (từ 3,9 lên 5 nội dung, $p < 0,001$) và ĐTD (từ 3 lên 3,9 nội dung, $p < 0,01$). Trong các hoạt động can thiệp của nghiên cứu, tập huấn nâng cao năng lực cho y/bác sĩ tuyến xã được tập trung vào 3 nhóm thông tin chính là: cung cấp kiến thức về bệnh (dấu hiệu nhận biết bệnh, tầm quan trọng kiểm soát huyết áp/đường huyết, các biến chứng nguy hiểm), tuân thủ điều trị (dùng thuốc theo chỉ định, tái khám định kỳ), và thay đổi hành vi lối sống (các lối sống lành mạnh, chế độ ăn/tập luyện). Kết quả từ Bảng 3.7 cho thấy, tỷ lệ cán bộ có thực hành tư vấn tăng lên ở hầu hết các nhóm nội dung. Hầu hết (>90%) các y/bác sĩ cho biết sẽ tư vấn về chế độ ăn và chế độ luyện tập cho bệnh nhân, tiếp theo là tuân thủ sử dụng thuốc theo chỉ định (THA: 82,6%, ĐTD: 73,9%). Các tư vấn khác về điều chỉnh lối sống, tái khám định kỳ và theo dõi bệnh tại nhà thì chỉ có tỷ lệ y/bác sĩ sau can thiệp cho biết dao động từ 8% đến 61%.

Bảng 3.10. Kiến thức của y/bác sĩ về tư vấn chăm sóc bệnh nhân trước và sau can thiệp tại Sóc Sơn, Hà Nội

Nội dung tư vấn	Tăng huyết áp độ 1 (%)			Đái tháo đường tuýp 2 (%)		
	Trước CT (n=23)	Sau CT (n=23)	Giá trị p	Trước CT (n=23)	Sau CT (n=23)	Giá trị p
Điều chỉnh chế độ ăn	95,7	100,0	0,317	95,7	100,0	0,317
Điều chỉnh chế độ sinh hoạt						
Hạn chế các chất kích thích	34,8	60,9	0,083	8,7	8,7	1
Tăng cường hoạt động thể lực	91,3	95,7	0,564	78,3	100,0	0,025
Tránh lo âu, căng thẳng	43,5	52,2	0,414	4,4	17,4	0,180

Nội dung tư vấn	Tăng huyết áp độ 1 (%)			Đái tháo đường tuýp 2 (%)		
	Trước CT (n=23)	Sau CT (n=23)	Giá trị p	Trước CT (n=23)	Sau CT (n=23)	Giá trị p
Tuân thủ điều trị						
Sử dụng thuốc theo chỉ định	56,5	82,6	0,058	47,8	73,9	0,034
Tái khám định kỳ	39,1	60,9	0,132	43,5	56,5	0,317
Theo dõi tình trạng bệnh tại nhà						
Tầm quan trọng của việc kiểm soát huyết áp/đường huyết	30,4	13,0	0,157	17,4	8,7	0,317
Nhận biết các dấu hiệu bất thường, biến chứng của bệnh	21,7	39,1	0,103	17,4	26,1	0,317

CT: can thiệp; Giá trị p từ kiểm định McNemar khi so sánh tỷ lệ kiến thức trước-sau CT

3.3.4. Sự thay đổi về quyền lợi được hưởng của người dân

Sự thay đổi về quyền lợi được hưởng của bệnh nhân THA và ĐTĐ khi KCB BHYT tại TYTX ở giai đoạn trước và sau can thiệp được đánh giá thông qua 2 hình thức: (i) phỏng vấn bệnh nhân THA và ĐTĐ thuộc diện quản lý của 4 TYTX khảo sát trực tiếp; (ii) phân tích bảng kê chi phí KCB BHYT ngoại trú của bệnh nhân THA và ĐTĐ năm 2017-2019 theo mẫu 01/02 của toàn bộ TYTX thuộc huyện Sóc Sơn.

Kết quả phỏng vấn bệnh nhân THA, ĐTĐ tại TYTX

Nhóm nghiên cứu đã thực hiện phỏng vấn bệnh nhân THA và ĐTĐ được quản lý trên danh sách của 4 TYTX khảo sát trực tiếp (Mai Đình, Minh Trí, Phù Linh, Tân Hưng). Tổng số có:

- 392 bệnh nhân THA tham gia phỏng vấn trước can thiệp và 387 bệnh nhân THA tham gia phỏng vấn sau can thiệp (chiếm khoảng 28% số bệnh nhân THA được quản lý trên danh sách tại 4 TYTX).
- 142 bệnh nhân ĐTĐ tham gia phỏng vấn trước can thiệp và 136 bệnh nhân ĐTĐ tham gia phỏng vấn sau can thiệp.

Sử dụng dịch vụ tại TYTX của bệnh nhân THA trước-sau can thiệp

Số người bệnh THA phỏng vấn tại 4 TYTX khảo sát trực tiếp phần lớn là người cao tuổi (trên 60 tuổi), khoảng ½ là nam giới và trình độ học vấn chủ yếu là hết tiểu học/trung học cơ sở (~70%).

Dịch vụ y tế được mô tả trong phân tích này bao gồm 4 nhóm là khám bệnh (đo huyết áp, nghe tim phổi, đo chiều cao/cân nặng, đo vòng bụng/vòng hông), xét nghiệm (máu, nước tiểu), cấp phát thuốc và tư vấn. Kết quả phỏng vấn cho thấy, hầu hết người bệnh THA khi đến điều trị tại TYTX đều được đo huyết áp (100%), cấp phát thuốc (94,8%) và tư vấn (92,8%). Tỷ lệ bệnh nhân được xét nghiệm máu và nước tiểu tăng lên đáng kể sau can thiệp ($p < 0,001$), lần lượt từ 23,2% lên 52,5% và 20,9% lên 33,1%. Tuy nhiên, chỉ dưới 5% số bệnh nhân ở cả trước và sau can thiệp được khám theo dõi các yếu tố nguy cơ như đo chiều cao, cân nặng và vòng bụng, vòng hông.

Bảng 3.11. Thực trạng sử dụng dịch vụ của bệnh nhân THA tại TYTX trước-sau can thiệp

Dịch vụ sử dụng	Trước CT (n=392)	Sau CT (n=387)	Giá trị p
Khám bệnh (%)			
- Đo huyết áp	100	100	---
- Nghe tim phổi	27,6	56,1	< 0,001
- Đo chiều cao, cân nặng	6,2	5,2	0,540
- Đo vòng bụng, vòng hông	3,9	2,6	0,313
Xét nghiệm (%)			
- Xét nghiệm máu	23,2	52,5	< 0,001
- Xét nghiệm nước tiểu	20,9	33,1	< 0,001
Cấp phát thuốc (%)	82,7	94,8	< 0,001
Tư vấn (%)	88,4	92,3	0,070

CT: can thiệp; Giá trị p từ kiểm định Khi bình phương khi so sánh tỷ lệ bệnh nhân nhận được dịch vụ trước-sau CT

Khi phân tích về nội dung tư vấn cụ thể mà người bệnh THA nhận được khi KCB định kỳ tại TYTX thấy rằng, không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê về thực hành của cán bộ y tế giữa giai đoạn trước và sau can thiệp. Trong đó, người bệnh thường được tư vấn chủ yếu về tuân thủ điều trị (82,2%) và điều chỉnh hành vi lối sống lành mạnh (74,2%). Rất ít (<10%) bệnh nhân được tư vấn về các kiến thức khác liên quan đến bệnh, ví dụ như biến chứng và cách nhận biết các dấu hiệu nguy hiểm. Kết quả này có sự thống nhất với phân tích kiến thức của y/bác sĩ tại TYTX, khi mà không có ai trả lời được đầy đủ các nội dung cần tư vấn cho bệnh nhân theo yêu cầu, cũng như nội dung tư vấn được hầu hết các y/bác sĩ đề cập đến là về thay đổi hành vi lối sống (~100%) và tuân thủ sử dụng thuốc theo qui định và tái khám định kỳ (82.6%).

Bảng 3.12. Nội dung tư vấn bệnh nhân THA tại TYTX trước-sau can thiệp

Nội dung tư vấn	Trước CT (n=392)	Sau CT (n=387)	Giá trị p
Kiến thức về bệnh (%)			
- Yếu tố nguy cơ	3,6	0,8	0,008
- Biến chứng bệnh	5,4	5,7	0,841
- Nhận biết dấu hiệu nguy hiểm	4,6	6,2	0,320
Tuân thủ điều trị (%)			
- Cách sử dụng thuốc	78,8	81,7	0,322
- Tự theo dõi huyết áp	6,1	4,7	0,363
Thay đổi hành vi lối sống (%)			
- Chế độ ăn	67,6	69,5	0,567
- Chế độ sinh hoạt	57,9	53,8	0,242

CT: can thiệp; Giá trị p từ kiểm định Khi bình phương khi so sánh tỷ lệ bệnh nhân nhận được tư vấn trước-sau CT

Khi được hỏi về sự hài lòng chung đối với sử dụng dịch vụ THA, ĐTD tại TYTX thì số lượng bệnh nhân hài lòng có tỷ lệ cao cả ở trước can thiệp (97,1%) và sau can thiệp (99,2%). Khi hỏi bệnh nhân THA về sự cải thiện của

công tác khám, chữa bệnh tại TYTX trước và sau can thiệp, có 75,2% cho biết có sự cải thiện; trong đó, cải thiện nhiều nhất là về thái độ của y/bác sĩ (61,2%); cải thiện về tư vấn chuyên môn (20,2%), được thăm khám kỹ hơn (19,9%), cơ sở vật chất tốt hơn (18,3%), trang thiết bị tốt hơn (17,1%).

Sử dụng dịch vụ tại TYTX của bệnh nhân ĐTD trước - sau can thiệp

Mặc dù công tác điều trị ĐTD tại tuyến xã ở huyện Sóc Sơn mới được triển khai mở rộng từ giai đoạn bắt đầu can thiệp, tuy nhiên có 2/4 TYTX khảo sát trực tiếp của nghiên cứu là những đơn vị có thí điểm điều trị ĐTD từ trước đó (xã Mai Đình và Phù Linh). Tương tự như với đối tượng bệnh nhân THA phỏng vấn, người bệnh ĐTD đi KCB tại TYTX phần lớn là người cao tuổi, khoảng 1/2 là nam giới và 2/3 có trình độ học vấn là hết tiểu học/trung học cơ sở. Các dịch vụ mà người bệnh ĐTD sử dụng chủ yếu tại TYTX cả trước và sau can thiệp đều là đo huyết áp, lấy thuốc điều trị định kỳ và tư vấn. Hơn 94% bệnh nhân có thực hiện xét nghiệm đường máu mao mạch và 42,7% xét nghiệm nước tiểu tại TYTX ở giai đoạn sau can thiệp.

Bảng 3.13. Thực trạng sử dụng dịch vụ của bệnh nhân ĐTD tại TYTX trước-sau can thiệp

Dịch vụ sử dụng	Trước CT (n=142)	Sau CT (n=136)	Giá trị p
Khám bệnh (%)			
- Đo huyết áp	100	94,9	0,006
- Nghe tim phổi	46,1	61,0	< 0,001
- Đo chiều cao, cân nặng	27,0	6,6	< 0,001
- Đo vòng bụng, vòng hông	22,7	4,4	< 0,001
Xét nghiệm (%)			
- Đường máu mao mạch	82,4	94,1	0,003
- Xét nghiệm nước tiểu	21,8	42,7	< 0,001
Cấp phát thuốc (%)	86,5	94,1	0,033
Tư vấn (%)	86,5	91,9	0,149

CT: can thiệp; Giá trị p từ kiểm định Khi bình phương khi so sánh tỷ lệ bệnh nhân nhận được dịch vụ trước-sau CT

Các nội dung tư vấn cho bệnh nhân cũng không có sự thay đổi sau can thiệp, tập trung chủ yếu vào hướng dẫn thay đổi hành vi lối sống (trước can thiệp: 75,4%; sau can thiệp: 80,9%) và tuân thủ điều trị (trước can thiệp: 74,7%; sau can thiệp: 72,8%).

Bảng 3.14. Nội dung tư vấn ĐTD tại TYTX trước-sau can thiệp

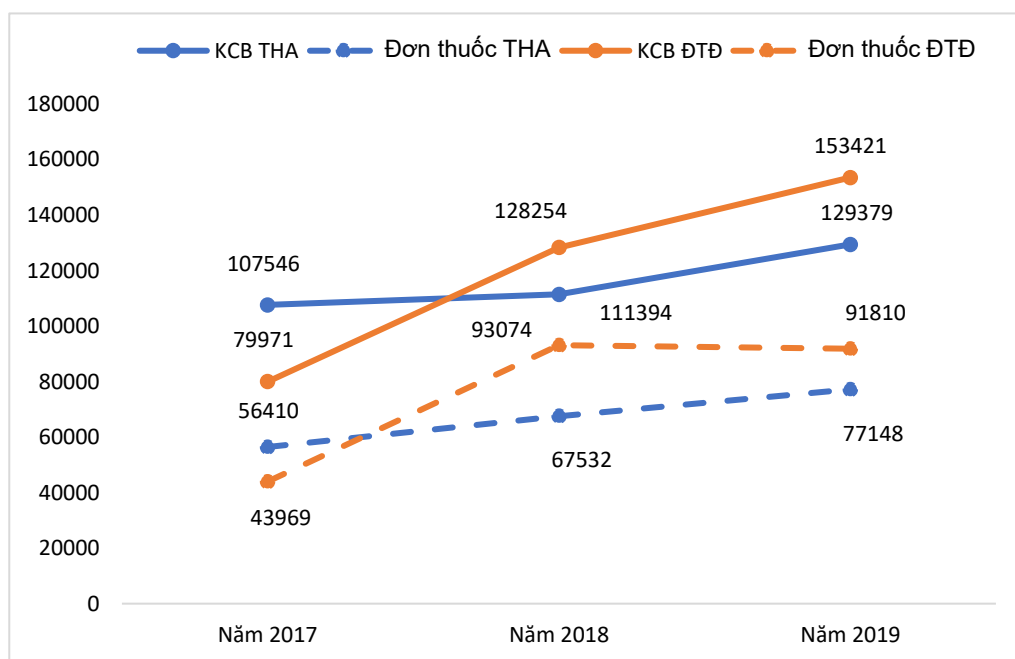
Nội dung tư vấn	Trước CT (n=142)	Sau CT (n=136)	Giá trị p
Kiến thức về bệnh (%)	25,4	14,7	0,027
- Yếu tố nguy cơ	11,3	2,9	0,007
- Biểu chứng bệnh	23,9	8,1	< 0,001
- Nhận biết dấu hiệu nguy hiểm	21,1	8,1	0,002
Tuân thủ điều trị (%)	74,7	72,8	0,725
- Cách sử dụng thuốc	73,9	72,1	0,723
- Tự theo dõi đường huyết	22,5	2,9	< 0,001
Thay đổi hành vi lối sống (%)	75,4	80,9	0,265
- Chế độ ăn	74,7	78,7	0,428
- Chế độ sinh hoạt	54,2	56,6	0,688

CT: can thiệp; Giá trị p từ kiểm định Khi bình phương khi so sánh tỷ lệ bệnh nhân nhận được tư vấn trước-sau CT

Khoảng 75,8% người bệnh ĐTD điều trị tại TYTX đánh giá công tác KCB tại TYTX đã được cải thiện; nhiều nhất là về thái độ của y, bác sĩ (59,6%), tiếp theo là việc được thăm khám kỹ càng hơn (25%), được tư vấn chi tiết hơn (22,1%), trang thiết bị đầy đủ hơn (20,6%) và cơ sở vật chất khang trang hơn (10,3%).

Chi phí bình quân KCB BHYT cho bệnh THA và ĐTD tại TYTX

Cùng với sự gia tăng về số lượt khám BHYT cho bệnh THA và ĐTD tại TYTX thì chi phí bình quân cho điều trị 2 bệnh này đều cho thấy có sự tăng lên so với thời điểm trước can thiệp và gia tăng mạnh hơn vào 6 tháng đầu năm 2019. Kết quả phân tích bảng kê chi phí KCB BHYT ngoại trú của BN THA, ĐTD theo mẫu 01/02 của 26 TYTX huyện Sóc Sơn cho thấy:



Hình 3.2. Chi phí bình quân điều trị THA và ĐTD tại TYTX

đơn vị: đồng (VNĐ)

Trung bình chi phí KCB BHYT tại TYTX năm 2019 cho 1 bệnh nhân THA là 129.379 VNĐ (tăng 20% so với năm 2017) và cho 1 bệnh nhân ĐTD là 153.421 VNĐ (tăng ~100% so với năm 2017). Nguyên nhân là do một số TYTX đã triển khai thêm các dịch vụ cận lâm sàng như xét nghiệm máu, xét nghiệm nước tiểu và siêu âm (ví dụ như TYTX Mai Đình cứ định kỳ 3 tháng làm xét nghiệm cho bệnh nhân THA đến khám tại trạm).

Tương tự như vậy, chi phí bình quân đơn thuốc BHYT tại TYTX cho bệnh THA và ĐTD cũng tăng lên trong suốt cả giai đoạn thực hiện can thiệp, lần lượt là 77.148 VNĐ/đơn thuốc THA và 91.810 VNĐ/đơn thuốc ĐTD trong năm 2019. Theo lý giải từ cán bộ TYTX, (i) giá thuốc và chủng loại thuốc điều trị THA năm 2019 thay đổi so với năm 2017 theo quy định đấu thầu thuốc là 1 yếu tố ảnh hưởng đến chi phí bình quân đơn thuốc giữa các năm; bên cạnh đó (ii) sự khác biệt về hành vi kê đơn thuốc của các y/bác sĩ cũng có thể dẫn đến việc gia tăng chi phí đơn thuốc điều trị, ví dụ như bệnh

nhân THA tại Sóc Sơn khi có bệnh kèm theo thường sẽ được kê thêm thuốc bổ như hoạt huyết dưỡng não, vitamin.

3.3.5. Các điều kiện cần thiết để cung ứng gói dịch vụ y tế cơ bản

Kết quả từ nghiên cứu can thiệp cho thấy để đảm bảo các dịch vụ và thuốc cho quản lý điều trị THA, ĐTD được cung ứng đầy đủ tại TYTX theo danh mục đề xuất thì cần phải có các điều kiện sau:

(1) Cán bộ TYTX phải có đủ kiến thức và thực hành tốt trong chẩn đoán, điều trị và tư vấn cho người bệnh.

(2) Phải đảm bảo tính sẵn có của dịch vụ kỹ thuật và thuốc:

- Tính sẵn có của dịch vụ kỹ thuật phụ thuộc vào năng lực chuyên môn của nhân viên y tế cũng như đủ trang thiết bị y tế để thực hiện được các dịch vụ kỹ thuật theo quy định.

- Tính sẵn có của thuốc phụ thuộc vào năng lực thực hiện tốt quy trình quản lý thuốc, bao gồm từ việc lựa chọn thuốc, tổ chức mua sắm, cấp phát và sử dụng thuốc. Quản lý thuốc từ cung ứng thuốc tốt và sử dụng thuốc hợp lý phải đảm bảo đủ thuốc khi người bệnh có nhu cầu tiếp cận, thuốc được kê phù hợp (đúng thuốc, đúng bệnh, đúng liều và đúng thời gian sử dụng thuốc). Để tăng cường việc sử dụng dịch vụ y tế của bệnh nhân THA/ĐTD tại TYTX, phải ban hành quy định về thuốc sử dụng giống nhau ở các tuyến nếu bệnh nhân có cùng mức độ bệnh (ví dụ, nếu bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp độ I hoặc độ II thì thuốc điều trị ở TYTX phải giống thuốc điều trị ở TTYT huyện cũng như bệnh viện tỉnh).

(3) Phải đảm bảo đủ nguồn tài chính công để cung ứng dịch vụ. Hiện tại các dịch vụ KCB đang được BHYT chi trả và một số dịch vụ dự phòng được ngân sách nhà nước chi trả. Tuy nhiên, đối với một số dịch vụ phòng bệnh như sàng lọc phát hiện bệnh sớm, quản lý bệnh mạn tính cũng cần phải được chi trả từ nguồn tài chính công này. Việc phân bổ nguồn tài chính cần

phải thực hiện theo hướng ưu tiên cho tuyến xã để cung ứng các dịch vụ y tế cơ bản.

(4) Các dịch vụ phải được chi trả theo phương thức phù hợp để khuyến khích việc cung ứng các dịch vụ y tế cơ bản tại tuyến xã. Thông thường sẽ là áp dụng phương thức chi trả theo định suất (thanh toán một khoản tiền nhất định trên một đầu thẻ BHYT đăng ký tại TYTX trong một khoảng thời gian nhất định cho một phạm vi dịch vụ được xác định trước).

(5) Phải thực hiện tốt việc theo dõi, giám sát: việc cung ứng các dịch vụ quản lý điều trị THA, ĐTĐ cần phải có sự theo dõi, giám sát chặt chẽ dựa trên các chỉ số hoạt động về cung ứng và sử dụng dịch vụ, cũng như các chỉ số đầu vào đảm bảo cho việc cung ứng dịch vụ như năng lực của nhân viên y tế, tài chính và tính sẵn có của thuốc.

(6) Năng lực quản trị để đảm bảo cho việc cung ứng các dịch vụ y tế do BHYT chi trả là một trong các điều kiện quan trọng. Cần có sự cam kết và xây dựng cơ chế phối hợp cụ thể giữa Cơ quan Bảo hiểm Xã hội, Bộ Y tế, Sở Y tế và các cơ sở y tế trên cơ sở xác định rõ nhiệm vụ, mối quan hệ và trách nhiệm giải trình giữa các bên, bao gồm: cơ quan BHXH – Bộ Y tế/Sở Y tế, cơ quan BHXH – cơ sở ứng dụng DVYT, nhằm đảm bảo các dịch vụ y tế được cung ứng theo quy định.

(7) Các văn bản quy phạm pháp luật ban hành phải có tính nhất quán. Trên thực tế, danh mục dịch vụ y tế cơ bản được ban hành theo Thông tư 39/2017/TT-BYT nhưng thực tế một số dịch vụ không được cung ứng, ví dụ như thuốc trong Thông tư 39 nhưng lại không nằm trong phạm vi thanh toán của BHYT được quy định ở các Thông tư khác.

3.3.6. Nghiên cứu dự báo tác động chi phí

Theo quy định 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. 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 cấp bao gồm ngân sách chi thường xuyên và nguồn kinh phí từ Chương trình mục tiêu y tế - dân số. Phân tích này được thực hiện làm cơ sở để xây dựng chính sách phân bổ nguồn lực, góp phần tăng cường dịch vụ cho tuyến y tế cơ sở.

3.3.6.1. Ước tính chi phí thực hiện Danh mục dịch vụ cơ bản trong quản lý điều trị THA, ĐTD tại tuyến xã

Mô tả các biến số đầu vào

Chi phí Danh mục dịch vụ quản lý điều trị THA, ĐTD tại TYTX được ước tính theo 3 cấu phần chính là chi phí KCB, chi phí dự phòng và chi phí sàng lọc THA, ĐTD.

- Chi phí KCB được ước tính dựa vào chi phí 1 lượt khám tại TYTX nhân với số lượt khám tại TYTX. Trong đó, chi phí 1 lượt khám tại TYTX được ước tính theo phương pháp chi phí thực tế với cách tiếp cận từ trên xuống của một số TYTX ở thành phố Hà Nội trong năm 2017. Lượt khám tại TYTX được ước tính dựa vào tần suất khám/thẻ BHYT tại TYTX trong năm và tổng số thẻ BHYT năm 2021.

- Chi phí dự phòng, tương tự chi phí KCB, cũng được ước tính dựa vào chi phí dự phòng đầu người tại TYTX và dân số Việt Nam năm 2017.

Bảng 3.15. Tham số đầu vào ước tính chi phí KCB và dự phòng tại tuyến xã thành phố Hà Nội

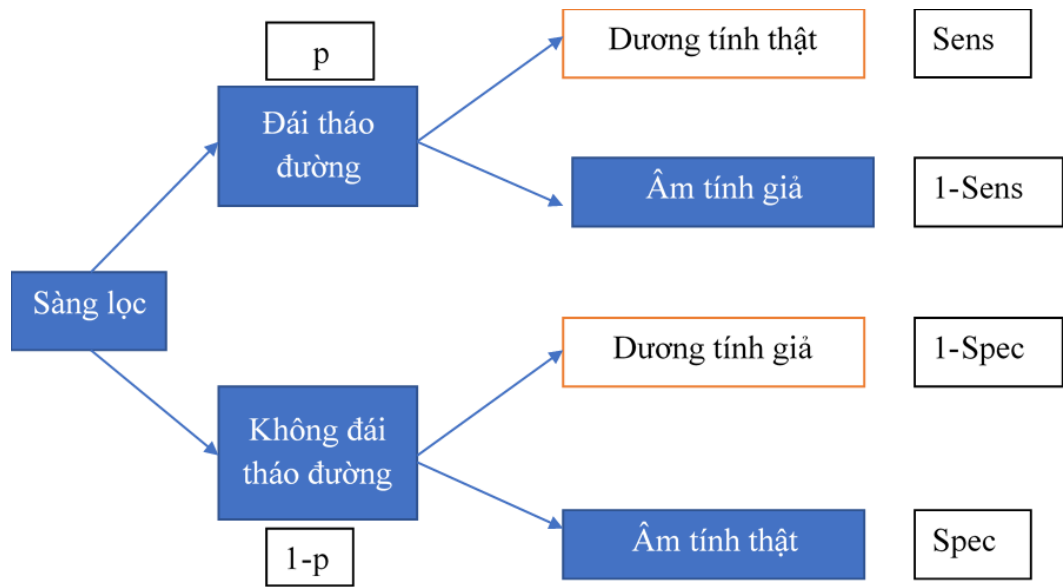
Tham số đầu vào	Phân phối	Giá trị trung bình	Sai số chuẩn	Nguồn số liệu
Chi phí Khám chữa bệnh				
Chi phí 1 lượt khám tại TYT	Gamma	105.451	16.333	Viện Chiến lược & Chính sách Y tế
Tần suất khám/thẻ tại TYTX 1 năm		0,412		BHXXH Việt Nam
Chi phí KCB/người/năm		42.669		
Số thẻ BHYT		8.330.800		GSO 2021
Lượt khám tại TYT		3.430.329		Công thức
Chi phí Dự phòng				
Chi dự phòng đầu người tại TYTX	Gamma	58.458	10.127	Viện Chiến lược & Chính sách Y tế
Dân số		8.330.800		GSO 2021

Đối với bệnh ĐTĐ, tổng quan quốc tế cho thấy việc sàng lọc cần được thực hiện qua 2 bước: (i) sàng lọc bằng phiếu hỏi; (ii) đối với những trường hợp nghi ngờ bị ĐTĐ sẽ được tiếp tục làm xét nghiệm đường máu mao mạch. Để chẩn đoán xác định bệnh ĐTĐ, bệnh nhân còn phải qua 1 bước xét nghiệm HbA1c tại cơ sở y tế tuyến trên. Do đó, để ước tính chi phí sàng lọc bệnh ĐTĐ tại tuyến xã cần xác định các tỷ lệ dương tính với phiếu hỏi (cần làm xét nghiệm mao mạch), tỷ lệ dương tính với xét nghiệm mao mạch theo công thức như sau:

$$\text{Tỷ lệ dương tính sau khi sàng lọc} = p \times \text{Sens} + (1-p) \times (1-\text{Spec})$$

Trong đó:

- p: tỷ lệ hiện mắc của bệnh
- Sens: độ nhạy của can thiệp
- Spec: độ đặc hiệu của can thiệp



Từ các nghiên cứu trong nước và quốc tế, nghiên cứu đã tính toán tỷ lệ dương tính của từng giai đoạn sàng lọc.

Bảng 3.16. Tham số đầu ước tính chi phí sàng lọc THA và ĐTD tại tuyến xã thành phố Hà Nội

Tham số đầu vào	Phân phối	Giá trị trung bình	Sai số chuẩn	Nguồn số liệu
Chi phí sàng lọc THA				
Chi sàng lọc bệnh THA đầu người tại TYTX	Gamma	9.708	1.942	Viện Chiến lược & Chính sách Y tế
Tỷ lệ làm sàng lọc THA		0,6		Thống kê y tế 2016 (>25 tuổi)
Lượt khám sàng lọc THA tại TYTX		2.056.482		Công thức
Tỷ lệ phát hiện THA mới	Beta	0,287	0,029	MinhHV, 2019
Chi phí điều trị THA trung bình 1 bệnh nhân	Gamma	86.626	4.993	Viện Chiến lược & Chính sách Y tế
Chi phí sàng lọc ĐTD				
Chi sàng lọc bệnh ĐTD bằng phiếu đầu người tại TYTX	Gamma	5.958	1.192	Viện Chiến lược & Chính sách Y tế

Tham số đầu vào	Phân phối	Giá trị trung bình	Sai số chuẩn	Nguồn số liệu
Chi sàng lọc bệnh ĐTD bằng xét nghiệm đường máu mao mạch đầu người tại TYTX	Gamma	13.782	2.756	Viện Chiến lược & Chính sách Y tế
Tỷ lệ làm sàng lọc ĐTD bằng phiếu		0,445		Thống kê y tế 2016 (>30 tuổi)
Lượt khám sàng lọc ĐTD tại TYTX bằng phiếu		1.524.781		Công thức
Tỷ lệ làm xét nghiệm đường máu mao mạch	Beta	0,317	0,032	Viện Chiến lược & Chính sách Y tế
Tỷ lệ dương tính xét nghiệm đường máu mao mạch	Beta	0,660	0,066	Viện Chiến lược & Chính sách Y tế
Tỷ lệ dương tính HBA1C	Beta	0,210	0,021	Viện Chiến lược & Chính sách Y tế
Tỷ lệ phát hiện ĐTD mới		0,044		Công thức
Chi phí điều trị ĐTD trung bình 1 bệnh nhân	Gamma	154.264	16.677	Viện Chiến lược & Chính sách Y tế

Chi phí sàng lọc THA và ĐTD tuyến xã được ước tính theo 2 phương án:

- Phương án 1: Sàng lọc THA cơ hội và sàng lọc ĐTD cơ hội
- Phương án 2: Sàng lọc THA chủ động và sàng lọc ĐTD cơ hội

Đối với phương án 1, phương thức sàng lọc cơ hội dựa trên lượt khám tại TYTX; trong khi đó phương án 2, phương thức sàng lọc chủ động được thực hiện trên toàn bộ số người tham gia BHYT của thành phố Hà Nội.

Nghiên cứu thực hiện việc xác định tổng chi Danh mục dịch vụ quản lý điều trị THA, ĐTD cho toàn bộ tuyến xã của thành phố Hà Nội và cho 1 TYTX của thành phố Hà Nội. 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.

Kết quả ước tính chi phí thực hiện cung ứng dịch vụ KCB và dự phòng thường quy tại TYTX (thành phố Hà Nội)

Việc ước tính chi phí thực hiện cung ứng dịch vụ KCB và dự phòng tại TYTX thuộc thành phố Hà Nội được thực hiện với 2 phương án:

Phương án 1: Tính chi phí đơn vị đầy đủ, bao gồm: (1) Chi nhân lực; (2) Chi chuyên môn (thuốc, máu, vật tư tiêu hao); (3) Chi phí vận hành (điện, nước...); (4) Chi phí duy tu, sửa chữa nhỏ; (5) Chi phí khấu hao tài sản (trang thiết bị, nhà cửa) và (6) Chi phí khác (đào tạo, nghiên cứu khoa học..).

Phương án 2: Tính chi phí đơn vị không bao gồm chi phí khấu hao tài sản (trang thiết bị, nhà cửa).

Chi phí trung bình 1 lượt KCB tại TYTX ở Hà Nội theo phương án chi phí đầy đủ là 105.451 đồng và theo phương án chi phí tách khấu hao là 101.796 đồng. Tương tự, chi phí dự phòng đầu người tuyển xã được xác định trung bình là 58.458 đồng theo phương án chi phí đầy đủ là 54.462 đồng theo phương án tách khấu hao.

Kết quả ước tính chi phí thực hiện sàng lọc THA và ĐTD tại TYTX (thành phố Hà Nội)

Dựa vào chương trình “Tháng 5 đo huyết áp” theo nghiên cứu của Huỳnh Văn Minh và cộng sự áp dụng cho tất cả các đối tượng từ 25 tuổi trở lên đến khám tại TYTX. 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 tuyển xã theo phương pháp quy chuẩn được xác định là 9.708 đồng (Bảng 3.13).

Đối với sàng lọc ĐTD, quy trình thực hiện được căn cứ theo khuyến cáo quốc tế, áp dụng với tất cả đối tượng từ 30 tuổi trở lên đến khám tại TYTX. 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. Do đó, chi phí sàng lọc bệnh ĐTD cần được chia tách thành 2 loại là chi phí sàng lọc bằng phiếu và chi phí sàng lọc bằng xét nghiệm mao mạch tại tuyến xã. Chi phí 1 lượt sàng lọc bệnh ĐTD bằng phiếu hỏi cho tất cả đối tượng từ 30 tuổi trở lên đến khám tại TYTX được xác định là 5.958 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 sĩ và thời gian tiến hành sàng lọc cũng 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 1 lượt sàng lọc ĐTD bằng xét nghiệm mao mạch được xác định là 13.782 đồng (Bảng 3.13).

Bảng 3.17. Chi phí 1 lần sàng lọc THA và ĐTD tại tuyến xã

Đơn vị: đồng

Chi phí	Sàng lọc THA	Sàng lọc ĐTD phiếu hỏi	Sàng lọc ĐTD xét nghiệm mao mạch
Chi nhân sự	9.370	5.722	6.509
Chi thiết bị, vật tư tiêu hao	104	93	7.110
Chi hành chính	234	143	163
Tổng chi 1 lần sàng lọc	9.708	5.958	13.782

Phương án 1: Sàng lọc THA cơ hội và sàng lọc ĐTD cơ hội

Kết hợp chi phí đơn vị 1 lượt sàng lọc ước tính ở trên cùng các tham số về lượt sàng lọc. Chi phí gói sàng lọc THA và ĐTD tuyến xã ở Hà Nội theo phương án 1 ước tính xấp xỉ 36 tỉ đồng, trung bình 1 TYTX là khoảng 62 triệu đồng. Ngoài ra, chi phí phát sinh do điều trị các trường hợp phát hiện mới THA và ĐTD tuyến xã là xấp xỉ 61 tỉ đồng, trung bình 1 TYTX là khoảng 106 triệu đồng.

Phương án 2: Sàng lọc THA chủ động và sàng lọc ĐTD cơ hội

Đối với phương án 2 theo phương thức sàng lọc THA chủ động, chi phí Gói sàng lọc này cho tuyến xã tăng lên hơn 64 tỉ đồng, trung bình 1 TYTX là

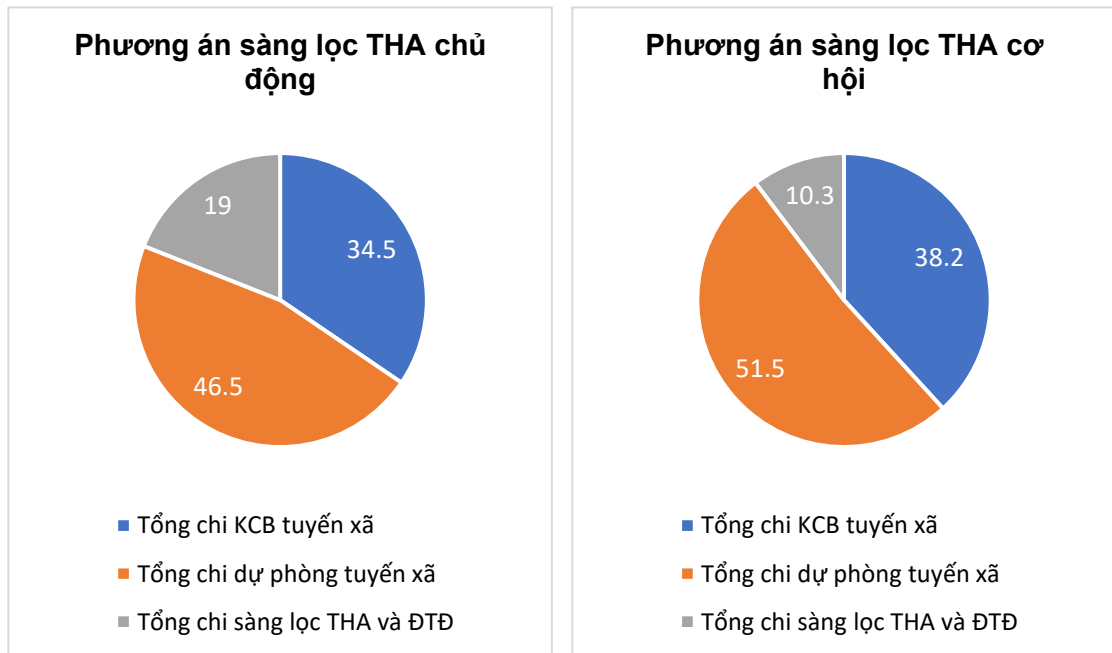
gần 111 triệu đồng. Chi phí điều trị cho các trường hợp phát hiện mới THA và ĐTD tuyến xã cũng hơn rất nhiều so với phương án 1 với khoảng 135 tỉ đồng, trung bình 1 TYT là khoảng 232 triệu đồng.

Kết quả ước tính chi phí thực hiện Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã thuộc thành phố Hà Nội

Tổng chi phí thực hiện Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã ở Hà Nội theo phương án 1 xấp xỉ 946 tỉ đồng, trung bình cho 1 TYTX khoảng 1,6 tỉ đồng. Đối với phương án 2, phương án sàng lọc THA chủ động, tổng chi Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã là khoảng 1.000 tỉ đồng, trung bình 1 TYTX khoảng 1,8 tỉ đồng.

Bảng 3.18. Chi phí Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị, quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã

Tổng chi tuyến xã	Phương án 1	Phương án 2
Tổng chi KCB tuyến xã	361.730.546.732	361.730.546.732
Tổng chi dự phòng tuyến xã	487.005.938.558	487.005.938.558
Tổng chi sàng lọc THA tuyến xã	19.964.473.462	48.485.149.836
Tổng chi điều trị THA phát hiện mới	51.127.302.731	124.166.306.633
Tổng chi sàng lọc ĐTD tuyến xã	15.746.387.124	15.746.387.124
Tổng chi điều trị ĐTD phát hiện mới	10.334.611.108	10.334.611.108
Tổng chi Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị, quản lý THA, ĐTD tuyến xã	945.909.259.715	1.047.468.939.991
Chi trung bình 1 TYT	Phương án 1	Phương án 2
Chi KCB trung bình 1 TYT	624.750.512	624.750.512
Chi dự phòng trung bình 1 TYT	841.115.611	841.115.611
Chi sàng lọc THA trung bình 1 TYT	34.480.956	83.739.464
Chi điều trị THA phát hiện mới trung bình 1 TYT	88.302.768	214.449.580
Chi sàng lọc ĐTD trung bình 1 TYT	27.195.833	27.195.833
Chi điều trị ĐTD phát hiện mới trung bình 1 TYT	17.849.069	17.849.069
Chi trung bình 1 TYT	1.633.694.749	1.809.100.069



Hình 3.3. Cơ cấu chi phí Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTĐ tuyển xã

Hình 3.3 cho thấy với Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTĐ thực hiện theo phương án sàng lọc cơ hội THA và ĐTĐ tại TYTX, chi phí cho phần dự phòng và nâng cao sức khỏe chiếm tỷ trọng lớn nhất là 51,5%, chi phí KCB tại TYTX chiếm 38,2% còn lại 10,3% chi cho sàng lọc THA và ĐTĐ. Trong khi đó, đối với phương án 2, cơ cấu chi phí của Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTĐ thay đổi rõ rệt với sự gia tăng tỷ trọng phần sàng lọc lên 19%, tỷ trọng chi dự phòng và chi KCB đều giảm, lần lượt là 46,5% và 34,5%.

3.3.6.2. Phân tích tác động chi phí thực hiện Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTĐ tại tuyển xã đến Quỹ BHYT

Tác động của việc chi trả cho Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTĐ tại tuyển xã đối với ngân sách BHYT được phân tích theo hai phương án: (1) BHXH chỉ chi trả cho các dịch vụ KCB trong Danh mục; (2) BHXH chi trả cho dịch vụ KCB và dịch vụ sàng lọc THA và ĐTĐ trong Danh mục.

Kết quả phân tích cho thấy, nếu BHYT chi trả Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã mà chỉ bao gồm dịch vụ KCB thì ước tính chi phí thực hiện Danh mục là 361.730.546.732 đồng; còn nếu bao gồm cả KCB và sàng lọc THA, ĐTD thì kinh phí chi trả cho tuyến xã từ quỹ BHYT là 458.903.321.57 đồng. Theo Tổ chức Y tế thế giới, tỷ lệ chi BHYT cho CSSKBD tại tuyến xã nên đạt mức 20%. Như vậy, kể cả việc mở rộng phạm vi quyền lợi thêm sàng lọc THA và ĐTD thì tỷ lệ chi BHYT cho CSSKBD của Việt Nam vẫn còn thấp hơn rất nhiều so với mức khuyến cáo. Mặt khác, khi thực hiện sàng lọc THA sẽ tiết kiệm được một lượng kinh phí lên tới 280 tỷ đồng do chi phí tiết kiệm được khi điều trị THA ở tuyến dưới so với điều trị ở tuyến trên cũng như chi phí tiết kiệm được do giảm chi phí điều trị các biến chứng do THA. Chưa tính các chi phí tiết kiệm được khi sàng lọc ĐTD, riêng chi phí tiết kiệm được khi sàng lọc THA đã lớn hơn số kinh phí tăng lên của BHYT chi trả cho tuyến xã.

Bảng 3.19. Tác động chi phí BHYT của thực hiện Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã (dịch vụ KCB và sàng lọc THA, ĐTD)

Chỉ số	2017
Ước tính chi phí thực hiện Danh mục	458.903.321.57
Chi phí tiết kiệm so với điều trị THA ở tuyến trên	73.257.691.241
Chi phí tiết kiệm so với điều trị ĐTD ở tuyến trên	134.757.869.774
Chi phí tiết kiệm do giảm các trường hợp biến chứng do THA	72.811.434.347
Tổng chi phí tiết kiệm được	280.826.995.362

Bảng 3.16 cung cấp số liệu dự báo nhu cầu kinh phí từ Quỹ BHYT chi trả cho Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã ở Hà Nội từ 2017-2021 theo 2 phương án.

Bảng 3.20. Dự báo nhu cầu chi phí thực hiện Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã thành phố Hà Nội

Năm	Tổng chi cho Gói DVTCB (chỉ KCB)	Tổng chi cho Gói DVTCB (KCB và sàng lọc THA, ĐTD)	Chi phí tiết kiệm được từ sàng lọc THA, ĐTD
2017	361.730.546.732	458.903.321.157	280.826.995.362
2018	446.447.840.777	566.378.478.972	338.427.234.743
2019	551.005.925.087	699.024.318.748	408.520.778.148
2020	680.051.512.742	862.735.814.198	493.911.963.392
2021	839.319.577.026	1.064.788.541.884	598.047.069.738

3.3.6.3. Đề xuất phương án tài chính thực hiện Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã

Thực trạng tài chính cho trạm y tế xã

Nguồn tài chính cho TYTX hiện nay chủ yếu từ nguồn ngân sách nhà nước cấp thông qua TTYT huyện, gồm cấp tiền lương, phụ cấp (kể cả phụ cấp cho nhân viên y tế thôn bản, cô đỡ thôn bản được hưởng phụ cấp) và hỗ trợ chi thường xuyên theo định mức tại Thông tư 119/202/TTLT-BTC-BYT ngày 27/12/2002 của Bộ Y tế và Bộ Tài chính; Phần thu từ KCB BHYT đối với các TYTX có thực hiện KCB BHYT thông qua bệnh viện hoặc TTYT huyện chiếm một tỷ trọng nhỏ trong tổng nguồn tài chính của TYTX.

Định mức được phân bổ về cơ bản mới đáp ứng các khoản chi cho con người (lương, phụ cấp, các khoản đóng góp) và chi hành chính như tiền điện, nước, công tác phí... chưa có định mức phân bổ kinh phí để thực hiện các nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu của TYTX. Chưa có hoặc bố trí được rất ít kinh phí để cán bộ y tế đi kiểm tra, giám sát, thực hiện các hoạt động dự phòng; các hoạt động này chủ yếu sử dụng từ kinh phí chương trình mục tiêu y tế - dân số, nếu ngân sách chương trình bố trí thấp thì hoạt động y tế dự phòng rất khó khăn, riêng kinh phí phòng chống dịch hầu hết các tỉnh báo cáo

khi có nguy cơ xảy ra dịch bệnh sẽ được cấp riêng để thực hiện... Việc thực hiện quy định bảo đảm mức chi thường xuyên cho TYTX tối thiểu 10 triệu đồng/trạm/năm theo Thông tư 119/2002/TTLT-BTC-BYT không được đầy đủ. Nhiều địa phương miền núi, vùng khó khăn không bảo đảm được mức chi này. Theo một nghiên cứu khảo sát tại 160 xã năm 2009, tỷ lệ xã đạt mức chi thường xuyên 10 triệu đồng là 73,1%, trong đó tỷ lệ này tại các xã đặc biệt khó khăn chỉ đạt 68,4% [5]. Trong khảo sát của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế tại 273 xã của 11 tỉnh, có 26,5% TYTX báo cáo không được cấp đủ ngân sách chi thường xuyên theo Thông tư 119/202/TTLT-BTC-BYT [46].

Về phương thức chi trả, đối với TYTX đang thực hiện hỗn hợp các phương thức khác nhau bao gồm: phân bổ ngân sách y tế mục chi ngân sách hoặc cấp tổng kinh phí, thanh toán theo phí dịch vụ và thanh toán theo định suất. Do TYTX không phải là đơn vị lập dự toán nên mọi hình thức chi trả đều thực hiện thông qua TTYT huyện. Tỷ lệ các TTYT huyện/BV huyện thực hiện thanh toán theo định suất năm 2016 giảm còn 28% so với tỷ lệ 42% năm 2016. Tỷ lệ các đơn vị tuyến huyện thực hiện thanh toán theo định suất bị bội chi lên tới 89% năm 2016. Với thiết kế và thực hiện như hiện tại, phương thức thanh toán theo định suất chưa mang lại được các kết quả như mong đợi, thậm chí còn tạo ra các kết quả ngược lại so với mong đợi.

Đề xuất phương án tài chính

(1) Đảm bảo nguồn tài chính: thực hiện Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã từ nguồn ngân sách nhà nước và nguồn BHYT

Nguồn từ ngân sách nhà nước:

Cấp ngân sách chi thường xuyên theo nguyên tắc bảo đảm tiền lương và chi hoạt động cung ứng dịch vụ dự phòng nâng cao sức khỏe trong Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã. Xây

dựng định mức chi cho công tác CSSKBD theo đầu dân dựa trên chi phí bình quân đầu người/năm đối với dịch vụ dự phòng và nâng cao sức khỏe được tính trong đề tài này là 46.770đ/người/năm.

Cấp ngân sách chi cho Chương trình mục tiêu y tế phòng chống bệnh không lây nhiễm: phân kinh phí thực hiện sàng lọc THA và ĐTD trong Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã. Riêng với thành phố Hà Nội, phân bổ kinh phí dựa trên số chi phí thực hiện sàng lọc được ước tính trong nghiên cứu này là trung bình 34,5 triệu đồng/TYTX đối với sàng lọc THA và trung bình 27,2 triệu đồng/TYT đối với sàng lọc ĐTD.

Đề xuất huy động nguồn bằng cách sử dụng số kinh phí giảm cấp ngân sách cho các bệnh viện theo pháp luật về ngân sách nhà nước và tự chủ các đơn vị sự nghiệp công lập. Có thể sử dụng nguồn kinh phí này chuyển sang hỗ trợ thực hiện Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã nhằm tăng cường hoạt động của tuyến y tế cơ sở.

Nguồn từ BHYT:

Nguồn BHYT đảm bảo chi trả các dịch vụ KCB tại TYTX theo Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã. Về lâu dài sẽ đề xuất sửa đổi Luật BHYT đưa dịch vụ sàng lọc THA và ĐTD vào phạm vi quyền lợi.

(2) Phương thức chi trả: Áp dụng kết hợp chi trả theo định suất và chi trả theo kết quả hoạt động.

Thực hiện chi trả theo định suất là phương thức chi trả được áp dụng khá thành công đối với dịch vụ CSSKBD tại nhiều nước. Phương thức chi trả này khuyến khích các cơ sở y tế đẩy mạnh dịch vụ phòng bệnh, nâng cao sức khỏe cho người dân để tiết kiệm chi phí KCB. Phương thức chi trả theo định suất được áp dụng trong cả cấp ngân sách nhà nước và thanh toán BHYT. Đối với nguồn từ ngân sách nhà nước, kinh phí cấp cho TYTX được tính theo đầu

dân bao gồm chi cho dự phòng/người. Đối với BHYT, kinh phí KCB cấp cho TYTX được tính theo suất phí bình quân/người nhân với số người đăng ký KCB ban đầu tại TYTX.

Thực hiện chi trả theo kết quả hoạt động: Thí điểm cấp ngân sách theo kết quả hoạt động hoặc các nhiệm vụ đã thực hiện (ví dụ: tỷ lệ tiêm chủng mở rộng, tỷ lệ đối tượng được quản lý sức khỏe, số lượt khám, chữa bệnh, chăm sóc thai sản, tỷ lệ giảm suy dinh dưỡng...). Áp dụng phương thức chi trả này đối với dịch vụ sàng lọc THA và ĐTĐ. Số tiền NSNN cấp hoặc BHYT chi trả cho hoạt động sàng lọc được tính theo số ca sàng lọc được thực hiện.

CHƯƠNG 4 - BÀN LUẬN

4.1. Xây dựng Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã

Tổng quan kinh nghiệm quốc tế cho thấy việc xây dựng gói dịch vụ y tế cơ bản cần đảm bảo tính kế thừa trên gói quyền lợi hiện có, chỉ lựa chọn một số dịch vụ để đánh giá và xem xét đưa ra khỏi danh mục nếu dịch vụ đó không có hiệu quả lâm sàng và không có chi phí hiệu quả; đồng thời cũng cần xem xét để bổ sung thêm dịch vụ vào gói quyền lợi cơ bản. Về gói quyền lợi tại tuyến xã, Thông tư số 43/2013/ TT-BYT quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở KCB với 17.217 DVKT, trong đó tuyến xã có 1.092 dịch vụ. Bên cạnh đó, Thông tư số 40/2014/TT-BYT hướng dẫn thực hiện danh mục thuốc tân dược thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT với 2.000 thuốc tân dược, trong đó tuyến xã có 385 thuốc.

Chính vì vậy, việc xây dựng Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD cho tuyến xã trong nghiên cứu này được thực hiện theo cách tiếp cận là: Kết hợp rà soát các hướng dẫn chuyên môn trong nước/ khuyến cáo Quốc tế và đối chiếu với danh mục các dịch vụ/ thuốc thuộc gói quyền lợi hiện đang được BHYT chi trả ở tuyến xã nhằm (i) đề xuất dịch vụ cơ bản ở tuyến xã phục vụ cho quản lý điều trị THA, ĐTD, (ii) đồng thời đề xuất từng bước bổ sung các dịch vụ phòng bệnh, sàng lọc hiện chưa được ngân sách nhà nước và BHYT chi trả.

Quá trình xây dựng Danh mục dịch vụ cơ bản được thực hiện trên nguyên tắc rõ ràng, bao gồm: (1) Có cơ sở khoa học, thực tiễn, dựa trên bằng chứng; (2) Minh bạch; (3) Có sự tham gia của các bên liên quan. Kết quả đóng góp cụ thể của nghiên cứu là đề xuất danh mục các dịch vụ cơ bản và thuốc cho Bộ Y tế trong hướng dẫn TYTX thực hiện quản lý điều trị THA và ĐTD ngay tại tuyến y tế cơ sở, bao gồm các dịch vụ về sàng lọc (cơ hội, chủ

động), khám chẩn đoán, điều trị, tư vấn, quản lý bệnh; 9 loại thuốc THA và 6 loại thuốc ĐTD trong điều trị bệnh.

4.2. Thí điểm triển khai các hoạt động can thiệp để đảm bảo cung ứng các dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã

4.2.1. Thực trạng cung ứng DVKT và thuốc trước thời điểm can thiệp

Kết quả nghiên cứu cho thấy các TYTX thuộc huyện Sóc Sơn chỉ thực hiện được khoảng dưới 40% danh mục DVKT phân tuyến cho tuyến xã theo Thông tư 43/2013/TT-BYT và khoảng 79% số dịch vụ được quy định tại Thông tư 39/2017/TT-BYT về Gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến y tế cơ sở. Xem xét cụ thể về những DVKT mà các TYTX chưa thực hiện được thì chủ yếu là các thủ thuật cấp cứu đòi hỏi phải có trang thiết bị, vật tư y tế kèm theo; cũng như cần được thực hiện bởi bác sĩ có chuyên môn vững cả về kiến thức và thực hành lâm sàng. Mặt khác trong bối cảnh hiện nay khi mà điều kiện tiếp cận tới các cơ sở y tế tuyến trên thuận lợi hơn (giao thông, phương tiện, điều kiện kinh tế, thông tin tốt hơn) thì hầu như không có bệnh nhân đến TYTX để sử dụng các dịch vụ đó. Một số nguyên nhân khác như bất cập trong đảm bảo chứng chỉ hành nghề của cán bộ y tế theo quy định, trình độ chuyên môn của cán bộ y tế hạn chế, và thiếu một số trang thiết bị là những nguyên nhân chính được đề cập đến từ phía địa phương. Đối với việc đảm bảo thuốc tại TYTX, khi so sánh với danh mục 241 thuốc theo Thông tư 39/2017/TT-BYT thì các TYTX cũng chỉ sẵn có được 54,6% số thuốc. Trong đó một số nhóm thuốc thiết yếu cho các bệnh thường gặp như kháng sinh, giảm đau chống viêm, thuốc cho bệnh tim mạch chỉ đảm bảo được khoảng <50% số đầu thuốc của mỗi nhóm theo quy định. Thực tế khi nghiên cứu thực hiện khảo sát trước can thiệp là trùng với thời điểm toàn quốc bắt đầu triển khai thực hiện Thông tư 39/2017/TT-BYT. Như vậy, mặc dù Thông tư 39/2017/TT-BYT chỉ gồm những dịch vụ cơ bản nhất và là yêu cầu tối thiểu

được áp dụng tại tất cả các TYTX trên toàn quốc nhưng các địa phương đang gặp rất nhiều thách thức khi triển khai. Các địa phương sẽ phải cần rà soát lại các điều kiện cần thiết cả về yêu cầu năng lực chuyên môn của cán bộ y tế trong thực hiện các DVKT, cũng như quy định, quy trình trong đấu thầu mua sắm và cấp thuốc cho TYTX, cơ chế và phương thức thanh toán BHYT cho KCB, đầu tư phát triển cơ sở hạ tầng và trang thiết bị đáp ứng được với yêu cầu cung cấp DVKT tại TYTX.

Với công tác điều trị và quản lý THA tuyến xã, có 25/26 TYTX tại Sóc Sơn đã thực hiện cấp phát thuốc định kỳ 30 ngày cho bệnh nhân THA. Số đầu thuốc hạ áp sẵn có tại các TYTX là từ 3 đến 5 loại thuốc, chủ yếu thuộc 3 nhóm là chẹn kênh canxi, ức chế men chuyển và lợi tiểu. Tuy nhiên, tại Sóc Sơn mới đang có 2 TYTX đang thí điểm điều trị cho bệnh nhân ĐTD, các TYTX còn lại chỉ thực hiện quản lý danh sách bệnh nhân ĐTD trên địa bàn. Các BKLN là những bệnh mạn tính, ngoài KCB và cấp thuốc thì việc quản lý bệnh nhân là rất quan trọng sao cho họ luôn được theo dõi về tình trạng bệnh kể cả ở cộng đồng để có những trợ giúp chuyên môn hay điều chỉnh thuốc kịp thời. Vì vậy công tác quản lý BKLN cũng là nội dung cần quan tâm. Điểm nổi bật tại Sóc Sơn là các TYTX đều có lập bệnh án điều trị ngoại trú cho bệnh nhân THA để theo dõi thông tin điều trị của họ. Trung bình tỷ lệ bệnh nhân THA được quản lý thông tin điều trị chiếm khoảng 84,6% trên tổng số bệnh nhân THA đã được phát hiện trên địa bàn từng xã.

4.2.2. Sự thay đổi về năng lực cung ứng dịch vụ điều trị và quản lý THA, ĐTD của TYTX sau can thiệp

Dựa trên những bất cập rút ra từ kết quả đánh giá thực trạng ban đầu, các nội dung can thiệp được xây dựng để thực hiện trong thời gian 1 năm ở địa phương nhằm nâng cao năng lực cho các TYTX để cung ứng được các dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD. Nội dung can thiệp bao

gồm nâng cao năng lực chuyên môn cho cán bộ y tế xã với trọng tâm là (i) năng lực lập kế hoạch, (ii) điều trị và quản lý THA, ĐTD và (iii) sử dụng thuốc hợp lý. Mặt khác, nghiên cứu cũng hỗ trợ kỹ thuật cùng địa phương tháo gỡ các vướng mắc trong cung ứng thuốc tại TYTX, đảm bảo được nguồn tài chính để TYTX có thể cung ứng được các dịch vụ y tế cơ bản.

Một trong những mong đợi sau thời gian 12 tháng can thiệp là TYTX có thể tăng được số lượt thu dung điều trị với các đối tượng bị THA và ĐTD trên địa bàn qua việc cung cấp được nhiều hơn dịch vụ điều trị và quản lý BKLN hơn và với chất lượng được người bệnh tin tưởng. Kết quả cho thấy, năng lực của các TYTX đã có cải thiện đáng kể với số bệnh nhân THA và ĐTD được quản lý điều trị tăng dần qua các năm. Đặc biệt là với bệnh ĐTD, tính đến thời điểm sau can thiệp đã có 17/26 TYTX thực hiện cấp phát thuốc định kỳ 30 ngày cho bệnh nhân (tăng 15 TYTX so với thời điểm năm 2017). Như vậy có thể thấy, mặc dù thời gian can thiệp của nghiên cứu không quá dài, nhưng với việc xác định được những hoạt động ưu tiên dựa trên thông tin về thực trạng bất cập và hạn chế của các TYTX trong cung ứng dịch vụ đã bước đầu hỗ trợ hiệu quả cho địa phương trong đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe người bệnh.

Đối với việc đảm bảo tính sẵn có của thuốc TYTX, vào thời điểm kết thúc can thiệp của nghiên cứu, các TYTX đều đang duy trì tương đối tốt về số lượng loại thuốc và đa dạng nhóm thuốc thuốc điều trị THA, cũng như đảm bảo đủ thuốc cung ứng cho điều trị bệnh nhân ĐTD tại tuyến xã khi mở rộng quy mô điều trị từ 2 lên 17 TYTX. Điều này giúp cho các TYTX đáp ứng tốt hơn nhu cầu điều trị và tăng hiệu quả điều trị đối với bệnh nhân. Đây là một sự nỗ lực rất lớn của địa phương với sự hỗ trợ về mặt kỹ thuật của nghiên cứu trong việc cung cấp các bằng chứng, tư vấn và cùng phối hợp với địa phương giải quyết các vướng mắc chung trong bối cảnh địa phương không thực hiện

được các gói thầu mua thuốc cho TYTX theo danh mục do đến tận giữa năm 2019 mới tới chu kỳ xây dựng đợt thầu mới.

Mặc dù nghiên cứu có những nỗ lực trong hỗ trợ kỹ thuật nhưng có một số vướng mắc trong quy định chính sách làm hạn chế hiệu quả của can thiệp ở các TYTX (như đấu thầu và cung ứng thuốc, mua sắm và sửa chữa, bổ sung trang thiết bị y tế hay thống nhất với cơ quan BHYT). Đây là những vấn đề cần có sự chỉ đạo chung của Chính quyền và cơ quan quản lý địa phương

4.2.3. Sự thay đổi về quyền lợi được hưởng

Một trong những trọng tâm của can thiệp tại các TYTX là các hoạt động nhằm nâng cao năng lực của cán bộ y tế trong quản lý và điều trị BKLN và kỳ vọng bệnh nhân THA và ĐTD sẽ đến KCB và theo dõi điều trị tại TYTX nhiều hơn và nhận được các dịch vụ KCB cần thiết nhất, giảm chi phí so với việc phải đi KCB ở tuyến trên. Kết quả đánh giá sau can thiệp cho thấy các chỉ số tỉ lệ người bệnh THA trên địa bàn đến TYTX để được làm xét nghiệm cũng như được cấp phát thuốc định kỳ đều tăng rõ rệt và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) so với trước can thiệp. Chỉ số về tỉ lệ bệnh nhân được tư vấn cũng tăng so với trước can thiệp mặc dù chưa rõ rệt ($p > 0,05$) nhưng cũng có thể được coi là có xu hướng cải thiện tích cực của TYTX. Tương tự đối với người bệnh ĐTD, mặc dù tổng số người bệnh được quản lý điều trị tại TYTX cả ở thời điểm trước và sau can thiệp không nhiều nhưng nếu nhìn về sự thay đổi trong việc sử dụng và tiếp cận dịch vụ thì tất cả các chỉ số số lượt người bệnh ĐTD sử dụng dịch vụ, tỉ lệ người được khám, được làm xét nghiệm, cấp phát thuốc định kỳ đều tăng qua các năm và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) so với trước can thiệp. Qua thông tin phỏng vấn bệnh nhân THA và ĐTD tại các TYTX thì phần lớn ($> 75\%$) đánh giá rằng các TYTX đã có sự cải thiện trong công tác KCB so với trước can thiệp. Trong đó, cải thiện nhiều nhất là về thái độ của y/bác sĩ, theo đó là về mặt chuyên môn như khám bệnh cẩn thận hơn

và tư vấn cận kề hơn. Với sự hài lòng của bệnh nhân cho thấy họ cũng đã được đảm bảo về quyền lợi của mình trong tiếp cận với các dịch vụ cần thiết tại tuyến chăm sóc ban đầu mà không phải đi KCB ở tuyến trên như trước kia. Đây cũng là bằng chứng cho thấy hiệu quả của can thiệp khi rất chú trọng vào việc thực hiện các khóa đào tạo chuyên đề dựa trên nhu cầu thực tế, xây dựng được tài liệu hướng dẫn về quản lý điều trị THA có tính thực hành cao cho các nhân viên y tế tại TYTX.

Kết quả phân tích cũng cho thấy số tiền bình quân cho 1 lượt KCB THA, ĐTĐ tại TYTX và chi phí bình quân/đơn thuốc của bệnh nhân THA cũng như của bệnh nhân ĐTĐ tăng lên đáng kể sau can thiệp. Điều này có thể được giải thích do sự gia tăng về chỉ định sử dụng dịch vụ cận lâm sàng (như xét nghiệm máu, xét nghiệm nước tiểu và siêu âm), thuốc và các hoạt động tư vấn, sàng lọc của TYTX. Ví dụ như TYTX Mai Đình cứ định kỳ 3 tháng làm xét nghiệm cho bệnh nhân THA đến khám tại trạm; hoặc như bệnh nhân THA tại huyện Sóc Sơn khi có bệnh kèm theo thường sẽ được TYTX kê thêm thuốc bổ như hoạt huyết dưỡng não, vitamin. Điều đó cho thấy sau giai đoạn can thiệp của nghiên cứu, các bệnh nhân đã được hưởng lợi từ BHYT nhiều hơn so với trước đây.

4.2.4. Sự thay đổi về kiến thức và thực hành của y/bác sĩ tại TYTX

Nhìn chung, kiến thức của YBS tại tuyến xã về quản lý điều trị THA và ĐTĐ có sự cải thiện rõ rệt sau can thiệp. Các YBS có thể dựa trên những thông tin lâm sàng/cận lâm sàng cơ bản để đưa ra chẩn đoán và chỉ định thuốc điều trị hợp lý cho bệnh nhân, tỷ lệ này lần lượt là 100% và 78,3% đối với THA độ 1, 90% và 91% đối với ĐTĐ tuýp 2. Tuy nhiên kết quả cũng cho thấy kiến thức của YBS tuyến xã còn rất hạn chế về tư vấn chăm sóc bệnh nhân ở cả giai đoạn trước và sau can thiệp khi không có ai trả lời được đầy đủ về 8 nội dung cần tư vấn theo hướng dẫn của Bộ Y tế. Kết quả này phần nào

phản ánh sự hạn chế về chất lượng công tác tư vấn của YBS tại TYTX trong nghiên cứu. Đây là hoạt động có vai trò quan trọng trong nâng cao hiệu quả điều trị THA/ĐTĐ, giúp người bệnh trang bị các kiến thức và thực hành tuân thủ điều trị, thay đổi lối sống và tự quản lý bệnh. Các nội dung tư vấn cần kết hợp giữa cả biện pháp điều trị không sử dụng thuốc và tuân thủ điều trị bằng thuốc. Mặc dù các biện pháp điều trị không dùng thuốc khi thực hiện riêng lẻ đều có hiệu quả nhưng tác dụng của chúng sẽ tốt hơn nếu thực hiện một cách đồng thời, điều đó cho thấy vai trò quan trọng của việc cung cấp thông tin toàn diện trong giao tiếp giữa CBYT và bệnh nhân.

Mặc dù kết quả đánh giá cho thấy có sự cải thiện trong kiến thức của YBS nhưng việc đảm bảo được các điều kiện hoạt động cần thiết để TYTX triển khai quản lý điều trị BKLN cũng là yếu tố quan trọng giúp duy trì và nâng cao năng lực của CBYT. Kết quả cải thiện đáng kể về kiến thức quản lý điều trị ĐTĐ trong nghiên cứu này có thể được lý giải một phần do thực tế công tác khám điều trị ĐTĐ tại TYTX mới được triển khai gần đây trong giai đoạn can thiệp. Kết quả đánh giá 3 tỉnh của “*Dự án Giáo dục và đào tạo nhân lực y tế*” năm 2018 ghi nhận thực trạng kiến thức và thực hành của YBS tại TYTX với bệnh ĐTĐ vẫn còn hạn chế kể cả khi đã được tập huấn. Chỉ có dưới 50% số YBS tham gia dự án trả lời đúng về ngưỡng chỉ số đường huyết khi đói để chẩn đoán ĐTĐ, và khoảng 21% biết về thuốc điều trị bệnh ĐTĐ. Tuy nhiên số TYTX có triển khai điều trị ngoại trú và cấp phát thuốc ĐTĐ chỉ có tại 2/88 TYTX trong dự án [48]. Tương tự như nghiên cứu của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế năm 2018 về khảo sát hoạt động của một số TYTX, tỷ lệ YBS trả lời đúng về ngưỡng đường huyết khi đói để chẩn đoán ĐTĐ là 45,5%, và tỷ lệ biết cách chỉ định điều trị cho bệnh nhân ĐTĐ là 27,3%. Nghiên cứu này cũng cho thấy có 2/18 TYTX có sẵn thuốc ĐTĐ và có cấp phát thuốc định kỳ cho bệnh nhân [47].

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy cần đào tạo cho CBYT tuyến cơ sở. Việc đào tạo liên tục cho CBYT tuyến cơ sở có vai trò đặc biệt quan trọng trong nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng. Đối với dự phòng và điều trị BKLN, cán bộ TYTX thường được tập huấn thông qua chương trình mục tiêu Y tế - Dân số; các dự án/can thiệp chỉ mang tính thí điểm và chưa thực hiện rộng rãi tới tất cả các TYTX. Điểm nổi bật trong can thiệp này là có sự chấp thuận và phối hợp triển khai của các đơn vị chủ quản ngành y tế tại địa bàn nghiên cứu. Từ giai đoạn trước can thiệp, nghiên cứu đã tổ chức tọa đàm giữa lãnh đạo Sở Y tế, Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh, Trung tâm y tế huyện và các TYTX nhằm thể hiện tính cam kết, thống nhất chỉ đạo đối với công tác quản lý BKLN tại tuyến xã nói chung và các hoạt động can thiệp của nghiên cứu nói riêng; đây cũng là cơ hội đối thoại để các TYTX giải đáp những hạn chế tồn tại trong quá trình lập kế hoạch và triển khai hoạt động tại cơ sở. Ngoài ra, các sản phẩm chuyên môn được xây dựng trong can thiệp đều có tính quy chuẩn cao, phù hợp với định hướng của Bộ Y tế theo thông tư Thông tư 22/2013/TT-BYT hướng dẫn đào tạo liên tục trong lĩnh vực y tế, và có thể áp dụng nhân rộng tại các địa phương khác, điều đó khiến các hoạt động can thiệp có tính bền vững, không đòi hỏi phát sinh chi phí lớn.

4.3. Các điều kiện cần thiết để đảm bảo TYTX cung ứng được Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD

Thực hiện xây dựng và triển khai Danh mục dịch vụ cơ bản cần có cam kết và hỗ trợ chính trị, huy động nguồn lực xã hội và tham gia của nhiều bên, trong đó cam kết thực hiện, mối quan hệ giữa bên mua dịch vụ và cơ sở cung ứng dịch vụ, áp dụng phương thức chi trả phù hợp cho cơ sở cung ứng dịch vụ y tế, điều kiện cơ sở vật chất, năng lực cán bộ y tế và kinh phí thực hiện.

Hỗ trợ và định hướng chính trị là yếu tố đóng vai trò rất quan trọng để đảm bảo các cơ sở y tế cung ứng được Danh mục dịch vụ cơ bản. Tại Peru, mặc dù còn hạn chế về chuyên môn kỹ thuật, nhưng do nhận được nhiều sự hỗ trợ về mặt chính trị nên việc xây dựng Danh mục DVYTTCB đã diễn ra thuận lợi. Trong khuôn khổ xây dựng gói dịch vụ cơ bản ở Chile, mặc dù nhóm xây dựng gói dịch vụ y tế đều là những chuyên gia có chuyên môn sâu, kết quả đề xuất về danh mục dịch vụ của họ vẫn bị điều chỉnh theo định hướng chính trị. Kết quả là danh mục dịch vụ xây dựng mới vẫn phải dựa trên một danh mục cũ trước cải cách, trong khi danh mục cũ này không dựa trên quá trình xác định ưu tiên mang tính kỹ thuật [74].

Trường hợp của Uruguay cho thấy một trong các điều kiện cần thiết cho việc xây dựng và triển khai thành công gói dịch vụ y tế đó là việc quản lý hợp đồng giữa bên mua dịch vụ và cơ sở cung ứng dịch vụ tốt, áp dụng phương thức chi trả phù hợp cho cơ sở cung ứng dịch vụ. Ngoài ra, việc xây dựng được các quy chuẩn quản lý lâm sàng, hướng dẫn chuyên môn sẽ giúp cho việc xác định các dịch vụ ưu tiên [64]. Khó khăn lớn nhất trong quá trình xây dựng gói dịch vụ y tế ở Uruguay là kinh phí [83]. Một khó khăn khác nữa là về sự tham gia của các bên liên quan và sự hợp lý về mặt chuyên môn. Các chuyên gia cho rằng quy trình xác định ưu tiên chưa minh bạch và còn thiếu sự tham vấn ý kiến chuyên gia và cộng đồng.

Kết quả của nghiên cứu cho thấy các yếu tố thành công của việc triển khai Danh mục DVYTTCB bao gồm: Sự cam kết của Bộ Y tế trong việc cải thiện và phát triển hệ thống y tế; Sự đầu tư mạnh mẽ về năng lực chuyên môn, đào tạo thường xuyên liên tục cho cán bộ y tế cơ sở; sự phân bổ công bằng về các nguồn lực cơ bản để cung ứng các gói và sự đảm bảo tính bền vững. Kết quả này là hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số nước châu Phi, đó là tính sẵn có của các cơ sở vật chất để có thể cung ứng các dịch vụ để

dàng ở các cấp độ của cơ sở y tế; Sự tổ chức tốt, lãnh đạo và quản lý các cơ sở y tế và các dịch vụ triển khai được chú trọng về phát triển cán bộ liên tục; Tăng cường các chương trình E-health để hỗ trợ cho CSSK; Tổ chức quy mô về việc cấp các chứng chỉ/chứng nhận ở tất cả các cấp độ của cơ sở y tế nhằm tạo nên một hệ thống cung ứng dịch vụ chất lượng và bền vững [79].

Ở Malawi, theo báo cáo của tác giả Mueller và cộng sự năm 2011, sự thiếu hụt cán bộ y tế và đồng thời thiếu về tần suất giao ban, tập huấn cho cán bộ y tế là những yếu tố cản trở đến sự triển khai danh mục DVYTCB tại nước này. Bên cạnh đó, tỷ lệ cán bộ y tế nhận thức được về vai trò của chẩn đoán và trị liệu/điều trị liên quan đến danh mục DVYTCB còn thấp; sự thiếu thốn về thuốc thiết yếu ở tất cả các tuyến cơ sở y tế (ví dụ: chỉ đủ kháng sinh Cotrimoxazole ở 27% cơ sở y tế trong cả nước) [75]. Đây là rào cản đã được phát hiện tương tự với kết quả nghiên cứu tại huyện Sóc Sơn, thành phố, theo đó chuỗi cung ứng thuốc có sự gián đoạn do các vướng mắc trong quá trình đấu thầu thuốc từ giai đoạn lập nhu cầu, tổ chức mua sắm và cung ứng thuốc.

Rào cản trong việc triển khai danh mục DVYTCB tại Liberia được Bộ Y tế nước này báo cáo bao gồm: (1) rào cản do cách thức xây dựng danh mục DVYTCB – chưa có quá trình ra quyết định một cách hệ thống có sự tham gia của tất cả các bên liên quan, việc ra quyết định mới chỉ dựa trên các bằng chứng sẵn có của địa phương. (2) Thiếu thông tin về tình trạng sức khỏe của cộng đồng dân cư, thiếu nhân lực, trang thiết bị. (3) Bối cảnh Liberia xây dựng danh mục DVYTCB ngay sau khi chấm dứt 14 năm chiến tranh, đất nước bị tàn phá nặng nề, nguồn tài chính cho việc xây dựng và triển khai danh mục DVYTCB hạn chế và phụ thuộc chủ yếu vào sự hỗ trợ từ các tổ chức Quốc tế (4) [73].

Kết quả đã cung cấp thêm những hạn chế trong việc triển khai như: nhận thức của cán bộ y tế về danh mục DVYTCB cũng như hạn chế trong

nhận thức về chất lượng chăm sóc, cần sự truyền thông và tư vấn tốt hơn giữa tuyến trung ương và địa phương về chính sách cũng như nhận thức nhằm nâng cao động lực cung ứng dịch vụ cung cấp; tương đồng với kết quả nghiên cứu danh mục DVYTTCB của Dorte Petit và cộng sự tại Liberia [77].

Để đảm bảo gói DVYTTCB (bao gồm dịch vụ kỹ thuật và thuốc) được cung ứng đầy đủ theo quy định thì những định hướng và cam kết về chính trị đóng vai trò rất quan trọng trong việc xây dựng danh mục gói DVYTTCB cũng như theo dõi, giám sát và hỗ trợ việc triển khai thực hiện. Cần phải có các điều kiện chính sách tổng thể để các cơ sở y tế có thể cung ứng được các dịch vụ cơ bản này.

Thứ nhất, cơ sở y tế phải có đủ năng lực chuyên môn để cung ứng dịch vụ y tế cơ bản, trong đó các nhân viên TYTX phải có đủ kiến thức và thực hành tốt trong chẩn đoán, điều trị và tư vấn cho bệnh nhân.

Thứ hai, phải đảm bảo tính sẵn có của dịch vụ kỹ thuật và thuốc theo danh mục quy định trên cơ sở nhân viên y tế phải có năng lực chuyên môn tốt để cung ứng các dịch vụ này một cách hợp lý.

Thứ ba, phải đảm bảo đủ nguồn tài chính để cung ứng dịch vụ, trong đó các dịch vụ y tế cơ bản cần phải được đảm bảo bằng nguồn tài chính công, bao gồm nguồn từ bảo hiểm y tế và nguồn ngân sách nhà nước.

Thứ tư, các dịch vụ phải được chi trả theo phương thức phù hợp để khuyến khích việc cung ứng các dịch vụ y tế cơ bản tại tuyến huyện, xã. Việc xác định nguồn tài chính và phương thức chi trả phù hợp cho các dịch vụ y tế cơ bản là hết sức quan trọng để khuyến khích các cơ sở y tế cung ứng dịch vụ một cách toàn diện, hợp lý và có chất lượng, chú trọng tới chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Thứ năm, việc cung ứng gói DVYTTCB cần phải dựa trên nguyên tắc của mua dịch vụ chủ động hay mua dịch vụ chiến lược. Mua dịch vụ chủ động

hay mua dịch vụ mang tính chiến lược là việc phân bổ quỹ BHYT được thực hiện trên cơ sở xác định rõ những dịch vụ cần chi trả, phương thức chi trả thế nào và chi trả cho cơ sở y tế nào đảm bảo chất lượng. Mua dịch vụ chủ động yêu cầu cơ quan phân bổ quỹ (hay cơ quan chi trả) là cơ quan Bảo hiểm xã hội phải tham gia một cách tích cực vào 3 mối quan hệ chính là: với cơ quan quản lý Nhà nước là Bộ Y tế, với cơ sở cung ứng dịch vụ y tế và với người có thẻ BHYT. Việc ban hành các hướng dẫn chuyên môn chuẩn, đảm bảo hạ tầng cơ sở y tế cũng như đảm bảo huy động đủ nguồn lực để mở rộng độ bao phủ bảo hiểm y tế và đảm bảo nguồn lực cho đào tạo con người, thuốc, kinh phí để các cơ sở y tế có đủ năng lực trong cung ứng dịch vụ đáp ứng quyền lợi cho người bệnh là điều kiện cần cho việc cung ứng gói DVYTCB.

4.4. Ước tính chi phí cung ứng Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã và tác động ngân sách

4.4.1. Chi phí cung ứng Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã

Nghiên cứu đã ước tính được chi phí cung ứng Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã gồm ba cấu phần: (1) chi phí KCB tính trên lượt KCB tại TYTX; (2) chi phí thực hiện các hoạt động dự phòng thường quy của TYTX tính trên đầu người; (3) Chi phí thực hiện sàng lọc THA và ĐTD tại tuyến xã tính theo lượt sàng lọc. Kết quả cuối cùng là xác định chi phí thực hiện Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã được tính bình quân/người/năm. Việc bóc tách các cấu phần chi phí theo 3 nội dung này cho phép phân tích chi phí theo tính chất hoạt động cung ứng dịch vụ. Mặt khác, việc phân chia này cũng phù hợp với bối cảnh thực tế là mỗi cấu phần trong Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã được cấp tài chính từ nguồn khác nhau, cụ thể là quỹ BHYT chi trả phần KCB, ngân sách nhà nước đảm bảo chi cho các

hoạt động dự phòng, còn phần sàng lọc bệnh THA và ĐTD được triển khai thí điểm trong Dự án Phòng chống bệnh tim mạch thuộc Chương trình mục tiêu y tế dân số 2016-2020. Do đó, khi phân tích tác động ngân sách hay xây dựng phương án tài chính cho thực hiện Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã đều cần dữ liệu về chi phí tách riêng theo từng đối tượng chi trả dịch vụ.

Để thực hiện được việc tính toán chi phí này, nghiên cứu đã kết hợp các phương pháp tiếp cận khác nhau trong ước tính chi phí bao gồm: cách tiếp cận từ trên xuống và cách tiếp cận từ dưới lên. Với cách tiếp cận từ trên xuống, đề tài ước tính chi phí bình quân lượt KCB và chi dự phòng bình quân đầu người dựa trên số liệu chi phí, hoạt động và nhân lực của TYTX và áp dụng phân bổ chi phí theo đầu ra giữa KCB và hoạt động dự phòng của TYTX cũng như phân bổ chi phí gián tiếp trong hoạt động của TYTX cho đầu ra cuối cùng là lượt KCB và chi dự phòng/đầu dân. Với cách tiếp cận từ dưới lên, nghiên cứu ước tính chi phí thực hiện sàng lọc THA và ĐTD tại TYTX theo các bước được quy định trong hướng dẫn chuyên môn và được rà soát lại theo ý kiến của các Hội đồng chuyên gia theo lĩnh vực chuyên môn khác nhau. Dù áp dụng theo phương pháp tiếp cận nào, nghiên cứu đều thực hiện theo hướng dẫn kinh điển về phương pháp và trình bày kết quả phân tích chi phí một cách minh bạch, chặt chẽ. Việc lựa chọn kết hợp hai cách tiếp cận tính chi phí này hoàn toàn phù hợp và mang tính khả thi. Trong khi dịch vụ KCB và cung cấp dịch vụ dự phòng thường xuyên là các hoạt động thực tế đang được các TYTX thực hiện, được báo cáo đầy đủ theo hệ thống chung của TYTX nên áp dụng tiếp cận từ trên xuống; còn dịch vụ sàng lọc THA và ĐTD là hai dịch vụ mới được đề xuất thực hiện trong Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã để đáp ứng yêu cầu cấp thiết quản lý hiệu quả hai BKLN phổ biến này trong cộng đồng, 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 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 [57].

Kết quả ước tính chi phí cho biết chi phí 1 lượt khám tại TYTX ở Hà Nội đầy đủ là 105.451 đồng và theo phương án chi phí tách khấu hao là 101.796 đồng. Theo kết quả nghiên cứu năm 2011 tại 76 xã thuộc 2 tỉnh Hải Dương và Thái Nguyên là 44.593đ/lượt khám tại TYTX [72]. Như vậy sau 8 năm mức chi phí bình quân lượt khám tại TYTX tại Hà Nội đã cao hơn gấp 2,5 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. Nghiên cứu cũng đã ước tính chi dự phòng đầu người tại xã ở Hà Nội trung bình là 58.458 đồng theo phương án chi phí đầy đủ, chi sàng lọc bệnh THA/lượt tại TYTX là 9.708 đồng, chi sàng lọc bệnh ĐTD tại TYTX bằng phiếu/lượt người là 5.958 đồng, chi sàng lọc bệnh ĐTD tại TYTX bằng test mao mạch/lượt người là 13.782 đồng. Đây là nghiên cứu đầu tiên có tính chi phí dự phòng đầu người cũng như chi sàng lọc THA, ĐTD tại TYTX. 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 BKLN, trong bối cảnh điều kiện thu thập số liệu chi phí dịch vụ y tế tại TYTX còn hạn chế do không có số liệu hoặc số liệu có nhưng rất khó tập hợp do không được quản lý nhất quán một đầu mối.

4.4.2. Tác động ngân sách của Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã

Theo Luật BHYT hiện hành, 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, không bao gồm các dịch vụ dự phòng, nâng cao sức khỏe. Theo đó, BHYT không chi trả cho dịch vụ sàng lọc THA và ĐTD. Trên thực tế, Luật BHYT 2008 có quy định khám bệnh để sàng lọc chẩn đoán sớm một số bệnh được bao gồm trong phạm vi quyền lợi BHYT nhưng đến Luật BHYT sửa đổi 2014 điều khoản này đã bị bãi bỏ. Tuy nhiên, trong bối cảnh gánh nặng bệnh tật do BKLN ngày càng tăng cao về cả số mắc và số chết các can thiệp phòng chống căn bệnh này trong đó điển hình là THA và ĐTD đang được đặc biệt chú trọng. Theo các số liệu báo cáo thường quy, tỉ lệ nhập viện và tử vong liên quan đến BKLN tăng từ 39% và 41,8% năm 1986 lên 65,6% và 73,4% năm 2015 [14]. Biện pháp sàng lọc, phát hiện sớm các BKLN là một trong những giải pháp ưu tiên hàng đầu được Tổ chức y tế thế giới và các chuyên gia quốc tế khuyến cáo. Chiến lược quốc gia phòng chống bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015-2025 khẳng định dự phòng kiểm soát yếu tố nguy cơ, chủ động giám sát, phát hiện sớm, điều trị, quản lý liên tục và lâu dài tại y tế cơ sở là yếu tố quyết định hiệu quả trong phòng, chống các BKLN [13]. Theo kết quả của nghiên cứu, nếu BHYT chi trả Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã bao gồm cả KCB và sàng lọc THA, ĐTD thì tổng kinh phí chi trả cho tuyến xã ở Hà Nội từ quỹ BHYT sẽ là 458 tỷ.

Thực ra, tỷ lệ chi KCB cho tuyến xã hiện nay vẫn là ở mức quá thấp so với mức 20% theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới về tỷ lệ chi cho CSSKBĐ trong tổng chi y tế. Mức chi bình quân cho CSSKBĐ tại các nước trong tổ chức Hợp tác và Phát triển kinh tế là 14% với mức dao động thấp

nhất là 9,5% (Thụy Sĩ) và cao nhất là 18% (Úc và Ba Lan) [76]. Một nghiên cứu về mức chi tiêu cho CSSKBĐ tại 36 nước có thu nhập thấp và trung bình thấp năm 2019 cho thấy một sự dao động lớn về mức chi tiêu cũng như định nghĩa CSSKBĐ tại các nước. Mức chi cho CSSKBĐ bình quân đầu người dao động từ 15 – 60 Đô la Mỹ. Tỷ lệ chi cho CSSKBĐ trong tổng chi thường xuyên cũng dao động từ 31%-88% [86].

Mặt khác, kết quả của nghiên cứu cũng chỉ rõ, khi Quỹ BHYT mở rộng phạm vi quyền lợi bao gồm cả dịch vụ sàng lọc THA và ĐTD thì song song với việc Quỹ BHYT phải chi trả 458 tỷ đồng cho tuyến xã tại Hà Nội, thì Quỹ lại tiết kiệm được 280 tỷ đồng từ ba hợp phần: (1) Chi phí tiết kiệm được khi điều trị bệnh THA ở tuyến xã so với điều trị ở tuyến trên; (2) Chi phí tiết kiệm so với điều trị ĐTD ở tuyến trên; và (3) Chi phí tiết kiệm do giảm các trường hợp bị biến chứng do THA. Cũng là một ca THA nếu được phát hiện sớm và quản lý điều trị tại tuyến xã, chi phí một lượt KCB tại tuyến xã cho bệnh nhân này chỉ là 86.626 đ thấp hơn rõ rệt so với chi phí điều trị THA trung bình một lượt tại các bệnh viện tuyến huyện, tỉnh, trung ương lần lượt là 108.669 đ, 274.730đ và 391.140đ. Tương tự như vậy đối với bệnh ĐTD, chi phí tiết kiệm được đáng kể khi bệnh nhân được điều trị ĐTD tại tuyến xã thay vì phải lên các tuyến trên. Mức tiết kiệm này còn thấp hơn thực tế do chỉ tính chi phí trực tiếp điều trị cho bệnh nhân chưa bao gồm chi phí gián tiếp như đi lại, ăn ở và chi phí cơ hội từ phía bệnh nhân do phải mất thu nhập do phải đi KCB.

Những kết quả này của nghiên cứu sẽ cung cấp những bằng chứng có giá trị cho việc vận động sửa đổi Luật BHYT với đề xuất mở rộng phạm vi quyền lợi đối với dịch vụ sàng lọc bệnh THA và ĐTD.

4.5. Những bất cập của chính sách ảnh hưởng đến việc triển khai Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTD tại tuyến xã

Chính sách thông tuyến khám chữa bệnh BHYT

Năm 2014 đã đánh dấu sự thay đổi khá lớn về các chính sách BHYT với sự ra đời của Luật Bảo hiểm Y tế sửa đổi, bổ sung số 46/QH13 với quy định nổi bật và bước đầu được cho là ưu việt nhất là chính sách về thông tuyến bảo hiểm y tế. Theo đó, bắt đầu từ năm 2016, người có thẻ BHYT sẽ được tự do lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh tuyến huyện trong phạm vi tỉnh/thành phố. Chính sách này ra đời trong bối cảnh năng lực y tế cơ sở còn yếu, chưa đáp ứng được nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế của người dân, không thu hút được người dân đến KCB tại các TTYX. Số liệu do Cơ quan BHXH Việt Nam cung cấp, năm 2015 có khoảng 32,7 triệu lượt KCB tại TYTX thì sang năm 2016 xuống còn 30,5 triệu lượt. Khoảng 38 tỉnh/thành phố có số lượt KCB tại TYTX giảm từ 10-30% [3]. Thực tế này không chỉ ảnh hưởng tới chính sách hướng về y tế cơ sở của Chính phủ mà còn làm gia tăng chi phí do gia tăng số lượt KCB và gia tăng chi phí điều trị ở tuyến trên. Nếu không có lộ trình phù hợp và điều chỉnh hợp lý các điều kiện kèm theo trong thực hiện chính sách thông tuyến này thì sẽ có nguy cơ phá vỡ tuyến y tế cơ sở, đi ngược lại với mục tiêu tăng cường tiếp cận tuyến y tế cơ sở và nâng cao chất lượng KCB tại tuyến y tế cơ sở theo Đề án 2348 về tăng cường y tế cơ sở mà ngành y tế đang nỗ lực thực hiện. Và như vậy, dù có xây dựng Danh mục dịch vụ cơ bản trong điều trị và quản lý THA, ĐTĐ tại tuyến xã nhằm đảm bảo quyền lợi phù hợp với năng lực cung ứng dịch vụ của TYTX nhưng nếu không có giải pháp thu hút được bệnh nhân về tuyến xã thì cũng rất khó thực hiện và phát triển các dịch vụ theo Danh mục.

Chính sách về y tế cơ sở

Theo Đề án 2348, mục tiêu đặt ra là đến năm 2020 phân đầu ít nhất 90% số TYTX có đủ điều kiện khám, chữa bệnh BHYT, thực hiện được tối thiểu 80% danh mục DVKT của tuyến xã; 95% TTYT huyện thực hiện được tối thiểu 80% danh mục DVKT của tuyến huyện; 70% xã đạt Tiêu chí quốc

gia về y tế xã; phân đầu 90% dân số được quản lý, theo dõi sức khỏe; hoàn thành việc đầu tư TYTX ở các xã có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn và đặc biệt khó khăn; Xây dựng gói DVYTTCB do mạng lưới y tế cơ sở cung cấp để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân, trong đó xác định rõ phân do Quỹ BHYT chi trả; Thực hiện thanh toán theo định suất đối với khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại y tế cơ sở [39].

Đề án tăng cường y tế cơ sở đã tạo môi trường và điều kiện đầy đủ để triển khai Danh mục dịch vụ cơ bản tại tuyến xã. Để thực hiện được các mục tiêu của Đề án, Bộ Y tế cũng đã xây dựng kế hoạch thực hiện Đề án với rất nhiều giải pháp từ đổi mới hệ thống tổ chức tuyến cơ sở đến chuyển đổi cơ chế hoạt động của TYTX theo nguyên lý y học gia đình với việc lập và quản lý hồ sơ sức khỏe, quản lý và điều trị các bệnh mạn tính, tăng cường đào tạo nguồn nhân lực, đầu tư trang thiết bị và cơ sở vật chất, đổi mới cơ chế tài chính... nhằm đáp ứng nhu cầu CSSK của người dân. Tuy nhiên, việc thực hiện các giải pháp này cũng đang gặp rất nhiều khó khăn, vướng mắc do thiếu đồng bộ về mặt chính sách và cơ chế vận hành cũng như cơ chế tài chính phù hợp. Sự chuyển biến của các TYTX chưa có hiệu quả rõ rệt, tình trạng TYTX thiếu trang thiết bị y tế, kể cả các thiết bị tối thiểu như dụng cụ khám bệnh, máy đo huyết áp, máy khí dung, máy xét nghiệm thông thường... Mặc dù Thông tư 39/2017/TT-BYT/2017/TT-BYT về gói dịch vụ y tế cơ bản tuyến y tế cơ sở được ban hành với 76 dịch vụ kỹ thuật và 241 danh mục thuốc đều là những dịch vụ thiết yếu mà TYTX phải cung cấp được, tuy nhiên, kết quả phân tích từ nghiên cứu này cho thấy các TYTX tại Sóc Sơn mới đáp ứng được trên khoảng $\frac{3}{4}$ số DVKT theo quy định và khoảng 55% số thuốc trong danh mục theo quy định của Thông tư 39/2017/TT-BYT/2017/TT-BYT.

Theo kết quả đánh giá tình hình thực hiện Thông tư 39/2017/TT-BYT của Bộ Y tế tại 6 tỉnh/thành phố cũng cho thấy, tình trạng thiếu bác sỹ đa

khoa tại TYTX nhằm đảm bảo cung ứng đầy đủ 76 loại dịch vụ kỹ thuật, có tình trạng có bác sỹ nhưng không đủ chứng chỉ hành nghề, gây khó khăn trong việc thanh quyết toán BHYT, các địa phương chưa có kế hoạch nâng cao năng lực cho NVYT, đầu tư trang thiết bị và cơ sở vật chất cho TYTX nhằm đáp ứng nhu cầu KCB của người dân. Việc cung ứng thuốc theo danh mục thuốc tại Thông tư 39/2017/TT-BYT cũng chưa được đảm bảo, số TYT đáp ứng 50% số thuốc theo danh mục (241 thuốc) rất thấp. Bên cạnh đó, Gói dịch vụ y tế cơ bản phục vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, dự phòng và nâng cao sức khỏe (gồm 17 dịch vụ chủ yếu) chưa được triển khai thực hiện [27]. Như vậy, có thể nói các điều kiện nhằm triển khai Gói dịch vụ y tế cơ bản (trong đó có các dịch vụ điều trị, quản lý THA và ĐTD) tại trạm y tế xã đều chưa được đảm bảo.

Tác động của chính sách tự chủ bệnh viện

Chính sách tự chủ các cơ sở sự nghiệp y tế đã bắt đầu thực hiện từ năm 2002 với sự ra đời của Nghị định 10/2002/NĐ-CP. Sau rất nhiều năm từng bước thay đổi cơ chế và điều chỉnh về phạm vi và quy mô tự chủ với sự ra đời của Nghị định 43/2006/NĐ-CP, Nghị định 16/2015/NĐ-CP, Nghị định 85/2016/NĐ-CP. Chính sách tự chủ đã phần nào thể hiện được là một chính sách đúng đắn, chia sẻ nguồn tài chính, thúc đẩy sự phát triển sự nghiệp y tế trong bối cảnh nguồn ngân sách nhà nước hạn hẹp.

Tuy nhiên, hiện nay chính sách tự chủ cũng tạo không ít áp lực cho các đơn vị vì không chỉ bài toán tiết kiệm, cân đối thu chi để có thêm nguồn thu nhập cho cán bộ đơn vị mà là phải lo tài chính cho toàn bộ hoạt động khám chữa bệnh, trong đó có việc cân đối tài chính để thực hiện chính sách cải cách tiền lương. Chính vì vậy, trong bối cảnh hiện nay, các cơ sở y tế buộc phải mở rộng mọi hình thức khám chữa bệnh như phòng khám theo yêu cầu, khám dịch vụ, liên doanh liên kết đầu tư trang thiết bị, chuyển giao công

nghệ/chuyên môn tuyển trên cho tuyển dưới.... nhằm thu hút bệnh nhân và tăng nguồn thu cho đơn vị. Chính vì vậy, tình trạng cung ứng dịch vụ quá mức cần thiết cũng như thực hiện các hình thức để thu hút bệnh nhân của tuyển dưới để tăng nguồn thu đã càng làm gia tăng sự khác biệt về chất lượng dịch vụ giữa các bệnh viện và với các TYTX. Nghiên cứu đánh giá về tình trạng quá tải bệnh viện đã chỉ ra tình trạng vượt tuyến không cần thiết khi có khoảng 50% bệnh nhân ngoại trú ở bệnh viện tuyến trung ương có thể điều trị được ở tuyến tỉnh và tuyến huyện, 50% bệnh nhân ngoại trú ở bệnh viện tuyến tỉnh có thể điều trị được ở BV huyện và TYTX. Chính sách tự chủ bệnh viện nếu không được kiểm soát một cách phù hợp thì sẽ ngày càng làm mất vai trò “gác cổng” của TYTX trong cung ứng dịch vụ chăm sóc ban đầu.

Giá dịch vụ y tế

Trong điều kiện y tế cơ sở gặp nhiều khó khăn, bên cạnh chính sách tự chủ tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp y tế, lãnh đạo các TTYT huyện hiện nay đều đứng trước bài toán khó: duy trì hoạt động của TTYT với việc tự chủ và tập trung nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe ban đầu trong đó có KCB tại TYTX. Thêm vào đó, giá dịch vụ được ban hành theo Thông tư 39/2017/TT-BYT/2018/TT-BYT điều chỉnh đối với các DVKT thực hiện tại TYTX tính bằng 70% khung giá. Trong khi đó, chi phí cho các DVKT này tại tuyến xã không thấp hơn so với tuyến huyện. Một số dịch vụ giá không đủ bù chi phí. Ví dụ: Xét nghiệm đường huyết mao mạch đã triển khai về TYTX theo Thông tư 39/2017/TT-BYT nhưng giá trên TTYT huyện được thanh toán 15.000đ, tại TYTX lại chỉ được thanh toán 10.500đ, mức giá này không đủ chi phí mua que thử đường huyết và trung tâm hiện đang bù lỗ cho TYTX. Điều này không những không tạo được động lực cho các đơn vị thực hiện dịch vụ tại TYTX mà còn đặt ra lựa chọn cho TTYT là đưa bệnh nhân lên huyện thực hiện hơn là thực hiện tại TYTX.

KẾT LUẬN

1. Xây dựng gói dịch vụ y tế cơ bản trong điều trị, quản lý tăng huyết áp và đái tháo đường tại trạm y tế xã

- Phần lớn thuốc điều trị THA và ĐTĐ theo hướng dẫn chuyên môn của Bộ Y tế đã có trong danh mục thuốc được BHYT thanh toán tại tuyến xã; Đề xuất bổ sung 2 thuốc: Ibesartan và Labetalol, đưa Furosemid được sử dụng trong điều trị THA thông thường.

- Dịch vụ sàng lọc bệnh và tư vấn bệnh nhân THA, ĐTĐ có trong hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế cũng như quốc tế nhưng chưa có trong danh mục gói dịch vụ y tế cơ bản tại tuyến xã; Đề xuất bổ sung thêm các dịch vụ dự phòng và tư vấn, quản lý sức khỏe.

2. Thực trạng cung ứng các dịch vụ cơ bản trong điều trị, quản lý tăng huyết áp, đái tháo đường tại trạm y tế xã huyện Sóc Sơn, Tp. Hà Nội

- Tại thời điểm trước can thiệp, 100% các TYTX báo cáo có thực hiện sàng lọc THA cộng đồng cũng như khám chủ động phát hiện THA tại cơ sở trạm; Số bệnh nhân THA trung bình được cấp thuốc định kỳ tại 25 TYTX là 163 người với số ngày cấp thuốc định kỳ là 30 ngày.

- Có 2 TYTX Mai Đình và Phù Linh thực hiện cấp phát thuốc điều trị định kỳ ĐTĐ (metformin và gliclazid); Số bệnh nhân ĐTĐ đang điều trị tại 2 TYTX này lần lượt là 78 và 19 bệnh nhân. Việc điều trị, quản lý ĐTĐ mới chỉ thực hiện ở nội dung quản lý danh sách bệnh nhân mà chưa cung cấp được dịch vụ cụ thể.

- Lý do TYTX chưa cung ứng được đầy đủ các dịch vụ kỹ thuật: Thiếu nhân lực đáp ứng yêu cầu chuyên môn (thiếu y bác sĩ, y bác sỹ chưa đủ điều kiện để được cấp chứng chỉ hành nghề); Thiếu trang thiết bị y tế; Thiếu thuốc do việc lập kế hoạch, mua sắm và cung ứng thuốc chưa đáp ứng nhu cầu.

3. Kết quả cung ứng dịch vụ cơ bản trong điều trị, quản lý THA, ĐTD tại trạm y tế xã

- Việc điều trị định kỳ cho bệnh nhân THA được duy trì thực hiện ở 25 TYTX thuộc huyện Sóc Sơn sau can thiệp. So với trước can thiệp, số thuốc điều trị THA tại TYTX tăng lên so với trước can thiệp (5-9 loại thuốc); số bệnh nhân THA điều trị định kỳ tại TYTX tăng 1,6 lần; Số bệnh nhân ĐTD tăng 1,5 lần.

- Đối với điều trị, quản lý ĐTD, số TYTX cấp phát thuốc điều trị định kỳ ĐTD tăng lên (từ 2 lên 17 TYTX); toàn bộ 17 TYTX sẵn có metformin và gliclazid.

- Kiến thức, thực hành của YBS tại TYTX về điều trị, tư vấn tăng lên sau can thiệp: 100% YBS được phỏng vấn chẩn đoán đúng THA với chỉ số hiệu quả là 17%, đối với ĐTD là 90% với chỉ số hiệu quả là 47,6%; tỷ lệ chỉ định thuốc điều trị hợp lý THA tăng lên với chỉ số hiệu quả là 39%, đối với ĐTD là 32,3%.

- Để triển khai gói dịch vụ cơ bản trong điều trị, quản lý THA và ĐTD tại TYTX cần có một số điều kiện: nhân viên y tế cần có đủ kiến thức, thực hành tốt trong chẩn đoán, điều trị và tư vấn cho người bệnh; tính sẵn có của dịch vụ kỹ thuật và thuốc; có đủ nguồn tài chính công để khuyến khích cung ứng các dịch vụ y tế cơ bản tại tuyến xã; theo dõi, giám sát chặt chẽ dựa trên các chỉ số hoạt động.

- Chi phí 1 lượt sàng lọc THA tại tuyến xã là 9.708 đồng; đối với sàng lọc bệnh ĐTD bằng phiếu hỏi cho đối tượng từ 30 tuổi tại TYTX là 5.958 đồng, bằng xét nghiệm mao mạch là 13.782 đồng. Việc thực hiện sàng lọc THA và ĐTD tại TYTX ở Hà Nội có thể tiết kiệm được kinh phí ước tính là 280 tỷ đồng do tiết kiệm được chi phí điều trị ở tuyến trên và chi phí điều trị do có biến chứng.

KIẾN NGHỊ

1. Đối với Bộ Y tế

- Gói dịch vụ y tế cơ bản tại tuyến xã cho THA, ĐTĐ cần được định kỳ rà soát, cập nhật theo các hướng dẫn chuyên môn.

- Cần xây dựng chính sách về tài chính để có nguồn lực chi trả cho sàng lọc, tư vấn THA và ĐTĐ.

- Nghiên cứu quy định về thông tuyến để điều chỉnh theo hướng tăng cường sử dụng dịch vụ điều trị, quản lý THA và ĐTĐ ngay tại TYTX.

2. Đối với Sở Y tế Hà Nội

- Chỉ đạo các cơ sở y tế tuyến huyện đảm bảo cung ứng đủ loại thuốc và đủ số lượng cho điều trị THA, ĐTĐ tại TYTX liên tục, không gián đoạn.

- Xây dựng kế hoạch, chương trình và tổ chức thực hiện đào tạo liên tục cập nhật kiến thức và thực hành điều trị, quản lý THA và ĐTĐ cho TYTX.

- Huy động các nguồn tài chính để thực hiện sàng lọc THA, ĐTĐ tại TYTX; nâng cấp cơ sở vật chất, trang thiết bị cho TYTX để đảm bảo cung ứng các dịch vụ y tế cơ bản.

- Đổi mới nội dung và phương pháp truyền thông, giáo dục sức khỏe về điều trị, quản lý tăng huyết áp và đái tháo đường tại y tế cơ sở, tại cộng đồng gắn với từng đối tượng người bệnh cụ thể.

- Kiểm tra, giám sát định kỳ và đánh giá hoạt động của TYTX trong điều trị, quản lý THA, ĐTĐ để phát hiện các vướng mắc và kịp thời điều chỉnh.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH LIÊN QUAN ĐÃ CÔNG BỐ**1. Dương Đức Thiện, Vũ Sinh Nam, Trần Thị Mai Oanh, Nguyễn Tuấn Việt, Nguyễn Khánh Phương**

Ước tính chi phí sàng lọc tăng huyết áp và đái tháo đường trong gói dịch vụ y tế cơ bản tại trạm y tế xã

Tạp chí Y học dự phòng, Tập 29, số 13 - 2019

2. Dương Đức Thiện, Nguyễn Thế Vinh, Trần Thị Mai Oanh, Vũ Sinh Nam

Kết quả hoạt động can thiệp nâng cao kiến thức về quản lý điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường của cán bộ y tế tuyến xã tại huyện Sóc Sơn, Hà Nội, 2018 - 2019

Tạp chí Y học dự phòng, Tập 32, số 6 - 2022

3. Dương Đức Thiện, Nguyễn Hoàng Giang, Trần Thị Mai Oanh

Đánh giá kết quả can thiệp tăng cường quản lý tăng huyết áp và đái tháo đường tại các trạm y tế xã huyện Sóc Sơn, Hà nội, năm 2017 – 2018

Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 522, số 1 - 2023

DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Ban chấp hành Trung ương (2002), Chỉ thị số 06-CT/TW về củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở.
2. Ban chấp hành Trung ương (2017), Nghị quyết số 20-NQ/TW Hội nghị lần thứ sáu Ban chấp hành Trung ương khóa XII về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới.
3. Bảo hiểm xã hội Việt Nam (2017), Báo cáo công tác KCB bảo hiểm y tế, *Phiên giải trình của Ủy ban các vấn đề xã hội, Quốc hội về chính sách thông tuyến KCB BHYT.*
4. Bộ Khoa học và Công nghệ (2019), *Báo cáo kết quả 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.*
5. Bộ Y tế (2009), *Dự án Tăng cường năng lực hệ thống y tế cơ sở cho một số tỉnh trọng điểm giai đoạn 2008-2010: Báo cáo nghiên cứu thực trạng và giải pháp về tài chính cho trạm y tế xã khu vực nông thôn.*
6. Bộ Y tế (2011), Thông tư số 31/2011/TT-BYT ban hành và hướng dẫn thực hiện Danh mục thuốc chủ yếu sử dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được quỹ Bảo hiểm y tế thanh toán.
7. Bộ Y tế (2013), Thông tư 21/2013/TT-BYT quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng Thuốc và điều trị trong bệnh viện.
8. Bộ Y tế (2013), Thông tư 43/2013/TT-BYT ban hành chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật cho các cơ sở khám chữa bệnh.
9. Bộ Y tế (2014), Quyết định 4667/QĐ-BYT ngày 07 tháng 11 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành bộ Tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn đến 2020.

10. Bộ Y tế (2014), Quyết định số 2919/QĐ-BYT về việc Ban hành “Tài liệu chuyên môn hướng dẫn khám, chữa bệnh tại trạm y tế xã, phường”.
11. Bộ Y tế (2014), Thông tư số 40/2014/TT-BYT ban hành và hướng dẫn thực hiện danh mục thuốc tân dược thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế..
12. Bộ Y tế (2015), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2014: Tăng cường dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
13. Bộ Y tế (2015), Quyết định số 346/QĐ-BYT về việc ban hành Kế hoạch phòng chống bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015-2020.
14. Bộ Y tế (2016), *Niên giám thống kê Y tế 2015*, Nhà xuất bản Y học.
15. Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4298/QĐ-BYT phê duyệt Dự án truyền thông, vận động xã hội, phòng chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác giai đoạn 2016-2020.
16. Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4299/QĐ-BYT phê duyệt Dự án chủ động dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị, quản lý bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác giai đoạn 2016-2020.
17. Bộ Y tế (2017), Quyết định số 6110/QĐ-BYT về ban hành hướng dẫn xây dựng và triển khai hệ thống thông tin quản lý trạm y tế xã, phường, thị trấn.
18. Bộ Y tế (2017), Thông tư số 39/2017/TT-BYT quy định Gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến y tế cơ sở.
19. Bộ Y tế (2018), Quyết định số 2559/QĐ-BYT ban hành Kế hoạch tăng cường thực hiện điều trị, quản lý tăng huyết áp và đái tháo đường theo

nguyên lý y học gia đình tại các trạm y tế xã, phường, thị trấn giai đoạn 2018-2020.

20. Bộ Y tế (2018), Quyết định số 3756/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn hoạt động dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm phổ biến cho tuyến y tế cơ sở.
21. Bộ Y tế (2018), Thông tư số 39/2018/TT-BYT về quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong một số trường hợp.
22. Bộ Y tế (2018), Thông tư số 49/2018/TT-BYT về hướng dẫn hoạt động xét nghiệm trong khám, chữa bệnh.
23. Bộ Y tế (2019), *Hội nghị khoa học toàn quốc lần thứ VIII: Quản lý các bệnh không lây nhiễm tại y tế cơ sở ở các nước Đông Nam Á*, truy cập ngày 30/12-2022, tại trang web https://moh.gov.vn/hoat-dong-cua-lanh-dao-bo/-/asset_publisher/TW6LTp1ZtwaN/content/hoi-nghi-khoa-hoc-toan-quoc-lan-thu-viii-nam-2019?inheritRedirect=false.
24. Bộ Y tế (2019), Quyết định số 5904/QĐ-BYT ngày 20/12/2019 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã".
25. Bộ Y tế (2019), Thông tư số 20/2019/TT-BYT quy định hệ thống chỉ tiêu thống kê cơ bản ngành y tế.
26. Bộ Y tế (2019), Thông tư số 37/2019/TT-BYT về quy định chế độ báo cáo thống kê ngành y tế.
27. Bộ Y tế (2021), *Báo cáo đánh giá tình hình thực hiện Thông tư số 39/TT-BYT của Bộ Y tế quy định gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến y tế cơ sở*.

28. Bộ Y tế (2022), *Cần quan tâm hơn về hoạt động quản lý bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần tại tuyến y tế cơ sở*, truy cập ngày 30/12-2022, tại trang web https://moh.gov.vn/hoat-dong-cua-lanh-dao-bo/-/asset_publisher/TW6LTp1ZtwaN/content/can-quan-tam-hon-ve-hoat-ong-quan-ly-benh-khong-lay-nhiem-va-roi-loan-suc-khoe-tam-than-tai-tuyen-y-te-co-so.
29. Hoàng Hải Phúc (2021), Thực trạng công tác quản lý bệnh không lây nhiễm trên địa bàn tỉnh Đắk Lắk, *Hội thảo công bố Dự án Tăng cường chăm sóc sức khỏe ban đầu tại tỉnh Đắk Lắk*, Đắk Lắk, Việt Nam.
30. Hoàng Văn Hùng, Nguyễn Thị Minh và Đàm Khải Hoàn (2022), "Thực trạng quản lý THA tại cộng đồng tỉnh Tuyên Quang năm 2021 và một số yếu tố ảnh hưởng", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 516 (1).
31. Nguyễn Thị Giáng Hương và Bùi Hồng Ngọc (2021), "Thực trạng bệnh không lây nhiễm ở người cao tuổi và các yếu tố hành vi nguy cơ tại một số xã tỉnh Hà Nam năm 2018", *Tạp chí Nghiên cứu y học*. 188 (4).
32. Huỳnh Văn Minh và các cộng sự. (2021), *Kết quả tầm soát huyết áp ở người trưởng thành tại một tỉnh đồng bằng Bắc bộ năm 2020*, truy cập ngày 30/12-2022, tại trang web <https://timmachhoc.vn/ket-qua-tam-soat-huyet-ap-o-nguoi-truong-thanh-tai-mot-tinh-dong-bang-bac-bo-nam-2020/>.
33. Quốc hội (2008), Luật số 17/2008/QH12 – Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật.
34. Quốc hội (2014), Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi, bổ sung số 46/2014/QH13.
35. Sở Y tế Hải Dương (2020), *Báo cáo công tác dự phòng, điều trị, quản lý bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường tại tuyến cơ sở tỉnh Hải Dương năm 2018-2020*, Hải Dương.

36. Thủ tướng Chính phủ (2010), Quyết định số 2331/QĐ-TTg ngày 20 tháng 12 năm 2010 về việc Ban hành danh mục các Chương trình mục tiêu quốc gia năm 2011.
37. Thủ tướng Chính phủ (2012), Quyết định số 1208/QĐ-TTg ngày 4 tháng 9 năm 2012 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chương trình mục tiêu quốc gia Y tế giai đoạn 2012 - 2015.
38. Thủ tướng Chính phủ (2015), Quyết định số 376/QĐ-TTg phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác giai đoạn 2015-2025.
39. Thủ tướng Chính phủ (2016), Quyết định 2348/QĐ-TTg phê duyệt Đề án xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới.
40. Thủ tướng Chính phủ (2017), Quyết định số 622/QĐ-TTg về việc ban hành kế hoạch hành động quốc gia thực hiện chương trình nghị sự 2030 vì sự phát triển bền vững.
41. Thủ tướng Chính phủ (2017), Quyết định số 1125/QĐ-TTg phê duyệt Chương trình mục tiêu Y tế - Dân số giai đoạn 2016 – 2020.
42. Võ Đức Toàn và các cộng sự. (2019), "Thực trạng quản lý bệnh Đái tháo đường tại các trạm y tế xã, phường thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế", *Tạp chí Y dược học*. 9 (2).
43. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Hà Nội (2021), *Đề cương thực hiện hoạt động y tế năm 2021*, Hà Nội.
44. UBND tỉnh Bắc Giang (2011), Quyết định số 668/QĐ-UBND ban hành ngày 31/5/2011 về Phê duyệt Đề án quản lý, điều trị ngoại trú bệnh không lây nhiễm và một số bệnh mạn tính ở tỉnh Bắc Giang giai đoạn 2011- 2020.

45. Viện Chiến lược và Chính sách y tế (2011), *Đánh giá việc thực hiện các chức năng, nhiệm vụ của một số trạm y tế xã khu vực miền núi*, Hà Nội, Việt Nam.
46. Viện Chiến lược và Chính sách y tế (2013), *Đánh giá việc thực hiện chức năng, nhiệm vụ của một số trạm y tế xã khu vực đồng bằng, trung du, thành thị và hải đảo*.
47. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2018), *Kết quả sơ bộ về hoạt động của các trạm y tế xã tại Ninh Bình, Hải Phòng và Sơn La*.
48. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2020), *Đánh giá kết quả sau đào tạo đổi mới đội chăm sóc sức khỏe ban đầu tại trạm y tế xã của 3 tỉnh Yên Bái, Lai Châu và Hà Giang*.
49. Nguyễn Thị Bạch Yến (2014), *Gánh nặng bệnh tật do tăng huyết áp trên thế giới và Việt Nam, Hội nghị triển khai Chương trình mục tiêu quốc gia phòng, chống tăng huyết áp*, Đà Nẵng, Việt Nam.

Tiếng Anh

50. J. Adinan và các cộng sự. (2019), "Preparedness of health facilities in managing hypertension & diabetes mellitus in Kilimanjaro, Tanzania: a cross sectional study", *BMC Health Serv Res.* 19(1), tr. 537.
51. Afganistan Ministry of Health (2003), *A Basic Package of Health Service for Afganistan.*
52. J. Akazili và các cộng sự. (2012), "Progressivity of health care financing and incidence of service benefits in Ghana", *Health Policy Plan.* 27 Suppl 1, tr. i13-22.
53. A. M. Audet, D. Squires và M. M. Doty (2014), "Where are we on the diffusion curve? Trends and drivers of primary care physicians' use of health information technology", *Health Serv Res.* 49(1 Pt 2), tr. 347-60.
54. L. L. Aye và các cộng sự. (2020), "Experiences from the pilot implementation of the Package of Essential Non-communicable Disease Interventions (PEN) in Myanmar, 2017-18: A mixed methods study", *PLoS One.* 15(2), tr. e0229081.
55. V. J. Barr và các cộng sự. (2003), "The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model", *Hosp Q.* 7(1), tr. 73-82.
56. Paula Braveman và Laura Gottlieb (2014), "The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes", *Public Health Rep.* 129(Suppl 2), tr. 19-31.
57. L. Conteh và D. Walker (2004), "Cost and unit cost calculations using step-down accounting. Health Policy and Planning". doi:10.1093/heapol/czh015, tr. 19(2), 127–135.

58. Alessandro R. Demaio và các cộng sự. (2014), "Primary Health Care: a strategic framework for the prevention and control of chronic non-communicable disease", *Global health action*. 7, tr. 24504-24504.
59. Federal Ministry of Health (2005), *Essential Health Services Package for Ethiopia*.
60. Matthew Fisher và các cộng sự. (2020), "Universal Health Coverage for Non-communicable Diseases and Health Equity: Lessons From Australian Primary Healthcare", *International Journal of Health Policy and Management*, tr. -.
61. Global Health Progress (2016), *Communities for Healthy Hearts in Vietnam*, truy cập ngày 30/12-2022, tại trang web <https://globalhealthprogress.org/collaboration/communities-for-healthy-hearts-in-vietnam/>.
62. Piya Hanvoravongchai (2013), *Health Financing Reform in Thailand: Toward Universal Coverage under Fiscal Constraints*, UNICO Study Series; No. 20, World Bank, World Bank, Washington DC.
63. M. Haque và các cộng sự. (2020), "Strengthening Primary Health-Care Services to Help Prevent and Control Long-Term (Chronic) Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries", *Risk Manag Healthc Policy*. 13, tr. 409-426.
64. Inter-American Development Bank Social Protection và Health Division (2014), *Health Benefit Plans in Latin America*.
65. B. Jacobs và các cộng sự. (2017), "Limited understanding, limited services, limited resources: patients' experiences with managing hypertension and diabetes in Cambodia", *BMJ Glob Health*. 2(Suppl 3), tr. e000235.

66. Karolinska Institutet và World Health Organization (2013), *Final technical reports for WHO assignment related to the program for "Rational use of Medicines" in Vietnam*.
67. Tares Krassanairawiwong và các cộng sự. (2021), "Roles of subdistrict health office personnel and village health volunteers in Thailand during the COVID-19 pandemic", *BMJ Case Reports*. 14(9), tr. e244765.
68. D. Lall và các cộng sự. (2018), "Models of care for chronic conditions in low/middle-income countries: a 'best fit' framework synthesis", *BMJ Glob Health*. 3(6), tr. e001077.
69. P. Y. Lee và các cộng sự. (2015), "Healthcare professionals' and policy makers' views on implementing a clinical practice guideline of hypertension management: a qualitative study", *PLoS One*. 10(5), tr. e0126191.
70. Palitha Mahipala và các cộng sự. (2019), "A critical review of addressing cardiovascular and other non-communicable diseases through a primary health care approach in the South-East Asia Region", *Cardiovascular diagnosis and therapy*. 9(2), tr. 150-157.
71. E. Maimela và các cộng sự. (2015), "The perceptions and perspectives of patients and health care providers on chronic diseases management in rural South Africa: a qualitative study", *BMC Health Serv Res*. 15, tr. 143.
72. Hoang Van Minh và các cộng sự. (2014), "Costing of commune health station for provider payment reform in Vietnam", *Global Public Health*.
73. Ministry of Health and Social Welfare Republic of Liberia (2008), *Basic Package of Health and Social Welfare Services for Liberia*.

74. Eduardo Missoni và Giorgio Solimano (2010), *Towards Universal Health Coverage: the Chilean experience*, World Health Report, World Health Organization.
75. Mueller D. H và các cộng sự. (2011), "Constraints to Implementing the Essential Health Package in Malawi", *PLoS ONE*. 6(6), tr. e20741.
76. OECD (2018), *Spending on Primary Health Care: First estimates*.
77. Petit D và các cộng sự. (2013), "Implementing a Basic Package of Health Services in post-conflict Liberia: Perceptions of key stakeholders", *Social Science & Medicine*. 78, tr. 42-49.
78. Waranya Rattanavipapong và các cộng sự. (2016), "One Step Back, Two Steps Forward: An Economic Evaluation of the PEN Program in Indonesia", *Health Systems & Reform*. 2(1), tr. 84-98.
79. Republic of Rwanda - Ministry of Health (2011), *Service package for Health Facilities at different levels of service delivery*.
80. B. Rushforth và các cộng sự. (2016), "Barriers to effective management of type 2 diabetes in primary care: qualitative systematic review", *Br J Gen Pract*. 66(643), tr. e114-27.
81. Qin Yong See (2020), "Attitudes and Perceptions of General Practitioners towards the National Electronic Health Record (NEHR) in Singapore", *EMJ*. 5(1), tr. 86-93.
82. J. Smolowitz và các cộng sự. (2015), "Role of the registered nurse in primary health care: meeting health care needs in the 21st century", *Nurs Outlook*. 63(2), tr. 130-6.
83. Ana Sojo (2006), *Health benefits guarantees in Latin America: equity and quasimarket restructuring at the beginning of the Millennium*.

84. O. Szafran và các cộng sự. (2019), "Interprofessional collaboration in diabetes care: perceptions of family physicians practicing in or not in a primary health care team", *BMC Fam Pract.* 20(1), tr. 44.
85. Yot Teerawattananon (2015), Xây dựng chương trình bao phủ chăm sóc y tế toàn dân tại Thái lan- Vai trò của đánh giá công nghệ y tế *Hội thảo xác định ưu tiên xây dựng gói dịch vụ y tế*, Hà Nội, Việt Nam.
86. Xu K Vande Maele N, Soucat A, et al (2019), "Measuring primary healthcare expenditure in low-income and lower middle-income countries", *BMJ Global Health* 2019. 4:e001497. doi:10.1136/bmjgh-2019-001497.
87. Cherian Varghese và các cộng sự. (2019), "Better health and wellbeing for billion more people: integrating non-communicable diseases in primary care", *BMJ.* 364, tr. 1327.
88. D. Wangchuk và các cộng sự. (2014), "Package of essential noncommunicable disease (PEN) interventions in primary health-care settings of Bhutan: a performance assessment study", *WHO South East Asia J Public Health.* 3(2), tr. 154-160.
89. World Health Organization *Implementation tools: package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings*, truy cập ngày 30/12-2022, tại trang web https://www.who.int/ncds/management/pen_tools/en/.
90. World Health Organization (2008), *Essential Health Packages: What are they for? What do they change?* , WHO Service Delivery Seminar Series. DRAFT Technical Brief No. 2.
91. World Health Organization (2010), *Package of Essential Noncommunicable (PEN) Disease Interventions for Primary Health Care in Low-Resource Settings*, Geneva, Switzerland.

92. World Health Organization (2016), *Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO European Region*, REGIONAL COMMITTEE FOR EUROPE 66th SESSION, Copenhagen, Denmark.
93. World Health Organization (2016), *HEARTS - Technical package for cardiovascular disease management in primary health care*, Geneva.
94. World Health Organization (2017), *Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: Report of the 2017 Global Survey*, Geneva, Switzerland.
95. World Health Organization (2019), *Key facts - Hypertension*, truy cập ngày 30/12-2022, tại trang web <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
96. World Health Organization (2022), *Noncommunicable diseases*, truy cập ngày 30/12-2022, tại trang web <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
97. World Health Organization và Centers for Disease COntrol and Prevention (2016), *Global Hearts Initiative: Working together to beat cardiovascular disease*.
98. Sitaporn Youngkong và các cộng sự. (2012), "Multicriteria Decision Analysis for Including Health Interventions in the Universal Health Coverage Benefit Package in Thailand", *Value Health*. 15(6):961.