

Tăng cường tính bền vững và khả năng chống chịu của hệ thống y tế Việt Nam

TS. Trần Thị Mai Oanh

Viện trưởng - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

Tính bền vững của một hệ thống y tế nói đến khả năng của hệ thống y tế trong thực hiện các chức năng chính gồm cung ứng dịch vụ y tế, bảo vệ người dân trước những gánh nặng về tài chính do các chi phí y tế, khả năng huy động nguồn lực và khả năng đáp ứng của hệ thống y tế đối với nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân. Khả năng chống chịu nói đến khả năng của hệ thống y tế trong việc xác định, ngăn ngừa, giảm thiểu và phục hồi đối với những tác động bất lợi đến sức khỏe của người dân cũng như việc cung ứng dịch vụ y tế và rộng hơn là tác động đến nền kinh tế.

I. Thực trạng hoạt động của hệ thống y tế Việt Nam

1.1. Các chỉ số sức khỏe cơ bản

Với nỗ lực của cả hệ thống y tế, đặc biệt là mạng lưới y tế cơ sở, các chỉ số sức khỏe của Việt Nam đã đạt được những thành tựu đáng kể. Tuổi thọ trung bình tính từ lúc sinh của người dân là tăng từ 72,9 tuổi năm 2010 lên 73,7 năm 2020 (nam là 71 tuổi, nữ là 79,4 tuổi). Tuổi thọ trung bình của Việt Nam cao hơn trung bình thế giới (73 tuổi) và nhiều nước có mức thu nhập bình quân đầu người tương đương. Các chỉ số về chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em ngày càng được cải thiện. Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng thể nhẹ cân giảm từ 17,5% năm 2010 xuống 11,5% năm 2020. Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi suy dinh dưỡng thể thấp còi giảm từ 29,3% năm 2010 xuống còn 19,5% năm 2020. Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi giảm từ 15,8‰ năm 2010 xuống còn 13,9‰ năm 2020. Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi giảm từ 23,8‰ năm 2010 xuống còn 22,3‰ năm 2020. Tỷ số tử vong mẹ trên 100.000 trẻ đẻ sống giảm mạnh từ 69 ca năm 2009 xuống còn 46 ca năm 2019.

Tuy nhiên, vẫn còn tình trạng chênh lệch về các chỉ số sức khỏe cơ bản giữa khu vực thành thị và nông thôn cũng như giữa các vùng kinh tế - xã hội. Tỷ suất tử vong trẻ em ở vùng Tây nguyên, vùng Trung du và miền núi phía Bắc vẫn còn cao gấp 1,4-1,5 lần so với mức trung bình cả nước. Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi suy dinh dưỡng cũng có sự chênh lệch giữa các vùng. Các vùng Tây nguyên, vùng Trung du và miền núi phía Bắc có tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi suy dinh dưỡng cao nhất. Tuổi thọ trung bình tăng lên và đạt 73,7 tuổi (năm 2020), nhưng tuổi thọ khỏe mạnh chỉ đạt 65 tuổi.

1.2. Cung ứng dịch vụ y tế

Dịch vụ y tế dự phòng, y tế công cộng:

Công tác dự báo, giám sát và phòng chống dịch bệnh được củng cố; ngăn chặn và khống chế được nhiều dịch bệnh nguy hiểm mới nổi như Ebola, Mers-CoV.... Tình hình mắc và tử vong các dịch bệnh lưu hành hầu hết đều giảm qua các năm. Công tác tiêm chủng được củng cố, duy trì tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ cho trẻ em trên 95% với 10 loại vắc xin. Kiểm soát và đạt mục tiêu toàn cầu về phòng chống bệnh lao, sốt rét, sởi. Khống chế tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS trong cộng đồng dưới 0,3% và giảm người nhiễm mới bền vững trong 10 năm qua. Tỷ lệ người nghiện ma túy được điều trị bằng thuốc thay thế Methadone, Buprenorphine, người nhiễm HIV được điều trị bằng thuốc kháng HIV (ARV) ngày càng cao. Việt Nam cùng với Anh, Đức, Thụy Sĩ là bốn quốc gia có chất lượng điều trị HIV/AIDS tốt nhất thế giới.

Đối với phòng chống dịch COVID-19, tính từ đầu năm 2020 đến nay (29/11/2021), Việt Nam đã trải qua 4 giai đoạn dịch với tổng số 1.224.110 ca nhiễm, đứng thứ 35/223 quốc gia và vùng lãnh thổ. Số ca nhiễm/1 triệu dân của Việt Nam đứng thứ 149/223 quốc gia và vùng lãnh thổ (bình quân cứ 1 triệu người có 12.499 ca nhiễm). Tổng số ca tử vong do COVID-19 là 25.055 ca, chiếm tỷ lệ 2% so với tổng số ca mắc và tương đương với tỷ lệ tử vong do COVID-19 trên thế giới (1,99%). Đảng, Chính phủ, Ban chỉ đạo quốc gia phòng chống Covid và Bộ Y tế đã chỉ đạo triển khai thực hiện hiệu quả, kịp thời các biện pháp phòng chống dịch COVID-19, kiên định với năm chiến lược nhất quán trong phòng, chống và kiểm soát COVID-19; được thực hiện với nhiều biện pháp đồng bộ xuyên suốt qua các giai đoạn, bao gồm: (i) ngăn chặn; (ii) phát hiện ca nhiễm và ca nghi ngờ nhanh chóng thông qua xét nghiệm và truy vết; (iii) cách ly; (iv) khoanh vùng nhanh gọn, thực hiện giãn cách xã hội; (v) điều trị hiệu quả. Việc áp dụng biện pháp 5K (khẩu trang; khử khuẩn; khoảng cách; không tụ tập khai báo y tế) trong phòng lây lan của dịch bệnh là kịp thời và hiệu quả. Giải pháp cơ bản và lâu dài mà Chính phủ đặt ra trong phòng chống dịch bệnh COVID-19 là sớm tiếp cận vắc xin. Do vậy Chính phủ đã rất nỗ lực và bằng mọi kênh để có thể nhập khẩu vắc xin và thúc đẩy quá trình sản xuất vắc xin trong nước tiêm cho người dân. Tính đến hiện tại, tỷ lệ người trên 18 tuổi được tiêm ít nhất 1 mũi vắc xin là 94%, tỷ lệ tiêm đủ 2 mũi là 68%.

Để đảm bảo đủ điều kiện về năng lực xét nghiệm với các kịch bản lây nhiễm khác nhau, Bộ Y tế đã tăng cường đầu tư mở rộng mạng lưới các Labo xét nghiệm Covid trên toàn quốc để có thể đáp ứng được một số lượng lớn xét nghiệm trong tình huống dịch bùng phát. Số lượng phòng xét nghiệm khẳng định COVID-19 bằng RT-PCR trên toàn quốc có sự gia tăng rõ rệt, từ 98 phòng

xét nghiệm tại thời điểm 17/01/2020, tăng lên 274 phòng xét nghiệm tại thời điểm 2/9/2021¹. Chỉ số xét nghiệm trên 1 triệu dân tại Việt Nam vào khoảng 432.081 test/1 triệu dân, cao hơn so với Thái Lan (131.428 test/1 triệu dân, và Ấn Độ (395.530 test/1 triệu dân).

Việc điều chỉnh linh hoạt các chiến lược phòng chống dịch COVID-19 về phương thức triển khai thực hiện theo từng giai đoạn, từng thời điểm như đã thực hiện trong thời gian qua là phù hợp và kịp thời để kiểm soát dịch bệnh. Việc điều chỉnh này được dựa trên tình hình diễn biến dịch, đặc điểm dịch tễ, năng lực thực tế của từng địa phương và thực trạng bao phủ vacxin. Trước diễn biến mới của việc xuất hiện biến thể Delta của virus SARS-CoV-2 trong đợt dịch thứ tư với tốc độ lây lan nhanh hơn và nguy cơ tử vong cao hơn, chính sách và chiến lược mới trong phòng chống COVID-19 đã được điều chỉnh kịp thời và phù hợp với diễn biến của dịch. Chiến lược mới là thực hiện giãn cách xã hội trên cơ sở phân vùng nguy cơ, xét nghiệm diện rộng đối với khu vực có lây nhiễm SARS-CoV-2 cao trong cộng đồng, áp dụng chiến lược “tháp 3 tầng” trong điều trị COVID-19 để không làm quá tải các bệnh viện.

Công tác dự phòng và kiểm soát các bệnh không lây nhiễm cũng đã được chú trọng, đặc biệt là phòng, chống các yếu tố nguy cơ được triển khai theo các Chương trình mục tiêu y tế - dân số, gắn với chăm sóc sức khỏe ban đầu. Tăng cường việc điều trị, quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã như bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường. Chương trình Sức khỏe Việt Nam được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt và bước đầu triển khai có hiệu quả. Nhận thức và thực hành về dự phòng, nâng cao sức khỏe của mỗi người dân, gia đình và xã hội được nâng lên, nhiều người đã chú trọng hơn đến việc thay đổi lối sống (như thay đổi chế độ dinh dưỡng, rèn luyện thể lực...) để làm giảm thiểu tác động của các yếu tố nguy cơ gây bệnh.

Dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh:

Với mạng lưới cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh bao phủ rộng khắp, trên cả nước có 34 bệnh viện tuyến trung ương, 376 bệnh viện tuyến tỉnh; 624 bệnh viện tuyến huyện và 11.112 trạm y tế xã. Bên cạnh hệ thống công lập, mạng lưới y tế tư nhân cũng phát triển mạnh cả về quy mô và số lượng. Số giường bệnh trên 1 vạn dân đạt 28,3 giường bệnh/10.000 dân (năm 2018). Số bệnh viện tư nhân tăng từ 170 bệnh viện với 9.800 giường bệnh năm 2015 lên 272 bệnh viện năm 2020 với khoảng 17.500 giường bệnh (6,16% tổng số giường bệnh) và trên 37.600 phòng khám tư nhân, góp phần đáng kể vào cung cấp dịch vụ y tế, cả

¹ WHO. Viet Nam COVID-19 Situation Report #58. 5 September 2021.

khám chữa bệnh và phòng bệnh (cung cấp 43% dịch vụ ngoại trú và 2,1% tổng số dịch vụ nội trú).

Năng lực của mạng lưới y tế cơ sở không ngừng được củng cố. Tỷ lệ trạm y tế xã có đủ điều kiện khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế tăng từ khoảng 80% năm 2011 lên khoảng 92,8% năm 2020. Tỷ lệ trạm y tế xã thực hiện được trên 80% danh mục dịch vụ kỹ thuật của tuyến xã tăng từ 30,0% năm 2016 lên khoảng 48,8% năm 2020. Tỷ lệ xã đạt tiêu chí quốc gia về y tế xã tăng từ 76,2% năm 2016 lên 94,4% năm 2020. Tỷ lệ trung tâm y tế huyện thực hiện được tối thiểu 80% danh mục dịch vụ kỹ thuật của tuyến huyện tăng từ 22,7% năm 2016 lên khoảng 42,1% năm 2020.

Công tác khám chữa bệnh bảo hiểm y tế không ngừng được cải thiện trên cơ sở mở rộng danh mục dịch vụ y tế trong phạm vi thanh toán của bảo hiểm y tế, trong đó bảo hiểm y tế chi trả cho cả các dịch vụ kỹ thuật cao chi phí lớn cũng như thuốc điều trị ung thư nhằm làm giảm gánh nặng tài chính do chi phí y tế và tăng cường khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của người dân. Số lượt khám chữa bệnh BHYT tại các tuyến tăng dần qua các năm. Trong tổng số lượt khám chữa bệnh bảo hiểm y tế trong năm, tỷ lệ người dân đến khám chữa bệnh ở tuyến y tế cơ sở chiếm khoảng 70% (xã khoảng 20%, huyện khoảng 50%).

Tỷ lệ dân số được quản lý, theo dõi sức khỏe tăng từ 0,2% năm 2016 lên khoảng 38,1% năm 2020. Tỷ lệ trạm y tế xã triển khai dự phòng, quản lý điều trị một số bệnh không lây nhiễm tăng từ 56,7% năm 2016 lên 69,8% năm 2019 và ước đạt 77,3% năm 2020.

Trong những năm qua, ngành y tế đã thực hiện đồng bộ, quyết liệt nhiều giải pháp để giảm quá tải, nâng cao chất lượng dịch vụ các tuyến như mở rộng mạng lưới bệnh viện vệ tinh²; liên thông kết quả xét nghiệm, chẩn đoán³; tăng cường ứng dụng khoa học công nghệ trong khám chữa bệnh, chuyển giao kỹ thuật cho tuyến dưới; đổi mới phong cách, thái độ phục vụ, đổi mới căn bản phương thức đánh giá chất lượng, phân loại bệnh viện theo bộ tiêu chí phù hợp với quốc tế. Một số bệnh viện đã thu hút người nước ngoài khám chữa bệnh tại Việt Nam⁴. Báo cáo Chỉ số PAPI hàng năm cho thấy chỉ số hài lòng của người dân về y tế công lập tăng từ 1,84 giai đoạn 2011-2015 lên 1,99 năm 2019 và

² Giai đoạn 2016-2020, tiếp tục ở rộng mạng lưới bệnh viện vệ tinh với 23 bệnh viện hạt nhân và 138 bệnh viện vệ tinh đối với chuyên khoa đang gây quá tải bệnh viện tuyến cuối, các bệnh viện vệ tinh đã làm chủ được các kỹ thuật mới giúp người dân được hưởng các dịch vụ y tế kỹ thuật cao ngay tại tuyến cơ sở, giúp giảm tỷ lệ chuyển tuyến xuống 50%, có một số bệnh viện vệ tinh đã giảm chuyển tuyến 100%.

³ Theo Quyết định số 316/QĐ-TTg ngày 27/02/2016: Trước ngày 1/1/2018 liên thông kết quả xét nghiệm giữa các bệnh viện hạng đặc biệt và hạng I; năm 2020 liên thông các bệnh viện trong cùng một địa bàn tỉnh; năm 2025 liên thông toàn quốc.

⁴Năm 2018 khoảng 60 nghìn lượt điều trị nội trú; 300 nghìn lượt khám bệnh của người nước ngoài.

năm 2020 (thang điểm 2,5). Khảo sát của Tổ chức Sáng kiến Việt Nam, Oxfam cho thấy chỉ số hài lòng người bệnh nội trú tăng từ 80,8% năm 2018 lên 83,62%; tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú tăng từ 74,8% năm 2018 lên 78,9% năm 2020.

Một số khó khăn, bất cập về đáp ứng của hệ thống y tế cung ứng dịch vụ y tế:

- Trong giai đoạn dịch COVID-19 bùng phát, năng lực của hệ thống y tế chưa đáp ứng được nhu cầu điều trị của bệnh nhân COVID-19, cụ thể là: (i) *Có tình trạng thiếu giường bệnh* trong điều trị bệnh nhân COVID-19 so với nhu cầu bệnh nhân COVID-19 cần điều trị ở tất cả các tầng, đặc biệt là giường chăm sóc bệnh nhân cần thở o xy và chăm sóc hồi sức tích cực (xảy ra nghiêm trọng ở cả thành phố Hồ Chí Minh và tỉnh Bình Dương do có số ca nhiễm COVID-19 quá lớn). Tuy nhiên, việc thành lập gấp rút các bệnh viện dã chiến (15 bệnh viện dã chiến điều trị COVID-19 với hơn 34.500 giường) và thành lập các trung tâm hồi sức tích cực COVID-19 tại TP Hồ Chí Minh đã làm tăng khả năng đáp ứng về số lượng giường bệnh điều trị bệnh nhân COVID-19; (ii) *Tình trạng thiếu trang thiết bị y tế và vật tư y tế* trong giai đoạn dịch bùng phát như thiếu máy thở; thiếu phụ kiện vật tư liên quan như thiếu ống thở, thiếu mask; thiếu thiết bị theo dõi và hỗ trợ điều trị tích cực như thiếu máy monitor. Nguyên nhân thiếu thiết bị y tế và vật tư là do nguồn cung cấp khan hiếm do đứt gãy chuỗi cung ứng hoặc hãng cung cấp không giao hàng kịp do giao thông đi lại khó khăn vì giãn cách xã hội. Bên cạnh đó cơ chế mua sắm với các máy móc lớn vẫn mất thời gian, quy trình thủ tục phức tạp đặc biệt là với trang thiết bị y tế có trị giá hơn 1 tỷ đồng. Việc thiếu trang thiết bị y tế và vật tư y tế là một trong các nguyên nhân làm cho bệnh viện điều trị COVID-19 ở các tầng không thể tiếp nhận bệnh nhân COVID-19 để điều trị mặc dù vẫn còn giường bệnh trống; (iii) *Có tình trạng thiếu thuốc* thuộc nhóm thuốc chống đông máu, thuốc giãn cơ. Nguyên nhân thiếu thuốc là do đứt gãy chuỗi cung ứng hoặc hãng cung cấp không giao hàng kịp do giao thông đi lại khó khăn. Việc dự trữ đầu thầu mua sắm bổ sung mất thời gian và quy trình phức tạp nên không mua sắm kịp; (iv) *Tình trạng thiếu nhân lực chuyên môn có kinh nghiệm về hồi sức tích cực bao gồm cả bác sĩ và điều dưỡng*, phổ biến ở tất cả các cơ sở y tế điều trị bệnh nhân COVID-19. Toàn bộ đội ngũ nhân lực y tế trực tiếp tham gia vào công tác điều trị đều trong tình trạng quá tải và áp lực do phải làm việc trong khoảng thời gian quá dài do thiếu nhân lực thay thế, đặc biệt đối với đội ngũ nhân lực làm việc trong khu vực hồi sức tích cực. Tại một số bệnh viện được khảo sát, số bệnh nhân trung bình một bác sĩ phải chăm sóc trong một ca 8 tiếng là 50-60 bệnh nhân. Có những bệnh viện trong khu điều trị hồi sức tích cực có 16-20 bệnh nhân thở máy nhưng cả khoa chỉ có 1 bác sĩ và 2 điều dưỡng có kinh nghiệm về hồi sức cấp cứu; khu điều trị tích cực có 100 giường với 9 bác sĩ nhưng chỉ có 3 bác sĩ có kinh

nghiệm điều trị hồi sức tích cực, có 15 điều dưỡng nhưng chỉ có 2-3 điều dưỡng có kinh nghiệm về hồi sức tích cực; (v) *Năng lực của các cơ sở điều trị ở tầng 1 cũng hạn chế* (là các cơ sở thuộc tuyến y tế cơ sở, bao gồm các bệnh viện thuộc tuyến quận/huyện, các trạm y tế xã). Các cơ sở y tế này cũng trong tình trạng thiếu nhân lực trầm trọng do khi hình thành cơ sở cách ly điều trị bệnh nhân COVID-19 thì chỉ tính toán nhân lực theo dõi bệnh nhân nhẹ nhưng thực tế nhiều cơ sở thường phải chăm sóc một số lượng nhất định sóc bệnh nhân thở oxy, công suất tiếp nhận bệnh nhân cũng tăng khoảng từ 50-100% so với dự kiến ban đầu. Theo đánh giá của bác sĩ ở bệnh viện tầng 2 và tầng 3 thì năng lực theo dõi, đánh giá tình trạng bệnh nhân để tiên lượng bệnh và có phương án điều trị kịp thời cho bệnh nhân COVID-19 để đưa ra các quyết định chuyển tầng ở cơ sở cách ly điều trị tầng 1 còn hạn chế nên không phát hiện và xử lý kịp thời các trường hợp chuyển nặng dẫn đến khi phát hiện và chuyển bệnh nhân lên tuyến trên bị muộn và bệnh đã trở nặng. Việc quản lý và điều trị F0 tại nhà có một số khó khăn bất cập do không theo dõi chủ động được cho tất cả F0, chỉ tiếp nhận thông tin và xử trí khi có yêu cầu từ hộ gia đình do tình trạng thiếu nhân lực y tế tại trạm y tế xã (nhân viên trạm y tế xã bị điều động lên cơ sở cách ly nên lực lượng nhân lực của trạm y tế phường thiếu), trong khi nhân lực của trạm y tế lưu động tại Thành phố Hồ Chí Minh thời điểm dịch bùng phát không phải từ nguồn nhân lực tại chỗ mà chủ yếu là lực lượng tăng cường từ các địa phương khác nên gặp nhiều khó khăn trong việc theo dõi, quản lý và điều trị F0 tại nhà.

- Công tác phòng chống các bệnh không lây nhiễm vẫn chưa đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân do hiện tại quỹ bảo hiểm y tế mới chỉ đang chi trả cho các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh; do vậy chưa có cơ chế tài chính để chi trả cho khám sàng lọc, phát hiện sớm bệnh tật; theo dõi và quản lý bệnh không lây nhiễm tại cộng đồng. Tỷ lệ bệnh nhân bị mắc bệnh mạn tính cao nhưng thực tế số lượng người có bệnh mà chưa được phát hiện cũng chiếm tỷ lệ tương đối cao và số lượng người đã được chẩn đoán bị bệnh nhưng chưa được theo dõi và điều trị cũng cao. Theo kết quả khảo sát của Dự án Phòng chống tăng huyết áp giai đoạn 2012-2015, trong số 2.339.963 người được khám sàng lọc thì có 16% số người được chẩn đoán bị tăng huyết áp (374.394 người); và trong số những người được chẩn đoán tăng huyết áp thì có tới 49,8% số người là mới được phát hiện qua đợt khám sàng lọc, theo dõi và điều trị tăng huyết áp.

- Chất lượng dịch vụ y tế vẫn có sự chênh lệch lớn giữa các tuyến, các vùng miền, do vậy tình trạng bệnh nhân tự vượt tuyến đi khám chữa bệnh ở tuyến trên vẫn còn tương đối phổ biến, gây tình trạng quá tải ở một số bệnh viện trung ương, đồng thời làm tăng gánh nặng tài chính do chi phí khám chữa bệnh của người dân (phải chi trả cho các chi phí đi lại, ăn uống, tăng tỷ lệ đồng chi trả

khi sử dụng dịch vụ y tế vượt tuyến đối với dịch vụ ngoại trú và sử dụng dịch vụ nội trú ở tuyến trung ương). Bên cạnh đó, công tác chăm sóc sức khỏe hiện nay chủ yếu vẫn dựa vào chăm sóc trong bệnh viện, chưa chú trọng đúng mức tới phòng bệnh, nâng cao sức khỏe và chủ động sàng lọc phát hiện bệnh sớm.

1.3. Khả năng bảo vệ rủi ro về tài chính do chi phí y tế cho người dân

Để tăng cường khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của người dân, các chính sách hỗ trợ tài chính cho người dân tham gia bảo hiểm y tế đã được ban hành. Các đối tượng chính sách như người có công, người nghèo, người dân tộc thiểu số, trẻ em dưới 6 tuổi, người trên 80 tuổi... được ngân sách nhà nước hỗ trợ mua BHYT⁵. Ngân sách Nhà nước hỗ trợ người cận nghèo 70% mệnh giá thẻ BHYT; hỗ trợ tiền ăn, tiền đi lại, hỗ trợ đồng chi trả BHYT cho người nghèo và đồng bào dân tộc thiểu số; hỗ trợ học sinh, sinh viên 50% mệnh giá thẻ BHYT.

Tuy nhiên, khả năng bảo vệ rủi ro về tài chính do chi phí y tế cho người dân của hệ thống y tế Việt Nam vẫn còn hạn chế do chi trực tiếp từ tiền túi của hộ gia đình cho chăm sóc sức khỏe so với tổng chi y tế vẫn còn cao, chiếm 40,8% (theo số liệu của Tài khoản y tế quốc gia năm 2015). Tỷ lệ này có xu hướng tăng so với số liệu năm 2013 là 38,7%. Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới, tỷ lệ chi trực tiếp từ tiền túi của hộ gia đình phải dưới 30% so với tổng chi y tế thì hệ thống y tế mới được đánh giá là công bằng.

1.4. Khả năng huy động nguồn lực của hệ thống y tế

Hệ thống tài chính y tế của Việt Nam chủ yếu dựa trên nguồn tài chính công, bao gồm từ nguồn ngân sách nhà nước và bảo hiểm y tế. Tỷ lệ người dân có thẻ bảo hiểm y tế tương đối cao, đạt trên 90% và chúng ta có các chính sách hỗ trợ về mặt tài chính trong chăm sóc sức khỏe cho nhóm đối tượng yếu thế rất tốt. Chi phí cho các hoạt động y tế dự phòng và y tế công cộng do ngân sách nhà nước chi trả. Mọi chi phí liên quan đến phòng chống dịch bệnh COVID-19 do ngân sách nhà nước chi trả và các chi phí điều trị do quỹ bảo hiểm y tế chi trả. Hệ thống y tế hoạt động dựa trên nguồn tài chính công là một trong những điều kiện quan trọng để đảm bảo tính bền vững của hệ thống y tế.

Tuy nhiên, một trong các hạn chế của hệ thống y tế Việt Nam là việc sử dụng nguồn kinh phí từ bảo hiểm y tế chưa hiệu quả. Khoảng 70% người bệnh có thẻ BHYT khám chữa bệnh tại tuyến y tế cơ sở (TYT xã, BV huyện), nhưng chỉ sử dụng khoảng 30% tổng chi của quỹ BHYT (trong đó chi cho khám chữa bệnh BHYT tại TYT xã chỉ là 4%, bệnh viện huyện là 26%). Theo khuyến cáo

⁵ Hỗ trợ 100% mức đóng cho người nghèo, đồng bào dân tộc thiểu số ở vùng KTXH khó khăn, trẻ em dưới 6 tuổi, người trên 80 tuổi và một số đối tượng chính sách khác; tối thiểu 70% cho người cận nghèo, 30% cho học sinh, sinh viên, người thuộc hộ gia đình làm nông, lâm, ngư, diêm nghiệp có mức sống trung bình.

của Tổ chức Y tế thế giới, cần phải tăng phân bổ quỹ BHYT cho các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu đạt ở mức 30% tổng quỹ BHYT, trong đó chi cho tuyến xã phải là 20% và chi cho CSSKBD tại tuyến huyện là 10% (tỷ trọng chi cho tuyến huyện và xã theo khuyến cáo là 30%).

Về nguồn nhân lực y tế, số lượng và chất lượng nhân lực y tế ngày càng được cải thiện. Nhiều giải pháp phát triển nhân lực y tế bền vững cho các vùng khó khăn đã được triển khai như áp dụng hình thức đào tạo theo địa chỉ, ban hành các chính sách đãi ngộ nhằm thu hút cán bộ y tế về làm việc ở miền núi, vùng sâu, vùng xa... Tỷ lệ bác sĩ trên 1 vạn dân trên cả nước đạt 9,4 bác sĩ (năm 2019) và hơn 80% trạm y tế xã trên toàn quốc đã có bác sĩ làm việc. Các cơ sở đào tạo cán bộ y tế được đầu tư, nâng cấp để nâng cao chất lượng đào tạo. Trong giai đoạn dịch COVID-19 bùng phát, chúng ta đã thực hiện tốt việc huy động nguồn nhân lực trong cũng như ngoài ngành y tế tham gia công tác phòng chống dịch cũng như điều trị bệnh nhân COVID-19. Đội ngũ nhân lực được huy động cho các trạm y tế lưu động và các tổ chăm sóc người nhiễm SARS-COV-2 tại cộng đồng đã đóng vai trò quan trọng trong theo dõi, quản lý và điều trị bệnh nhân COVID-19 tại nhà, góp phần làm giảm tải hệ thống bệnh viện trong điều trị bệnh nhân COVID-19.

Tuy nhiên, bất cập trong phát triển nguồn nhân lực y tế hiện nay là vấn đề khó khăn trong thu hút và duy trì nhân lực y tế ở khu vực nông thôn, miền núi, vùng sâu, vùng xa. Lý do chủ yếu là do thu nhập thấp, chế độ phụ cấp đãi ngộ chưa thỏa đáng, điều kiện làm việc không tốt do không có đủ trang thiết bị, môi trường làm việc không đảm bảo an toàn, ít có cơ hội được đào tạo^{6,7,8}. Có tình trạng biến động nhân lực ở các cơ sở y tế tuyến huyện, xã. Ở một số địa phương khảo sát, số lượng tuyển dụng mới chiếm tỷ lệ rất thấp so với nhu cầu tuyển dụng trong khi đó số lượng nhân lực y tế chuyển đi hoặc nghỉ việc chiếm bằng một nửa số lượng tuyển dụng mới¹². Năng lực cung ứng dịch vụ y tế của nhân lực y tế tuyến xã cũng còn hạn chế do thiếu kiến thức và kỹ năng⁹; khả năng thực hiện các dịch vụ kỹ thuật của trạm y tế xã hạn chế¹⁰. Những bất cập này đã làm cản trở việc sử dụng dịch vụ y tế của người dân tại tuyến y tế cơ sở.

⁶ Viện Chiến lược và Chính sách Y tế. NC về các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng thu hút và duy trì CB y tế tuyến cơ sở ở 4 tỉnh miền núi 2012.

⁷ Viện Chiến lược và Chính sách Y tế. Thực trạng sử dụng bác sĩ, cử nhân điều dưỡng sau tốt nghiệp tại 6 tỉnh 2010.

⁸ The World Bank. Attracting doctors and medical students to rural Vietnam – insight from a Discrete Choice Experiment. Discussant Paper 2010.

⁹ Viện Chiến lược và Chính sách Y tế. Đánh giá việc thực hiện chức năng nhiệm vụ của trạm y tế xã ở các vùng miền thuộc 11 tỉnh 2012.

¹⁰ Viện Chiến lược và Chính sách Y tế. Đánh giá thực trạng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã ở 4 tỉnh 2011.

II. Một số giải pháp tăng cường tính bền vững và khả năng chống chịu của hệ thống y tế Việt Nam

Để nâng cao hiệu quả hoạt động của hệ thống y tế trong chăm sóc sức khỏe cho người dân cũng như tăng cường tính đáp ứng và khả năng chống chịu của hệ thống y tế nhằm thực hiện mục tiêu bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân một cách bền vững thì hệ thống y tế Việt Nam cần phải được củng cố dựa trên nền tảng của chăm sóc sức khỏe ban đầu; bao gồm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cá nhân và chăm sóc sức khỏe cộng đồng; chú trọng việc cung ứng các dịch vụ phòng bệnh, nâng cao sức khỏe để có được cộng đồng dân cư khỏe mạnh chứ không phải chỉ hướng đến điều trị khi bị bệnh. Đảm bảo các dịch vụ y tế được cung ứng theo hướng chăm sóc toàn diện, có sự cân đối giữa chăm sóc ban đầu và chăm sóc dựa vào bệnh viện. Tăng cường năng lực của y tế cơ sở, đặc biệt là tăng cường vai trò, năng lực của trạm y tế xã là yếu tố quyết định trong đảm bảo cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu một cách toàn diện, liên tục và hiệu quả.

Một số giải pháp tăng cường tính bền vững và khả năng chống chịu của hệ thống y tế Việt Nam trong bối cảnh nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân tăng lên, bệnh không lây nhiễm chiếm tỷ lệ cao và dịch bệnh COVID-19 vẫn còn tiếp diễn, bao gồm:

(i) Nâng cao năng lực quản trị hệ thống y tế:

Tăng cường tính minh bạch và lấy người dân làm trung tâm trong xây dựng chính sách y tế nhằm đảm bảo người dân được tiếp cận với các dịch vụ y tế có chất lượng và toàn diện khi có nhu cầu, bao gồm dịch vụ về nâng cao sức khỏe, dự phòng, điều trị, phục hồi chức năng, chăm sóc giảm nhẹ cũng như đảm bảo để người dân được bảo vệ về tài chính không bị nghèo hóa do các chi phí cho chăm sóc sức khỏe.

Tăng cường năng lực dự báo, phân tích và đề xuất chính sách dựa trên bằng chứng. Nâng cao năng lực về quản trị bảo hiểm y tế trên cơ sở ban hành các quy định cụ thể về thanh toán bảo hiểm y tế cũng như ban hành quy định về trách nhiệm giải trình của cơ quan quản lý quỹ BHYT và giám sát hoạt động cung ứng dịch vụ y tế của cơ sở y tế các tuyến nhằm nâng cao hiệu quả quản lý và sử dụng quỹ BHYT một cách bền vững.

Tăng cường giám sát việc triển khai thực hiện các chính sách y tế trên cơ sở làm rõ vai trò và trách nhiệm của các bên liên quan. Định kỳ kiểm tra và đánh giá năng lực đáp ứng và khả năng chống chịu của hệ thống y tế đối với mỗi cuộc khủng hoảng về y tế để kịp thời điều chỉnh cũng như xây dựng kế hoạch ứng phó để có sự chuẩn bị nhằm nâng cao năng lực đáp ứng của hệ thống y tế trong phòng chống dịch bệnh.

(ii) Củng cố tổ chức bộ máy y tế theo nội dung của Nghị quyết số 20-NQ/TW của 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.

Tổ chức hệ thống cung ứng dịch vụ y tế theo 3 cấp chuyên môn kỹ thuật (tuyến chăm sóc ban đầu, tuyến chăm sóc cấp độ 2, tuyến chăm sóc cấp độ 3) để đảm bảo sự kết nối và hỗ trợ hiệu quả về chuyên môn giữa các tuyến nhằm tăng cường việc cung ứng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu một cách toàn diện và có chất lượng cho người dân; trong đó tuyến chăm sóc ban đầu là trạm y tế xã và phải đảm nhận vai trò là người gác cổng trong hệ thống chăm sóc sức khỏe. Cần quy định rõ vai trò và trách nhiệm của bệnh viện trong hỗ trợ tuyến chăm sóc ban đầu để thực hiện tốt chức năng chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân.

Thực hiện thay đổi phương thức chăm sóc sức khỏe cho người dân theo hướng chăm sóc sức khỏe chủ động hướng tới phòng bệnh, sàng lọc chẩn đoán bệnh sớm và quản lý bệnh; chú trọng tới bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường tại TYT xã nhằm thực hiện các chỉ tiêu đặt ra trong Kế hoạch hành động quốc gia thực hiện Chương trình nghị sự 2030 vì sự phát triển bền vững theo Quyết định số 622/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ.

(iii) Nâng cao năng lực mạng lưới y tế cơ sở, đặc biệt là trạm y tế xã để thực hiện tốt đồng thời cả nhiệm vụ phòng chống dịch bệnh và nhiệm vụ thường quy như quản lý ca bệnh mạn tính, khám chữa bệnh ban đầu, tiêm chủng mở rộng, chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em.... Điều phối và tham gia theo dõi, quản lý, điều trị bệnh nhân COVID-19 tại nhà và chuyên tầng điều trị kịp thời.

Thực hiện *đổi mới cơ chế tài chính cho y tế cơ sở*, trong đó phải đảm bảo đủ nguồn tài chính công cho y tế dự phòng và y tế cơ sở từ nguồn ngân sách nhà nước và BHYT trên cơ sở tăng tỷ trọng phân bổ kinh phí từ nguồn ngân sách nhà nước cho y tế tuyến huyện, xã và đầu tư cho y tế dự phòng cũng như tăng tỷ trọng phân bổ quỹ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế cho các cơ sở y tế tuyến huyện, xã. Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới, phân bổ quỹ BHYT cho các cơ sở CSSKBD ít nhất phải đạt 30% tổng quỹ BHYT, trong đó 20% quỹ BHYT phải phân bổ cho tuyến xã và 10% phân bổ cho CSSKBD của y tế tuyến huyện. Đồng thời, thực hiện đổi mới phương thức phân bổ ngân sách dựa theo kết quả hoạt động và chỉ tiêu đầu ra nhằm khuyến khích nhân viên y tế trong thực hiện nhiệm vụ cũng như đổi mới phương thức chi trả của bảo hiểm y tế nhằm khuyến khích việc cung cấp các dịch vụ y tế chăm sóc sức khỏe ban đầu một cách hiệu quả tại tuyến y tế cơ sở. Mở rộng gói quyền lợi của bảo hiểm y tế theo hướng quỹ BHYT chi trả cho cả các dịch vụ phòng bệnh, sàng lọc phát hiện bệnh sớm.

Đổi mới đào tạo nguồn nhân lực cho y tế cơ sở. Đồng thời với đào tạo nguồn nhân lực có trình độ cao, cần chú trọng đào tạo nguồn nhân lực y tế làm công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu để đảm bảo cho người dân được tiếp cận các dịch vụ y tế có chất lượng ngay tại tuyến y tế cơ sở. Nguồn nhân lực y tế cho thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu cần phải được đảm bảo có đủ năng lực để đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân và sự thay đổi về mô hình bệnh tật cũng như sự thay đổi về cấu trúc dân số với tỷ lệ người cao tuổi ngày càng tăng như hiện nay. Để thực hiện tốt được yêu cầu về chăm sóc lồng ghép và liên tục thì đòi hỏi đội ngũ nhân lực y tế làm công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu phải có các kỹ năng tương đối toàn diện. Cần phải đa dạng hóa đội ngũ cán bộ làm công tác CSSKBD (bao gồm cả các thầy thuốc lâm sàng như bác sỹ, y sỹ, điều dưỡng, nữ hộ sinh, dược đến cử nhân y tế công cộng, cử nhân được đào tạo về quản lý, truyền thông...) và đội ngũ này cần phải được đào tạo theo cách tiếp cận dựa trên yêu cầu về năng lực để có đủ kiến thức và kỹ năng đáp ứng nhu cầu CSSK thực tế hiện nay.

Nâng cao hiệu quả triển khai các chính sách thu hút và duy trì nguồn nhân lực y tế tại tuyến y tế cơ sở: chính sách đào tạo cử tuyển cho khu vực vùng khó khăn, chính sách đào tạo theo địa chỉ, các chính sách khuyến khích về tài chính cho cán bộ y tế công tác tại khu vực đặc biệt khó khăn...

(iv) Nâng cao năng lực đáp ứng của hệ thống y tế đối với phòng chống dịch bệnh COVID-19 trong tình hình mới.

- *Kịp thời xây dựng kế hoạch phòng chống dịch bệnh và điều trị bệnh nhân COVID-19* với các kịch bản khác nhau về mức độ nguy cơ của dịch và *xác định nhu cầu nguồn lực thiếu hụt cần bổ sung* (về nhân lực, kinh phí, cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc, vật tư y tế...) với các phương án huy động nguồn lực cụ thể khi dịch bệnh bùng phát.

- *Đào tạo nâng cao năng lực chuyên môn cho cả 3 tầng điều trị* để thực hiện điều trị sớm nhằm giảm tỷ lệ tử vong do COVID-19, bao gồm năng lực phân loại mức độ nguy cơ của bệnh, theo dõi, điều trị và tiên lượng diễn biến của bệnh để chuyển tầng điều trị kịp thời.

- *Đảm bảo các cơ sở y tế dự phòng và y tế công cộng có đủ năng lực xét nghiệm trong phát hiện các ca bệnh:* đảm bảo đầu tư đầy đủ cho hệ thống Labo xét nghiệm Covid để có thể đáp ứng được một số lượng lớn xét nghiệm trong tình huống dịch bùng phát. Có chính sách thu hút đội ngũ nhân lực có đủ năng lực cho các Labo xét nghiệm cũng như đội ngũ nhân viên y tế thực hiện việc lấy mẫu xét nghiệm, đồng thời xây dựng phương án về nhân lực y tế trong tình huống dịch bùng phát và yêu cầu xét nghiệm với số lượng lớn.

- *Chuẩn bị tốt các điều kiện ở cấp độ quốc gia để đảm bảo thực hiện tốt công tác phòng chống dịch COVID-19 ở địa phương:*

+ Đảm bảo đủ nguồn vaccin với chiến lược tiêm chủng vaccin khoa học và hiệu quả. Cần nhanh chóng huy động vaccin từ các nguồn khác nhau đồng thời đẩy nhanh việc sản xuất vaccin trong nước để đảm bảo sự chủ động về nguồn vaccin cho người dân.

+ Củng cố và tăng cường năng lực chuỗi cung ứng thuốc và trang thiết bị, vật tư y tế, bao gồm: (i) xác định nhu cầu thuốc, trang thiết bị, vật tư y tế thiết yếu theo các kịch bản khác nhau của dịch bệnh để có kế hoạch mua sắm phù hợp; (ii) Thiết lập sẵn nguồn dự trữ quốc gia đối với thuốc, trang thiết bị, vật tư y tế thiết yếu để đáp ứng lập tức nhu cầu chống dịch, đặc biệt khi dịch bùng phát; (iii) Thực hiện các giải pháp để tăng sản lượng sản xuất trong nước để đảm bảo sự chủ động về tính sẵn có thuốc, trang thiết bị và vật tư y tế.

+ *Đảm bảo các cơ chế chính sách để khuyến khích và bảo vệ nhân viên y tế*, bao gồm: (i) đảm bảo cung cấp thiết bị bảo vệ cá nhân, thuốc hoặc vắc-xin đầy đủ cho nhân viên bệnh viện để chống lây nhiễm; (ii) thực hiện chính sách về chế độ phụ cấp chống dịch kịp thời cho nhân viên y tế tuyến đầu trực tiếp tham gia chống dịch cũng như thực hiện chính sách ghi nhận và tôn vinh nhân viên y tế khi gặp các rủi ro về nghề nghiệp trong phòng, chống dịch.

- *Cần thực hiện các giải pháp để phục hồi hệ thống y tế* sau đại dịch COVID-19, cụ thể là: (i) *Giải pháp tài chính để bồi hoàn cho các cơ sở y tế* thực hiện thu dung, điều trị bệnh nhân COVID-19 do không có bệnh nhân thường quy nên bị ảnh hưởng đến doanh thu, đồng thời bổ sung các chi phí liên quan đến đại dịch; (ii) *Giải pháp duy trì và phát triển nguồn nhân lực y tế sau đại dịch*, đào tạo nâng cao năng lực của đội ngũ nhân viên y tế trong ứng phó với dịch bệnh. Cần có cơ chế theo dõi, đánh giá tình trạng sức khỏe, tâm lý của nhân viên y tế và thực hiện các giải pháp đảm bảo phúc lợi cũng như hỗ trợ về sức khỏe tâm thần cho nhân viên y tế sau đại dịch; (iii) *Xây dựng kế hoạch chuẩn bị để tiếp tục nâng cao năng lực của hệ thống y tế* nhằm ứng phó khi dịch bệnh xuất hiện trở lại.