

BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GÓC

Sự sẵn có và một số yếu tố ảnh hưởng đến cung cấp dịch vụ phòng, chống một số bệnh không lây nhiễm tại hệ thống y tế cơ sở thị xã Chí Linh, Hải Dương, 2016

Nguyễn Thị Thúy Nga*, Bùi Thị Mỹ Anh, Nguyễn Nguyên Ngọc, Hoàng Văn Minh

TÓM TẮT

Mục tiêu: Vai trò của hệ thống y tế cơ sở là rất quan trọng trong việc phòng, chống các bệnh không lây nhiễm (BKNL) tại cộng đồng. Nghiên cứu nhằm mô tả sự sẵn có và các yếu tố ảnh hưởng đến sự sẵn có của dịch vụ phòng, chống một số BKNL tại hệ thống y tế cơ sở thị xã Chí Linh, Hải Dương, năm 2016.

Phương pháp nghiên cứu: sử dụng phương pháp kết hợp giữa định lượng (phát phiếu tự điền, kết hợp với quan sát) và định tính (phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm với người bệnh và các bên liên quan) tại 20 trạm y tế, trung tâm y tế và bệnh viện.

Kết quả: nghiên cứu cho thấy năng lực phòng chống BKNL tại hệ thống y tế cơ sở tại thị xã Chí Linh chủ yếu là truyền thông, chưa đáp ứng được nhu cầu thực tiễn về khám sàng lọc, chẩn đoán và điều trị. Các yếu tố ảnh hưởng bao gồm khó khăn khi thực hiện chính sách BKNL vì không có kinh phí và thiếu nguồn lực (nhân lực, thuốc, trang thiết bị). Việc phối hợp với các bên liên quan cũng mới là tự nguyện, chưa có sự chỉ đạo thống nhất.

Kết luận: Nhằm thực hiện tốt hoạt động phòng chống BKNL tại y tế cơ sở cần phân tuyến cho tuyến xã thực hiện các hoạt động liên quan đến dự phòng, giám sát, phát hiện, điều trị và quản lý các BKNL kèm theo kinh phí và nguồn lực nhằm đáp ứng nhu cầu thực tiễn.

Từ khóa: Sự sẵn có, dịch vụ y tế, bệnh không lây nhiễm, hệ thống y tế, Chí Linh, Hải Dương.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh không lây nhiễm (BKNL) đang có xu hướng ngày càng gia tăng trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Nguy cơ mắc bệnh chủ yếu do lối sống có hại cho sức khỏe và các yếu tố môi trường có thể phòng tránh được thông qua các can thiệp dự phòng, kiểm soát các yếu tố nguy cơ (1). Theo Tổ chức Y tế Thế giới ước tính năm 2012, trong số 56 triệu người tử vong toàn cầu thì có 38 triệu người tử vong (68%) là do BKNL và đến năm 2030 số người tử vong do BKNL sẽ tăng lên thành 52 triệu người (2).

Tại Việt Nam, mỗi năm có khoảng 520.000 ca tử vong do nguyên nhân bệnh tật, trong đó tử vong do BKNL chiếm tới 73%, như vậy tính trung bình cứ 10 người chết thì có 7 chết bởi BKNL. Ước tính năm 2012, có 73% số trường hợp tử vong và 66% tổng gánh nặng bệnh tật toàn quốc là do các BKNL, chủ yếu là bệnh tim mạch, ung thư, đái tháo đường (ĐTĐ) và bệnh hô hấp mạn tính. Nguyên nhân của sự gia tăng này liên quan đến các thói quen, tập quán của người dân và do mức độ gia tăng của các hành vi nguy cơ như hút thuốc, uống rượu bia và dinh dưỡng không hợp lý (1).



***Địa chỉ liên hệ:** Nguyễn Thị Thúy Nga
Email: ntnn@huph.edu.vn
Trường Đại học Y tế công cộng

Ngày nhận bài: 19/01/2018
Ngày phản biện: 15/03/2018
Ngày đăng bài: 25/06/2018

Sự gia tăng của các BKLN làm tăng chi phí khám chữa bệnh và quá tải bệnh viện. Chi phí điều trị cho BKLN trung bình cao gấp 40-50 lần so với điều trị các bệnh lây nhiễm do đòi hỏi kỹ thuật cao, thuốc đặc trị đắt tiền, thời gian điều trị lâu, dễ bị biến chứng (3). Một trong các mục tiêu của chiến lược quốc gia phòng, chống các BKLN khác, giai đoạn 2015-2025 là đảm bảo 90% cơ sở y tế xã, phường, thị trấn có đầy đủ thuốc thiết yếu và trang thiết bị y tế cơ bản phục vụ cho các dịch vụ dự phòng, giám sát, phát hiện, điều trị và quản lý các BKLN, đặc biệt là các bệnh ung thư, tim mạch, ĐTĐ, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (4). Câu hỏi đặt ra là sự sẵn có của các dịch vụ dự phòng, khám sàng lọc, chẩn đoán, điều trị và quản lý BKLN tại tuyến Y tế cơ sở hiện nay như thế nào? Và những yếu tố nào ảnh hưởng đến sự sẵn có của dịch vụ phòng, chống BKLN? Vì vậy, nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả sự sẵn có và phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến sự sẵn có của dịch vụ phòng, chống một số BKLN tại hệ thống y tế cơ sở thị xã Chí Linh, Hải Dương, năm 2016. Trong phạm vi của nghiên cứu này, chúng tôi tập trung nghiên cứu 4 BKLN: Bệnh tăng huyết áp (THA), ĐTĐ, Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) và Ung thư.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp định lượng và định tính.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại thị xã Chí Linh, Hải Dương, từ tháng 7/2016 đến tháng 12/2016.

Đối tượng, cỡ mẫu nghiên cứu

Cấu phần định lượng: chọn toàn bộ 20 trạm y tế (TYT), trung tâm y tế (TTYT), và bệnh viện đa khoa (BVĐK) thị xã Chí Linh.

Cấu phần định tính: Sử dụng phương pháp chọn mẫu có chủ đích. Đối tượng của nghiên cứu định tính gồm:

+ Phòng vấn sâu đại diện ban giám đốc/trạm trưởng, cán bộ phụ trách BKLN tại TTYT, 12 TYT xã, và BVĐK thị xã Chí Linh.

+ Thảo luận nhóm 5-10 người bệnh hiện đang mắc 1 trong các BKLN (THA, ĐTĐ, COPD, Hen và Ung thư) tại xã đang điều trị tại bệnh viện huyện.

+ Thảo luận nhóm với các bên liên quan: UBND xã, hội phụ nữ, hội người cao tuổi về việc phối hợp phòng, chống BKLN.

Công cụ, biến số nghiên cứu

Cấu phần định lượng: Bộ công cụ định lượng đo lường sự sẵn có trong cung ứng dịch vụ của bệnh viện, TTYT và TYT: được thiết kế dưới dạng tự điền kết hợp với quan sát và được xây dựng dựa trên Bộ công cụ SARA (Service Availability and Readiness Assessment) của Tổ chức Y tế Thế giới đã điều chỉnh cho phù hợp với các quy định, tiêu chí và chính sách của Việt Nam (8, 9). Nghiên cứu sử dụng các nhóm biến số, chỉ số chính nhằm mô tả năng lực cung cấp dịch vụ phòng chống BKLN bao gồm: i) Nhân lực y tế; ii) Hoạt động dự phòng nâng cao sức khỏe và giám sát BKLN; iii) Sự sẵn có dịch vụ phòng, chống BKLN; iv) Dịch vụ xét nghiệm, trang thiết bị (TTB), vật tư y tế và thuốc thiết yếu cho kiểm soát BKLN; v) Tài chính; vi) Quản lý thông tin; và vii) Hệ thống cấp cứu và chuyển tuyến.

Cấu phần định tính: chủ đề định tính dựa trên khung năng lực hệ thống y tế của Tổ chức Y tế Thế giới bao gồm: hoạt động cung cấp dịch vụ phòng, chống BKLN; Chính sách, công tác điều hành, quản lý; Nhân lực; Tài chính; TTB và thuốc; Hệ thống thông tin, báo cáo; Chuyển tuyến và phương tiện cấp cứu (3).

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu định lượng được kiểm tra, làm sạch trước khi nhập vào phần mềm Excel. Số

liệu được quản lý và phân tích trên chương trình Excel.

Số liệu định tính sau khi thu thập được gỡ băng thu âm, tổng hợp và mã hóa, sau đó được phân tích theo chủ đề về 6 cấu phần của hệ thống y tế và phiên giải kết hợp với các kết quả thu được ở cấu phần định lượng.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức của

trường Đại học Y tế công cộng thông qua và phê duyệt theo số quyết định 281/2016/YTCC-HĐ3. Toàn bộ quy định về đạo đức nghiên cứu được tuân thủ trong quá trình thực hiện nghiên cứu.

KẾT QUẢ

Thực trạng cung cấp dịch vụ phòng, chống BKLN tại Y tế cơ sở

Bảng 1. Thực trạng cung cấp dịch vụ phòng, chống BKLN tại Bệnh viện và TYT năm 2016

TT	Các BKLN	TTGDSK/tư vấn		Khám sàng lọc		Chẩn đoán và Điều trị		Quản lý	
		Bệnh viện	TYT	Bệnh viện	TYT	Bệnh viện	TYT	Bệnh viện	TYT
1	Tăng huyết áp	Có	Có (20/20)	Có	Có (20/20)	Có	Có (20/20)	Không	Có (20/20)
2	Đái tháo đường	Có	Có (20/20)	Có	Có (7/20)	Có	Không	Có	Có (20/20)
3	Hen PQ/ COPD	Có	Có (20/20)	Có	Không	Có	Không	Không	Có (20/20)
4	Ung thư	Có	Có (20/20)	Có	Không	Không	Không	Không	Có (20/20)

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh viện huyện thực hiện tư vấn trực tiếp khi người bệnh đến khám, truyền thông qua tờ rơi, khám sàng lọc cho cả 4 loại bệnh, chẩn đoán, điều trị cho 3 bệnh THA, ĐTĐ và COPD/hen đơn thuần. Đối với ung thư thì chỉ phát hiện qua nội soi và chụp X-quang, nếu nghi ngờ thì chuyển lên tuyến trên. Về quản lý, bệnh viện huyện có hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân đến khám và điều trị BKLN nhưng mới chỉ quản lý bệnh nhân ĐTĐ tại phòng khám ngoại trú của bệnh viện.

TYT cung cấp các dịch vụ truyền thông, tư vấn, khám sàng lọc, chẩn đoán điều trị và quản lý bệnh tăng huyết áp và hen phế quản. Đối với ĐTĐ, COPD và ung thư thì TYT về cơ bản mới thực hiện truyền thông, chưa thực hiện khám sàng lọc, chẩn đoán và điều trị vì chưa được phân cấp trách nhiệm và chưa đủ điều kiện thực hiện.

Sự sẵn có của dịch vụ phòng, chống một số BKLN

Dịch vụ chẩn đoán BKLN

Bảng 2. Sự sẵn có của dịch vụ chẩn đoán BKLN tại Y tế cơ sở năm 2016

Tên dịch vụ	Bệnh viện huyện	TYT
Chẩn đoán tim mạch/tăng huyết áp		
Đo điện tâm đồ	Có	Không
Đo huyết áp	Có	Có (20/20)
Đo tổng hàm lượng cholesterol	Có	Không
Đo hàm lượng cholesterol LDL	Có	Không
Đo hàm lượng Triglycerides	Có	Không
Chẩn đoán Đái tháo đường		
Đo đường huyết/ xét nghiệm nhanh đường huyết	Có	Có (7/20)
Uống thử nghiệm dung nạp đường	Không	Không
Xét nghiệm HbA1	Có	Không
Kiểm tra đáy mắt	Có	Không
Kiểm tra mạch máu chân bằng Doppler	Không	Không
Chẩn đoán hen phế quản/COPD		
Đo lưu lượng đỉnh phế dung	Không	Không
Chẩn đoán/sàng lọc ung thư		
Tế bào cổ tử cung	Có	Có (20/20)
Xét nghiệm acetic (Ung thư cổ tử cung)	Có	Có (20/20)
Khám sàng lọc ung thư vú	Có	Không
Chụp cắt lớp	Không	Không
Nội soi	Có	Không

Các dịch vụ chẩn đoán BKLN chủ yếu được thực hiện tại bệnh viện tuyến huyện, tại TYT chỉ thực hiện được đo huyết áp và 7 TYT thực hiện xét nghiệm nhanh đường máu năm 2016. Các dịch vụ khác như xét nghiệm huyết học,

xét nghiệm sinh hóa máu, xét nghiệm vi sinh, xét nghiệm sinh hóa nước tiểu, X-quang, điện tim, siêu âm chưa triển khai được tại TYT xã.

Hoạt động khám sàng lọc, chẩn đoán, điều trị và quản lý bệnh THA

Bảng 3. Hoạt động khám sàng lọc, chẩn đoán, điều trị và quản lý bệnh THA tại 20 TYT năm 2016

Hoạt động	n
Sàng lọc, phát hiện sớm	12/20
Chẩn đoán	20/20
Điều trị	20/20
Tư vấn cho bệnh nhân đến khám	20/20
Quản lý bệnh nhân (<i>Có sổ quản lý bệnh nhân tại TYT</i>)	20/20

Vì không có kinh phí, nên hoạt động khám sàng lọc bệnh THA chỉ được thực hiện tại 12/20 TYT xã, chủ yếu cho người cao tuổi. Năm 2015, chỉ có 1 TYT xã An Lạc thực hiện thí điểm khám sàng lọc và phát hiện THA cho người trên 40 tuổi với nguồn kinh phí từ dự án phòng chống THA của tỉnh. Tại các xã còn lại đều chưa thực hiện được khám sàng lọc THA trong cộng đồng. Tại 20 TYT đều cung cấp dịch vụ chẩn đoán, điều trị, tư vấn và quản lý

bệnh bệnh nhân THA. “Về cơ bản hiện giờ chỉ chỉ thực hiện sàng lọc tại trạm được thôi, chứ sàng lọc cộng đồng thì không làm được, khó lắm, không đủ nhân lực với kinh phí nên không làm được” (PVS 17, TYT). Tuy nhiên, TYT mới chỉ có sổ quản lý bệnh THA, chưa có hồ sơ theo dõi và tư vấn bệnh nhân.

Hoạt động khám sàng lọc, chẩn đoán, điều trị và quản lý bệnh ĐTD

Bảng 4. Hoạt động khám sàng lọc, chẩn đoán, điều trị và quản lý bệnh ĐTD tại 20 TYT năm 2016

Hoạt động	n
Sàng lọc, phát hiện sớm (<i>phối hợp với Đại học Y tế công cộng</i>)	7/20
Chẩn đoán	0
Điều trị	0
Tư vấn cho bệnh nhân	18/20
Thực hiện quản lý bệnh nhân (<i>Có sổ theo dõi bệnh nhân tại TYT</i>)	17/20

Trong năm 2016, trường Đại học Y tế công cộng đã phối hợp với 7 TYT thuộc cơ sở thực địa của trường Đại học Y tế công cộng để sàng lọc, xét nghiệm nhanh đường máu của đối tượng từ 30-69 tuổi. Hiện tại, các TYT tại Chí Linh chưa được phân cấp thực hiện chẩn đoán và điều trị bệnh ĐTD nên không cung cấp các dịch vụ này. Người bệnh ĐTD lên thẳng bệnh viện huyện để khám và điều trị. Vì vậy, các TYT mới thực hiện chăm sóc, tư vấn và quản lý những bệnh nhân ĐTD đến khám tại trạm.

Hoạt động khám sàng lọc, chẩn đoán, điều trị và quản lý bệnh Hen phế quản, COPD và Ung thư

Đối với hen phế quản, TYT chỉ phát thuốc cho bệnh nhân theo đơn sẵn có, chưa thực hiện chẩn đoán. Một số TYT cũng gặp khó khăn ngay cả về thuốc và TTB khi điều trị hen. “TYT có khả năng điều trị nhưng không được cấp thuốc. Hiện tại TYT có máy khí dung

nhưng cũng đang bị hỏng” (PVS 15, TYT).

Đối với bệnh COPD và Ung thư thì TYT chưa đủ điều kiện TTB, thuốc và năng lực chuyên môn để chẩn đoán và điều trị. “Hiện tại, TYT mới tư vấn lên tuyến trên để chẩn đoán bệnh, điều trị hoặc chỉ quản lý, tư vấn các trường hợp bệnh nhân mắc COPD, ung thư đang điều trị ngoại trú tại nhà, sau khi đã được chẩn đoán, điều trị ở tuyến trên” (PVS 9, TYT).

TTB y tế và vật tư y tế

Bệnh viện huyện hiện nay cũng thiếu TTB phục vụ cho chẩn đoán và điều trị BKLN, như máy thở và máy đo dung tích khí thở.

Tại các TYT xã, TTB về cơ bản chưa đáp ứng được theo tiêu chuẩn của BHYT cũng như của Tổ chức Y tế thế giới. Các TYT mới được trang bị các TTB đơn giản như thước đo chiều cao, thước đo vòng bụng, cân, nhiệt kế, ống nghe, máy đo huyết áp, dụng cụ

khám cổ tử cung, sử dụng cho khám chữa bệnh thông thường.

7 TYT xã được trường Đại học Y tế công cộng trang bị máy đo đường huyết; 7 TYT có máy khí dung, 5 xã có dụng cụ phế tế bào cổ tử cung/làm phiến đồ âm đạo, 8 xã thực hiện xét nghiệm axit acetic, tuy nhiên các TYT xã cũng không sử dụng thường xuyên các TTB này.

Vật tư y tế sẵn có tại các TYT xã còn khá hạn hẹp, chỉ có 7/20 TYT có que thử đường huyết (35%), 15/20 TYT có sẵn que thử nước tiểu (75%), có 4/20 TYT có lam kính để thực hiện các xét nghiệm máu/đờm (20%). Các loại vật tư y tế khác như hóa chất xét nghiệm huyết học, gel siêu âm, điện tim... đều chưa có tại tất cả các xã.

Thuốc thiết yếu cho BKLN

Tại BVĐK thị xã, những thuốc sẵn có đều do BHYT cung cấp. Tuy nhiên, bệnh viện thường xuyên xảy ra tình trạng thiếu thuốc vì danh mục thuốc BHYT không đủ chủng loại, cụ thể như không có thuốc giãn phế quản dạng khí. Ví dụ, tại các TYT xã, hiện có 2 thuốc điều trị tăng huyết áp chủ yếu là Amlodipin và Nifedipine (18/20 TYT sẵn có). Ngoài ra, tại một số TYT xã có các thuốc khác như Furosemide (8/20 TYT sẵn có), Bisoprolol (3/20 TYT sẵn có), Enalapril (3/20 TYT sẵn có), đặc biệt với thuốc lợi tiểu Thiazide (chỉ có 2/20 TYT sẵn có). Do quy định về phân tuyến kỹ thuật tại tuyến xã không điều trị bệnh ĐTĐ nên tại 1 số TYT chỉ sẵn có glucose tiêm truyền (12/20 TYT sẵn có, chiếm 60,0%). Thuốc điều trị hen phế quản/COPD như Salbutamol, Paracetamol, Amoxicillin đều có sẵn tại 20/20 TYT xã. Trong danh mục trên, một số thuốc được BHYT chi trả, những thuốc còn lại do TYT cung cấp hoặc bệnh nhân tự mua ngoài. Tuy nhiên, thuốc BHYT thường xuyên cấp thiếu cả về số lượng và chủng loại. “Thuốc BHYT cấp không đầy đủ, thiếu trầm trọng. Dự dù theo nhu cầu điều trị, nhưng không cấp đủ, thường chỉ

đáp ứng 1/3 nhu cầu điều trị. Đơn thuốc BHYT buộc phải cắt đi để tránh vượt trần quỹ BHYT. Cụ thể là quỹ BHYT giảm từ 30 triệu xuống 10 triệu “ (PVS 6, TYT).

Các yếu tố ảnh hưởng đến sự sẵn có của dịch vụ phòng, chống một số BKLN

Nhân lực tham gia vào hoạt động phòng chống BKLN tại y tế cơ sở

TTYT thị xã Chí Linh là đơn vị quản lý hành chính 20 TYT. Trung tâm hiện có một bác sĩ phụ trách hoạt động phòng chống BKLN thực hiện tại các TYT.

Bệnh viện huyện là đơn vị phụ trách về chuyên môn khám chữa bệnh BKLN và 20 TYT trên địa bàn huyện. Bệnh viện huyện không có cán bộ chuyên trách về BKLN chỉ có 1 phó giám đốc phụ trách chuyên môn chung. Các BKLN được khám và điều trị tại phòng khám và khoa nội. Tổng số bác sĩ nội của bệnh viện là 20 người, chưa có bác sĩ chuyên khoa về tim mạch, nội tiết, bệnh phổi hay ung thư. Đối với ĐTĐ và THA, cán bộ được bệnh viện tập huấn định kỳ, COPD thì 1-2 lần/năm.

Trong tổng số 113 cán bộ y tế (CBYT) công tác tại 20 TYT, hiện có 16 bác sĩ và có 4/20 TYT xã chưa có bác sỹ và 55 y sỹ.

Theo nhận định của TTYT và các TYT nhân lực tham gia phòng chống BKLN thiếu về số lượng và chưa đảm bảo về chất lượng. Cán bộ chưa được đào tạo, cập nhật thường xuyên và năng lực CBYT không đồng đều. “Bác sỹ có thể có trình độ cao hơn, nhưng điều dưỡng, y sỹ có thể lại không được đào tạo về điều trị BKLN. Vì vậy, CBYT cần phải được đào tạo về phác đồ điều trị để tất cả cùng biết được các kiến thức đó, khi làm việc mới đồng đều và có khả năng làm được việc” (PVS 9, TYT).

Tất cả 20 TYT đều có cán bộ chuyên trách BKLN, tuy nhiên không phải tất cả cán bộ chuyên trách đều được đào tạo trong năm

2015. Số lượng cán bộ TYT tham gia tập huấn nhiều nhất đối với bệnh THA, tiếp đến là ĐTĐ, sau đó là COPD và ung thư. Công tác đào tạo BKLN được tổ chức hàng năm. Tuy nhiên khó khăn là chuyển chuyên vị trí công việc sang công việc khác, người mới không nắm được. Quy định về chứng chỉ hành nghề cũng khiến cho TYT gặp phải khó khăn.

Nguồn tài chính cho hoạt động phòng, chống BKLN tại y tế cơ sở

Tại bệnh viện huyện, nguồn kinh phí chủ yếu là BHYT và viện phí chi cho chẩn đoán và điều trị, không có kinh phí các hoạt động cho truyền thông, khám sàng lọc, giám sát và quản lý. Tương tự như vậy, TTYT huyện và TYT xã không có kinh phí cho hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe, thống kê báo cáo, khám sàng lọc cũng như trợ cấp cho cán bộ phụ trách BKLN. Do đó, các hoạt động khám sàng lọc THA phải lồng ghép với hoạt động khám sức khỏe tại xã/phường. “*Các hoạt động khác như khám sàng lọc THA phải lồng ghép với các hoạt động khám sức khỏe tại TYT xã, theo kiểu “giặt gầu vá vai” từ tiền khám BHYT để chi cho các hoạt động của TYT*” (PVS 2, TYT).

Phương tiện cấp cứu và hoạt động chuyển tuyến

Về chuyển tuyến điều trị, đối với bệnh nhân THA và hen phế quản sau khi ổn định thì tuyến trên giới thiệu về điều trị duy trì tại TYT xã. Riêng bệnh ĐTĐ, COPD và Ung thư thì người bệnh được chẩn đoán, điều trị tại bệnh viện huyện hoặc tuyến cao hơn.

Từ năm 2016, thực hiện chính sách thông tuyến BHYT tuyến huyện, tạo điều kiện thuận tiện cho bệnh nhân, khi chuyển lên điều trị các cơ sở y tế tuyến trên, tuy nhiên cũng gây khó khăn cho TYT xã trong việc theo dõi và quản lý số ca mới mắc bệnh tại xã. “*TYT chuyển lên thì biết thế thôi chứ họ lên trên đó như thế nào chẩn đoán điều trị ra sao, thì trạm cũng*

không biết gì hết. Nói chung là phần này chưa có sự phối hợp nhịp nhàng giữa tuyến trên và tuyến dưới” (PVS 16, TYT).

Quản lý và chính sách liên quan đến phòng chống BKLN

Tại tuyến cơ sở, TTYT là cơ quan quản lý trực tiếp các TYT. Các TYT gửi báo cáo định kỳ về BKLN cho TTYT. TTYT có vai trò tập huấn và giám sát hỗ trợ, không trực tiếp tham gia cung cấp các dịch vụ phòng, chống BKLN. Bệnh viện huyện cũng phối hợp với TTYT trong công tác đào tạo chuyên môn, khám sàng lọc BKLN tại TYT.

Hiện tại, cơ quan BHYT ký hợp đồng với bệnh viện huyện để bệnh viện và TYT cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh BHYT cho người có thẻ BHYT (trong đó bao gồm cả những BKLN). Bệnh viện huyện chịu trách nhiệm về chuyên môn và quản lý quỹ khám chữa bệnh BHYT cho các TYT và định kỳ cung cấp thuốc cho các TYT theo dự trù các TYT đề xuất lên.

BÀN LUẬN

Sự sẵn có của dịch vụ phòng, chống một số BKLN tại hệ thống y tế cơ sở

Trong hệ thống y tế cơ sở tại thị xã Chí Linh, bệnh viện huyện cơ bản cung cấp các dịch vụ chẩn đoán, điều trị cho 3 bệnh THA, ĐTĐ, COPD và có thể phát hiện sớm ung thư qua nội soi và chụp X-quang. Các TYT xã/phường chủ yếu cung cấp các dịch vụ truyền thông, khám sàng lọc, chẩn đoán và điều trị và quản lý bệnh THA. Đối với 3 bệnh còn lại ĐTĐ, COPD và ung thư thì TYT mới thực hiện truyền thông, chưa thực hiện khám sàng lọc, chẩn đoán và điều trị do chưa được phân cấp trách nhiệm và chưa đủ điều kiện về nhân lực, TTB và thuốc để thực hiện. Về quản lý BKLN, TYT chỉ có danh sách bệnh nhân đến khám, không có hồ sơ để khám và

tư vấn định kỳ. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu tại Huyện Đồng Hỷ, Thái Nguyên và tại Hà Nam, các dịch vụ phòng, chống BKLN mới chỉ tập trung vào truyền thông, chưa cung cấp toàn diện các dịch vụ khác như khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (5-7). Nghiên cứu này cũng chỉ ra nhu cầu của người dân với tiếp cận và sử dụng dịch vụ phát hiện sớm, điều trị, và duy trì BKLN tại TYT.

Trang thiết bị cho phòng chống BKLN tại hệ thống y tế cơ sở của thị xã Chí Linh chưa đáp ứng tiêu chí của BHYT và khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO-PEN) (8). Nghiên cứu cho thấy các TYT đều không có trang thiết bị như máy đo điện tâm đồ (ECG), phế dung kế, máy đo mỡ máu, máy đo lưu lượng đỉnh, máy đo dung tích khi thở, máy siêu âm, máy xét nghiệm nước tiểu. Đây là những trang thiết bị rất cần thiết sử dụng cho khám phát hiện các BKLN, nhưng hoàn toàn chưa được trang bị và cung cấp cho TYT tuyến xã. Trong nghiên cứu của Hoàng Văn Minh tại Đồng Hỷ, Thái Nguyên, cũng chỉ ra rằng TYT chưa có đầy đủ các trang thiết bị cơ bản để cung cấp dịch vụ phòng, chống BKLN theo như khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (5). Sự không sẵn có của trang thiết bị y tế làm hạn chế khả năng cung cấp các dịch vụ về khám sàng lọc, phát hiện và chẩn đoán các BKLN tại các TYT xã hiện nay.

Thuốc điều trị BKLN tại bệnh viện thị xã và thuốc cung cấp cho các TYT thường xuyên xảy ra tình trạng thiếu chủng loại hoặc thiếu về số lượng. Nguyên nhân chủ yếu do danh mục thuốc BHYT không đủ chủng loại và qua đấu thầu không cung cấp được thuốc theo nhu cầu điều trị. Thiếu thuốc BHYT do quỹ BHYT bị cắt giảm trong năm qua. Nghiên cứu cũng có kết quả tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Văn Huy (6). Hiện tượng này có thể góp phần làm tăng tình trạng tự chi trả của người dân.

Các yếu tố ảnh hưởng đến sự sẵn có của dịch vụ phòng, chống một số BKLN tại hệ thống y tế cơ sở

Nhân lực

Kết quả cung cấp dịch vụ phòng, chống BKLN phụ thuộc rất nhiều vào đội ngũ nhân lực y tế có đủ trình độ và năng lực chuyên môn (6). Ngoài ra, chất lượng chưa đạt vì không đồng bộ, ví dụ như chưa được đào tạo thường xuyên hoặc được đào tạo nhưng lại không có TTB để thực hành. Hình thức đào tạo, tập huấn về phòng chống BKLN thực tế cũng chưa thực sự đáp ứng nhu cầu của CBYT như đào tạo chưa thường xuyên. Số lượng bệnh nhân mắc THA, ĐTĐ trung bình ở một xã là hơn 100 người, tuy nhiên chỉ có 1 chuyên trách tại xã. Trong khi đó, hiện chưa có chế độ ưu đãi đặc thù riêng, không khuyến khích được cán bộ. Trong nghiên cứu của Hoàng Văn Minh năm 2103 tại Thái Nguyên cũng cho thấy thiếu cán bộ được đào tạo chuyên sâu về BKLN cũng là một hạn chế của hệ thống y tế cơ sở. Yếu tố nhân lực là yếu tố có tính quyết định để các hoạt động cung cấp dịch vụ phòng chống BKLN được triển khai hiệu quả. Vì vậy, cần cần nhắc có chế độ ưu đãi để đảm bảo thu hút và khuyến khích CBYT thực hiện hoạt động phòng chống BKLN (7).

Tài chính

Trước đây, tại TTYT và TYT có dự án về các BKLN triển khai thì có kinh phí triển khai và thực hiện các hoạt động như khám sàng lọc THA, tổ chức thu thập phiếu điều tra các yếu tố nguy cơ THA. Tất cả các hoạt động này đều có kinh phí của dự án. Hiện nay, ngoài nguồn kinh phí BHYT chỉ cho khám chữa bệnh trong đó có BKLN thì không có kinh phí cho hoạt động phòng, chống BKLN.

Quản lý và chính sách liên quan đến phòng chống BKLN

Chính sách và thực hiện chính sách chưa đồng bộ. Vào tháng 3/2015, Thủ tướng Chính phủ

đã ký Quyết định số 376/QĐ-TTg phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng các BKLN giai đoạn 2015-2025 (4). Tại thời điểm tiến hành nghiên cứu (tháng 8/2016), thị xã Chí Linh chưa triển khai chiến lược mới này mà vẫn chủ yếu tiếp tục các hoạt động của chương trình phòng, chống BKLN trước kia địa phương đã thực hiện.

Mặc dù đã có chiến lược và các quy định về phòng chống BKLN, nhưng vẫn vướng ở khâu thực hiện do không có kinh phí, thiếu nhân lực, thuốc, và TTB. Ngoài ra, bệnh viện và TTYT/TYT cũng chưa được giao chỉ tiêu cụ thể về BKLN. Theo như đề xuất của TTYT/TYT và bệnh viện thì nên có ban chỉ đạo phòng chống BKLN và hoạt động phòng chống BKLN nên gắn liền với kinh phí và chỉ tiêu.

Hạn chế của nghiên cứu

Hạn chế của nghiên cứu này là giới hạn trong hệ thống cung cấp dịch vụ y tế cơ sở của nhà nước, chưa nghiên cứu về năng lực và phối kết hợp với y tế tư nhân trong việc phòng, chống BKLN.

KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy năng lực phòng chống BKLN tại hệ thống y tế cơ sở tại thị xã Chí Linh chưa đáp ứng được nhu cầu thực tiễn về khám sàng lọc, chẩn đoán và điều trị. Những khó khăn khi thực hiện chính sách BKLN bao gồm không có kinh phí và thiếu nguồn lực (nhân lực, thuốc, TTB). Để tăng cường hoạt động phòng chống BKLN tại y tế cơ sở, cần phân tuyến cho tuyến xã thực hiện các hoạt động liên quan đến dự phòng, giám

sát, phát hiện, điều trị và quản lý các BKLN và đầu tư đầy đủ về kinh phí và nguồn lực cho tuyến xã để thực hiện các hoạt động này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Cục Y tế dự phòng, Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam năm 2015. 2016.
2. World Health Organization. Projections of mortality and causes of death, 2015 and 2030. 2014; Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/.
3. Bộ Y tế và Nhóm đối tác Y tế, Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2014: Tăng cường dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm. 2015. Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
4. Chính phủ, 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 (Số 376/QĐ-TTg). 2015. Hà Nội
5. Hoang Van Minh, Young Kyung Do, and Mary Ann Cruz Bautista, Describing the primary care system capacity for the prevention and management of non-communicable diseases in rural Vietnam. The International of Health Planning and Management, 2013.
6. Nguyễn Văn Huy, Hoàng Thị Ái Xuân, Thực trạng hoạt động của hệ thống y tế huyện Quốc Oai, Hà Nội, năm 2015. Tạp chí nghiên cứu y học. 2015.
7. Hanoi Medical University and H.S.o.P. Health, Evaluation of intergrated model for NCD and Mental disorder prevention and management at commune health station and community in Hanam Province. 2015.
8. WHO, Package of Essential Noncommunicable (PEN) Disease Interventions for Primary Health Care in Low-Resource Setting, WHO, Editor. 2010.
9. World Health Organization. Service Availability and Readiness Assessment (SARA) (http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_indicators_questionnaire/en/).

The availabilities of primary care system for the prevention and control of non-communicable diseases in Chi Linh, Hai Duong

Nguyen Thi Thuy Nga, Bui Thi My Anh, Nguyen Nguyen Ngoc, Hoang Van Minh
Hanoi University of Public Health

The primary health care system in Vietnam has been playing an important role in prevention and control of diseases. Objectives: This study aimed to describe the primary care system in Chi Linh district, Hai Duong province in terms of its availabilities for prevention and control of non-communicable diseases (NCDs). Methods: The mixed methods with the combination of the quantitative approaches (self-administered questionnaire, checklists for observation) and the qualitative approaches (in-depth interview and focus-group-discussion with patients and stakeholders) were used to collect data in 20 commune health stations, a district hospital and a district health center. Main findings: the availabilities for the prevention and control of NCDs in Chi Linh were focused on information-education-community (IECs), unqualified for providing screening service, diagnosis, and treatment of NCDs. The influencing factors on the capacity for prevention and control of NCDs in primary care level included inadequate fundings and resources (personnel, medicines, equipments). The cooperation with stakeholder was mainly voluntary without the unified guidelines. Conclusions: The prevention and control of NCDs should be delegated to commune level with an adequate fundings and resources to meet the practical need.

Keywords: *Availabilities, health services, non-communicable disease (NCD), health system, Chi Linh, Hai Duong.*