

# GIỚI THIỆU VỀ CHĂM SÓC SỨC KHOẺ BAN ĐẦU

---

*Trường ĐH Y tế công cộng*

# CHUẨN ĐẦU RA

1. Trình bày tóm tắt các nội dung và ý nghĩa của tuyên ngôn Alma Ata;
2. *Trình bày tình hình và xu hướng triển khai các hoạt động CSSKBĐ trên thế giới;*
3. *Trình bày các hoạt động CSSKBĐ theo 10 nội dung của CSSKBĐ tại Việt Nam kể từ sau tuyên ngôn Alma Ata;*
4. *Trình bày tóm tắt các nội dung về Chăm sóc sức khỏe ban đầu của Tuyên ngôn Anasta 2018.*

# Thế nào là “sức khỏe”?

- ◎ Sức khỏe là trạng thái hoàn toàn thoải mái về thể chất, tinh thần và xã hội chứ không chỉ là tình trạng không có bệnh tật

*(Tổ chức Y tế thế giới, 1948)*

- ◎ Các yếu tố quyết định sức khỏe:
  - ◎ Đặc điểm sinh học
  - ◎ Môi trường
  - ◎ Lối sống
  - ◎ Y tế

*(Lalonde, 1974)*

# Bối cảnh trước Hội nghị Alma-Ata

- ⊙ Tình trạng sức khỏe của hàng trăm triệu người trên thế giới là “không chấp nhận được”
  - ⊙ 1960: 2/3 quốc gia có tuổi thọ TB dưới 60
  - ⊙ Tỷ lệ tử vong sơ sinh (IMR) (1960-1970): >100/1000 trẻ đẻ sống
- ⊙ Khoảng cách về sức khỏe giữa các nước giàu và nghèo, giữa các khu vực trong cùng một quốc gia ngày càng lớn
  - ⊙ IMR tại các nước nghèo cao gấp 10 – 15 lần các nước thu nhập trung bình
  - ⊙ Phần lớn các trường hợp tử vong mẹ xảy ra tại các nước đang phát triển

# Bối cảnh trước Hội nghị Alma-Ata

- ⊙ Phân bổ nguồn lực không hợp lý: tập trung phát triển y tế chuyên sâu, khu vực thành thị
- ⊙ Hơn 50% dân số thế giới không nhận được chăm sóc y tế phù hợp; Người nghèo không được tiếp cận với chăm sóc y tế
- ⊙ Môi trường xã hội và thiên nhiên thay đổi. Nhiều bệnh tật mới xuất hiện, phức tạp



**Cần một cách tiếp cận mới CSSK**

# HỘI NGHỊ ALMA - ATA

- Từ 6-12 tháng 9 năm 1978: WHO và UNICEF đứng ra đồng tổ chức tại Alma Ata (thủ đô của CH Kazăcstan thuộc Liên xô trước đây)
- Có tham dự của 134 chính phủ, 67 tổ chức quốc gia và quốc tế, các tổ chức chính phủ và phi chính phủ, các cơ quan liên quan của WHO và UNICEF
- Hội nghị đã đưa ra 5 nguyên lý cơ bản CSSKBĐ, và 22 khuyến nghị
- Tái khẳng định cam kết “Sức khỏe cho mọi người đến năm 2000”

# ĐỊNH NGHĨA CSSKBĐ

Là “Chăm sóc sức khỏe thiết yếu dựa trên các phương pháp và kỹ thuật thực hành, khoa học, được xã hội chấp nhận và được phổ biến đến mọi cá nhân và gia đình trong cộng đồng thông qua sự tham gia tích cực của họ với một chi phí mà cộng đồng và quốc gia có thể chấp nhận được ở mọi giai đoạn phát triển, trên tinh thần tự lực và tự quyết”.

(Tuyên ngôn Alma Ata, 1978)

# ĐỊNH NGHĨA CSSKBĐ

Là “**Chăm sóc sức khỏe thiết yếu** dựa trên các phương pháp và kỹ thuật thực hành, khoa học, được xã hội chấp nhận và được phổ biến đến **mọi cá nhân và gia đình** trong cộng đồng thông qua **sự tham gia tích cực** của họ với một **chi phí** mà cộng đồng và quốc gia có thể **chấp nhận được** ở mọi giai đoạn phát triển, trên tinh thần **tự lực và tự quyết**.”

(Tuyên ngôn Alma Ata, 1978)



# CSSKBĐ VÀ CHĂM SÓC BAN ĐẦU

## CSSKBĐ

- Cung cấp các dịch vụ thiết yếu
- Liên ngành
- Sự tham gia của cộng đồng
- Nâng cao sức khỏe, dự phòng, điều trị, phục hồi, giảm nhẹ

## CSBĐ

- Chăm sóc y khoa: chẩn đoán và điều trị
- Ca bệnh
- Do NVYT thực hiện

# NỘI DUNG CSSKBĐ

1. Giáo dục sức khỏe
2. Cung cấp thực phẩm và dinh dưỡng hợp lý
3. Cung cấp đầy đủ nước sạch và vệ sinh môi trường
4. Chăm sóc sức khỏe BMTE, kế hoạch hóa gia đình
5. Tiêm chủng mở rộng
6. Phòng, chống các bệnh lưu hành ở địa phương
7. Điều trị các bệnh và thương tích thông thường
8. Cung cấp thuốc thiết yếu

Ở Việt Nam, thêm 2 nội dung:

1. củng cố và phát triển mạng lưới y tế cơ sở
2. Quản lý sức khỏe

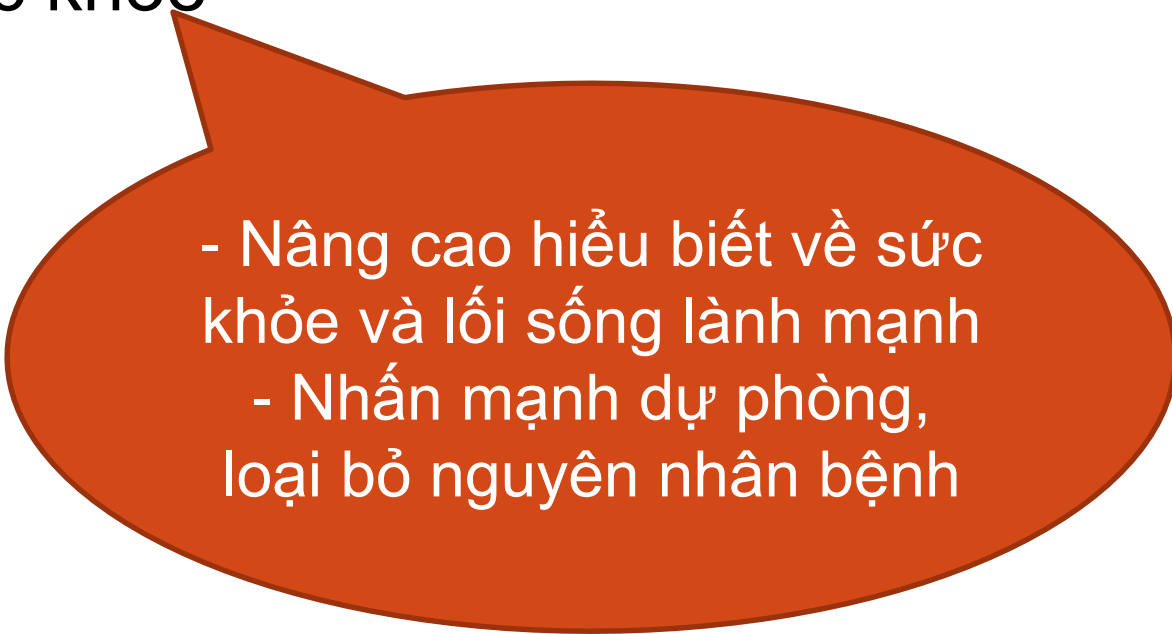
# NGUYÊN LÝ CSSKBĐ

## 1. Nguyên tắc công bằng

- Nguyên tắc then chốt
- Bao phủ chăm sóc rộng rãi
- Cá nhân có nhu cầu như nhau được chăm sóc như nhau
- Quan tâm tới những đối tượng thiệt thòi

# NGUYÊN LÝ CSSKBĐ

1. Nguyên tắc công bằng
2. Nguyên tắc tăng cường sức khỏe, dự phòng và phục hồi sức khỏe



- Nâng cao hiểu biết về sức khỏe và lối sống lành mạnh
- Nhấn mạnh dự phòng, loại bỏ nguyên nhân bệnh

# NGUYÊN LÝ CSSKBĐ

1. Nguyên tắc công bằng
2. Nguyên tắc tăng cường sức khỏe, dự phòng và phục hồi sức khỏe
3. Nguyên tắc sự tham gia của cộng đồng

- Chìa khóa cơ bản trong CSSKBĐ
- Đóng góp nguồn lực
- Quyết định mong muốn gì trong CSSK và làm thế nào để đạt được

# NGUYÊN LÝ CSSKBĐ

1. Nguyên tắc công bằng
2. Nguyên tắc tăng cường sức khỏe, dự phòng và phục hồi sức khỏe
3. Nguyên tắc sự tham gia của cộng đồng
4. Nguyên tắc sử dụng kỹ thuật thích hợp

- Không có nghĩa là áp dụng kỹ thuật thấp
- Cân nhắc đến đến nhu cầu, khả năng chấp nhận và duy trì

# NGUYÊN LÝ CSSKBĐ

1. Nguyên tắc công bằng
2. Nguyên tắc tăng cường sức khỏe, dự phòng và phục hồi sức khỏe
3. Nguyên tắc sự tham gia của cộng đồng
4. Nguyên tắc sử dụng kỹ thuật thích hợp
5. Nguyên tắc phối hợp liên ngành

- Tăng đầu tư cho y tế liên quan chặt chẽ tới phát triển kinh tế
- CSSKBĐ còn hướng đến tăng cường các điều kiện KT-XH

# Ý NGHĨA CỦA HỘI NGHỊ ALMA ATA

- Đề cập đến một cách nhìn toàn diện hơn về chăm sóc sức khỏe.
- Phê phán quan điểm nặng về chữa bệnh, lạm dụng các loại thuốc đắt tiền và các kỹ thuật
- Quan tâm đến các đối tượng nghèo, những người có thiệt thòi về sức khỏe và chăm sóc sức khỏe.
- Nhấn mạnh đến vai trò và trách nhiệm của mọi cá nhân, gia đình, cộng đồng xã hội trong chăm sóc sức khỏe
- Có ảnh hưởng lớn đến các chính sách quốc gia cũng như sự hợp tác và giúp đỡ quốc tế về CSSK



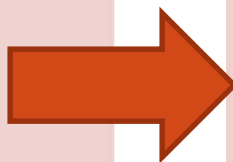
# CSSKBĐ TRÊN THẾ GIỚI SAU ALMA - ATA

- Nhiều chính phủ cam kết thực hiện lâu dài chính sách chăm sóc sức khỏe ban đầu
- Cộng đồng, XH nhận thức rõ hơn vai trò đa ngành đối với công tác chăm sóc sức khỏe
- Năm 1988 hội nghị Riga (thuộc Liên xô cũ), hầu hết các nước có chính sách, chiến lược tốt hơn chăm sóc SK:
  - ✓ Tập trung vào nâng cao sức khỏe, cải thiện lối sống
  - ✓ Tỷ lệ TCMR tăng từ 5% lên 50% tại các nước đang phát triển
  - ✓ Công bằng xã hội trong CSSK làm giảm sự khác biệt trong CSSK, giảm tỷ lệ tử vong trẻ em (<1tuổi, <5tuổi), tử vong bà mẹ, giảm tỷ lệ bệnh tật và tăng tuổi thọ TB

# ĐỔI MỚI TRONG CSSKBĐ

## Tồn tại

- Bất bình đẳng trong chăm sóc y tế
- Hạn chế phối hợp liên ngành
- Mô hình bệnh tật thay đổi
- Cam kết chính trị
- Nguồn lực
- ...



## Cải cách

- Cải cách về bao phủ CSSK toàn dân
- Cải cách cung cấp dịch vụ
- Cải cách chính sách công
- Cải cách sự lãnh đạo

# CSSKBD Ở VIỆT NAM

- Từ 1945 đã khẳng định Y học dự phòng luôn là ưu tiên hàng đầu - phòng bệnh hơn chữa bệnh
- Sau 1954: mạng lưới y tế cơ sở phát triển nhanh
- Từ 1960: bắt đầu tổ chức đào tạo y sỹ xã → đẩy mạnh vệ sinh phòng dịch, đỡ đẻ thường, cấp cứu thông thường
- Từ 1968: một số y sỹ xã có thành tích tốt được đi đào tạo thành bác sỹ xã, có bệnh xá huyện và BV tỉnh
- Từ 1975: bệnh xá huyện nâng cấp thành BV huyện, có y tế xã do dân lập

# CSSKBĐ Ở VIỆT NAM (TIẾP)

- Năm 1978 Việt nam đã cam kết thực hiện khẩu hiệu "Sức khoẻ cho mọi người đến năm 2000".
- Mạng lưới CSSKBĐ được phát triển bao phủ hầu khắp
- Bổ sung thêm 2 nội dung CSSKBĐ
- Từ 1986 chuyển sang cơ chế thị trường → ngành y tế cũng có nhiều bước chuyển đổi: có y tế tư nhân, thu tiền dịch vụ y tế, y tế xã, thôn bản tự chủ...

# CHÍNH SÁCH CSSKND

- Ngày 20/06/1996: Nghị quyết 37/CP về định hướng chiến lược CS và BVSKND giai đoạn 1996-2000
- Ngày 28/5/1997: Thông tư số 07/BYT-TT hướng dẫn nội dung về công tác CSSKBĐ
- Ngày 21/8/1997: Nghị quyết số 90/CP về "Phương hướng và chủ trương xã hội hoá các hoạt động giáo dục, y tế, văn hoá"
- Nghị quyết Trung ương IV khoá VII của Đảng đã nêu lên 5 quan điểm cơ bản về công tác BVCSSKND
- Ngày 22/01/2002: Chỉ thị số 06-CT/TW về củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở nhằm nâng cao chất lượng các dịch vụ y tế.
- Chiến lược chăm sóc và bảo vệ SKND giai đoạn 2001-2010, 2011-2020

# 10 NỘI DUNG CSSKBĐ Ở VIỆT NAM

# 1. GIÁO DỤC SỨC KHỎE



## ❑ Mục tiêu

- Phổ cập cho mọi người kiến thức y học, giữ gìn sức khỏe
- CSSK là trách nhiệm mỗi người và toàn xã hội

## ❑ Triển khai thực hiện

- Có hệ thống tổ chức từ TW đến địa phương về IEC
- Các kênh truyền thông đa dạng, đặc biệt có hình thức IEC thông qua các tổ chức quần chúng (các nước khác không có)
- Nội dung IEC đa dạng hơn trước, phù hợp cho từng nhóm đối tượng
- Tiếp cận ko đồng đều giữa các vùng

## 2. CUNG CẤP THỰC PHẨM VÀ DINH DƯỠNG HỢP LÝ

### ❑ Mục tiêu

- Tăng cường hoạt động cải thiện thực phẩm cho hộ GD
- Khắc phục sai lầm trong nuôi dưỡng TE (0-5 tuổi)
- Điều trị và phục hồi chức năng cho TE suy dinh dưỡng
- Điều trị và dự phòng bệnh liên quan DD (thiếu máu, Vitamin)

### ❑ Triển khai thực hiện

- Trước đây tập trung cung cấp đủ thực phẩm
- Hiện nay: VSATTP, chế độ ăn uống hợp lý, phòng chống bệnh nhiễm trùng
- Khuyến khích nuôi con bằng sữa mẹ
- Chú ý tới các nhóm đối tượng mới: người già,...





# 3. CUNG CẤP NƯỚC SẠCH VÀ VSMT

## ❑ Mục tiêu

- Phòng ngừa các bệnh, nâng cao SK qua cải thiện vệ sinh và cung cấp nước sạch

## ❑ Triển khai thực hiện

- Thanh khiết môi trường, các công trình vệ sinh cơ bản
- Cung cấp nước sạch cho mọi gia đình, nhà tắm...
- Phát triển kinh tế dẫn tới nhiều loại chất thải mới. Cần đầu tư công nghệ và phối hợp liên ngành.



## 4. BẢO VỆ SKBMTE/KHHGD

### ❑ Mục tiêu

- Tăng cường và bảo vệ SKBMTE và PN độ tuổi sinh đẻ

### ❑ Triển khai thực hiện

- Giảm tỷ lệ gia tăng DS: đạt mức sinh thay thế
- KHHGD đạt nhiều thành tựu nổi bật nhưng có sự khác biệt giữa các vùng
- Giải quyết dinh dưỡng cho BMTE. Mô hình **GOBIFFF** (**G**rowth, **O**ral rehydration, **B**reast feeding, **I**mmunization, **F**amily planning, **F**ood supply, **F**emale education)
- CSSK trẻ em là ưu tiên hàng đầu, đạt nhiều thành tựu (phổ cập TCMR, giảm tỷ lệ SDD, giảm tử vong < 1 tuổi)



## 5. TIÊM CHỦNG MỞ RỘNG

### ❑ Mục tiêu

- Giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong bằng cách gây miễn dịch

### ❑ Triển khai thực hiện

- Xây dựng, mở rộng, hoàn thiện hệ thống TCMR cho PN/TE, tỷ lệ bao phủ trên 95%
- Tỷ lệ TCMR còn thấp tại các vùng xa xôi, miền núi...
- Cần có vắc-xin tiêm chủng cho các bệnh có thể gây dịch lớn (tả, thương hàn) và cho các dịch bệnh mới (H5N1, SARS)
- Cần đảm bảo sản xuất vắc-xin theo quy trình hiện đại, đảm bảo chất lượng



## 6. PHÒNG VÀ QUẢN LÝ CÁC BỆNH LƯU HÀNH TẠI ĐỊA PHƯƠNG

### ❑ Mục tiêu

- Khống chế và tiến tới thanh toán các bệnh dịch lưu hành như sốt rét, lao, phong, sốt xuất huyết, HIV/AIDS )

### ❑ Triển khai thực hiện

- Đã dần khống chế được các bệnh lưu hành trước đây (tả, thương hàn, phong...)
- Xuất hiện các bệnh truyền nhiễm và không truyền nhiễm mới: HIV, H5N1, TNGT...
- Các chương trình dự phòng giữa các khu vực khác nhau dựa theo mô hình bệnh tật của địa phương

## 7. ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH THÔNG THƯỜNG, CHẤN THƯƠNG

### ❑ Mục tiêu

- Sơ cứu, điều trị hiệu quả các bệnh, chấn thương thông thường

### ❑ Triển khai thực hiện

- Xử trí sớm từ tuyến cơ sở: Sốt, ngừng thở, đuối nước, ngộ độc, điện giật, say nắng, bong gân.v.v.
- Chống nhiễm khuẩn hô hấp cấp, tiêu chảy
- Điều trị thuốc kết hợp phục hồi chức năng, sử dụng đông tây y (thuốc nam, châm cứu)
- Tỷ lệ sử dụng thấp

## 8. CUNG CẤP THUỐC THIẾT YẾU



### ❑ Mục tiêu

- Điều hoà việc SX, mua bán, kê đơn và SD thuốc ở tất cả các tuyến
- Đảm bảo đầy đủ, sẵn có thuốc thiết yếu ở tất cả các tuyến

### ❑ Triển khai thực hiện

- Về cơ bản đủ thuốc thiết yếu tại TYT
- Thách thức trong cung ứng và sử dụng thuốc tại cộng đồng:
  - Lạm dụng thuốc KS, vitamin và corticoid
  - Ít dùng thuốc thiết yếu, thuốc gốc
  - Tự mua thuốc
  - Ít dùng thuốc nam

## 9. QUẢN LÝ SỨC KHỎE

### ❑ Mục tiêu

- Khống chế và hạ thấp, tỷ lệ tử vong, tàn phế
- Nâng cao sức khỏe nhân dân

### ❑ Triển khai thực hiện

- Là nội dung do VN đưa vào thực hiện
- Thí điểm tại 1 số địa phương: mỗi người dân trong xã có hồ sơ theo dõi SK → ko khả thi
- Chỉ thực hiện quản lý với 1 số nhóm ưu tiên: trẻ em < 5 tuổi, người bệnh mãn tính cần điều trị liên tục (lao, HIV, tâm thần)
- Mỗi chương trình YT có đối tượng mục tiêu, sổ theo dõi riêng

## 10. KIẾN TOÀN MẠNG LƯỚI Y TẾ CƠ SỞ

### ❑ Mục tiêu

- Đảm bảo mỗi xã (100%) có một trạm y tế hoặc liên kết thành trạm liên xã, phòng đa khoa khu vực
- Năm 2010 80% xã có Bs, nữ HS, CB có trình độ dược tá (miền núi là 60%)

### ❑ Triển khai thực hiện

- Cán bộ quản lý phải nắm được: Vấn đề SK ưu tiên, phân tích nguyên nhân vấn đề SK, chẩn đoán cộng đồng, lập KH YT, đảm bảo kế hoạch thực thi
- 98,9% số xã trong toàn quốc đã có Trạm y tế hoạt động, trên 82,9% thôn, bản có nhân viên y tế
- Xây dựng chuẩn quốc gia về y tế xã: 10 chuẩn, ban hành năm 2002; cập nhật 2013



# Chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Thế kỷ 21 (Tuyên ngôn Anasta 2018)



# Khái niệm Chăm sóc sức khỏe ban đầu (*Tuyên ngôn Anasta 2018*)

- **CSSKBD** gồm 3 cấu phần có liên quan chặt chẽ với nhau
  - CSSKBD đáp ứng nhu cầu sức khỏe của người dân thông qua **chăm sóc toàn diện**: nâng cao SK, phòng bệnh, điều trị, PHCN, CS giảm nhẹ theo suốt vòng đời; ưu tiên các DV CSSK cơ bản hướng tới cá nhân và gia đình thông qua chăm sóc ban đầu và hướng tới cộng đồng dân cư thông qua các chương trình YTCC
  - Giải quyết các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe (KT, XH & môi trường) **thông qua các chính sách và hành động liên ngành**
  - **Trao quyền** cho cá nhân, gia đình và cộng đồng để tối ưu hóa SK của họ, sự vào cuộc của cả hệ thống chính trị và toàn xã hội

# 4 Mong đợi

## 1. Chính phủ và toàn xã hội

Ưu tiên, nâng cao và bảo vệ sức khỏe mọi người dân ở cả cấp độ cộng đồng dân cư và cấp độ cá thể, thông qua hệ thống y tế bền vững

## 4 Mong đợi

1. Chính phủ và toàn xã hội
2. Chăm sóc sức khỏe ban đầu và dịch vụ y tế

toàn diện, lòng ghép, có chất lượng cao, an toàn, tiếp cận được, sẵn có và có thể chi trả được đối với tất cả mọi người và mọi nơi; do các nhân viên y tế có trình độ chuyên môn, kỹ năng tốt và cam kết cao cung cấp dịch vụ với sự tôn trọng và tinh thần thái độ phục vụ tốt

## 4 Mong đợi

1. Chính phủ và toàn xã hội
2. Chăm sóc sức khỏe ban đầu và dịch vụ y tế
3. Tạo môi trường thuận lợi và có lợi cho sức khỏe

các cá nhân và cộng đồng  
được trao quyền và chủ  
động tham gia vào việc duy  
trì và tăng cường sức khỏe

## 4 Mong đợi

1. Chính phủ và toàn xã hội
2. Chăm sóc sức khỏe ban đầu và dịch vụ y tế
3. Tạo môi trường thuận lợi và có lợi cho SK
4. Các đối tác và các bên liên quan

hỗ trợ hiệu quả và phù hợp cho các chính sách, chiến lược và kế hoạch về y tế

# 7 Nội dung CSSKBĐ

*(Tuyên ngôn Astana 2018)*

1. Khẳng định mạnh mẽ cam kết đối với quyền cơ bản của mỗi con người trong CSSK mà không có bất kỳ một sự phân biệt nào
2. CSSKBĐ là nền tảng của một hệ thống y tế bền vững cho mục tiêu bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân và các mục tiêu phát triển bền vững liên quan đến sức khỏe

## 7 Nội dung CSSKBĐ

*(Tuyên ngôn Astana 2018)*

3. Tiếp tục giải quyết gánh nặng bệnh tật của các bệnh không lây nhiễm. Đảm bảo mọi người dân đều có thể tiếp cận DV nâng cao SK, phòng bệnh, điều trị, PHCN, CS giảm nhẹ. Tiếp tục nhấn mạnh tầm quan trọng của truyền thông GDSK và phòng ngừa bệnh tật, không để tình trạng CS thiếu tính liên tục, không an toàn hoặc kém chất lượng. Giải quyết tình trạng thiếu hụt và bất hợp lý về phân bổ nguồn NLYT. Không để tình trạng lãng phí trong chi phí cho chăm sóc sức khỏe do sử dụng nguồn lực không hiệu quả.



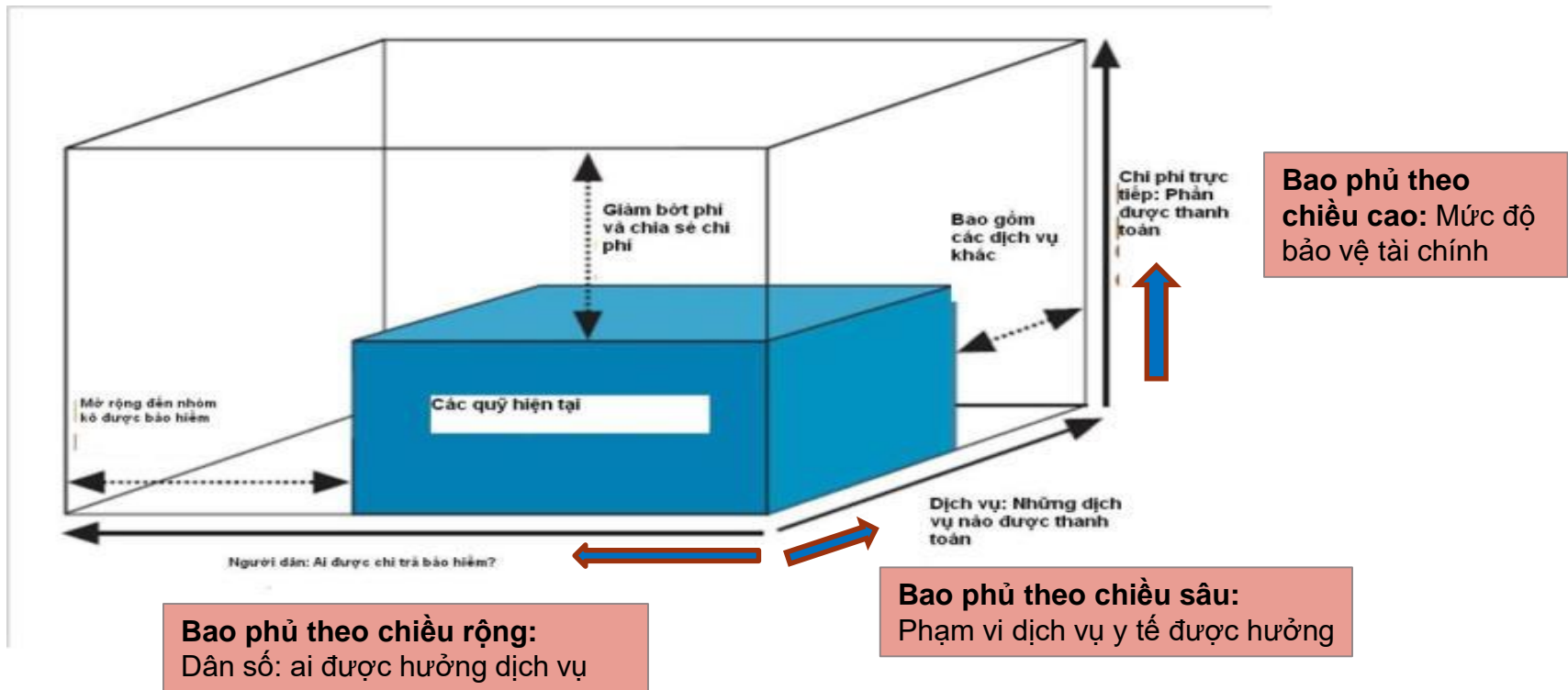
# 7 Nội dung CSSKBĐ – 4 Cam kết

*(Tuyên ngôn Astana 2018)*

4. Cam kết 1: Có các quyết sách chính trị cho sức khỏe trên tất cả các lĩnh vực của các ngành.
5. Cam kết 2: Xây dựng hệ thống CSSKBĐ bền vững.
6. Cam kết 3: Trao quyền cho các cá nhân và cộng đồng.
7. Cam kết 4: Kêu gọi sự tham gia và hỗ trợ của các bên liên quan cho các chính sách, chiến lược và kế hoạch về y tế.

# Bao phủ CSSK toàn dân

- Bao phủ về dân số
- Bao phủ về dịch vụ y tế
- Bao phủ về bảo vệ tài chính



# Thực hiện bao phủ CSSK toàn dân ở Việt Nam

## Bao phủ chiều rộng: Dân số được hưởng

- Tỷ lệ người dân tham gia BHYT tăng, đạt 87,7% (2018)
- Hầu hết mọi người dân đều được hưởng các dịch vụ YTDP, CSSKBĐ thông qua NSNN, CTMT YTDS và dịch vụ BHYT khi tham gia BHYT
- Chính sách y tế hỗ trợ cho người nghèo, cận nghèo và các nhóm đối tượng trợ giúp xã hội

# Thực hiện bao phủ CSSK toàn dân ở Việt Nam

## Bao phủ chiều sâu: Dịch vụ được hưởng

- Dịch vụ dự phòng và CSSKBĐ: khá toàn diện do NSNN chi trả
- Dịch vụ KCB: khá rộng rãi, BHYT chi trả 17.216 dịch vụ, 1.064 thuốc tân dược.
- Thông tư 39/2017 về gói DVYTCB tuyến YTCS

# Thực hiện bao phủ CSSK toàn dân ở Việt Nam

## Bao phủ chiều cao: Mức độ bảo vệ tài chính

- Tỷ lệ HGD mắc chi phí y tế thảm họa giảm từ 5,5% (2008) xuống 2,3% (2014).
- Tỷ lệ chi tiền túi của HGD (OOP) giảm xuống 39,0% (năm 2014).
- Nhà nước hỗ trợ 100% mệnh giá thẻ BHYT cho người nghèo, dân tộc thiểu số sống ở các vùng khó khăn, hỗ trợ 70% cho người cận nghèo

# Các giải pháp ưu tiên tăng cường CSSKBĐ gắn với đổi mới YTCS

## Nguyên tắc chung

- ❖ **Cam kết chính trị và lãnh đạo** trong việc xác định tăng cường CSSKBĐ là giải pháp quan trọng hướng tới bao phủ CSSK toàn dân và mục tiêu phát triển bền vững
- ❖ **Thực hiện các chính sách và hành động liên ngành** để giải quyết các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe
- ❖ **Khẳng định vai trò và trách nhiệm quan trọng của chính quyền** các cấp trong công tác CSSK thông qua giám sát và ban hành các văn bản trong toàn bộ hệ thống, bao gồm cả y tế tư nhân
- ❖ **Ưu tiên đầu tư cho CSSKBĐ**: phải đảm bảo đủ nguồn tài chính và phân bổ hợp lý cho CSSKBĐ
- ❖ **Tăng cường CSSKBĐ phải gắn với đổi mới YTCS, gắn với nguyên lý y học gia đình, kết nối với chăm sóc trong bệnh viện**: đảm bảo chăm sóc liên tục – toàn diện – phối hợp – dự phòng – gia đình – cộng đồng

# Các giải pháp ưu tiên tăng cường CSSKBĐ gắn với đổi mới YTCS

## 1) Đổi mới cơ chế tài chính

- Đổi mới toàn diện cơ chế đầu tư tài chính cho mạng lưới YTCS
- Đổi mới phương thức chi trả cho mạng lưới YTCS, gắn chi trả với kết quả đầu ra và hiệu quả hoạt động; thực hiện phương thức thanh toán theo định suất
- Tăng cường phân bổ quỹ BHYT cho CSSKBĐ
- Tăng cường phối hợp công - tư

## 2) Củng cố tổ chức

- Đổi mới mạnh mẽ cơ chế và phương thức hoạt động của TYT xã để thực hiện vai trò là tuyến đầu trong phòng bệnh, CSSK
- Đảm bảo các chức danh chuyên môn phù hợp và phân bổ hợp lý; xác định rõ nhiệm vụ và trách nhiệm của từng người trong đội ngũ nhân lực CSSKBĐ
- Tiếp tục sắp xếp các trung tâm y tế và bệnh viện tuyến huyện

## Các giải pháp ưu tiên tăng cường CSSKBĐ gắn với đổi mới YTCS

### 3) Đảm bảo nguồn lực cho mạng lưới YTCS

- Tăng cường đầu tư CSVC, TTB, thuốc
- Tăng cường phát triển năng lực nguồn nhân lực, đào tạo, chuyển giao kỹ thuật, luân phiên cán bộ...
- Xây dựng và trình ban hành các chính sách ưu đãi cho nhân viên YTCS, nhất là tại vùng kinh tế khó khăn, vùng sâu, vùng xa.

### 4) Chú trọng truyền thông

- Tăng cường các can thiệp nhằm thay đổi hành vi (hành vi lối sống, hành vi tiếp cận và sử dụng DVYT, BHYT) của cá nhân và cộng đồng
- Nâng cao vị thế của YTCS trong hệ thống y tế quốc gia



# Các giải pháp ưu tiên tăng cường CSSKBĐ gắn với đổi mới YTCS

## 5) Cải thiện chất lượng dịch vụ CSSKBĐ

- Gói dịch vụ
- Mô hình chăm sóc
- Đào tạo nâng cao năng lực: thực hiện đào tạo liên tục và đào tạo theo nguyên lý y học gia đình
- Giám sát và hỗ trợ, hệ thống phản hồi chất lượng

**6) Ứng dụng CNTT trong quản lý sức khỏe:** Áp dụng tiến bộ của hệ thống thông tin và công nghệ số trong theo dõi, quản lý sức khỏe cá nhân và đánh giá nhu cầu CSSK

## 7) Tăng cường giám sát và đánh giá

# TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Báo cáo hội nghị Alma Ata (1978)
- Jon Rohde và cộng sự (2008) 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? Lancet 372: 950–61
- WHO (2008) The World Health Report – Primary health care – Now more than ever