



World Health
Organization



ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG Hệ thống Chăm sóc Sức khỏe Tâm thần Thuộc quản lý của Bộ Lao Động Thương Binh và Xã Hội



Hà Nội, Tháng 12-2011

Đánh giá Thực trạng Hệ thống Chăm sóc Sức khỏe Tâm thần thuộc quản lý của Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội

© Tổ chức Y tế Thế giới tại Việt Nam, 2011

Hướng dẫn trích dẫn: *RTCCD-MOLISA, Đánh giá Thực trạng Hệ thống Chăm sóc Sức khỏe Tâm thần thuộc quản lý của Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội, WHO tại Việt Nam, 2011*

Nghiên cứu được thực hiện với sự phối hợp giữa Trung tâm RTCCD và Cục Bảo trợ Xã hội (Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội). Nội dung trong bản báo cáo này thể hiện quan điểm riêng của nhóm tư vấn độc lập và căn cứ trên số liệu điều tra tại 8 tỉnh thành phố. Nhóm tư vấn chịu trách nhiệm về mọi sai lệch liên quan đến số liệu và các diễn giải trong báo cáo. Mọi góp ý, xin liên hệ với BS. TS. Trần Tuấn trantuanrtccd@gmail.com

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG

Hệ thống Chăm sóc Sức khỏe Tâm thần

Thuộc quản lý của Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội

CÁC TỪ VIẾT TẮT

AP	Quỹ từ thiện Atlantic
BNTT	Bệnh nhân tâm thần
BLĐTBXH	Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội
BTXH	Bảo trợ xã hội
BVĐK	Bệnh viện đa khoa
BVTT	Bệnh viện tâm thần
BYT	Bộ Y tế
CTXH	Công tác xã hội
CSSKTT	Chăm sóc sức khỏe tâm thần
NGO	Tổ chức phi chính phủ
PHCN	Phục hồi chức năng
RNTT	Rối nhiễu tâm trí
RTCCD	Trung tâm Nghiên cứu và Đào Tạo Phát Triển Cộng Đồng
SKTT	Sức khỏe tâm thần
SLĐTBXH	Sở Lao động, Thương binh và Xã hội
UNICEF	Quỹ Nhi đồng Liên Hiệp quốc tại Việt Nam
VUSTA	Liên hiệp các Hội Khoa học và Kỹ thuật Việt Nam
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới

MỤC LỤC

CÁC TỪ VIẾT TẮT.....	3
TÓM TẮT.....	6
PHẦN 1: TỔNG QUAN VỀ NGHIÊN CỨU.....	10
PHẦN 2: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	15
CHƯƠNG 1: Các chính sách về CSSKTT ở Việt Nam và Vai trò của BLĐTBXH	16
CHƯƠNG 2: Thực trạng ngân sách nhà nước cho hệ thống CSSKTT	26
CHƯƠNG 3: Hệ thống tổ chức các trung tâm chăm sóc BNTT thuộc quản lý của BLĐTBXH	31
CHƯƠNG 4: Thực trạng đội ngũ cán bộ BTXH tại tuyến cơ sở.....	36
CHƯƠNG 5: Nhu cầu CSKTT tại cộng đồng	39
CHƯƠNG 6: Đề xuất và Áp dụng chính sách.....	45
TÀI LIỆU THAM KHẢO	51
Phụ lục 1: Tổng quan đối tượng cung cấp tin tại 8 tỉnh.....	52
Phụ lục 2: Tóm tắt Đánh giá dự án CSSKTT tại cộng đồng do BHYT quản lý.....	53

Danh mục các HỘP, ĐỒ THỊ và BẢNG

Danh mục các Hộp

Hộp 1: Các thành phần của cuộc đánh giá hệ thống CSSKTT làm cơ sở cho củng cố hệ thống CSSKTT trong phạm vi quản lý của BLĐTBXH.....	11
Hộp 2: Định hướng củng cố và phát triển hệ thống bảo trợ và chăm sóc xã hội dành cho BNTT do BLĐTBXH quản lý.....	12
Hộp 3: Các cấp độ thu thông tin.....	12
Hộp 4: Các nhóm đối tượng cung cấp thông tin.....	13
Hộp 5: Định nghĩa thực hành chính sách (WHO, 2001).....	17
Hộp 6: Kiến nghị và đề xuất của BYT.....	17
Hộp 7: Một số chính sách, pháp luật hiện hành của Việt Nam có liên quan đến BNTT.....	18
Hộp 8: Thực tế phân bổ chỉ tiêu của BVTT tỉnh Đắk Lắk.....	28
Hộp 9: Danh sách 16 tỉnh có trung tâm BTXH dành cho người bệnh tâm thần.....	32
Hộp 10: Chức năng nhiệm vụ của ba cơ sở CSSKTT tỉnh.....	33
Hộp 11: Thống kê tình hình chăm sóc BNTT tại tỉnh Sơn La.....	33
Hộp 12: Điều kiện để một cán bộ BTXH có thể hoạt động tốt.....	38
Hộp 13: 10 khuyến cáo của WHO cho công tác CSSKTT.....	44

Danh mục các Đồ Thị

Đồ thị 1: Các công việc cán bộ BTXH thực hiện liên quan đến chăm sóc BNTT (N=54).....	37
Đồ thị 2: Khó khăn của các cán bộ BTXH.....	38
Đồ thị 3: Những hỗ trợ từ cộng đồng các gia đình hiện nay nhận được (n=242).....	43
Đồ thị 4: Những hỗ trợ từ cộng đồng các gia đình mong muốn sẽ nhận được để chăm sóc người bệnh tốt hơn (n=242).....	43
Đồ thị 5: Nguồn thông tin về chăm sóc BNTT gia đình mong muốn nhận được (n=212).....	44

Danh mục các Bảng

Bảng 1: Sự khác biệt giữa “kinh phí được duyệt theo kế hoạch” và kinh phí thực cấp trong dự án CSSKTT cộng đồng của BYT.....	27
Bảng 2: Định mức chi tiêu cho cơ sở chăm sóc BNTT tuyến tỉnh (có so sánh với loại hình chăm sóc bệnh nhân khác).....	28
Bảng 3: Thực trạng ngân sách nhà nước dành cho CSSKTT (ước tính trên cơ sở thảo luận nhóm).....	29
Bảng 4: Cơ cấu chi theo ngân sách cấp cho CSSKTT.....	30
Bảng 5 : Tỷ lệ mắc bệnh tâm thần tại một số nước trên thế giới [3].....	40
Bảng 6: Tỷ lệ giường bệnh tâm thần: so sánh Việt Nam và một số nước trên thế giới [3].....	41
Bảng 7: Khả năng tham gia công việc nhà và chăm sóc bản thân của đối tượng (n=241).....	42

TÓM TẮT

Nghiên cứu được triển khai với sự hợp tác chuyên môn giữa Trung tâm Nghiên cứu và Đào tạo Phát triển Cộng đồng (RTCCD) và Cục Bảo trợ Xã hội thuộc Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội (BLĐTBXH) với sự hỗ trợ tài chính từ Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Quỹ Nhi đồng Liên Hiệp quốc (UNICEF). Mục tiêu chính của nghiên cứu nhằm trả lời câu hỏi thực trạng của hệ thống dịch vụ chăm sóc người bệnh tâm thần do BLĐTBXH quản lý đang đáp ứng đến đâu so với nhu cầu thực tế đặt ra để từ đó đưa ra các kiến nghị mang tầm định hướng hành động cho kế hoạch toàn quốc giai đoạn 2011-2020. Thông tin được thu thập theo ba phần:

- 1) Khung chính sách hiện có ở tầm vĩ mô: chủ yếu khảo sát từ BLĐTBXH và Bộ Y tế (BYT) và thể hiện cụ thể ở tuyến địa phương tại 8 tỉnh/thành phố được chọn vào nghiên cứu;
- 2) Thực trạng hệ thống trung tâm bảo trợ xã hội (BTXH) khảo sát tại 8 tỉnh/thành phố; và
- 3) Thực trạng vận hành hệ thống dịch vụ BTXH dành cho người bệnh tâm thần ở tuyến cơ sở tại 8 tỉnh/thành phố điều tra.

Tiến trình phân tích thông tin thu thập được thực hiện với sự hợp tác chặt chẽ giữa nhóm triển khai nghiên cứu với bộ phận hoạch định chính sách BTXH và phục hồi chức năng (PHCN) cho người bệnh tâm thần của BLĐTBXH. Sự hợp tác trong triển khai nghiên cứu và phân tích kết quả nghiên cứu giữa nhóm hoạch định chính sách của BLĐTBXH và các nhà khoa học trong nước dẫn đến việc nhanh chóng sử dụng các bằng chứng thực tế vào tiến trình ra chính sách. Do vậy, nhóm nghiên cứu đã luôn phải cập nhật thông tin trong quá trình viết báo cáo để kịp điều chỉnh theo những diễn biến mới nhất của thay đổi chính sách chăm sóc sức khỏe người bệnh tâm thần mà BLĐTBXH đưa ra trong năm 2011.

Nghiên cứu đã đưa ra 5 kết luận và 5 khuyến cáo hành động 2012-2013, trong đó có một khuyến cáo riêng cho WHO và UNICEF.

Kết luận

1. Hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần (CSSKTT) do BLĐTBXH quản lý gồm 17 trung tâm BTXH (thuộc 16 tỉnh) kèm theo việc thực hiện chính sách BTXH của Việt Nam cho các đối tượng yếu thế (trong đó có bệnh nhân tâm thần (BNTT) có ở 100% số xã trong cả nước. Hệ thống này vận hành song song với hệ thống do BYT quản lý, gồm 1 Viện SKTT, 2 bệnh viện chuyên khoa tâm thần tuyến trung ương, 32 bệnh viện tâm thần (BVTT) tỉnh, 33 khoa tâm thần thuộc bệnh viện đa khoa (BVĐK) tỉnh và 33 khoa tâm thần trong trung tâm phòng chống bệnh xã hội cùng với dự án CSSKTT cộng đồng triển khai ở 70% các xã, với hoạt động chính là trạm y tế xã (TYT) phát thuốc cho những đối tượng BNTT phân liệt và động kinh đã có hồ sơ điều trị tại bệnh viện chuyên khoa tỉnh hoặc trung ương.
2. Việt Nam đang thiếu một chính sách quốc gia về CSSKTT theo đúng nghĩa. Đây là nguyên nhân chính dẫn đến tình trạng chưa có sự kết nối chặt chẽ giữa hệ thống do BLĐTBXH quản lý với hệ thống do BYT quản lý, ở cả tầm phát triển các hướng dẫn quy chuẩn quốc gia lẫn tầm thực thi cụ thể ở tuyến địa phương trong thời gian qua. Sự ra đời của đề án 32 và đề án 1215 đã tạo ra một bối cảnh mới thúc đẩy sự hợp tác giữa các bên, đặc biệt là giữa BLĐTBXH và BYT.
3. Hệ thống chăm sóc BNTT do BLĐTBXH quản lý có các đặc điểm nổi bật sau:
 - a. Các trung tâm BTXH và PHCN cho người bệnh tâm thần ở tỉnh mới chỉ nhằm mục tiêu là cơ sở tập trung BNTT (chủ yếu thuộc nhóm lang thang, bị người nhà bỏ rơi, không nơi nương tựa, đối tượng thuộc gia đình có công với cách mạng) và cũng mới chỉ triển khai được ở 16 tỉnh thành trong cả nước (xấp xỉ 20%). Khả năng thực hiện của các trung tâm

này cũng mới chỉ đáp ứng được không quá một phần ba nhu cầu của mỗi tỉnh. Ở tại 8 tỉnh điều tra, thực trạng hợp tác giữa các cơ quan BTXH và y tế trong chăm sóc và PHCN cho người bệnh tâm thần đều có chung đặc điểm là hoàn toàn thiếu quy chuẩn chuyên môn, chỉ mang tính hành chính và sự vụ chuyển-nhận bệnh nhân, do hậu quả là không có một chiến lược gắn kết chuyên môn xuyên suốt trong hệ thống chăm sóc sức khỏe của tỉnh. Thực tế là có tới 18,8% BNTT thuộc diện quản lý của BLĐTBXH/BYT sống ở cộng đồng trong tình trạng bị nhốt, cùm thường xuyên tại nhà, trong khi gia đình và cộng đồng có nhu cầu gửi họ đến các trung tâm BTXH dành cho BNTT mà không được chấp nhận.

- b. So với định hướng chăm sóc sức khỏe của Đảng Cộng Sản Việt Nam và khuyến cáo của WHO về chăm sóc và PHCN bệnh nhân tâm thần ở các nước đang phát triển vào thập niên đầu thế kỷ 21, có thể thấy các nguồn lực cơ bản trong toàn bộ hệ thống đang bị thiếu hụt đáng kể để đáp ứng yêu cầu CSSKTT ở cả hai loại hình cơ sở tập trung và tại cộng đồng. Trong đó, 17 cơ sở tập trung thuộc tuyến tỉnh nằm trong tình trạng thiếu hụt nguồn lực nghiêm trọng. Chất lượng nhân lực đạt yêu cầu về lòng nhiệt tình trong nghề nghiệp, nhưng chưa được đào tạo cơ bản về phương pháp làm việc, kiến thức và kỹ năng chuyên môn trong chăm sóc và PHCN bệnh nhân tâm thần. Hạ tầng cơ sở chưa được thiết kế, trang bị và vận hành theo quy định của một cơ sở chăm sóc và PHCN cho BNTT với quan điểm lấy bệnh nhân là trung tâm và đảm bảo tôn trọng quyền cơ bản của người bệnh. Tất cả các cơ sở đánh giá đều thiếu các hướng dẫn kỹ thuật chăm sóc đặc thù, thiếu mối quan hệ và hợp tác chuyên môn giữa các cấp trong hệ thống cũng như với các hệ thống liên quan, đặc biệt là với hệ thống do BHYT quản lý. Thêm vào đó, nguồn tài chính mới chỉ đáp ứng yêu cầu giữ bệnh nhân hơn là chăm sóc và PHCN cho bệnh nhân.
 - c. Trong 5 năm qua, hệ thống do BLĐTBXH quản lý được vận hành với mục tiêu cụ thể là triển khai các nghị định số 67/2007/NĐ-CP ngày 13/4/2007 và gần đây là nghị định 13/2010/NĐ-CP ban hành ngày 27/02/2010 về chính sách trợ giúp các đối tượng BTXH, trong đó có BNTT. Cho đến năm 2011, toàn bộ hệ thống đã thực hiện tương đối tốt nghị định 13 cho BNTT. Tuy nhiên, do định nghĩa “bệnh nhân tâm thần” chỉ bó hẹp ở những đối tượng điều trị tại các bệnh viện chuyên khoa tâm thần, nên việc bỏ sót các đối tượng BNTT khác hệ thống y tế cũng trực tiếp ảnh hưởng đến hoạt động của hệ thống do BLĐTBXH quản lý.
 - d. Nhìn chung, hệ thống CSSKTT của cả BLĐTBXH và BHYT đều mới chỉ tập trung vào nhóm bệnh loạn thần (psychotic disorders) và bỏ sót các nhóm bệnh tâm thần phổ biến khác như trầm cảm, lo âu, sang chấn sau stress, rối loạn tâm thần do rượu, nghiện chất, và đặc biệt là các nhóm bệnh tâm thần ở phụ nữ mang thai, nuôi con nhỏ, trẻ em và trẻ vị thành niên. Các hoạt động hỗ trợ đặc thù khác cho BNTT chưa được triển khai vì nhiều nguyên nhân, trong đó nguyên nhân chính là do thiếu hệ thống nâng cao hiểu biết cho đội ngũ thực thi nhiệm vụ và dân chúng nói chung về kiến thức cơ bản trong dự phòng, điều trị, chăm sóc và PHCN cho BNTT tại cộng đồng.
4. Hệ thống BTXH đang được nâng cấp thông qua hai đề án quốc gia: “*Đề án 32/QĐ-TTg về phát triển nghề công tác xã hội (CTXH)*” ban hành ngày 25/3/2010 và “*Đề án 1215/QĐ-TTg về trợ giúp xã hội và PHCN cho người bệnh tâm thần, người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2011-2020*” ban hành ngày 22/7/2011. Điều này phản ánh sự chủ động, tích cực của BLĐTBXH và quyết tâm chính trị cao của nhà nước Việt Nam trong hai năm qua vì mục tiêu công bằng và an sinh xã hội nói chung và vì người bệnh tâm thần nói riêng.
5. Tuy nhiên, trong bối cảnh thiếu hụt nguồn lực trầm trọng, thiếu sự hợp tác giữa các bộ ngành liên quan cũng như hai đề án 32 và 1215 mới ở giai đoạn đầu của tiến trình xác định mô hình, cho đến nay, tình trạng chung vẫn chưa có thay đổi đáng kể so với thời điểm nhóm nghiên cứu thu thập thông tin (cuối năm 2010). Với tình trạng thiếu hụt nhân lực, các cơ sở đào tạo hiện tại của BLĐTBXH, BHYT, Bộ Giáo dục và Đào tạo chắc chắn chưa có khả năng đào tạo “cầm tay chỉ việc” để nhanh chóng lấp lỗ hổng chuyên môn của hệ thống từ cộng đồng tới các trung

tâm tuyến tính do BLĐTBXH quản lý. Do vậy, các kết luận và khuyến nghị của nghiên cứu này vừa mang tính thời sự vừa giúp cho việc xem xét, điều chỉnh lựa chọn các ưu tiên hành động và lập kế hoạch mang tính hệ thống để thực hiện các đề án 32 và 1215, nhất là cho hai năm tới (2012-2013).

Khuyến cáo hành động

1. Ưu tiên của giai đoạn này là cần thống nhất được tầm nhìn và khung mục tiêu quốc gia về CSSKTT ở Việt Nam, nhằm tạo cơ sở định hình cho các hoạt động thiết kế tiếp theo của BLĐTBXH và BHYT trong các đề án 32 và 1215, dự án CSSKTT cộng đồng của chương trình mục tiêu quốc gia và đề án 930/QĐ-TTg ngày 30/6/2009 về củng cố và xây dựng bệnh viện chuyên khoa tâm thần tại các tỉnh hiện còn thiếu (do BHYT quản lý). Cần lập ra một Tổ Công tác đặc biệt thực thi ngay mục tiêu xây dựng và đưa ra được chính sách quốc gia về CSSKTT phù hợp với khả năng về nguồn lực của Việt Nam đồng thời đáp ứng tốt khuyến cáo của WHO, nhằm tạo được cơ sở cho các bộ ngành, địa phương hợp tác chung sức hành động từ nay tới năm 2020 theo mục tiêu có được một hệ thống CSSKTT lồng ghép đa ngành, lấy dự phòng là chính và công tác chăm sóc PHCN, hỗ trợ người bệnh tâm thần chủ yếu diễn ra tại cộng đồng.
2. Khuyến nghị Quốc hội đưa ra nghị quyết nhằm giúp BLĐTBXH và BHYT tiến đến sự thống nhất trong việc tạo lập và vận hành mô hình một hệ thống “chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng” ở tuyến địa phương. Trong đó, các đề án 32 và 1215 của BLĐTBXH, chương trình mục tiêu quốc gia/dự án CSSKTT cộng đồng và đề án 930 của BHYT phải được thiết kế tập trung vào mục tiêu chung là đổi mới hệ thống CSSKTT và PHCN cho BNTT theo khuyến cáo của WHO và chủ trương về một nền y tế công bằng, hiệu quả và bền vững của Đảng. Theo tầm nhìn này, từng đề án phải có mục tiêu cụ thể hướng đến góp phần tạo lập cả phần cứng và phần mềm vận hành hệ thống tại từng tỉnh, bao gồm cả cơ sở chăm sóc điều trị, phục hồi tập trung và hệ thống chăm sóc phục hồi tại cộng đồng.
3. Hoạt động trong năm 2012 về CSSKTT cần ưu tiên đi theo trình tự:
 - » Thống nhất tầm nhìn và khung mục tiêu cho chính sách CSSKTT quốc gia. Hoạt động này cần được ưu tiên và tổ chức với sự tham gia rộng rãi của các bên liên quan và các nhà khoa học đa ngành,
 - » Từ đề án 32, 1215, 930 và dự án CSSKTT cộng đồng, phối hợp thiết kế mô hình hệ thống CSSKTT tuyến tính theo khuyến cáo của WHO, trong đó có hai nhánh đi song song phối hợp với nhau: nhánh ***nền tảng là mạng CSSKTT cộng đồng***, với các hoạt động dự phòng, phát hiện sớm, can thiệp điều trị sớm và PHCN sớm được thực hiện và quản lý bởi đội ngũ đa ngành; chủ yếu phối hợp giữa nhân viên CTXH của bên LĐTBXH với nhân viên y tế; mạng ***hỗ trợ là cơ sở chăm sóc điều trị tập trung*** đặt ở tỉnh, là sự phối hợp lồng ghép của BVTT với trung tâm BTXH dành cho BNTT. Như thế, mỗi tỉnh sẽ chỉ có một cơ sở tập trung bệnh nhân, làm các chức năng chẩn đoán, điều trị, chăm sóc và PHCN các trường hợp phức tạp và nặng.
 - » Thiết kế và đưa vào vận hành mô hình chăm sóc sức khỏe lồng ghép tại tuyến chăm sóc ban đầu (huyện/xã), thí điểm tại một huyện.
4. Cần thành lập nhóm hỗ trợ kỹ thuật gồm các chuyên gia đa ngành trong nước chuyên về CSSKTT thực hiện chức năng kết nối hỗ trợ cho cả BLĐTBXH và BHYT. Vai trò tổ chức thành lập và vận hành nhóm này nên giao cho VUSTA đảm nhiệm với mô hình Think-tank. Đây là cơ sở chính thức được Quốc hội và nhà nước giao trọng trách tư vấn kỹ thuật và phản biện khoa học cho các chương trình, dự án phát triển.

5. Hỗ trợ từ tổ chức quốc tế, đặc biệt từ UNICEF và WHO cần được tiếp tục và đẩy mạnh theo 3 hướng sau:
- » Hỗ trợ để các bên thống nhất được cách tiếp cận toàn diện, đa ngành (holistic), dựa vào cộng đồng (community-based) trong CSSKTT, ưu tiên hỗ trợ các mô hình, sáng kiến khoa học và phù hợp với điều kiện nguồn lực thực tế của Việt Nam.
 - » Hỗ trợ thành lập và vận hành nhóm hỗ trợ kỹ thuật và các hoạt động vận động chính sách ở tầm vĩ mô nhằm nhanh chóng tạo ra khung chính sách và pháp lý về CSSKTT ở Việt Nam. Các hoạt động hội thảo và nghiên cứu thử nghiệm mô hình, xác định bằng chứng định hướng chính sách cần được đẩy mạnh trong năm 2012-13.
 - » Hỗ trợ VUSTA tổ chức và vận hành nhóm Think-tank dành cho CSSKTT, đảm bảo vai trò khoa học và độc lập trong tư vấn phân biện chính sách cho các bên liên quan chủ yếu (Ủy ban các Vấn đề Xã hội của Quốc hội, Vụ các Vấn đề Xã hội của Ban Tuyên giáo Trung ương, BLĐTBXH, BYT, Bộ Tài chính).
 - » Đẩy mạnh hơn nữa vai trò của các tổ chức độc lập của Việt Nam trong CSSKTT, bằng sự trợ giúp kỹ thuật và tài chính trực tiếp đến các tổ chức này (qua hợp đồng giao việc nhằm tạo lập và hoàn thiện các mô hình thí điểm định hướng chính sách) hoặc gián tiếp (qua tổ chức các hội thảo, hội nghị, cơ hội thực hiện vận động chính sách bằng các mô hình nghiên cứu thực địa, hoặc cơ hội đào tạo nhân lực).

PHẦN 1

TỔNG QUAN VỀ NGHIÊN CỨU

1. GIỚI THIỆU

Hệ thống chăm sóc sức khỏe cho BNTT đang được vận hành chủ yếu bởi BHYT và BLĐTBXH. Trong đó, BLĐTBXH thực hiện chức năng chăm sóc và điều trị PHCN cho BNTT thông qua hoạt động của “nhân viên CTXH”¹ tại cộng đồng, và qua hệ thống trung tâm chăm sóc hỗ trợ BNTT nặng tại tuyến tỉnh đã được thành lập và vận hành ở 16 tỉnh/thành phố trong cả nước.

Để củng cố và hoàn thiện hệ thống chăm sóc sức khỏe theo mục tiêu “chất lượng, hiệu quả và công bằng”, BLĐTBXH hợp tác với UNICEF và WHO phát triển chương trình hành động cụ thể cho giai đoạn 2011-2015. Để xây dựng được chương trình hành động phù hợp với nhu cầu của cộng đồng, các cơ quan liên quan cần phân tích thực trạng hiện tại của hệ thống CSSKTT tại cộng đồng do BLĐTBXH quản lý.

Đề xuất ban đầu do chuyên gia tư vấn của WHO đưa ra là một nghiên cứu hệ thống toàn diện² tập trung vào tám mảng lớn (Hộp 1), mỗi mảng là một nghiên cứu đặc thù. Khi đưa vào thảo luận triển khai thực tế, với điều kiện nhân lực và mức kinh phí giới hạn có được từ hỗ trợ của WHO trong năm 2010-2011, Cục BTXH thống nhất tiến hành thực hiện một nghiên cứu với mục đích làm rõ cấu trúc và sự vận hành hệ thống hiện tại trên phương diện vĩ mô (tức phân tích chính sách hiện tại), kết hợp với thu thập thông tin địa phương có hoặc chưa có trung tâm BTXH dành cho BNTT để làm bằng chứng xác định cho các ưu tiên đổi mới hệ thống trong thời gian tới. Trong đó, song song với đề án 32 về phát triển nghề CTXH, hệ thống bảo trợ chăm sóc xã hội dành cho BNTT sẽ được đổi mới và phát triển ở cả hai tuyến: tuyến chăm sóc tập trung và tuyến chăm sóc cộng đồng (Hộp 2).

Hộp 1: Các thành phần của cuộc đánh giá hệ thống CSSKTT làm cơ sở cho củng cố hệ thống CSSKTT trong phạm vi quản lý của BLĐTBXH

1. Đánh giá lại hệ thống các văn bản pháp luật đã ban hành liên quan đến hỗ trợ, chăm sóc, và điều trị người bệnh tâm thần;
2. Phân tích chính sách hiện hành và các văn bản hướng dẫn việc thực thi
3. Phân tích thực trạng ngân sách nhà nước chi cho hệ thống CSSKTT (cả cấp trung ương và địa phương);
4. Phân tích thực trạng các cơ sở CSSKTT và loại hình dịch vụ đang được các cơ sở này cung cấp;
5. Phân tích thực trạng nguồn nhân lực;
6. Phân tích sự phân bố kinh phí, nhân lực và trang thiết bị cho CSSKTT theo vùng địa lý;
7. Phân tích sự phân bố bệnh nhân theo loại hình bệnh, mức độ nặng và nhu cầu;
8. Chỉ ra số lượng và đặc điểm bệnh nhân được điều trị tại các tuyến khác nhau của hệ thống do BLĐTBXH và BHYT quản lý.

Nghiên cứu được triển khai với sự phối hợp của cán bộ hai cơ quan: Trung tâm Nghiên cứu và Đào tạo Phát triển Cộng đồng (cơ quan nghiên cứu độc lập) và cán bộ Cục BTXH (BLĐTBXH) từ tháng 9/2010 – tháng 4/2011.

¹ Là nhân viên tuyến xã làm công tác BTXH cho các đối tượng (trong đó có người bệnh tâm thần) theo nghị định số 67/2007/NĐ-CP ngày 13/4/2007 và gần đây là nghị định 13/2010/NĐ-CP ban hành ngày 27/02/2010. Cụm từ “nhân viên CTXH” được dùng đến trong thời gian gần đây, đặc biệt là từ sau khi đề án 32 về phát triển nghề CTXH ra đời.

² Harry Minas (2010). Reform of the system of MOLISA centres for persons with severe mental disorders; Briefing notes for meeting at MOLISA on 16 July 2009; Preliminary thoughts.

Hộp 2: Định hướng củng cố và phát triển hệ thống bảo trợ và chăm sóc xã hội dành cho BNTT do BLĐTBXH quản lý

- » Các trung tâm bảo trợ chăm sóc xã hội cho các đối tượng mắc bệnh tâm thần nặng hiện nay cần được củng cố về chất lượng phục vụ, bám sát theo quyền bệnh nhân và đưa trung tâm vận hành theo nguyên tắc phù hợp với các khuyến cáo của WHO cho các nước đang phát triển về chăm sóc tập trung BNTT và phòng ngừa tái phát
- » Hệ thống bảo trợ chăm sóc BNTT tuyến cơ sở, một thành phần trong hệ thống CTXH do BLĐTBXH quản lý, được vận hành theo các nguyên lý CTXH vận dụng cụ thể vào phòng ngừa và điều trị RNTT tại cộng đồng.

2. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tập trung chủ yếu vào hệ thống BTXH dành cho BNTT do BLĐTBXH quản lý. Việc phân tích dữ liệu được đặt trong mối liên quan với hệ thống do BHYT quản lý. Nghiên cứu nhằm các mục tiêu cụ thể sau:

1. Đánh giá lại hệ thống các văn bản pháp luật đã ban hành liên quan đến hỗ trợ, chăm sóc, và điều trị BNTT;
2. Phân tích chính sách hiện hành và các văn bản hướng dẫn việc thực thi;
3. Phân tích thực trạng ngân sách nhà nước chi cho hệ thống bảo trợ chăm sóc xã hội cho người bệnh tâm thần;
4. Phân tích thực trạng các trung tâm BTXH dành cho BNTT và loại hình dịch vụ mà các cơ sở này đang cung cấp;
5. Phân tích thực trạng nguồn nhân lực tại các trung tâm BTXH dành cho BNTT và tuyến cơ sở;
6. Phân tích tình trạng trang thiết bị phục vụ cho hoạt động của các trung tâm nói trên;
7. Phân tích sự phân bố của bệnh nhân theo loại hình bệnh, mức độ nặng và nhu cầu theo các loại hình bảo trợ chăm sóc xã hội của hệ thống do BLĐTBXH quản lý;
8. Chỉ ra đặc điểm bệnh nhân được điều trị tại trung tâm BTXH so sánh với bệnh nhân tại các cơ sở điều trị khác do BHYT quản lý.

3. THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU³

3.1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu áp dụng cả hai phương pháp: nghiên cứu về chất (qualitative method) và về lượng (quantitative method) để thu thập thông tin ở ba cấp độ: cấp bộ, cấp tỉnh, và cấp cộng đồng. Bốn nhóm đối tượng nghiên cứu chính được phỏng vấn là cán bộ quản lý, cán bộ thực hành lâm sàng, nhân viên CTXH ở tuyến huyện-xã và gia đình bệnh nhân (Hộp 3).

Hộp 3: Các cấp độ thu thông tin

- » **cấp bộ** (để xem xét hệ thống văn bản, kế hoạch thực hiện - cho các mục tiêu 1, 2, 3, 5 và 6);
- » **cấp tỉnh** (đánh giá năng lực cung cấp dịch vụ của các cơ sở điều trị và nhu cầu thực tế của bệnh nhân - cho các mục tiêu 3, 4, 6, 7 và 8); và
- » **cấp cộng đồng** (đánh giá nguồn lực dựa vào cộng đồng thực hiện CSSKTT và nhu cầu thực tế về CSSKTT cộng đồng - cho các mục tiêu 3 và 8).

³ Đã có hai báo cáo thành phần được nhóm nghiên cứu gửi tới WHO khi kết thúc các giai đoạn thiết kế nghiên cứu và triển khai thực địa, trong đó đã nêu chi tiết thiết kế nghiên cứu và tổ chức triển khai nghiên cứu trên thực địa. Do vậy, báo cáo này chỉ nêu tóm tắt những điểm chính giúp người đọc hiểu kết quả nghiên cứu đưa ra. Thông tin chi tiết hơn, xin liên hệ nhóm nghiên cứu hoặc văn phòng WHO tại Hà Nội để có các báo cáo thành phần.

3.2. Thiết kế mẫu

Nghiên cứu sử dụng mẫu nghiên cứu nhiều bậc (multi-stage sampling), phối hợp giữa mẫu có chủ định (purposive sampling) và mẫu ngẫu nhiên (random sampling). Trong bước đầu tiên - chọn mẫu chủ định - có 5 tỉnh thuộc nhóm có trung tâm BTXH dành cho BNTT và 3 tỉnh đối chứng (không có trung tâm) được chọn vào mẫu nghiên cứu, theo đề xuất của Cục BTXH, nhằm mục đích có được sự nhìn nhận hệ thống. Đó là các tỉnh/thành phố:

- » **Hà Nội**: đại diện nhóm thành phố nơi các nguồn lực được xem là tốt hơn cả;
- » **Đà Nẵng**⁴: một trong hai tỉnh nhận được sự hỗ trợ của quốc tế để đổi mới hệ thống CSSKTT của tỉnh theo hướng chăm sóc dựa vào cộng đồng trong thời gian qua;
- » nhóm các tỉnh có trung tâm BTXH dành cho BNTT, với các tỉnh đại diện cho ba khu vực là **Sơn La** (miền núi phía Bắc), **Bình Định** (miền trung) và **Bến Tre** (đồng bằng sông Cửu Long); và
- » nhóm tỉnh đối chứng chưa có trung tâm BTXH dành cho BNTT gồm **Quảng Ngãi** (miền trung), **Đắk Lắk** (Tây Nguyên) và **Kiên Giang** (đồng bằng sông Cửu Long).

Ở bước thứ hai, tại mỗi tỉnh, toàn bộ hệ thống BTXH từ tỉnh cho đến xã đã được đưa vào đánh giá, gồm trung tâm BTXH dành cho BNTT, BVTT, và mạng lưới triển khai công tác CSSKTT trong tỉnh. Mẫu có chủ định được áp dụng cho việc chọn đối tượng lãnh đạo quản lý hệ thống trong tỉnh, và người nhà của bệnh nhân đang được chăm sóc bởi hệ thống. Bước chọn mẫu thứ ba là chọn ngẫu nhiên sáu xã cho mỗi tỉnh. Tại mỗi xã, nhân viên công tác BTXH, CSSKTT và hộ gia đình có BNTT được đưa vào mẫu điều tra phỏng vấn thu thông tin. Hộp 4 nêu các nhóm đối tượng cung cấp thông tin theo cấp độ thu thập thông tin của toàn bộ nghiên cứu.

Hộp 4: Các nhóm đối tượng cung cấp thông tin

- » **Cán bộ quản lý**: bao gồm những người hiện đang công tác ở cấp Bộ (BLĐTBXH và BYT), cấp tỉnh (tại các trung tâm BTXH dành cho BNTT hoặc các BVTT), và cán bộ trong chính quyền địa phương. Họ đã được phỏng vấn để làm sáng tỏ tiến trình đưa ra các chính sách, văn bản hướng dẫn công tác CSSKTT, kế hoạch triển khai, nguồn nhân lực và tài lực để triển khai các kế hoạch này.
- » **Cán bộ thực hành lâm sàng**: những người hàng ngày trực tiếp chăm sóc bệnh nhân tại các trung tâm thuộc BLĐTBXH và cả ở các dự án CSSKTT tại tuyến cơ sở (cán bộ TYT và trung tâm y tế huyện).
- » **Nhân viên CTXH**: ở tuyến cộng đồng (bao gồm những người đang thực hiện các hỗ trợ xã hội cho bệnh nhân).
- » **Bệnh nhân và gia đình bệnh nhân**: những người có nhu cầu được chăm sóc bởi các dịch vụ do BLĐTBXH hoặc BYT quản lý (bao gồm cả người lớn và trẻ em)

Tại 48 xã, nhóm nghiên cứu đã hoàn thành 244 phỏng vấn hộ gia đình bệnh nhân, 137 cuộc phỏng vấn định lượng với cán bộ BTXH và chăm sóc BNTT tuyến xã, và 69 cuộc phỏng vấn định tính với cán bộ BTXH. Ở các tuyến cao hơn, phỏng vấn định tính được thực hiện với 68 lãnh đạo trong hệ thống BTXH và y tế, 22 lãnh đạo trong các cơ sở trực tiếp chăm sóc BNTT, 68 nhân viên trực

⁴ Đà Nẵng và Khánh Hòa là hai tỉnh được nhận tài trợ của Quỹ từ thiện Atlantic thông qua Quỹ Hội Cựu chiến binh Mỹ tại Việt Nam (VVAIF), với dự án củng cố hệ thống CSSKTT tuyến tỉnh theo hướng CSSKTT dựa vào cộng đồng, bắt đầu từ 2006 và kết thúc 2012 (xem thêm chi tiết trong báo cáo của Cục BTXH/BLĐTBXH, UNICEF và RTCCD về “Đánh giá các mô hình CSSKTT do các tổ chức NGOs vận hành tại Việt Nam”, Hà Nội tháng 10/2011).

tiếp chăm sóc bệnh nhân, và 56 người nhà bệnh nhân tại các cơ sở chăm sóc điều trị bệnh tâm thần.

Phụ lục 1 nêu số lượng các đối tượng thực tế được chọn vào mẫu nghiên cứu, phân bố theo tỉnh, và nội dung điều tra.

3.3. Nội dung điều tra và tổ chức triển khai nghiên cứu trên thực địa

Nghiên cứu được Cục BTXH tổ chức phối hợp với trung tâm RTCCD ở tuyến trung ương và với SLĐTBXH của mỗi tỉnh khi điều tra tại tuyến tỉnh.

Các thông tin thu thập định tính và định lượng được xếp theo ba câu phần đặc thù:

- » **Câu phần 1: Phân tích chính sách về CSSKTT ở Việt Nam và vai trò của BLĐTBXH**, sử dụng nguồn thông tin có sẵn tại các cơ quan, công sở thuộc BLĐTBXH và BHYT, và phỏng vấn các cán bộ đương nhiệm tại các tuyến. Câu phần này nhằm đạt các mục tiêu 1, 2 và 3.
- » **Câu phần 2: Phân tích hệ thống tổ chức các trung tâm chăm sóc BNTT thuộc quản lý của BLĐTBXH**, sử dụng các công cụ và phương pháp nghiên cứu về chất và lượng để làm sáng tỏ thực trạng hiện tại, các dịch vụ đang được cung cấp, các đối tượng nhận dịch vụ, nguồn nhân lực thực hiện và khả năng thực tế, hạ tầng cơ sở và kinh phí vận hành. Câu phần này nhằm đạt các mục tiêu số 3, 4, 5, 6.
- » **Câu phần 3: Đánh giá nhu cầu CSSKTT của bệnh nhân** (đặc biệt với bệnh nhân là trẻ em, phụ nữ và người già) **và đánh giá khả năng thực hiện hỗ trợ, chăm sóc bệnh nhân tại cộng đồng**⁵, sử dụng cả hai phương pháp nghiên cứu chất và lượng, nhằm làm sáng tỏ các mục tiêu số 7 và 8.

Các nội dung khảo sát được phát triển thành mười mẫu phiếu thu thập thông tin, trong đó có năm mẫu phục vụ cho hoạt động thu thập thông tin bằng phỏng vấn định tính⁶, ba mẫu phiếu thống kê khảo sát các cơ sở chăm sóc bệnh nhân theo hình thức báo cáo⁷, và hai mẫu phiếu phỏng vấn định lượng dành cho gia đình bệnh nhân tại cộng đồng, nhân viên BHYT và y tế cộng đồng.

⁵ Ngoài hệ thống CSSKTT do BLĐTBXH và BHYT quản lý, còn có các sáng kiến, mô hình, dự án chăm sóc BNTT do các tổ chức NGO trong và ngoài nước triển khai đã được nhóm nghiên cứu BLĐTBXH-WHO-UNICEF-RTCCD phân tích trong báo cáo chuyên đề “Đánh giá các mô hình CSSKTT do các tổ chức NGOs vận hành tại Việt Nam”.

⁶ Là các mẫu: A1 (phỏng vấn lãnh đạo tuyến trung ương, SLĐTBXH, Sở Y tế hoặc BVTT, cơ sở điều trị BNTT); B1 (lãnh đạo hoặc cán bộ chuyên trách trung tâm BHYT cho BNTT của tỉnh, hoặc trung tâm 05/06, khoa tâm thần trong BVĐK tỉnh); B1b (cán bộ nhân viên trực tiếp phục vụ bệnh nhân); B2 (gia đình người bệnh tại cơ sở BHYT/y tế tỉnh); và C1 (phỏng vấn định tính cán bộ BHYT).

⁷ Là các mẫu: B3a (phiếu thống kê dành cho trung tâm BHYT, hoặc 05/06 do cán bộ thống kê điền); B3b (phiếu thống kê dành cho BVTT tỉnh hoặc khoa tâm thần trong BVĐK tỉnh; và B4 (bảng kiểm quan sát cơ sở chăm sóc BNTT). Chi tiết các mẫu xem trong báo cáo thiết kế nghiên cứu gửi WHO tháng 9/2010

PHẦN 2

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Báo cáo này trình bày kết quả nghiên cứu trong sáu chương. Chương 1 phân tích thông tin về chính sách CSSKTT ở Việt Nam và vai trò của BLĐTBXH. Chương 2 mô tả thực trạng ngân sách nhà nước cho hệ thống CSSKTT. Chương 3 mô tả hệ thống vận hành của các trung tâm chăm sóc BNTT thuộc quản lý của BLĐTBXH trong mối liên quan với hệ thống CSSKTT thuộc quản lý của BHYT. Chương 4 mô tả thực trạng hệ thống cán bộ BTXH trong CSSKTT và các trở ngại gặp phải. Chương 5 trình bày nhu cầu CSSKTT của cộng đồng. Chương 6 tổng kết các đề xuất và áp dụng chính sách.

CHƯƠNG 1

Các chính sách về CSSKTT ở Việt Nam và Vai trò của BLĐTBXH

1. Khung pháp lý quốc gia liên quan đến người bệnh tâm thần và các can thiệp hệ thống chăm sóc BNTT

Nếu hiểu chính sách quốc gia về CSSKTT là tài liệu ”*mô tả các giá trị và chiến lược của chính phủ nhằm giảm thiểu gánh nặng tâm thần và cải thiện sức khỏe tâm trí của cộng đồng*” [1], thì cho đến nay, chưa tìm thấy một tài liệu chính thức nào của BHYT hoặc BLĐTBXH được xem là ”chính sách quốc gia về CSSKTT”. Có thể nhận xét này bị cho là quá cứng nhắc, bởi ở Việt Nam đã có cả một hệ thống bệnh viện cùng trung tâm BTXH dành cho BNTT và mạng lưới tổ chức tại cộng đồng nhằm phát thuốc và trợ giúp tài chính cho BNTT vận hành bởi hai Bộ, Y tế và LĐTBXH, từ nhiều năm nay.

Tuy nhiên, Hộp 5 dưới đây nêu lại định nghĩa thực hành về chính sách SKTT do WHO đưa ra [1] để từ đó có được chỗ dựa đánh giá khách quan về thực trạng chính sách CSSKTT ở Việt Nam.

Hộp 5: Định nghĩa thực hành chính sách (WHO, 2001)

Chính sách đưa ra cụ thể các tiêu chuẩn cần được áp dụng xuyên suốt hệ thống dịch vụ và các chương trình, gắn kết các dịch vụ và các chương trình này lại với nhau bằng một tầm nhìn chung, một đích hướng đến, và các mục tiêu cần đạt được. Không có khung gắn kết này, chắc chắn các dịch vụ, các chương trình sẽ bị vỡ vụn và không hiệu quả [1].

Trong thực tế, trình bày của đại diện BHYT trước đại biểu Quốc Hội ngày 6/8/2010 với hai kiến nghị nêu trong hộp 6 cũng thể hiện sự đồng thuận với nhận định là hiện đang thiếu chính sách quốc gia về CSSKTT.

Hiện Việt Nam là một trong 35 nước trên thế giới chưa có luật hoặc pháp lệnh về CSSKTT. Luật Bảo vệ Sức khỏe Nhân dân ban hành năm 1989 đã khẳng định công dân có quyền được bảo vệ sức khỏe, nghỉ ngơi, giải trí, rèn luyện thân thể; được bảo đảm vệ sinh trong lao động, vệ sinh dinh dưỡng, vệ sinh môi trường sống và được phục vụ về chuyên môn y tế [2] nhưng không có bất kỳ mục nào đề cập đến CSSKTT.

Tuy nhiên, một số chính sách, pháp luật hiện hành của Việt Nam có phần nào đề cập đến trách nhiệm của xã hội với người bệnh tâm thần (Hộp 7) và thuốc liên quan đến BNTT. Kết hợp với các đề án, dự án quốc gia trực tiếp tác động đến hệ thống CSSKTT nêu dưới đây, ta có thể có được một cái nhìn tổng quan về thực trạng hệ thống chính sách, luật pháp của Việt Nam liên quan đến công tác CSSKTT.

Hộp 6: Kiến nghị và đề xuất của BHYT

Được đưa ra tại hội thảo ”Đại biểu dân cử phía nam với chính sách, pháp luật y tế” do Ủy ban các Vấn đề Xã hội (Quốc Hội khóa XII) và VUSTA tổ chức ngày 6/8/2010 bao gồm:

- » Xây dựng và ban hành chính sách quốc gia về CSSKTT
- » Giám sát của Quốc Hội và ban hành nghị quyết của Quốc Hội về CSKTT (nếu cần)

Hộp 7: Một số chính sách, pháp luật hiện hành của Việt Nam liên quan đến BNTT

- » **Chính sách trợ giúp các đối tượng BTXH (NĐ 13 / 2010):** quy định mức hỗ trợ tài chính hàng tháng cho người mắc bệnh tâm thần thuộc các loại tâm thần phân liệt, rối loạn tâm thần đã được cơ quan y tế chuyên khoa tâm thần chữa trị nhiều lần nhưng chưa thuyên giảm;
- » **Luật người khuyết tật (2010):** quy định người tâm thần, người có khuyết tật thần kinh là nhóm đối tượng khuyết tật. Đây là cơ sở để người tâm thần được hưởng một số chính sách hỗ trợ của nhà nước
- » **Luật khám chữa bệnh (2009):** quy định bắt buộc phải chữa bệnh cho người bệnh tâm thần, phải có hội chẩn và chế độ hồ sơ bệnh án cho người bệnh tâm thần;
- » **Luật người cao tuổi (2009):** quy định phụng dưỡng người cao tuổi về thể chất, tinh thần và quy định các chế độ, chính sách chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, bao gồm cả người cao tuổi bị khuyết tật thể chất và có mắc chứng tâm thần;
- » **Luật bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em (2006):** quy định quyền trẻ em và trách nhiệm của nhà nước, các cơ quan đoàn thể, cộng đồng và gia đình trong việc chăm sóc trẻ em có hoàn cảnh đặc biệt, bao gồm: trẻ em mồ côi, trẻ em bị bỏ rơi, trẻ em khuyết tật thể chất và tâm thần, trẻ em nhiễm HIV, trẻ em nhiễm chất độc màu da cam;
- » **Luật bảo hiểm y tế (63/2005/NĐ-CP):** quy định bảo hiểm bắt buộc đối với các đối tượng BTXH được hưởng trợ cấp hàng tháng, trong đó bao gồm đối tượng tâm thần;
- » **Bộ luật tố tụng hình sự (2003):** quy định người bệnh tâm thần không được làm chứng, tạm đình chỉ điều tra, đình chỉ hoặc tạm đình chỉ vụ án đối với bị can bị bệnh tâm thần và phải áp dụng biện pháp bắt buộc chữa bệnh đối với người chấp hành hình phạt tù có mắc chứng tâm thần;
- » **Luật hôn nhân và gia đình (2000):** quy định cha mẹ có nghĩa vụ và quyền cùng nhau chăm sóc con chưa thành niên hoặc con đã thành niên nhưng tàn tật hoặc mất năng lực hành vi dân sự... và con cái có nghĩa vụ chăm sóc cha mẹ đặc biệt khi ốm đau, già yếu, tàn tật. Luật cũng đồng thời quy định một số quyền quản lý tài sản đối với con/cha mẹ mất năng lực hành vi dân sự;
- » **Luật phòng chống ma túy (2000):** quy định việc kiểm soát các chất ma túy, thuốc gây nghiện, thuốc hướng thần;
- » **Pháp lệnh giám định tư pháp (2004):** quy định về việc thành lập trung tâm giám định pháp y tâm thần;
- » **Luật dược (2005):** quy định về quản lý thuốc gây nghiện, thuốc hướng thần và tiền chất làm thuốc;
- » **Dự án CSSKTT cộng đồng, thuộc Chương trình Mục tiêu Quốc gia của BYT (khởi thảo từ 1999):** Dự án có mục tiêu đảm bảo BNTT phân liệt và động kinh đã qua chẩn đoán xác định của BVTT tỉnh hoặc trung ương, được tiếp tục điều trị tại cộng đồng;
- » **Dự án phòng chống bệnh không lây nhiễm của BYT (khởi thảo từ 2002):** tập trung vào 5 bệnh, trong đó có bệnh tâm thần;
- » **Đề án 930/QĐ-TTg ngày 30/6/2009** về “Đầu tư xây dựng, cải tạo nâng cấp các bệnh viện chuyên khoa lao, tâm thần, ung bướu, chuyên khoa nhi và một số BVĐK tỉnh thuộc các vùng miền núi khó khăn sử dụng vốn trái phiếu chính phủ và các nguồn vốn hợp pháp khác giai đoạn 2009-2013”;
- » **Đề án 32/QĐ-TTg ngày 15/3/2010** về phát triển nghề CTXH ở Việt Nam, trong đó có CTXH trong chăm sóc y tế;
- » **Đề án 1215/QĐ-TTg ngày 22/7/2011** về “Trợ giúp xã hội và PHCN cho người tâm thần, người RNTT dựa vào cộng đồng giai đoạn 2011-2020”.

Như vậy, chỉ trong ba năm 2009-2011, chính phủ đã phê duyệt ba đề án trực tiếp (đề án 930 và 1215) và một đề án gián tiếp cho mạng CSSKTT (đề án 32). Hai đề án do BLĐTBXH quản lý và một đề án do BYT quản lý. Điều này thể hiện sự chuyển biến rõ rệt trong định hướng công tác CSSKTT của nhà nước Việt Nam.

2. Vai trò của hai bộ chủ chốt LĐTBXH và Y tế trong vận hành các chủ trương chính sách liên quan đến CSSKTT

2.1. Vai trò của BHYT và những vấn đề đặt ra cho BLĐTBXH

Phần viết dưới đây phân tích thêm ba đề án/dự án liên quan trực tiếp đến chăm sóc và PHCN cho người bệnh tâm thần thuộc quản lý của BHYT để hình dung rõ hơn nguy cơ phân tách, xé lẻ nguồn lực CSSKTT ở Việt Nam, đang được quản lý bởi hai Bộ chủ chốt, do thiếu khung chính sách quốc gia về tâm thần. Đồng thời nêu lên vai trò tiềm năng trong tương lai của BLĐTBXH trong hệ thống CSSKTT ở Việt Nam.



- » *Dự án CSSKTT cộng đồng* được BHYT thí điểm năm 1999 và cho triển khai từ năm 2001. Chương trình tập trung vào phát thuốc điều trị tại cộng đồng bởi mạng lưới y tế xã cho hai đối tượng người bệnh cụ thể đã được làm hồ sơ bởi BVTT tỉnh hoặc trung ương: động kinh và tâm thần phân liệt. Tính đến năm 2010, diện bao phủ dự án lên đến 7.700/10.997 xã trong toàn quốc, đạt 70%. Từ năm 2006, mở rộng thêm bệnh trầm cảm, nhưng mới chỉ khu trú ở một vài xã làm điểm [3] [4]. Dự án này đã được BHYT và WHO nhất trí đánh giá vào năm 2008 bởi một tổ chức độc lập (RTCCD) với sự trợ giúp của WHO. Kết quả đánh giá đã đưa ra sáu kết luận và sáu khuyến cáo cần phải đổi mới ở dự án này (xem Phụ lục 2). Tuy nhiên, cho đến thời điểm nghiên cứu này triển khai, và gần đây nhất, trong trình bày của BHYT trước Ủy ban các Vấn đề Xã hội của Quốc hội về đề xuất Chương trình Mục tiêu Quốc gia ngày 8/3/2011, dự án này vẫn giữ cách làm cũ, không thể hiện sự thay đổi chiến lược theo khuyến cáo của báo cáo đánh giá đưa ra.
- » *Chương trình quốc gia về bệnh không lây nhiễm*: được khởi động từ năm 2002, do Cục Khám Chữa bệnh quản lý. Trong giai đoạn 2002-2010, chương trình tập trung vào bốn nhóm bệnh gồm huyết áp, tiểu đường, ung thư và tâm thần, và vận hành trong nội bộ BHYT, không có sự hợp tác liên ngành với các Bộ khác, kể cả BLĐTBXH. Chương trình được thí điểm tại Thái Nguyên năm 2007 và cho đến hiện nay là năm 2010, cấu phần CSSKTT vẫn chưa được triển khai [5].

- » *Đề án 930/QĐ-TTg ngày 30/6/2009*: đem lại khả năng một loạt các BVTT được củng cố, nâng cấp, và xây mới hoàn toàn. Nguồn kinh phí CSSKTT trong những năm tới sẽ được tăng đáng kể cho mảng điều trị tập trung này, kéo theo khả năng tăng nhu cầu về nguồn nhân lực, vốn đã thiếu cho công tác CSSKTT, lại càng trở nên trầm trọng trong những năm tới...

Điềm qua ba đề án/dự án của ngành y tế về CSSKTT, có thể rút ra nhận định rằng, hệ thống CSSKTT do BHYT quản lý dù cũng đang trong tiến trình đổi mới, vẫn giữ hướng vận hành theo mô hình điều trị tại bệnh viện là chủ đạo.

Trong đó, phương thức điều trị chủ yếu là dùng thuốc chuyên ngành, còn tâm lý trị liệu, đặc biệt là can thiệp hỗ trợ tại cộng đồng, điều trị tại cộng đồng bằng các phương pháp không dùng thuốc và PHCN tại cộng đồng hầu như chưa được triển khai ở tất cả các tỉnh thành trong cả nước. Khó khăn trong việc đưa cấu phần CSSKTT vào can thiệp thử nghiệm trong chương trình phòng chống bệnh không lây nhiễm tại các cơ sở do BHYT vận hành, nhất là việc không có những đổi mới theo khuyến cáo của các nhà khoa học trong dự án quốc gia về CSSKTT cộng đồng, là bắt nguồn từ tầm nhìn hệ thống không phù hợp của BHYT với công tác CSSKTT, bên cạnh các khó khăn về nguồn lực đặc thù. Do vậy, những đổi mới đưa đến từ phía BLĐTBXH trong thời gian tới cũng sẽ gặp nhiều khó khăn, nếu không bắt đầu bằng việc thống nhất với BHYT về tầm nhìn hệ thống. Nhóm nghiên cứu nhận thấy, để đưa hai Bộ này đến một cách nhìn chung về CSSKTT ở Việt Nam, cần có sự can thiệp từ bên thứ ba, trong điều kiện Việt Nam đó là sự chỉ đạo của Đảng Cộng Sản Việt Nam kèm theo nghị quyết của Quốc Hội và tư vấn kỹ thuật từ một bên tương đương cùng cấp mà các Bộ chấp nhận được, đó là VUSTA. Có thể nói, thiếu bên nào cũng sẽ khó tiến đến ra đời một chính sách quốc gia về CSSKTT, làm cơ sở cho việc phát triển luật CSSKTT và hình thành khung hành động cho các đề án/dự án quốc gia thuộc lĩnh vực này trong tương lai.

2.2. Vai trò của BLĐTBXH trong chính sách chăm sóc và hỗ trợ người bệnh tâm thần

Tính đến thời điểm tháng 7/2011, có hai nghị định do BLĐTBXH quản lý liên quan chặt chẽ đến quyền lợi người bệnh tâm thần và chất lượng chăm sóc, điều trị người rối loạn tâm thần. Đó là nghị định 13[6] và nghị định 68[7]. Sự xuất hiện của đề án 1215 cùng với đề án 32 sẽ đem đến những thay đổi lớn về mặt định hướng hệ thống, được phân tích dưới đây.



Trong tất cả các chính sách pháp luật hiện hành liên quan đến người bệnh tâm thần, nghị định 13 (sửa đổi từ nghị định 67 - Chính sách trợ giúp các đối tượng BTXH) có ảnh hưởng lớn đến BNNT tại cộng đồng do gia đình chăm sóc và tại các trung tâm PHCN tâm thần cấp tỉnh. Ảnh hưởng này thể hiện ở mức hỗ trợ tài chính hàng tháng cho từng người bệnh tâm thần và mức độ khó/dễ trong việc đăng ký điều trị nội trú tại các trung tâm PHCN tâm thần do Sở LĐTBXH các tỉnh quản lý.

Theo nghị định 13, đối tượng tâm thần sống tại cộng đồng do gia đình, xã, phường, thị trấn quản lý được hưởng mức trợ cấp xã hội hàng tháng là 270.000 đồng. Đối tượng tâm thần sống trong các cơ sở BTXH hưởng mức trợ cấp nuôi dưỡng hàng tháng là 450.000 đồng⁸. Đối tượng tâm thần được cấp thẻ BHYT (theo quy định tại Nghị định số 63/2005/NĐ-CP) và được khám, chữa bệnh không phải trả tiền tại các cơ sở y tế công lập.

Ngoài ra, nghị định số 68/2008/NĐ-CP quy định điều kiện, thủ tục thành lập, tổ chức, hoạt động và giải thể cơ sở BTXH có ảnh hưởng nhiều đến chất lượng chăm sóc người bệnh tâm thần. Ảnh hưởng này thể hiện ở điều kiện cơ sở vật chất của trung tâm và định mức nhân viên chăm sóc BNNT.

⁸ Nhóm nghiên cứu đã cố gắng tìm hiểu căn cứ đưa ra mức trợ cấp nuôi dưỡng 450.000đ/tháng cho một bệnh nhân sống tại cơ sở chăm sóc tập trung, và mức 270.000 đồng/tháng cho một BNNT được chăm sóc tại nhà nhưng không thấy có đầu mối nào giải thích các con số này cho được khoa học và thỏa đáng. Thực tế xã hội và ý kiến của lãnh đạo các cơ sở chăm sóc bệnh nhân đều thừa nhận các mức trợ cấp này chỉ đảm bảo không quá 70% nhu cầu dinh dưỡng tối thiểu cho bệnh nhân (15.000đ/người/ngày). Như vậy, nếu theo định nghĩa về bệnh tâm thần không khu trú trong bệnh loạn thần, và quyền bệnh nhân được tôn trọng ở mức cơ bản (trong đó có quyền được hưởng chế độ chăm sóc dinh dưỡng tối thiểu, cơ bản) thì kinh phí bảo trợ xã hội trong những năm tới sẽ cần tăng ít nhất là gấp 2-3 lần, nếu như vẫn giữ mô hình chăm sóc tập trung như hiện nay.

Ngày 22/7/2011, Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt đề xuất của BLĐTBXH và đề án quốc gia về “Trợ giúp xã hội và PHCN cho người tâm thần, người RNTT dựa vào cộng đồng giai đoạn 2011-2030” (Quyết định số 1215/QĐ-TTg - gọi tắt là đề án 1215). Mục tiêu đặt ra là đến năm 2020, 90% số người tâm thần lang thang và tâm thần có hành vi nguy hiểm cho gia đình và cộng đồng được PHCN luân phiên tại các cơ sở BTXH; 90% người RNTT được tư vấn, trị liệu tâm lý và sử dụng các dịch vụ CTXH khác; và 100% các gia đình có người bệnh tâm thần, 70% người RNTT được nâng cao nhận thức và trợ giúp qua mô hình dựa vào cộng đồng. Hiện nay đề án đang trong quá trình xây dựng kế hoạch triển khai chi tiết cho giai đoạn trước mắt là 2012-2015.

Nhóm nghiên cứu muốn nhấn mạnh, điểm đáng lưu ý trong đề án 1215 không phải là mục tiêu đề án (mặc dù rất quan trọng), mà nằm ở chỗ đây là lần đầu tiên BLĐTBXH đã làm khác với BYT trong việc xác định đối tượng hành động hệ thống. Bên cạnh “người bệnh tâm thần” giống như đối tượng của ngành y tế đã và đang làm, đề án 1215 xác định thêm đối tượng “người RNTT”- khái niệm được mở rộng sang các đối tượng bị bệnh khác như trầm cảm, lo âu, rối nhiễu hành vi, tâm thần do nghiện chất... mà hiện nay đang bị bỏ sót trong “Dự án CSSKTT cộng đồng” do BYT triển khai từ trên 10 năm qua. Với việc xác định đối tượng theo kịp với khuyến cáo của WHO, BLĐTBXH tất yếu sẽ phải đi theo mô hình “CSSKTT dựa vào cộng đồng”, và như thế, một sự chuyển mình đã đưa đến sự trỗi dậy, báo hiệu sự lột xác cho hệ thống CSSKTT ở Việt Nam đang đến trong tương lai.

Cũng cần phải nói rằng điểm mới mang tính chiến lược trong đề án 1215 đã được “báo trước” bằng một đề án đi trước dọn đường, đó là Đề án 32. Đề án này có mục tiêu tạo lập nghề

CTXH trong chăm sóc sức khỏe CTXH trong chăm sóc sức khỏe tâm thần

CTXH ở Việt Nam, trong đó có “CTXH trong chăm sóc y tế”. Đề án 32 được ra đời sau khi các cơ quan của nhà nước Việt Nam là BLĐTBXH và BYT nhận ra sự thiếu hụt mang tính hệ thống do CTXH chưa được nhìn nhận như là một nghề có chuyên môn, kỹ năng, và đối tượng phục vụ đặc thù, nhất là ở các ngành liên quan đến khoa học xã hội, trong đó có y tế. Vai trò của nhân viên y tế, các tổ chức đoàn thể và công tác trợ cấp xã hội của ngành LĐTBXH đối với BNTT được thể hiện tốt chủ yếu là dựa vào ý chí và quyết tâm hơn là vào yêu cầu chuyên môn “khoa học xã hội” trong y tế. Chính BYT đã nhận ra nhu cầu đổi mới quan niệm về chăm sóc y tế trong ngành mình và nhu cầu cần có cán bộ CTXH trong hệ thống điều trị nhằm nâng cao chất lượng phục vụ.

Các bài viết về “CTXH trong chăm sóc y tế”, và “CTXH trong CSSKTT” tại hội thảo về chủ đề này do BYT tổ chức vào tháng 7/2010 với sự trợ giúp của UNICEF một lần nữa đã củng cố thêm cơ sở khoa học và niềm tin cho BLĐTBXH về tính phù hợp của đề án 32, từ đó mẫn cảm công tác xã hội liên quan đến BNTT đã được chọn làm xuất phát điểm cho công cuộc đổi mới, đó là sự ra đời của đề án 1215. Trong một chừng mực nhất định, những điểm mới trong cách đề cập của đề án 1215 có thể nói là được “khởi nguồn” từ phía BYT, trong khi bản thân ngành tâm thần của BYT lại chưa tự đổi mới mình. Sự “chậm trễ” này có nguồn gốc sâu xa từ sự “thống trị” của đội ngũ chuyên gia tâm thần đến từ Viện, trường Đại học và các bệnh viện đầu ngành trong định hình tầm nhìn của BYT về CSSKTT. Công tác CSSKTT ở Việt Nam - một lĩnh vực chắc chắn đòi hỏi cách đề cập đa ngành, sẽ dễ dàng được đổi mới hơn, nếu do BLĐTBXH cầm trịch, trong khi, vai trò của BYT sẽ dừng lại ở việc chỉ đạo thực hiện tốt công tác chuyên môn, cụ thể là khâu điều trị bệnh - một khâu quan trọng nhưng không phải là tất cả trong tiến trình dự phòng RNTT, chăm sóc, điều trị, PHCN cho người bệnh tâm thần ở Việt Nam.

Sự hợp tác của hai ngành này vì một mục tiêu chung là đưa Việt Nam trở thành điểm sáng trong các nước đang phát triển về CSSKTT, theo các khuyến cáo của WHO trong lĩnh vực này sẽ là biện pháp hiện thực nhất.

3. Những trở ngại trong việc thực hiện các chủ trương chính sách liên quan đến BNTT và người RNTT

3.1. Những trở ngại trong việc thực hiện Nghị định 13 của Chính phủ

Theo Nghị định 13, mức hỗ trợ hàng tháng cho người bệnh tâm thần tăng. Điều này mang lại niềm vui cho các gia đình và các trung tâm PHCN tâm thần thuộc quản lý của SLĐTBXH. Tuy nhiên, điều kiện để người bệnh được nhận vào chăm sóc tại các trung tâm PHCN tâm thần không dễ thực hiện đối với các gia đình ở vùng sâu vùng xa.

Theo Thông tư liên tịch số 24/2010/TTLT-BLĐTBXH-BTC hướng dẫn thi hành một số điều của Nghị định số 67/2007/NĐ-CP và Nghị định số 13/2010/NĐ-CP của Chính phủ về chính sách trợ giúp các đối tượng BTXH, hồ sơ đăng ký vào các trung tâm PHCN tâm thần cần có các giấy tờ sau:

Tuy nhiên, yêu cầu về giấy tờ cần nộp để giải quyết chế độ cho người bệnh tâm thần (được BLĐTBXH hỗ trợ hàng tháng) là không hợp lý đối với một số vùng sâu, vùng xa và khu vực không có BVTT tỉnh. *BNTT phải có bệnh án chuyên khoa được BVTT trung ương xác nhận*, trong khi nhiều gia đình không có đủ điều kiện kinh tế để đưa được người bệnh tâm thần lên bệnh viện trung ương để chẩn đoán và làm hồ sơ bệnh án [8].

Thêm vào đó, tiêu chí lựa chọn đối tượng tâm thần vào các cơ sở chăm sóc hoặc được nhận trợ cấp xã hội cũng chưa hợp lý:

- » Các đối tượng thiếu năng trí tuệ chưa được đưa vào nhóm đối tượng tâm thần do định nghĩa của Nghị định 13 không rõ ràng⁹.
- » Theo cách thực hành hiện tại, đối tượng được chăm sóc trong trung tâm điều dưỡng PHCN tâm thần là đối tượng chính sách hỗ trợ cả đời. Nếu bệnh nhân ra khỏi trung tâm, SLĐTBXH sẽ cắt chính sách của đối tượng đó và một khi đã cắt, thủ tục tái đăng ký vào trung tâm sẽ phải đi lại từ đầu. Để có đủ thủ tục (hồ sơ bên y tế, công văn của UBND phường/xã, huyện, tỉnh, công văn của trung tâm) thực sự là một thử thách lớn đối với gia đình người bệnh. Do vậy, các quy định này vô hình chung thúc đẩy các gia đình, đặc biệt là các gia đình nghèo, để bệnh nhân nằm lâu dài tại các trung tâm để hưởng sự chăm sóc suốt đời.
- » Cũng phải nhận thấy rằng cách vận hành cấp phát kinh phí cho các trung tâm BTXH dựa trên mức ngân sách cấp theo đầu bệnh nhân/giường bệnh - tương tự như các bệnh viện của hệ thống y tế, đã khiến các cơ sở này buộc phải lệ thuộc vào việc giữ bệnh nhân để đạt mức kinh phí ấn định theo kế hoạch. Trong khi, mức kinh phí cấp trên đầu bệnh nhân vốn đã rất thấp và BNTT là đối tượng rất khó cho các cơ sở “làm dịch vụ ba lợi ích” theo Nghị định 43 về quyền tự chủ tài chính cho các cơ sở dịch vụ công lập có thu.

Hồ sơ đăng ký:

- » Đơn xin vào trung tâm có xác nhận của UBND xã, phường;
- » Sơ yếu lý lịch;
- » 2 ảnh 4x6;
- » Văn bản xác nhận của cơ sở y tế có thẩm quyền đối với người bệnh tâm thần (với tỉnh không có BVTT thì BNTT phải có bệnh án do BVTT trung ương xác nhận);
- » Công văn đề nghị của UBND cấp huyện, thành phố;
- » Công văn đề nghị của giám đốc trung tâm PHCN.

Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính:

- » Phòng LĐTBXH huyện tiếp nhận kiểm tra hồ sơ hợp lệ, xác nhận, chuyển SLĐTBXH xét duyệt và quyết định.

Lệ phí: Không

⁹ Trong Nghị định 13, chương II, điều IV, khoản 5 có ghi “Người mắc bệnh tâm thần thuộc các loại tâm thần phân liệt, rối loạn tâm thần đã được cơ quan y tế chuyên khoa tâm thần chữa trị nhiều lần nhưng chưa thuyên giảm”.

Sự phối hợp giữa cách cấp phát kinh phí và khó khăn trong thủ tục ra/vào trung tâm đã dẫn đến tình trạng buộc các trung tâm BTXH dành cho người tâm thần (trung tâm PHCN tâm thần), không thể hoạt động theo đúng chức năng: chăm sóc bệnh nhân nặng và đưa người bệnh trở lại hòa nhập cộng đồng khi bệnh đã thuyên giảm. Bất cập này đồng thời gây trở ngại cho chiến lược CSSKTT tại cộng đồng, cản trở mục tiêu hướng tới sự phối hợp chăm sóc giữa cơ sở chuyên môn (BVTT tỉnh thuộc SYT quản lý và trung tâm PHCN tâm thần thuộc SLĐTBXH quản lý) với cán bộ CTXH và gia đình.

4. Đề án quốc gia 1215 và đề án 32: cơ hội và thách thức

Đề án quốc gia 1215 thể hiện quyết tâm chính trị của Đảng và Nhà nước trong việc nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh tâm thần và được xem là một bước tiến mới trong việc quan tâm đến vấn đề chăm sóc sức khỏe tâm trí ở Việt Nam. Đặc biệt, đề án này đã đưa vào một khái niệm mở rộng: người bệnh tâm thần nặng là đối tượng của các trung tâm BTXH, và người RNTT (tâm thần nhẹ) là đối tượng của mô hình chăm sóc sức khỏe tâm trí dựa vào cộng đồng. Hơn nữa, đề án đã nêu rõ nguồn kinh phí dựa gần như hoàn toàn vào nguồn lực trong nước, trong đó từ ngân sách nhà nước khoảng 3.340 tỷ đồng- bao gồm 2.440 tỷ từ ngân sách trung ương và 900 tỷ từ ngân sách địa phương- chiếm xấp xỉ 40% (3.340/8.382), 60% còn lại (5.000/8.382) là từ đóng góp của gia đình đối tượng. Lần đầu tiên, một dự án được xây dựng cho một lĩnh vực mới trong chăm sóc y tế hoàn toàn không lệ thuộc vào quốc tế. Ngoài ra, đề án 1215 có một thuận lợi là được đặt trong sự điều phối của BLĐTBXH, hiện cũng đang điều phối một đề án quốc gia khác - Đề án 32 - về phát triển nghề CTXH. Chắc chắn đây là một sự hỗ trợ rất tốt cho đề án 1215.

Đề án 32 có mục tiêu tăng cường chất lượng công tác hỗ trợ các đối tượng yếu thế

**Tuy nhiên, cũng có nhiều khó khăn đặt ra cho đề án 1215 và 32.
Khó khăn lớn nhất là nguồn nhân lực.**

trong xã hội bằng các chiến lược đào tạo đội ngũ cán bộ nhân viên và cộng tác viên CTXH ở cả hệ thống từ trung ương đến cấp xã/phường trên toàn quốc, song song với việc hoàn thiện hệ thống tổ chức thực thi công tác trợ giúp xã hội và an sinh xã hội. Tổng kinh phí thực hiện đề án do ngân sách Nhà nước đảm bảo là 1.294,4 tỷ đồng, trong đó, ngân sách trung ương phân bổ trong dự toán hàng năm của BLĐTBXH là 497,3 tỷ đồng; ngân sách địa phương là 1.120 tỷ đồng. Vốn ODA và các nguồn viện trợ quốc tế là 65 tỷ đồng. Vì đối tượng RNTT và BNTT được xác định là một nhóm yếu thế trong xã hội nên họ là đối tượng trực tiếp của CTXH. Do đó, việc thực hiện đề án 32 sẽ giúp thiết lập khung cơ bản cho sự phát triển công tác CSSKTT ở tuyến cộng đồng. Khi phối hợp với đề án 1215, nó sẽ tạo ra các hoạt động đặc thù về đào tạo và duy trì đội ngũ cán bộ ở các cấp thuộc quản lý của ngành LĐTBXH trong công tác CSSKTT.

Tuy nhiên, cũng có nhiều khó khăn đặt ra cho đề án 1215 và 32. Khó khăn lớn nhất là nguồn nhân lực. Cả đề án 32 và đề án 1215 đều bao gồm những lĩnh vực phải xây dựng từ đầu ở Việt Nam, trong điều kiện thiếu đội ngũ giáo viên, chương trình giảng dạy, cơ sở thực địa và mô hình điểm. Trong khi quốc tế chưa quan tâm hoặc

nếu có quan tâm thì sự hỗ trợ cũng chỉ dừng ở mức đường hướng chiến lược do đặc thù văn hóa-xã hội của CSSK tâm trí, thì các vấn đề phải được giải quyết bởi chính các chuyên gia trong nước. Do vậy, chất lượng và sự thành công của đề án 32 và 1215 hoàn toàn phụ thuộc vào khả năng tận dụng đội ngũ chuyên gia trong nước, khả năng phối hợp giữa các bộ ngành, đặc biệt giữa LĐTBXH và y tế, và giữa cơ quan chính phủ với các tổ chức phi chính phủ trong nước. Hiện tại, đã có những điểm sáng từ mô hình của tổ chức phi chính phủ trong nước (xem thêm báo cáo về đánh giá mô hình CSSKTT do tổ chức phi chính phủ trong nước vận hành) hứa hẹn khả năng thành công nếu được BLĐTBXH tận dụng. Mô hình “CSKTT dựa vào cộng đồng” đòi hỏi có đội ngũ đa ngành tổ chức cho từng huyện, trong đó chủ yếu là đội ngũ cán bộ CTXH được đào tạo chuyên cho hoạt động CSSKTT, phối hợp với bên y tế. Trong khi ngành y tế còn trống vắng đào tạo về “CSSKTT cộng đồng”, gánh nặng đặt lên vai ngành LĐTBXH là rất lớn nếu muốn đạt được mục tiêu của đề án 1215.

Nhìn chung, thông tin và phân tích của chương 1 cho thấy, các luật, pháp lệnh và đề án, dự án được nêu mới chỉ dừng ở phần xem người bệnh tâm thần là trường hợp đặc biệt, thuộc nhóm người có khuyết tật, không còn bình thường để thực hiện các chức năng dân sự pháp lý. Nhà nước mới thực hiện sự trợ cấp xã hội về mặt tài chính và điều trị cho một bộ phận người tâm thần (tức là người bị tâm thần phân liệt), chiếm không quá 10% trong tổng số người bệnh tâm thần có trong xã hội. Ngay cả các sự hỗ trợ có được về mặt tài chính với số lượng bệnh nhân bó hẹp theo cách xác định áp dụng nhiều năm qua, cũng chưa đảm bảo được mức sống tối thiểu của bệnh nhân tại các cơ sở y tế tập trung. Trong khi đó, điểm cơ bản nhất là bảo vệ quyền con người, quyền được chăm sóc y tế cơ bản, tránh bị lạm dụng, bị kỳ thị đối với người bệnh tâm thần, thì các tài liệu pháp lý và đề án, dự án trên chưa đề cập đến. Thiếu chính sách quốc gia và luật CSSKTT chính là điểm mấu chốt giải thích tình trạng này. Điều này dẫn đến sự thiếu đồng bộ và hợp tác giữa các ban ngành, đặc biệt giữa ngành LĐTBXH và y tế trong công tác chăm sóc sức khỏe người bệnh tâm thần ở Việt Nam, dù đó mới chỉ là cho đối tượng BNTT phân liệt. Sự tiếp tục duy trì cách nhìn nặng về điều trị của các chuyên gia tâm thần trong định hướng hành động của BYT trong lĩnh vực CSSKTT dường như đang là trở ngại đáng kể cho công cuộc đổi mới hệ thống này theo các khuyến cáo của WHO. Bên cạnh đó, các đề án mới từ phía BLĐTBXH (đề án 32 và 1215) đang tạo ra một bối cảnh mới làm tiền đề cho sự ra đời một khung chính sách, luật pháp tiến bộ hơn nhằm tạo sự đổi mới cho hệ thống CSSKTT ở Việt Nam. Việc hệ thống này trong thời gian tới diễn biến theo chiều hướng nào (về phía BYT hay BLĐTBXH) phụ thuộc vào tác động đến từ bên ngoài hai Bộ này.

CHƯƠNG 2

Thực trạng ngân sách nhà nước cho hệ thống CSSKTT

1. Ngân sách quốc gia

Cho đến nay, nguồn kinh phí của nhà nước cho hệ thống CSSKTT tập trung theo hai nhánh: qua BHYT và qua BLĐTBXH. BHYT quản lý kinh phí cấp cho hệ thống bệnh viện, cộng với kinh phí dành cho dự án bảo vệ SKTT cộng đồng, và gần đây là kinh phí từ đề án 930 nâng cấp và xây mới BVTT. BLĐTBXH quản lý nguồn kinh phí cấp cho hệ thống trung tâm BTXH dành cho người bệnh tâm thần (mới chỉ có 17 trung tâm trong toàn quốc), và kinh phí bảo trợ người bệnh tâm thần theo nghị định 13 của chính phủ, cùng với nguồn kinh phí đang đến từ đề án 1215. Không kể kinh phí từ các đề án 930, 1215 mới được đưa vào cho các mục tiêu cụ thể, thì nhìn chung, cả hai nhánh kinh phí nêu trên đều được vận hành theo ngân sách nhà nước, mức cấp kinh phí tính theo số giường bệnh kế hoạch, các mức thu-chi thuộc hệ thống ngân sách nhà nước chỉ có thể đảm bảo cho các cơ sở này tồn tại ở dạng hoạt động trên danh nghĩa.

“Chúng tôi chỉ có kinh phí cấp từ ngân sách thôi. Mọi thứ chi tiêu tất tần tật từ đó. Nghị định 10 rồi nghị định 43 cho quyền tự chủ lo liệu thêm, nhưng lấy đâu ra nguồn thu với cái bệnh tâm thần này? Gia đình họ cũng muốn bỏ họ đi cho rồi, đâu ra mà đóng góp? Mà kinh phí nhà nước (thì các anh biết rồi), khỏi nói làm gì. Chúng tôi còn ở đây, là cái nghiệp trôi vào trôi, ai bỏ đi được thì đi cả rồi...” (phát biểu của lãnh đạo một trung tâm phía nam).

Nhóm nghiên cứu gặp khó khăn trong việc đưa ra số liệu quốc gia về kinh phí dành cho CSSKTT. Cho đến nay, không có một báo cáo chính thức nào đưa ra số liệu khả dĩ cho phép nhận định về tổng kinh phí có từ mỗi bộ dành cho CSSKTT (gồm BHYT và BLĐTBXH), và phân theo các tuyến trung ương, địa phương. Một cán bộ cấp bộ giải thích *“...Chưa thể hiện được kinh phí cho ngành tâm thần; phân địa phương không nắm được, vì luật chưa bắt buộc địa phương phải báo cáo kinh phí đóng góp từ địa phương, nên có tỉnh báo cáo, có tỉnh không; tỉnh nghèo có khi không chi...”*

Giải thích về tình trạng này, một lãnh đạo Bộ nhận định *“Điểm cơ bản ảnh hưởng đến việc không đưa ra được số liệu chính thức, bởi mấy lý do. Thứ nhất, có sự khác biệt lớn giữa kinh phí theo kế hoạch và kinh phí thực cấp; thứ hai, kinh phí vận hành các cơ sở lại đến từ nhiều nguồn, trong đó có nguồn “ba lợi ích”, nguồn kinh phí quốc tế... tất cả đều chung tình trạng khác biệt giữa kế hoạch và thực thi... điều này làm cho việc nắm đúng số liệu về kinh phí cho một cơ sở chỉ để dành cho người quản lý của cơ sở đó, hơn là để dành cho quản lý hệ thống. (vì thế) dần không có nhu cầu nắm thông tin tổng thể...”*

Bảng 1: Sự khác biệt giữa “kinh phí được duyệt theo kế hoạch” và kinh phí thực cấp trong dự án CSSKTT cộng đồng của BHYT

Năm	Kế hoạch duyệt	Thực cấp	% so với kế hoạch
2006	60.000	38.000	63
2007	70.000	42.000	60
2008	85.000	52.000	61
2009	124.000	58.000	46,7
2010	130.000	62.000	47,7
Chung 5 năm	469.000	252.000	53,7

Đơn vị: Triệu đồng

2. Ngân sách cấp tỉnh

Thực trạng về kinh phí giành cho công tác CSSKTT ở địa phương cũng rơi vào tình trạng tương tự. Các báo cáo được chính thức công bố đều không có phần kinh phí. Dường như thông tin về kinh phí được quản lý theo một kênh riêng. Mặc dù các cơ sở công đều có chung quy định vận hành tài chính công, nhưng định mức cấp kinh phí khác nhau giữa các địa phương, và trong một địa phương định mức cấp cũng khác nhau giữa các cơ sở, trong đó, cơ sở chăm sóc tâm thần chịu phần yếu thế hơn (Bảng 2). Việc cấp kinh phí còn tùy thuộc vào cơ sở vật chất hiện có (Hộp 8).

Bảng 2: Định mức chi tiêu cho cơ sở chăm sóc BNTT tuyến tỉnh (có so sánh với loại hình chăm sóc bệnh nhân khác)

Loại hình cơ sở	Định mức tại các tỉnh nghiên cứu (triệu đồng/năm/giường nội trú)	Định mức tại các tỉnh tham khảo (triệu đồng/năm/giường nội trú)
Tuyến tỉnh, BVĐK	25 (Khánh Hòa); 32 (Đà Nẵng); 41 (Hà Nội)	43 (Long An); 76 (Quảng Ninh)
BVTT tỉnh	23 (Khánh Hòa); 28,5 (Đà Nẵng); 41 (Hà Nội)	40 (Long An); 67 (Quảng Ninh)

Hộp 8: Thực tế phân bổ chi tiêu của BVTT tỉnh Đắk Lắk

- » BVTT tỉnh Đắk Lắk được giao chi tiêu 50 giường nội trú; phục vụ hiện tại 51 bệnh nhân nội trú, 378 ngoại trú. Đội ngũ phục vụ: 29 cán bộ công nhân viên (6 bác sĩ, 23 cử nhân điều dưỡng);
- » Kinh phí cấp từ ngân sách: 2.230 triệu (2008), 2.754 triệu (2009). Ngân sách cấp xây dựng nâng cấp bệnh viện 6 tháng đầu năm 2010 đã ở mức 3.662 triệu đồng. Phần tăng là cho mua sắm trang thiết bị, chứ không tăng ở mục cho chi vận hành thường xuyên;
- » Các nguồn khác: Chương trình Mục tiêu Quốc gia: 620 triệu (2009), 66 triệu (6 tháng đầu năm 2010); nguồn ba lợi ích không đáng kể: khoảng 200-300 ngàn/tháng, chủ yếu từ nguồn giữ xe, thuốc; tính cho thêm 500.000 đ/tháng.
- » Chi phí: 80-90% tổng ngân sách được cấp cho lương cán bộ nhân viên (bao gồm thu nhập hàng tháng và các chế độ khác). Năm 2010: ước tính 2.500 triệu cho lương, còn lại là chi cho phục vụ bệnh nhân (bao gồm cả ăn, sinh hoạt phí cho bệnh nhân và thuốc thiết yếu).

3. Ngân sách cho cơ sở CSSKTT: so sánh giữa cơ sở y tế và LĐTBXH quản lý

Từ thực tế nghiên cứu, nhóm đã đưa ra ước tính về kinh phí dành cho cơ sở điều trị tập trung do ngành y tế quản lý (Bảng 3). Có một điểm cần lưu ý, đó là các bệnh viện với ưu thế tên gọi và nghị định 43 cho phép huy động vốn tạo dịch vụ “ba lợi ích”, chắc chắn có được nguồn thu tốt hơn nhiều so với các cơ sở chăm sóc tập trung BNTT của LĐTBXH.

Bảng 3: Thực trạng ngân sách nhà nước dành cho CSSKTT (ước tính trên cơ sở thảo luận nhóm)

Nguồn kinh phí	Ước tính BV TW	Ước tính bệnh viện tỉnh	Ghi chú
1. Kinh phí ngân sách (nguồn nhà nước)			Mức chi: khác nhau theo tuyến. Nếu bệnh viện cùng cấp, mức chi cũng khác nhau giữa các tỉnh
» Phục vụ chi thường xuyên (lương và phục vụ bệnh nhân)	~60 tỷ/năm	~16 tỷ/năm	Đang tăng: Theo BVTTTW2, năm 2010 >50 tỷ, năm 2011 >80 tỷ.
» Chi không thường xuyên (sửa chữa, mua sắm)	~20 tỷ/năm	~4 tỷ/năm	Sẽ tăng do thực hiện đề án 930
2. Kinh phí dự án (VD: Xây dựng bệnh viện từ trái phiếu chính phủ, dự án CSSKTT tại cộng đồng, dự án đào tạo...)		4 tỷ/năm	Sẽ tăng mạnh do triển khai đề án 930
3. Kinh phí tự chủ (nguồn ba lợi ích)	~8 tỷ	1 tỷ	
Tổng	~100 tỷ	~25 tỷ	Đang tăng, khi các đề án đưa vào thực hiện

Chi phí cho công tác CSSKTT ở nhánh LĐTBXH hoàn toàn không có khoản nào khác ngoài chế độ BHXH dành cho BNTT theo nghị định 13. Nghị định này nêu chi tiết cho từng loại đối tượng sống tại cộng đồng, tại nhà BHXH tuyến huyện/xã, và cơ sở BHXH dành cho BNTT tuyến tỉnh. Các mức đi từ thấp nhất 180.000 đồng/người-tháng, tới 450.000 đồng/bệnh nhân-tháng. Trên thực tế, ngoại trừ khối bệnh viện tuyến trung ương, các bệnh viện chuyên khoa tâm thần tỉnh đều có tình trạng kinh phí ở mức tối thiểu. Thu nhập cán bộ nhân viên tính cả lương và phụ cấp đem lại từ mọi nguồn thu của bệnh viện, chỉ đạt “trung bình bằng một nửa so với bên [bệnh viện] đa khoa” (một lãnh đạo cơ sở y tế Hà Nội) và “so với bên BVTT [tức BV tâm thần Hà Nội], anh em chúng tôi chắc chắn thấp hơn chứ, ít nhất phải thấp hơn 1 triệu/tháng. Lương cơ bản có nâng theo nghị định 28 vừa rồi¹⁰, cũng chả thêm được bao nhiêu... vài trăm nghìn thêm so với chi phí thời buổi này có thấm thía gì... lương của anh em phục vụ ở đây còn không hơn được lao động tự do ở ngoài¹¹... vốn vẹn cả lương và phụ cấp sau 5 năm ra trường với một anh điều dưỡng chả vượt nổi 3 triệu/tháng” (một nhân viên trung tâm BHXH Hà Nội).

Kinh phí từ nguồn viện trợ cho hệ thống CSSKTT ở các tỉnh hầu như không có. Đối với tuyến trung ương, kinh phí viện trợ chủ yếu đến từ Quỹ từ thiện Atlantic (AP), trong đó, 95% chuyển sang các tổ chức phi chính phủ quốc tế thực hiện dự án thí điểm mà cũng chưa quyết toán dự án (xem thêm báo cáo về Đánh giá các mô hình CSSKTT do các tổ chức NGOs vận hành tại Việt

¹⁰ Nghị định số 28/2010/NĐ-CP ngày 1/5/2010 quy định mức lương tối thiểu chung 730.000đ/tháng từ tháng 5/2010.

¹¹ Lao động tự do: làm những công việc thông thường (đẩy xe bò, gánh gạch, dọn đất...) được thuê công nhật 150.000 đồng/ngày, thời điểm 10/2010.

Nam). Hỗ trợ của WHO chủ yếu cho các hội nghị, hội thảo, học bổng, và một phần nhỏ cho một số nghiên cứu được thực hiện bởi các tổ chức độc lập, trong đó có nghiên cứu này.

Việc phân bổ kinh phí cho hoạt động cụ thể cũng là một vấn đề được xem xét. Ở mảng điều trị tập trung, cơ cấu chi chủ yếu cho con người (lương, phụ cấp chế độ, thưởng...) chiếm khoảng 2/3 tổng thu (66,5%), tiếp đến là thuốc cho bệnh nhân khoảng 1/4 (27,5%), còn lại là chi vận hành cơ sở (khoảng không quá 10%). Với cơ cấu chi như vậy, rõ ràng, các cơ sở này khó thực hiện được các yêu cầu chuyên môn chăm sóc và phục hồi cơ bản cho bệnh nhân. Do vậy, tình trạng phổ biến ở các trung tâm là chỉ giữ bệnh nhân chứ chưa hẳn là chăm sóc, điều trị phục hồi.

Ở mảng cộng đồng, dự án CSSKTT cộng đồng do BHYT quản lý chi một phần kinh phí đáng kể cho truyền thông (10%) và đào tạo (20%), còn lại là cho chuyên môn, trong đó chủ yếu là thuốc (70%).

Bảng 4: Cơ cấu chi theo ngân sách cấp cho CSSKTT

Mảng	Tổng thu/năm (nghìn đồng)	Phân bổ chi /năm (nghìn đồng- tỷ lệ %)		
Cơ sở điều trị tập trung ^a	23.120.340	Con người (lương, phụ cấp, thưởng...) 15.146.052- 65,5%	Thuốc 6.358.130 27,5%	Vận hành cơ sở 1.616.148 7%
Dự án CSSKTT tại cộng đồng ^b	58.642.000	Truyền thông 5.940.000 10%	Đào tạo 11.880.000 20%	Chuyên môn (thuốc) 40.822.000 70%

^a Số liệu thu-chi được tính từ báo cáo sáu tháng đầu năm 2010 của một cơ sở tại một tỉnh phía Bắc. Số liệu được làm tròn theo nghìn đồng. Các đầu mục chi là theo báo cáo của cơ sở.

^b Số liệu lấy từ kế hoạch phân bổ ngân sách 2011 của Dự án Chăm sóc SKTT cộng đồng theo báo cáo của đại diện ngành tâm thần, BHYT tại Hội nghị về Chương trình Mục tiêu Quốc gia Y tế phòng chống các bệnh không lây nhiễm, do Ủy ban các Vấn đề Xã hội của Quốc hội tổ chức ngày 8/3/2011. Phần đưa vào bảng chỉ tính kinh phí phân bổ cho các địa phương, không tính kinh phí cho tuyến trung ương (11.358 triệu đồng).

Tóm lại, bức tranh về tài chính cho hệ thống CSSKTT ở Việt Nam có thể nói hoàn toàn do ngân sách nhà nước đảm nhiệm. Tuy nhiên, không thể đưa ra một chỉ số cụ thể về kinh phí dành cho CSSKTT tính theo đầu người dân, do hệ thống báo cáo tài chính của cả hai bộ chủ chốt (LĐTBXH và y tế) đều không có sẵn, hoặc có cũng không đầy đủ và mức độ chính xác của thông tin báo cáo cũng chưa được kiểm chứng. Trong 5 năm qua, đã có sự cải thiện đáng kể với mức tăng trung bình ước tính 13% cho nguồn chi thường xuyên, và xấp xỉ 53% với dự án CSSKTT cộng đồng. Ngoài ra, còn phải kể đến nguồn kinh phí địa phương, khác nhau theo từng tỉnh. Hỗ trợ từ các nguồn khác hầu như không có. Nguồn kinh phí từ ngân sách mới chỉ đáp ứng duy trì dịch vụ ở mức tối thiểu, chủ yếu cho khâu điều trị tập trung bằng thuốc. Mảng chăm sóc cộng đồng có nguồn kinh phí tăng nhanh, nhưng chủ yếu lại cũng dành cho thuốc (70%). Phần của hệ thống do LĐTBXH quản lý có đặc điểm tương tự như bên y tế xét về mảng cơ sở tập trung bệnh nhân, còn phần kinh phí cho mảng bảo trợ BNTT tại cộng đồng thì tuyệt đại đa số ngân sách dành cho bệnh nhân. Mảng lương và trợ cấp đội ngũ cán bộ thực hiện không được tách riêng, vì tích hợp trong chức năng chung mà người cán bộ LĐTBXH cơ sở thực hiện (chung cho các đối tượng yếu thế và chính sách khác trong xã hội).

CHƯƠNG 3

Hệ thống tổ chức các trung tâm chăm sóc BNTT thuộc quản lý của BLĐTBXH

1. Độ bao phủ và vai trò

Trong tổng số 63 tỉnh thành trên toàn quốc, 16 tỉnh thành hiện có trung tâm BTXH dành cho người bị rối loạn tâm thần nặng và mãn tính được BLĐTBXH cung cấp dịch vụ và điều trị (Hộp 9). Riêng TPHCM có 2 trung tâm, tạo nên mạng lưới 17 trung tâm trên toàn quốc.

Hộp 9: Danh sách 16 tỉnh có trung tâm BTXH dành cho người bệnh tâm thần

1. Trung tâm điều dưỡng PHCN tâm thần Việt Trì;
2. Trung tâm điều dưỡng PHCN tâm thần Sơn La;
3. Trung tâm điều dưỡng PHCN tâm thần Thái Nguyên;
4. Khu điều dưỡng tâm thần Hà Nội;
5. Trung tâm điều dưỡng PHCN tâm thần TP Hải Phòng;
6. Trung tâm nuôi dưỡng tâm thần Hải Dương;
7. Khu điều dưỡng tâm thần Hưng Yên;
8. Trung tâm điều dưỡng tâm thần Thái Bình;
9. Trung tâm điều dưỡng PHCN tâm thần Ninh Bình;
10. Khu điều dưỡng thương binh tâm thần kinh Nghệ An;
11. Trung tâm điều dưỡng người tâm thần Đà Nẵng;
12. Trung tâm nuôi dưỡng đối tượng tâm thần Quảng Nam;
13. Trung tâm tâm thần Hoà Nhon tỉnh Bình Định;
14. Trung tâm điều dưỡng người tâm thần TP Hồ Chí Minh (02 Trung tâm);
15. Trung tâm điều dưỡng tâm thần Bến Tre;
16. Trung tâm nuôi dưỡng người tâm thần Cà Mau.

Trung tâm BTXH dành cho người bệnh tâm thần thuộc BLĐTBXH có chức năng điều trị và PHCN các đối tượng tâm thần thuộc diện chính sách¹² bao gồm thương binh, người già cô đơn, gia đình hộ nghèo, mồ côi. Vai trò này được tách biệt rõ ràng với vai trò BVTT hoặc khoa tâm thần thuộc BVĐK tỉnh (Hộp 10).

¹² Theo nghị định 67, đối tượng chính sách bao gồm: (1) Trẻ em mồ côi cả cha và mẹ, trẻ em bị bỏ rơi, mất nguồn nuôi dưỡng; (2) Người cao tuổi cô đơn, thuộc hộ gia đình nghèo; người cao tuổi còn vợ hoặc chồng nhưng già yếu, không có con, cháu, người thân thích để nương tựa, thuộc hộ gia đình nghèo; (3) Người từ 85 tuổi trở lên không có lương hưu hoặc trợ cấp bảo hiểm xã hội; (4) Người tàn tật nặng không có khả năng lao động hoặc không có khả năng tự phục vụ, thuộc hộ gia đình nghèo; (5) Người mắc bệnh tâm thần thuộc các loại tâm thần phân liệt, rối loạn tâm thần đã được cơ quan y tế chuyên khoa tâm thần chữa trị nhiều lần nhưng chưa thuyên giảm và có kết luận bệnh mãn tính, sống độc thân không nơi nương tựa hoặc gia đình thuộc diện hộ nghèo; (6) Người nhiễm HIV/AIDS không còn khả năng lao động, thuộc hộ gia đình nghèo; (7) Gia đình, cá nhân nhận nuôi dưỡng trẻ em mồ côi, trẻ em bị bỏ rơi; (8) Hộ gia đình có từ 02 người trở lên tàn tật nặng, không có khả năng tự phục vụ; và (9) Người đơn thân thuộc diện hộ nghèo, đang nuôi con nhỏ dưới 16 tuổi.

Hộp 10: Chức năng nhiệm vụ của ba cơ sở CSSKTT tỉnh

BVTT tỉnh hoặc khoa tâm thần trong BVĐK tỉnh (trực thuộc SYT):

- » Khám và chẩn đoán ngoại trú;
- » Điều trị trường hợp cấp tính và mãn tính (nằm tối đa ba tháng);
- » Tham gia hội đồng giám định bệnh tâm thần dân sự (riêng hình sự phải giám định ở BV khu vực theo thông tư 03).

Khoa tâm thần trong trung tâm phòng chống các bệnh xã hội (trực thuộc SYT):

- » Chỉ đạo tuyên cộng đồng và kiểm tra cấp phát thuốc;
- » Tuyên truyền nâng cao nhận thức cộng đồng.

Trung tâm điều dưỡng và PHCN tâm thần (trực thuộc SLĐTBXH):

- » Điều trị và PHCN các đối tượng tâm thần thuộc diện chính sách, thương binh, gia đình hộ nghèo, mồ côi.

2. Loại hình dịch vụ

Năm trung tâm điều dưỡng người tâm thần tại Hà Nội, Sơn La, Đà Nẵng, Bến Tre và Bình Định cung cấp dịch vụ điều trị nội trú cho BNTT, tập trung chủ yếu vào PHCN, trị liệu bằng thuốc và lao động trị liệu. Phần lớn các bệnh nhân đều tham gia liệu pháp lao động ở các mức độ trách nhiệm khác nhau. Liệu pháp điều trị tâm lý, đặc biệt là tâm lý nhóm, ít được áp dụng do thiếu nhân lực.

Ngoại trừ trung tâm tại Đà Nẵng và Hà Nội chưa sử dụng hết công suất giường, các tỉnh còn lại đều có hiện tượng sử dụng hết công suất (Bình Định, Đắk Lắk) và quá tải dịch vụ (Sơn La). Tuy nhiên, so với nhu cầu cộng đồng, số giường các trung tâm có thể cung cấp dịch vụ chỉ chiếm một phần nhỏ. Sơn La là một ví dụ điển hình (Hộp 11).

Hộp 11: Thống kê tình hình chăm sóc BNTT tại tỉnh Sơn La

Tổng số BNTT trong tỉnh: 1.488 người

- » Số BNTT thuộc hộ nghèo: 807 người;
- » Số bệnh nhân chưa từng được đi khám: 618 người;
- » Số bệnh nhân không được hưởng chế độ trợ cấp tại cộng đồng: 764 người;
- » Số giường nội trú theo thiết kế của trung tâm: 60 người;
- » Số bệnh nhân hiện đang được chăm sóc tại trung tâm điều dưỡng PHCN do BLĐTBXH quản lý: 78 người;
- » Số bệnh nhân gia đình đề nghị đưa đi nuôi dưỡng tại cơ sở tập trung: 159 người (ngoài 78 người đã tham gia);
- » Số bệnh nhân đã được phát thuốc theo chương trình CSSKTT quốc gia: 695 người.

Trích từ báo cáo thống kê SLĐTBXH tỉnh Sơn La, 2010

3. Cơ sở vật chất

Theo Nghị định 68, cơ sở BTXH phải đảm bảo các điều kiện tối thiểu về cơ sở vật chất như sau:

- » Diện tích đất tự nhiên: Bình quân 30m²/đối tượng ở khu vực nông thôn, 10m²/đối tượng ở khu vực thành thị
- » Diện tích phòng ở của đối tượng: Bình quân 6m²/đối tượng. Đối với đối tượng phải chăm sóc 24/24 giờ một ngày, diện tích phòng ở bình quân 8m²/đối tượng. Phòng ở phải được trang bị đồ dùng cần thiết phục vụ cho sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân.
- » Đối với cơ sở BTXH chăm sóc, nuôi dưỡng từ 25 đối tượng trở lên phải có khu nhà ở, khu nhà bếp, khu làm việc của cán bộ nhân viên, khu vui chơi giải trí, hệ thống cấp, thoát nước, điện, đường đi nội bộ, khu sản xuất và lao động trị liệu (nếu có điều kiện). Đối với cơ sở BTXH chăm sóc, nuôi dưỡng từ 10 đến dưới 25 đối tượng phải đảm bảo điều kiện cơ bản về nhà ở, nhà bếp, nhà làm việc của cán bộ nhân viên, điện, nước phục vụ sinh hoạt hàng ngày.
- » Các công trình, các trang thiết bị phải bảo đảm cho người tàn tật, người cao tuổi và trẻ em tiếp cận và sử dụng thuận tiện.

Trên thực tế, cơ sở vật chất của các trung tâm PHCN tâm thần chưa đáp ứng được mọi tiêu chí của nghị định 68. Khuôn viên tổng thể của các trung tâm thường rộng và sạch sẽ, các trung tâm có khu vực sân chơi, chia làm 2 khu (một khu cho bệnh nhân nhẹ và một khu cho bệnh nhân nặng). Tuy nhiên, diện tích phòng ở của đối tượng bình quân không đủ 6m²/đối tượng. Một phòng nhỏ 12m² thường có 4 bệnh nhân ở, phòng lớn 30m² kê khoảng 10 giường. Tình trạng chung phòng ở của bệnh nhân là ẩm thấp, cửa sổ không đủ kín để che gió mùa đông, thiếu hệ thống nước nóng để tắm cho bệnh nhân trong mùa rét, kể cả hệ thống nước nóng tập trung và hoàn toàn không có hệ thống nước nóng đến phòng ở của bệnh nhân. Trong số 8 tỉnh đoàn nghiên cứu đến thăm, Đà Nẵng là tỉnh duy nhất mà trung tâm PHCN tâm thần có điều kiện cơ sở vật chất tốt hơn các tỉnh khác do có hỗ trợ của dự án quốc tế và đầu tư của UBND tỉnh. Nhìn chung, hạ tầng cơ sở các trung tâm không được thiết kế, trang bị và vận hành theo nguyên tắc của một cơ sở chăm sóc và phục hồi chức năng cho BNTT, với quan điểm lấy bệnh nhân là trung tâm phục vụ và đảm bảo tôn trọng quyền cơ bản của người bệnh.

Trên thực tế, cơ sở vật chất của các trung tâm PHCN tâm thần chưa đáp ứng được mọi tiêu chí của Nghị định 68.

4. Nhân lực, tuyển dụng và đào tạo

Nghị định 68 quy định định mức nhân viên cho các trung tâm chăm sóc tâm thần như sau:

- » Người tâm thần nặng (kích động, sa sút giai đoạn cuối): 1 nhân viên chăm sóc 2 đối tượng;
- » Người tâm thần đã thuyên giảm: 1 nhân viên chăm sóc 3 đến 4 đối tượng;
- » Người tâm thần đã phục hồi: 1 nhân viên chăm sóc 8 đến 10 đối tượng.

Một số giám đốc trung tâm khẳng định điều kiện Việt Nam không cho phép thực hiện được tiêu chí này. Đối với BNTT nặng, một nhân viên phải chăm sóc 4 đến 5 bệnh nhân, thậm chí khi thiếu nhân lực do nghỉ phép hoặc đi tập huấn, một nhân viên phải chăm sóc 6 đến 7 bệnh nhân. Ngay cả khi đã thấy nhu cầu do thiếu nhân sự chăm sóc bệnh nhân, các trung tâm PHCN dành cho người bệnh tâm thần cũng không dễ tuyển dụng nhân sự do bác sỹ, điều dưỡng không muốn vào ngành tâm thần vì vất vả và chế độ lương phụ cấp ít.

“Mỗi năm trung tâm cử 3 đến 4 cán bộ tham gia dự hội thảo. Từ 2007 trở về trước, trung tâm thường nhận được giấy mời tham dự tập huấn về chuyên môn kỹ thuật từ phía BHYT. Sau đó BHYT phát hiện ra trung tâm này không thuộc hệ thống quản lý của BHYT mà thuộc BLDTBXH, trung tâm không còn nhận được giấy mời tập huấn. Trong năm 2010, chỉ có 1 cán bộ được tham dự khóa tập huấn ngắn ngày. Trung tâm chưa từng có các đoàn khách quốc tế tới thăm hoặc làm việc” (Trung tâm PHCNTT tỉnh Sơn La)

Tại 8 tỉnh đoàn tới nghiên cứu, cán bộ trực thuộc trung tâm PHCN tâm thần hiếm có cơ hội được cử đi tập huấn ngắn ngày hoặc đào tạo dài ngày để được nâng cao chuyên môn và học vị.

5. Theo dõi, giám sát chất lượng điều trị và quyền bệnh nhân

Hệ thống giám sát chủ yếu dựa vào giám sát nội bộ do ban giám đốc và các trường khoa thực hiện. Thanh tra SLDTBXH đến thanh tra 1 lần/năm, tập trung chủ yếu vào giám sát thu chi và nhiệm vụ chính trị, không giám sát chuyên môn. Hệ thống giám sát chỉ đạo tuyến về chuyên môn từ trung ương xuống tỉnh chưa hình thành. Chưa có hệ thống giám sát độc lập về chất lượng điều trị và việc thực hiện quyền bệnh nhân. Toàn bộ các cơ sở đánh giá đều ở vào tình trạng thiếu các hướng dẫn kỹ thuật chăm sóc cụ thể, thiếu mối quan hệ và hợp tác chuyên môn giữa các cấp trong hệ thống cũng như với các hệ thống liên quan, đặc biệt với hệ thống do BHYT vận hành.

Một điểm chung nhận thấy được ở tất cả các trung tâm là hoàn toàn thiếu tài liệu đào tạo cơ bản phục vụ cho công tác chăm sóc tập trung và PHCN cho BN TT. Đặc biệt, các phương pháp điều trị, phục hồi không dùng thuốc trong tâm thần không được chính thức đưa vào trong tiến trình chăm sóc bệnh nhân tại các cơ sở này. Một số trung tâm tổ chức lao động (như chăn bò, trồng rau ở Sơn La, tham gia làm vệ sinh, chia thức ăn ở Hà Nội đều không nắm được cơ sở khoa học của việc tổ chức các hoạt động này như là một phương thức điều trị. Các hoạt động đào tạo nâng cao chất lượng dịch vụ ở các cơ sở này phải được ưu tiên tập trung vào đào tạo cơ bản về các phương pháp điều trị, PHCN không dùng thuốc dành cho BN TT, và phải đưa vào thành quy trình chuyên môn áp dụng một cách hệ thống với các bệnh nhân.

Chưa có hệ thống giám sát độc lập về chất lượng điều trị và việc thực hiện quyền bệnh nhân.

A decorative graphic consisting of a 4x3 grid of 12 rounded squares. The top row has orange, yellow, and light green squares. The second row has three light gray squares, with the text 'Thực trạng đội ngũ cán bộ Bảo trợ Xã hội tại tuyến cơ sở' centered across them. The third row has a green square with the text 'CHƯƠNG 4', followed by a blue square and a dark blue square. The bottom row has dark red, dark blue, and purple squares.

**Thực trạng đội ngũ cán bộ
Bảo trợ Xã hội tại tuyến cơ sở**

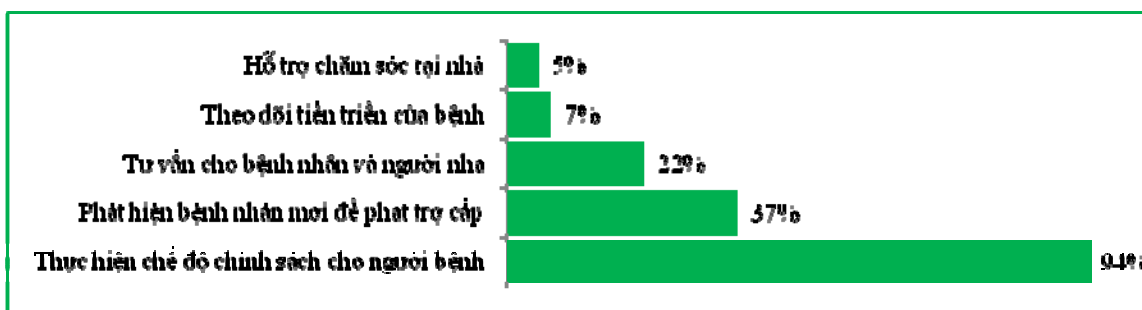
CHƯƠNG 4

1. Công việc của cán bộ BTXH liên quan đến người bệnh tâm thần

Trong số các cán bộ CTXH thuộc khối BTXH, Phòng BTXH không phân bổ cán bộ chuyên trách theo dõi người bệnh tâm thần. Tổng số nhân lực BTXH của huyện là khoảng 4 cán bộ và họ làm tất cả các hoạt động liên quan đến BTXH. Hoạt động chủ yếu là thực hiện chế độ cho người nghèo, người có công, trẻ mồ côi, người lang thang, người cao tuổi cô đơn không nơi nương tựa, người tâm thần, người tàn tật, người có HIV/AIDS, các đối tượng xã hội cần sự bảo vệ khẩn cấp (trẻ em bị bỏ rơi; nạn nhân của bạo lực gia đình; nạn nhân bị xâm hại tình dục; nạn nhân bị buôn bán; nạn nhân bị cưỡng bức lao động). Trung bình mỗi cán bộ BTXH dành khoảng 7 ngày/tháng để làm các việc liên quan đến BNTT (thấp nhất 5,3 ngày và cao nhất 9,6 ngày) và 94% trong số họ dành thời gian để thực hiện chế độ chính sách cho người bệnh. Có 37% cán bộ BTXH cho biết có giành thời gian để phát hiện người bệnh mới nhằm thực hiện chế độ trợ cấp cho đối tượng.

Nhóm nghiên cứu đã thực hiện cuộc khảo sát người cung cấp dịch vụ CSSKTT tại cộng đồng đối với 54 cán bộ CTXH tại Phòng LĐTBXH huyện và BTXH tuyến xã, sử dụng mẫu phiếu phỏng vấn định lượng C2. Mẫu phiếu bao gồm 24 câu hỏi khảo sát về tình hình công việc hiện tại, tài liệu, trang thiết bị, kiến thức và kỹ năng của cán bộ BTXH và CSSKTT. Chương 4 tóm lược kết quả phân tích từ 54 mẫu phiếu điều tra.

Đồ thị 1: Các công việc cán bộ BTXH thực hiện liên quan đến chăm sóc BNTT (N=54)



2. Tập huấn chuyên môn nghiệp vụ

“Chúng tôi được giao nhiệm vụ nhưng chẳng được giao cái gì vào tay. Khi gặp vấn đề, không biết phải làm gì, gọi ai” (một cán bộ BTXH xã, thuộc huyện Hát Lót)

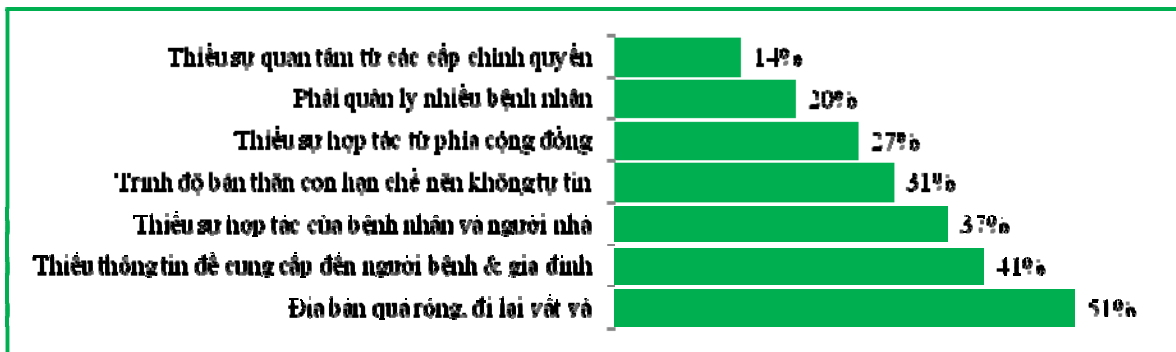
“[Nói về trường hợp một bệnh nhân bị giam trong cũi tại nhà] “...nhìn trường hợp đầy thương tâm lắm, nhưng mình chẳng biết làm gì cho người ta” (một cán bộ BTXH tuyến xã, thuộc huyện Thuận Châu)

Khi được hỏi “Anh/chị đã được tham dự khóa đào tạo tập huấn liên quan đến BTXH hoặc chăm sóc BNTT bao giờ chưa?”, 76% trong tổng số 54 cán bộ được phỏng vấn trả lời “Có” và 24% chưa bao giờ được tập huấn về nội dung trên. Các nội dung được tập huấn thường về hướng dẫn thực hiện các chế độ chính sách. Không có bất kỳ cán bộ BTXH nào được tập huấn chuyên môn nghiệp vụ liên quan đến nhận biết sớm đối tượng bệnh, quy trình thực hiện, cách phối hợp với các ban ngành để giải quyết các trường hợp cần quan tâm (gây rối, bị bỏ mặc, bị đối xử tàn tệ,...)

3. Khó khăn của các cán bộ BTXH

89% (36/54) cán bộ được phỏng vấn cho biết họ thường gặp khó khăn trong công tác BTXH cho các đối tượng. Khó khăn lớn nhất (51%) là do địa bàn quản lý rộng, đi lại vất vả. Khó khăn thứ hai là thiếu thông tin để cung cấp đến người bệnh và gia đình (41%). Các khó khăn tiếp theo là thiếu sự hợp tác từ gia đình và cộng đồng và chưa tự tin do trình độ bản thân còn hạn chế.

Đồ thị 2: Khó khăn của các cán bộ BTXH



Hộp 12: Điều kiện để một cán bộ BTXH có thể hoạt động tốt

- » Có tâm;
- » Có kỹ năng tư vấn: được đào tạo và cung cấp tài liệu;
- » Chính sách đãi ngộ phù hợp: được ngạch bậc công chức, hưởng BHYT, BHXH, chế độ công tác phí khi đi xuống xã;
- » Có hướng dẫn quy trình thực hiện, trách nhiệm rõ ràng giữa các cơ quan phối hợp;
- » Có các cơ sở kỹ thuật hỗ trợ tiếp nhận hoặc chăm sóc bệnh nhân khi đã được cán bộ bảo trợ phát hiện và chuyển tuyến.

Kết quả thảo luận nhóm với 06 cán bộ BTXH tuyến xã

**Nhu cầu Chăm sóc Sức khỏe
Tâm thần tại cộng đồng**

CHƯƠNG 5

1. Gánh nặng bệnh tâm thần trên toàn quốc

Điều tra dịch tễ lâm sàng 10 bệnh tâm thần ở các địa điểm thuộc tám vùng kinh tế, xã hội khác nhau trong cả nước trong thời gian ba năm (2000-2002) cho thấy tỷ lệ mắc chung 10 bệnh tâm thần thường gặp chiếm 14,9% dân số [9]. Nghiên cứu phối hợp giữa BYT và UNICEF năm 2003 ở nhóm thanh thiếu niên độ tuổi 14-25 cho thấy 32% cảm thấy buồn chán về cuộc sống, 25% cảm thấy vô vọng, không hứng thú với mọi điều trong cuộc sống, 21% cảm thấy thất vọng về tương lai, 0,5% đã từng tự tử và 2,8% đã từng có hành động tự làm hại bản thân [10]. Một nghiên cứu khác thực hiện tại Hà Nội năm 2005 cho thấy tỷ lệ có ý định tự tử chiếm 8,9% trong cộng đồng, 1,1% đã lên kế hoạch tự tử và 0,4% đã từng thực hiện ý định đó [11]. Nghiên cứu của Jane Fisher và CS cho thấy 33% phụ nữ trong nhóm đối tượng sử dụng dịch vụ y tế tại TPHCM bị trầm cảm và 19% đã có ý nghĩ tự tử [12]. Kết quả điều tra từ nghiên cứu dài hạn về nghèo khổ trẻ em Những Cuộc đời Trẻ thơ (Young Lives Vietnam) về gánh nặng RNTT ở phụ nữ và trẻ em được báo cáo và chính thức công bố lần đầu tiên tại hội thảo bàn về nghèo khổ trẻ em do Ủy ban các Vấn đề Xã hội của Quốc hội tổ chức tháng 9/2004 cho thấy thực trạng có 20% trẻ em ở độ tuổi lên 8 và 20% phụ nữ đang nuôi con nhỏ dưới 1 tuổi trong nghiên cứu bị RNTT [13].

Bộ Y tế ước tính, chỉ với mười dạng bệnh tâm thần phổ biến, ở Việt Nam đã có không dưới 12 triệu người cần có sự chăm sóc về SKTT

Theo nghiên cứu quy mô lớn, đa quốc gia của WHO, tỷ lệ RNTT ở các nước đang phát triển chiếm 25 - 30% dân số. Khoảng 20% trong số đó thuộc nhóm loạn thần (psychotic disorders), còn lại 80% là nhóm các bệnh tâm căn (neurotic disorders) như trầm cảm, lo âu, rối loạn liên quan đến stress, rối nhiễu hành vi, rối loạn tâm thần do nghiện chất, nghiện rượu. BYT cũng ước tính, chỉ với mười dạng bệnh tâm thần phổ biến, ở Việt Nam đã có không dưới 12 triệu người cần có sự chăm sóc về SKTT¹³.

Bảng 5 : Tỷ lệ mắc bệnh tâm thần tại một số nước trên thế giới [3]

Bệnh	Mỹ	Anh	Trung Quốc	Đài Loan	Hàn Quốc	Việt Nam
Tâm thần phân liệt	0,6-1,1%	0,68-1,3%	0,42-0,47%	0,31%	0,31-0,54%	0,47%
Động kinh	0,3-0,5%	0,46-0,62%	0,3-0,5%	0,43%	0,26-0,47%	0,33%
Trầm cảm	3-5%	2,8-4,2%	2,3-4,5%	3,6%	3,1-5,3%	2,8%
Chậm phát triển tâm thần	0,5-0,7%	0,42-0,61%	0,38-0,57%	0,55%	0,38-0,57%	0,63%

¹³ Ủy ban các Vấn đề Xã hội của Quốc Hội (2011). Báo cáo của BYT tại Ủy ban các Vấn đề Xã hội của Quốc Hội về đề xuất Chương trình Mục tiêu Quốc gia (trong đó có dự án CSSKTT cộng đồng); Hà Nội, ngày 8/3/2011

2. Khả năng bao phủ hiện tại

Ở Việt Nam, nếu tính cả số giường bệnh tâm thần của BLĐTBXH quản lý thì có khoảng 19 giường bệnh tâm thần trên 100.000 dân, nếu tính riêng số giường bệnh tâm thần của BHYT quản lý thì khoảng 12,2 giường bệnh tâm thần trên 100.000 dân. Như vậy tỷ lệ giường bệnh tâm thần ở Việt Nam còn rất thấp so với các nước trên thế giới.

Tuy nhiên, việc điều trị hiện nay mới chỉ tập trung vào các đối tượng động kinh, tâm thần phân liệt và các bệnh rối loạn tâm thần nặng. Nhóm bệnh có tỷ lệ mắc cao trong cộng đồng và các bệnh có khả năng điều trị được như các RNTT dạng trầm cảm, lo âu, mất ngủ, nghiện rượu,... chiếm đến 80% gánh nặng bệnh tâm thần cộng đồng chưa là trọng tâm của chương trình CSSKTT cộng đồng. Chăm sóc sức khỏe tâm trí phụ nữ mang thai, trẻ em và thanh thiếu niên vẫn chưa được quan tâm và chưa có dịch vụ tại cộng đồng [4].

Bảng 6: Tỷ lệ giường bệnh tâm thần: so sánh Việt Nam và một số nước trên thế giới [3]

Nước	Pháp	Nga	Thụy Điển	Đức	Ba Lan	Hà Lan	Việt Nam
Số giường/ 100.000 dân	165	125	85	60	57	50	12,2

3. Nhu cầu chăm sóc người bệnh tâm thần tại các tỉnh

Nghiên cứu đã thực hiện một cuộc khảo sát hộ gia đình, sử dụng mẫu phiếu phỏng vấn cấu trúc (định lượng) - mẫu điều tra BNTT tại cộng đồng - bao gồm 27 câu hỏi, tìm hiểu thông tin về chẩn đoán, quá trình điều trị, tình trạng hiện tại của bệnh nhân, chi phí chữa bệnh, nhu cầu của gia đình, tiếp cận thông tin, những khó khăn gặp phải (trong tiến trình khám phát hiện bệnh, điều trị và duy trì điều trị bệnh tại nhà), cũng như thu thập nhận xét của người nhà bệnh nhân về hoạt động BTXH dành cho người bệnh tâm thần. Đối tượng trả lời phỏng vấn là người chăm sóc chính cho bệnh nhân, phần lớn là cha mẹ và anh chị em ruột của bệnh nhân. Tổng cộng 244 hộ gia đình đã được lựa chọn ngẫu nhiên tại 8 tỉnh để điều tra.

3.1. Tình trạng bệnh của đối tượng

Bảng 7 cho thấy 48,7% bệnh nhân không có khả năng tự chăm sóc bản thân và phụ thuộc hoàn toàn vào gia đình; 18,8% gia đình thường xuyên phải sử dụng biện pháp mạnh (nhốt, trói, cùm) để quản lý bệnh nhân. Khi được hỏi “*Gia đình có người để chăm sóc bệnh nhân không?*”, thì có tới 11% gia đình khẳng định rất neo người và không thể bố trí người chăm sóc. Những gia đình này mong muốn được gửi người bệnh tới cơ sở chăm sóc tập trung.

18,8% gia đình thường xuyên phải sử dụng biện pháp mạnh (nhốt, trói, cùm) để quản lý bệnh nhân

Bảng 7: Khả năng tham gia công việc nhà và chăm sóc bản thân của đối tượng (n=241)

	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Không bao giờ
Đi làm để kiếm tiền	1.7%	1.2%	97.1%
Làm các công việc nhà	14.1%	24.5%	61.4%
Có khả năng chăm sóc bản thân	35.0%	16.3%	48.7%
Phải có người thường xuyên chăm sóc, quản lý	50.6%	22.6%	26.8%
Phải sử dụng biện pháp mạnh (nhốt, cùm, trói) để quản lý	18.8%	0%	84.2%

* 3 trường hợp để giá trị trống

14,8% bệnh nhân hiện phải sử dụng thuốc để điều trị bệnh (63/242) và 79% trong số đó đã từng được nhận thuốc miễn phí. Đối với 21% (43/206) các đối tượng đã từng phải mua thuốc gia đình phải chi trung bình là 300.000 đồng mỗi tháng cho tiền thuốc (95% CI: 277.000đ – 377.000đ). Đây là một số tiền rất lớn đối với các hộ gia đình nông thôn. Trong số 244 hộ gia đình điều tra, 97% được xếp loại nghèo hoặc trung bình theo phân loại của chính quyền địa phương (nghèo là 56% và trung bình là 41%). Trong số các gia đình có người bệnh tâm thần được điều tra, chỉ có 3% số hộ gia đình thuộc nhóm khá hoặc giàu.

3.2. Nhu cầu của gia đình để có thể chăm sóc bệnh nhân tốt hơn

Tình trạng chung tại các tỉnh thành là thiếu các tài liệu hướng dẫn người nhà cách chăm sóc bệnh nhân tại gia đình. Các gia đình hiện tại đang phải ‘tự xoay xở’.

“ Em chồng tôi bị tâm thần phân liệt, được xác định từ hơn 30 năm nay rồi. Chưa bao giờ có bác sỹ đến nhà tư vấn. Nhiều gia đình không biết nhà mình có em bị thần kinh. Nghe nhà ai có người bệnh giống em mình là lân la đến nói chuyện, hỏi xem kinh nghiệm người ta thế nào để học hỏi” (Chị dâu một người bị bệnh tâm thần, huyện Mai Sơn).

“ Nhốt nó ở nhà, nó bảo không cho nó đi thì nó đập phá nên phải cho nó ra ngoài một lúc. Không làm việc nhà. Đi vệ sinh thì mẹ phải vào dọn dẹp. Vì nó mà thằng em 34 tuổi không dám lấy vợ vì nhiều người sợ. Chẳng biết đi đâu mà kêu được. Con mình thì mình phải chăm. Tôi chỉ mong cho nó đi trại thôi” (Mẹ người bệnh ở phường Quyết Thắng).

“Gia đình bức xúc quá, nhiều lúc chỉ mong nó ra đường cho ô tô chẹt. Đợi đến chế độ không biết đến bao giờ. Đã nghe nói đến trại tâm thần. Tổ trưởng tổ dân phố nói. Nhưng mấy năm nay cả khu này không ai được đi trại cả. Khó nhất là gia đình” (Anh trai bệnh nhân, Thị trấn Hát Lót).

“Nên đưa gương tốt việc tốt về chăm sóc tích cực để các gia đình khác còn học theo, le lói hy vọng có thể chăm sóc tại gia. Trạm y tế đến thăm 2 lần/năm trong năm 2010, chỉ hướng dẫn là cho uống thuốc đều. Cũng chẳng hướng dẫn gì khác” (Em trai người bệnh, phường Quyết Thắng).

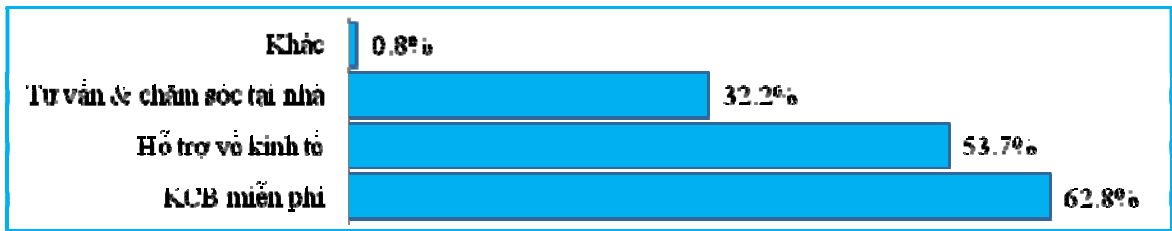
Kết quả điều tra định lượng 244 hộ gia đình cho thấy, khi được hỏi “*Hiện tại, bệnh nhân đã nhận được những hỗ trợ gì từ cộng đồng?*”, 63% gia đình cho biết bệnh nhân đã được khám chữa bệnh miễn phí và 54% hiện đang được hỗ trợ kinh tế từ chính quyền (trợ cấp hàng tháng theo nghị định 13). Chỉ có 32% gia đình được tư vấn chăm sóc tại nhà (Đồ thị 3).

Theo nhận xét của một số gia đình, cán bộ TYT tới nhà hàng tháng để phát thuốc và hỏi thăm tình hình xem tiến triển của bệnh nhân tốt lên hay xấu đi và chỉ động viên gia đình cố gắng. Cán bộ bảo trợ đến tìm hiểu thông tin để làm thủ tục trợ cấp. Cán bộ y tế ít khi đưa ra những lời tư vấn, hướng dẫn gia đình cách chăm sóc bệnh nhân tại nhà.

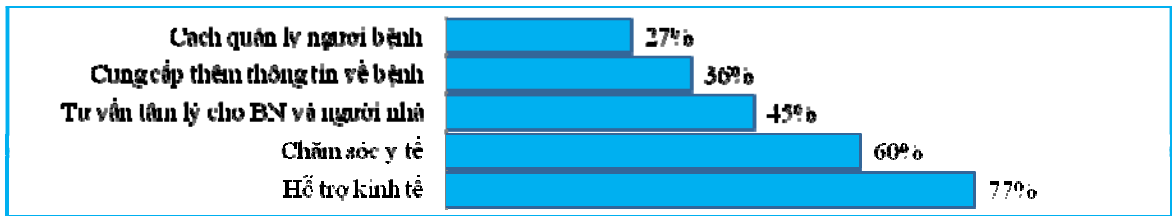
Khi được hỏi “*Gia đình mong muốn được hỗ trợ gì để bệnh nhân được chăm sóc tốt hơn?*”¹⁴ thì có đến 45% gia đình mong muốn được tư vấn tâm lý cho bệnh nhân và người nhà, 36% muốn được cung cấp thêm thông tin về bệnh và 27% muốn được hướng dẫn cụ thể cách quản lý người bệnh tại gia đình (Đồ thị 4).

Ngoài ra, các gia đình cũng mong muốn nhận được thông tin hướng dẫn từ cộng tác viên cộng đồng để có thể hỏi kinh nghiệm và được tư vấn trực tiếp (Đồ thị 5). Điều này cho thấy hệ thống CSSKTT tại cộng đồng cần được phát triển theo 10 khuyến cáo của WHO, trong đó điều 4 và 5 (giáo dục công chúng và đưa cộng đồng gia đình và người bệnh cùng tham gia kiểm soát bệnh) cần được đẩy mạnh thành chương trình tập huấn mở rộng tại cộng đồng và xây dựng mô hình chăm sóc người bệnh tại gia đình phù hợp với từng loại hình bệnh và kinh tế hộ.

Đồ thị 3: Những hỗ trợ từ cộng đồng các gia đình hiện nay nhận được (n=242)

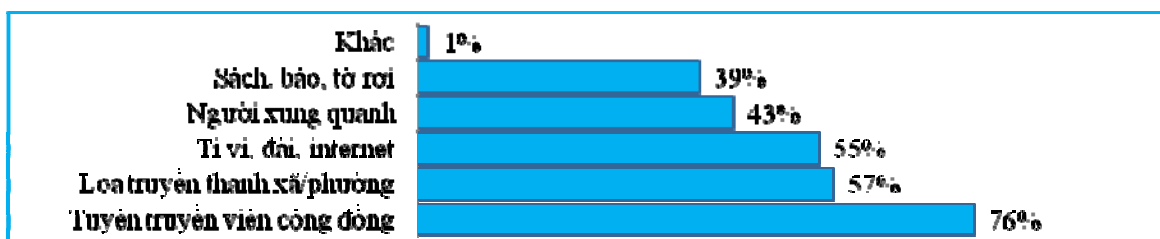


Đồ thị 4: Những hỗ trợ từ cộng đồng các gia đình mong muốn sẽ nhận được để chăm sóc người bệnh tốt hơn (n=242)



¹⁴ Gia đình tự kể và điều tra viên liệt kê chi tiết câu trả lời, sau đó điền mã cho từng câu. Điều tra viên không gợi ý câu trả lời cho gia đình và không đọc các tình huống

Đồ thị 5: Nguồn thông tin về chăm sóc BNTT gia đình mong muốn nhận được (n=212)



Hộp 13: Mười khuyến cáo của WHO cho công tác CSSKTT

1. Điều trị thực hiện ở tuyến ban đầu
2. Thuốc trị liệu tâm thần có sẵn tại cộng đồng
3. Chăm sóc thực hiện tại cộng đồng
4. Giáo dục công chúng
5. Đưa cộng đồng, gia đình và người bệnh cùng tham gia kiểm soát bệnh
6. Xác lập chính sách quốc gia, chương trình quốc gia và luật CSSKTT
7. Phát triển nguồn nhân lực
8. Phối hợp với các ngành khác
9. Giám sát dịch tễ học SKTT
10. Hỗ trợ nghiên cứu

A decorative graphic consisting of a 4x3 grid of 12 rounded squares. The top row contains orange, yellow, and light green squares. The second row contains three light gray squares, with the text 'Đề xuất và Áp dụng Chính sách' centered across them. The third row contains green, light blue, and medium blue squares, with the text 'CHƯƠNG 6' centered on the medium blue square. The bottom row contains dark red, dark blue, and purple squares.

Đề xuất và Áp dụng Chính sách

CHƯƠNG 6

Bằng chứng từ đánh giá được phân tích trong năm chương trước cho thấy Việt Nam đang ở thời điểm quan trọng cho sự chuyển đổi hệ thống CSSKTT

Nhìn chung, đã có sự chuyển biến tích cực của cả hệ thống Đảng, Quốc hội, Nhà nước và các tổ chức độc lập về lĩnh vực CSSKTT đặc biệt là trong 5 năm qua. Sự gia tăng về nguồn tài chính đặc thù cho bộ máy và các cơ sở tham gia CSSKTT của cả hai bộ LĐTBXH và Y tế là một minh chứng rõ ràng. Chính sách hỗ trợ xã hội dành cho các đối tượng yếu thế nói chung, trong đó bao gồm cả BNTT, đã tạo được sự khởi sắc về chất lượng phục vụ và mục tiêu công bằng trong an sinh xã hội

Tuy nhiên ba đề án quốc gia liên tiếp đưa ra trong ba năm vừa qua trực tiếp tác động đến công tác CSSKTT ở Việt Nam (930, 32, và 1215) lại dường như đưa Việt Nam đứng trước ngã ba đường. Sự huy động nguồn lực tài chính cao độ từ chính phủ của ba đề án này đang tạo ra sự gia tăng nhanh chóng yêu cầu cung cấp nguồn nhân lực ở cả cấp vĩ mô lẫn vi mô cho việc thực hiện các mục tiêu của đề án. Trong khi đó, ba đề án, quản lý bởi LĐTBXH và BHYT, lại dường như tạo ra hai chiều vận động khác nhau cho hệ thống CSSKTT của Việt Nam. Trong khi đề án 930 có xu hướng đưa hệ thống này đi theo con đường điều trị tập trung, thì đề án 32 và nhất là đề án 1215 lại đưa hệ thống đi theo khuyến cáo của WHO, tập trung vào chăm sóc tại cộng đồng, với mạng cơ sở điều trị tập trung chỉ là một công đoạn hỗ trợ. Rõ ràng là đối với Việt Nam, cả hai mạng của hệ thống CSSKTT: mạng cơ sở điều trị tập trung (gồm hệ thống các bệnh viện chuyên khoa tâm thần, đặc biệt là bệnh viện cấp tỉnh - thuộc quản lý của BHYT) và các trung tâm BTXH và PHCN của LĐTBXH) và mạng dự phòng, phát hiện sớm, điều trị sớm và chăm sóc phục hồi tại cộng đồng, đều cần được đầu tư và hỗ trợ khẩn cấp.

Trong bối cảnh như vậy, cần phải có một tác động điều chỉnh để giúp cho mọi đề án đều hướng đến tạo lập một hệ thống cân bằng, hài hòa, được thiết kế khoa học, đáp ứng với yêu cầu của đất nước và nằm trong khả năng vận hành của đất nước.

Đó là một chính sách quốc gia về CSSKTT. Tập hợp lực lượng trong nước, với sự giúp đỡ tích cực của quốc tế, đặc biệt từ WHO, để đưa ra một chính sách phù hợp, rõ ràng là cách giải quyết cần thiết lúc này, để giúp Việt Nam chọn đúng hướng đi trong giai đoạn quan trọng hiện nay.

Để giúp cho các bên quan tâm đổi mới chất lượng công tác CSSKTT ở Việt Nam trong những năm tới, từ kết quả của nghiên cứu này, nhóm nghiên cứu đưa ra 5 kết luận cụ thể và 5 khuyến cáo hành động cho giai đoạn trước mắt 2012-2013, trong đó bao gồm cả một khuyến cáo đặc thù cho WHO và UNICEF.

1. Hệ thống CSSKTT do BLĐTBXH quản lý gồm 17 trung tâm BTXH (thuộc 16 tỉnh) kèm theo việc thực hiện chính sách BTXH của Việt Nam cho các đối tượng yếu thế (trong đó có BNTT) có ở 100% số xã trong cả nước. Hệ thống này vận hành song song với hệ thống do BHYT quản lý, gồm 1 Viện SKTT, 2 bệnh viện chuyên khoa tâm thần tuyến trung ương, 32 BVTT tỉnh, 33 khoa tâm thần thuộc BVĐK tỉnh và 33 khoa tâm thần trong trung tâm phòng chống bệnh xã hội cùng với dự án CSSKTT cộng đồng triển khai ở 70% các xã, với hoạt động chính là TYT phát thuốc cho những đối tượng BNTT phân liệt và động kinh đã có hồ sơ điều trị tại bệnh viện chuyên khoa tỉnh hoặc trung ương.
2. Việt Nam đang thiếu một chính sách quốc gia về CSSKTT theo đúng nghĩa. Đây là nguyên nhân chính dẫn đến tình trạng chưa có sự kết nối chặt chẽ giữa hệ thống do BLĐTBXH quản lý với hệ thống do BHYT quản lý, ở cả tầm phát triển các hướng dẫn quy chuẩn quốc gia lẫn tầm thực thi cụ thể ở tuyến địa phương trong thời gian qua. Sự ra đời của đề án 32 và đề án 1215 đã tạo ra một bối cảnh mới thúc đẩy sự hợp tác giữa các bên, đặc biệt là giữa BLĐTBXH và BHYT.
3. Hệ thống chăm sóc BNTT do BLĐTBXH quản lý có các đặc điểm nổi bật sau:
 - a. Các trung tâm BTXH và PHCN cho người bệnh tâm thần ở tỉnh mới chỉ nhằm mục tiêu là cơ sở tập trung BNTT (chủ yếu thuộc nhóm lang thang, bị người nhà bỏ rơi, không nơi nương tựa, đối tượng thuộc gia đình có công với cách mạng) và cũng mới chỉ triển khai được ở 16 tỉnh thành trong cả nước (xấp xỉ 20%). Khả năng thực hiện của các trung tâm này cũng mới chỉ đáp ứng được không quá một phần ba nhu cầu của mỗi tỉnh. Ở tại 8 tỉnh điều tra, thực trạng hợp tác giữa các cơ quan BTXH và y tế trong chăm sóc và PHCN cho người bệnh tâm thần đều có chung đặc điểm là hoàn toàn thiếu quy chuẩn chuyên môn, chỉ mang tính hành chính và sự vụ chuyển-nhận bệnh nhân, do hậu quả là không có một chiến lược gắn kết chuyên môn xuyên suốt trong hệ thống chăm sóc sức khỏe của tỉnh. Thực tế là có tới 18,8% BNTT thuộc diện quản lý của BLĐTBXH/BYT sống ở cộng đồng trong tình trạng bị nhốt, cùm thường xuyên tại nhà, trong khi gia đình và cộng đồng có nhu cầu gửi họ đến các trung tâm BTXH dành cho BNTT mà không được chấp nhận.
 - b. So với định hướng chăm sóc sức khỏe của Đảng Cộng Sản Việt Nam và khuyến cáo của WHO về chăm sóc và PHCN bệnh nhân tâm thần ở các nước đang phát triển vào thập niên đầu thế kỷ 21, có thể thấy các nguồn lực cơ bản trong toàn bộ hệ thống đang bị thiếu hụt đáng kể để đáp ứng yêu cầu CSSKTT ở cả hai loại hình cơ sở tập trung và tại cộng đồng. Trong đó, 17 cơ sở tập trung thuộc tuyến tỉnh nằm trong tình trạng thiếu hụt nguồn lực nghiêm trọng. Chất lượng nhân lực đạt yêu cầu về lòng nhiệt tình trong nghề nghiệp, nhưng chưa được đào tạo cơ bản về phương pháp làm việc, kiến thức và kỹ năng chuyên môn trong chăm sóc và PHCN bệnh nhân tâm thần. Hạ tầng cơ sở chưa được thiết kế, trang bị và vận hành theo quy định của một cơ sở chăm sóc và PHCN cho BNTT với quan điểm lấy bệnh nhân là trung tâm và đảm bảo tôn trọng quyền cơ bản của người bệnh. Tất cả các cơ sở đánh giá đều thiếu các hướng dẫn kỹ thuật chăm sóc đặc thù, thiếu mối quan hệ và hợp tác chuyên môn giữa các cấp trong hệ thống cũng như với các hệ thống liên quan, đặc biệt là với hệ thống do BHYT quản lý. Thêm vào đó, nguồn tài chính mới chỉ đáp ứng yêu cầu giữ bệnh nhân hơn là chăm sóc và PHCN cho bệnh nhân.

- c. Trong 5 năm qua, hệ thống do BLĐTBXH quản lý được vận hành với mục tiêu cụ thể là triển khai các nghị định số 67/2007/NĐ-CP ngày 13/4/2007 và gần đây là nghị định 13/2010/NĐ-CP ban hành ngày 27/02/2010 về chính sách trợ giúp các đối tượng BTXH, trong đó có BNTT. Cho đến năm 2011, toàn bộ hệ thống đã thực hiện tương đối tốt nghị định 13 cho BNTT. Tuy nhiên, do định nghĩa “bệnh nhân tâm thần” chỉ bó hẹp ở những đối tượng điều trị tại các bệnh viện chuyên khoa tâm thần, nên việc bỏ sót các đối tượng BNTT khác hệ thống y tế cũng trực tiếp ảnh hưởng đến hoạt động của hệ thống do BLĐTBXH quản lý.
- d. Nhìn chung, hệ thống CSSKTT của cả BLĐTBXH và BHYT đều mới chỉ tập trung vào nhóm bệnh loạn thần (psychotic disorders) và bỏ sót các nhóm bệnh tâm thần phổ biến khác như trầm cảm, lo âu, sang chấn sau stress, rối loạn tâm thần do rượu, nghiện chất, và đặc biệt là các nhóm bệnh tâm thần ở phụ nữ mang thai, nuôi con nhỏ, trẻ em và trẻ vị thành niên. Các hoạt động hỗ trợ đặc thù khác cho BNTT chưa được triển khai vì nhiều nguyên nhân, trong đó nguyên nhân chính là do thiếu hệ thống nâng cao hiểu biết cho đội ngũ thực thi nhiệm vụ và dân chúng nói chung về kiến thức cơ bản trong dự phòng, điều trị, chăm sóc và PHCN cho BNTT tại cộng đồng.
4. Hệ thống BTXH đang được nâng cấp thông qua hai đề án quốc gia: “Đề án 32/QĐ-TTg về phát triển nghề CTXH” ban hành ngày 25/3/2010 và “Đề án 1215/QĐ-TTg về trợ giúp xã hội và PHCN cho người bệnh tâm thần, người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2011-2020” ban hành ngày 22/7/2011. Điều này phản ánh sự chủ động, tích cực của BLĐTBXH và quyết tâm chính trị cao của nhà nước Việt Nam trong hai năm qua vì mục tiêu công bằng và an sinh xã hội nói chung và vì người bệnh tâm thần nói riêng.
5. Tuy nhiên, trong bối cảnh thiếu hụt nguồn lực trầm trọng, thiếu sự hợp tác giữa các bộ ngành liên quan cũng như hai đề án 32 và 1215 mới ở giai đoạn đầu của tiến trình xác định mô hình, cho đến nay, tình trạng chung vẫn chưa có thay đổi đáng kể so với thời điểm nhóm nghiên cứu thu thập thông tin (cuối năm 2010). Với tình trạng thiếu hụt nhân lực, các cơ sở đào tạo hiện tại của BLĐTBXH, BHYT, Bộ Giáo dục và Đào tạo chắc chắn chưa có khả năng đào tạo “cầm tay chỉ việc” để nhanh chóng lấp lỗ hổng chuyên môn của hệ thống từ cộng đồng tới các trung tâm tuyến tỉnh do BLĐTBXH quản lý. Do vậy, các kết luận và khuyến nghị của nghiên cứu này vừa mang tính thời sự vừa giúp cho việc xem xét, điều chỉnh lựa chọn các ưu tiên hành động và lập kế hoạch mang tính hệ thống để thực hiện các đề án 32 và 1215, nhất là cho hai năm tới (2012-2013).

Khuyến cáo Hành động

1. Ưu tiên của giai đoạn này là cần thống nhất được tầm nhìn và khung mục tiêu quốc gia về CSSKTT ở Việt Nam, nhằm tạo cơ sở định hình cho các hoạt động thiết kế tiếp theo của BLĐTBXH và BHYT trong các đề án 32 và 1215, dự án CSSKTT cộng đồng của chương trình mục tiêu quốc gia và đề án 930/QĐ-TTg ngày 30/6/2009 về củng cố và xây dựng bệnh viện chuyên khoa tâm thần tại các tỉnh hiện còn thiếu (do BHYT quản lý). Cần lập ra một Tổ Công tác đặc biệt thực thi ngay mục tiêu xây dựng và đưa ra được chính sách quốc gia về CSSKTT phù hợp với khả năng về nguồn lực của Việt Nam đồng thời đáp ứng tốt khuyến cáo của WHO, nhằm tạo được cơ sở cho các bộ ngành, địa phương hợp tác chung sức hành động từ nay tới năm 2020 theo mục tiêu có được một hệ thống CSSKTT lồng ghép đa ngành, lấy dự phòng là chính và công tác chăm sóc PHCN, hỗ trợ người bệnh tâm thần chủ yếu diễn ra tại cộng đồng.
2. Khuyến nghị Quốc hội đưa ra nghị quyết nhằm giúp BLĐTBXH và BHYT tiến đến sự thống nhất trong việc tạo lập và vận hành mô hình một hệ thống “chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng” ở tuyến địa phương. Trong đó, các đề án 32 và 1215 của BLĐTBXH, chương trình mục tiêu quốc gia/dự án CSSKTT cộng đồng và đề án 930 của BHYT phải được thiết kế tập trung vào mục tiêu chung là đổi mới hệ thống CSSKTT và PHCN cho BNTT theo khuyến cáo của WHO và chủ trương về một nền y tế công bằng, hiệu quả và bền vững của Đảng. Theo tầm nhìn này, từng đề án phải có mục tiêu cụ thể hướng đến góp phần tạo lập cả phần cứng và phần mềm vận hành hệ thống tại từng tỉnh, bao gồm cả cơ sở chăm sóc điều trị, phục hồi tập trung và hệ thống chăm sóc phục hồi tại cộng đồng.
3. Hoạt động trong năm 2012 về CSSKTT cần ưu tiên đi theo trình tự:
 - » Thống nhất tầm nhìn và khung mục tiêu cho chính sách CSSKTT quốc gia. Hoạt động này cần được ưu tiên và tổ chức với sự tham gia rộng rãi của các bên liên quan và các nhà khoa học đa ngành,
 - » Từ đề án 32, 1215, 930 và dự án CSSKTT cộng đồng, phối hợp thiết kế mô hình hệ thống CSSKTT tuyển tỉnh theo khuyến cáo của WHO, trong đó có hai nhánh đi song song phối hợp với nhau: nhánh **nền tảng là mạng CSSKTT cộng đồng**, với các hoạt động dự phòng, phát hiện sớm, can thiệp điều trị sớm và PHCN sớm được thực hiện và quản lý bởi đội ngũ đa ngành; chủ yếu phối hợp giữa nhân viên CTXH của bên LĐTBXH với nhân viên y tế; mạng **hỗ trợ là cơ sở chăm sóc điều trị tập trung** đặt ở tỉnh, là sự phối hợp lồng ghép của BVTT với trung tâm BTXH dành cho BNTT. Như thế, mỗi tỉnh sẽ chỉ có một cơ sở tập trung bệnh nhân, làm các chức năng chẩn đoán, điều trị, chăm sóc và PHCN các trường hợp phức tạp và nặng.
 - » Thiết kế và đưa vào vận hành mô hình chăm sóc sức khỏe lồng ghép tại tuyến chăm sóc ban đầu (huyện/xã), thí điểm tại một huyện.
4. Cần thành lập nhóm hỗ trợ kỹ thuật gồm các chuyên gia đa ngành trong nước chuyên về CSSKTT thực hiện chức năng kết nối hỗ trợ cho cả BLĐTBXH và BHYT. Vai trò tổ chức thành lập và vận hành nhóm này nên giao cho VUSTA đảm nhiệm với mô hình Think-tank. Đây là cơ sở chính thức được Quốc hội và nhà nước giao trọng trách tư vấn kỹ thuật và phân biện khoa học cho các chương trình, dự án phát triển.

5. Hỗ trợ từ tổ chức quốc tế, đặc biệt từ UNICEF và WHO cần được tiếp tục và đẩy mạnh theo 3 hướng sau:
- » Hỗ trợ để các bên thống nhất được cách tiếp cận toàn diện, đa ngành (holistic), dựa vào cộng đồng (community-based) trong CSSKTT, ưu tiên hỗ trợ các mô hình, sáng kiến khoa học và phù hợp với điều kiện nguồn lực thực tế của Việt Nam.
 - » Hỗ trợ thành lập và vận hành nhóm hỗ trợ kỹ thuật và các hoạt động vận động chính sách ở tầm vĩ mô nhằm nhanh chóng tạo ra khung chính sách và pháp lý về CSSKTT ở Việt Nam. Các hoạt động hội thảo và nghiên cứu thử nghiệm mô hình, xác định bằng chứng định hướng chính sách cần được đẩy mạnh trong năm 2012-13.
 - » Hỗ trợ VUSTA tổ chức và vận hành nhóm Think-tank dành cho CSSKTT, đảm bảo vai trò khoa học và độc lập trong tư vấn phân biện chính sách cho các bên liên quan chủ yếu (Ủy ban các Vấn đề Xã hội của Quốc hội, Vụ các Vấn đề Xã hội của Ban Tuyên giáo Trung ương, BLĐTBXH, BYT, Bộ Tài chính).
 - » Đẩy mạnh hơn nữa vai trò của các tổ chức độc lập của Việt Nam trong CSSKTT, bằng sự trợ giúp kỹ thuật và tài chính trực tiếp đến các tổ chức này (qua hợp đồng giao việc nhằm tạo lập và hoàn thiện các mô hình thí điểm định hướng chính sách) hoặc gián tiếp (qua tổ chức các hội thảo, hội nghị, cơ hội thực hiện vận động chính sách bằng các mô hình nghiên cứu thực địa, hoặc cơ hội đào tạo nhân lực).

Sức khỏe

là không thể thiếu

Sức khỏe Tâm thần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2001). *Mental health policy project: policy and service guidance package: executive summary*. World Health Organization. Geneva.
2. Chính phủ Việt Nam (1989). *Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân*, Hội đồng Bộ trưởng; Hà Nội.
3. BYT (2010). *Dự án Bảo vệ Sức khỏe Tâm thần Cộng đồng: Chương trình Mục tiêu Quốc gia Y tế phòng chống các bệnh không lây nhiễm*. Báo cáo của BYT tại Hội nghị các đại biểu dân cử phía Nam; Ủy ban các Vấn đề Xã hội của Quốc Hội, 5/8/2010.
4. Trần Tuấn, Lã Thị Bưởi, Nguyễn Thu Trang (2008). *Đánh giá chi phí - lợi ích mô hình CSSKTT dựa vào cộng đồng tại Hà Tây và Hà Nam*. Báo cáo gửi tới Văn phòng WHO tại Hà Nội, Tháng 3-2008: Hà Nội.
5. C. Henderson and G. Thornicroft (2009), *Stigma and discrimination in mental illness: Time to change*. Lancet. **373**(9679): p. 1928-1930.
6. Nghị định 13 (2010), *Nghị định 13/2010/NĐ-CP: Chính sách trợ giúp các đối tượng BTXH*, BLĐTBXH, Editor : Hà Nội.
7. Nghị định 68 (2008), *Nghị định 68/2008/NĐ-CP: quy định về điều kiện, thủ tục thành lập, tổ chức, hoạt động và giải thể cơ sở BTXH*, BLĐTBXH, Editor: Hà Nội.
8. Cương, L.Đ. (2010), *Thực trạng chăm sóc BNTT: Kiến nghị và giải pháp*, in *Hội thảo: Đại biểu dân cử phía Nam với chính sách, pháp luật y tế*. Ủy ban các Vấn đề Xã hội Quốc Hội và Liên hiệp các Hội Khoa học và Kỹ thuật Việt Nam: Thành phố Hồ Chí Minh,.
9. BVTTTW1 (2002), *Kết quả điều tra dịch tễ học tâm thần quốc gia*. BVTT Trung ương 1 - Báo cáo gửi Tổ chức Y tế Thế giới.
10. BYT-UNICEF (2005), *Điều tra thanh thiếu niên Việt Nam (SAVY)*.
11. Thanh, H., et al. (2006), *Life time suicidal thoughts in an urban community in Hanoi, Vietnam*. BMC public health. **6**(1): p. 76.
12. Fisher, J., et al. (2004), *Prevalence, nature, severity and correlates of postpartum depressive symptoms in Vietnam*. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. **111**(12): p. 1353-1360.
13. Tuan, T., T. Harpham, and N.T. Huong (2004), *Validity and Reliability of the Self-reporting Questionnaire 20 items (SRQ20) in Vietnam*. Hong Kong Journal of Psychology. **14**: p. 7-10.
14. Ủy ban các Vấn đề xã Hội của Quốc Hội (2011). *Báo cáo của BYT tại Ủy ban các Vấn đề Xã hội của Quốc Hội về đề xuất Chương trình Mục tiêu Quốc gia* (trong đó có Dự án Chăm sóc Sức khỏe Tâm thần Cộng đồng); Hà Nội, ngày 8/3/2011.

Phụ lục 1: Tổng quan đối tượng cung cấp tin tại 8 tỉnh

STT	Tên tỉnh	A1	B1a	B1b	B2	B3a	B3b	B4	C1	C2	C3
1	Hà Nội	3	3	15	12	1	1	2	6	18	31
2	Sơn La	13	6	5	12	3	1	1	9	10	31
3	Bến Tre	8	3	12	7	3	1	2	9	20	30
4	Kiên Giang	6	2	8	4	2	1	1	10	23	30
5	Đắc Lắc	7	1	9	6	2	1	1	8	21	32
6	Đà Nẵng	9	2	6	5	1	1	2	9	21	30
7	Quảng Ngãi	10	2	8	4	1	1	1	10	12	30
8	Bình Định	12	3	5	6	2	2	2	8	12	30
Tổng cộng		68	22	68	56	15	9	12	69	137	244

A1 = Lãnh đạo tuyến trung ương, Lãnh đạo SLĐTBXH, SYT hoặc BVTT, cơ sở chăm sóc điều trị BNTT; lãnh đạo phòng BTXH huyện, lãnh đạo y tế huyện	B1a = Lãnh đạo hoặc cán bộ chuyên trách trung tâm BTXH dành cho BNTT; Trung tâm 05/06; BVTT tỉnh hoặc khoa tâm thần trong BVĐK	B1b = cán bộ nhân viên trực tiếp phục vụ bệnh nhân (bác sỹ, điều dưỡng, KTV, hộ lý, hành chính)
B2 = Gia đình người bệnh (phòng vấn định tính)	B3a = Phiếu thống kê dành cho trung tâm BTXH dành cho BNTT, trung tâm 05/06 (cán bộ thống kê điện)	B3b = Phiếu thống kê dành cho BVTT tỉnh hoặc khoa tâm thần trong BVĐK tỉnh
B4 = Bảng kiểm quan sát cơ sở chăm sóc BNTT	C1 = Phòng vấn định tính cán bộ BTXH	C2= phòng vấn định lượng cán bộ BTXH và cán bộ y tế
		C3 = phòng vấn định lượng hộ gia đình có người mắc bệnh tâm thần

Phụ lục 2: Tóm tắt Đánh giá dự án CSSKTT tại cộng đồng do BHYT quản lý

ĐÁNH GIÁ DỰ ÁN BẢO VỆ SKTT CỘNG ĐỒNG TẠI HÀ NAM VÀ HÀ TÂY *Phân tích Chi phí – Lợi ích mô hình*

Trần Tuấn, Lã Thị Bưởi, Nguyễn Thị Thu Trang
Trung tâm Nghiên cứu và Đào tạo Phát triển Cộng đồng (RTCCD)

Nghiên cứu đánh giá hiệu quả thực tế của mô hình bảo vệ SKTT dựa vào cộng đồng thuộc “Dự án bảo vệ SKTT cộng đồng” quốc gia bằng cách sử dụng kết hợp giữa nguồn thông tin từ hệ thống báo cáo thường xuyên của dự án, phỏng vấn các đối tượng thiết kế và triển khai dự án ở các cấp trung ương và địa phương, và số liệu khảo sát thực địa trên đối tượng bệnh nhân, người nhà bệnh nhân và nhân viên y tế xã của 9 xã thuộc hai tỉnh Hà Nam và Hà Tây chọn theo mô hình so sánh sự khác biệt ba cấp độ: có dự án triển khai thuộc tỉnh loại tốt (3 xã tại Hà Nam), có dự án triển khai thuộc loại trung bình (3 xã tại Hà Tây), và chưa có dự án (3 xã tại Hà Tây).

19 cuộc phỏng vấn sâu ở cả cấp trung ương và địa phương đã được thực hiện để làm rõ về thiết kế dự án, đầu vào, hoạt động và đầu ra. 199 bệnh nhân (109 BNTT phân liệt và 90 bệnh nhân động kinh) đã được chọn để phỏng vấn về hành vi tìm kiếm dịch vụ CSSKTT, chi phí chăm sóc, và các lợi ích thu được từ góc độ khách hàng. 46 nhân viên y tế xã, 72 nhân viên y tế thôn, 148 trưởng thôn và người dân, và 304 gia đình bệnh nhân hoặc có đối tượng nghi ngờ bệnh tâm thần đã được phỏng vấn về sự hiểu biết của họ đối với các vấn đề SKTT và các gợi ý để cải thiện việc CSSKTT tại tuyến xã. Mô hình được phân tích và đánh giá dựa trên cơ sở khoa học đến từ 4 nguồn: (1) khung phân tích phát triển và quản lý dự án tuyến cộng đồng (LFA), (2) khuyến cáo của WHO về bảo vệ SKTT cộng đồng ở những nước đang phát triển, (3) chính sách y tế của Việt Nam giai đoạn 2000-2010, và (4) công cụ phân tích chi phí-lợi ích để đánh giá một mô hình can thiệp cộng đồng.

Nghiên cứu đưa ra các kết quả bao gồm:

1- Mô hình CSSKTT dựa vào cộng đồng (từ đây trở đi gọi tắt là mô hình) của Dự án bảo vệ SKTT Việt Nam (từ đây gọi tắt là dự án) có những đặc điểm chính sau:

- Mô hình này được phát triển để quản lý bệnh tâm thần phân liệt và bệnh động kinh dựa trên cách tiếp cận phân phối thuốc điều trị miễn phí thông qua TYT và mạng lưới nhân viên y tế thôn bản. Đây thực chất là sự tiếp nối lại kế hoạch của chính phủ bắt đầu từ năm 1976 về quản lý BNTT phân liệt và động kinh tại nhà và thực hiện cấp thuốc miễn phí tại TYT. Cho đến nay, kinh phí cho dự án hoàn toàn từ nguồn của chính phủ và ngân sách các tỉnh. Hỗ trợ quốc tế được xem là không có; các nhà tài trợ trong nước chưa vào cuộc.
- Tầm nhìn và cách tiếp cận dự án hiện tại có cố gắng đi theo khuyến cáo của WHO về việc bảo vệ sức khỏe cộng đồng ở các nước đang phát triển, nhưng chỉ giới hạn cho bệnh tâm thần phân liệt và động kinh. Các rối loạn liên quan đến SKTT phổ biến khác như *lo âu, trầm cảm, tâm căn suy nhược, rối loạn sử dụng rượu, rối loạn giấc ngủ và những triệu chứng cơ thể không thể giải thích được*, chưa được đưa vào mô hình cũng như dự án trong thời gian qua.
- Cách tiếp cận hiện tại của dự án hoàn toàn phụ thuộc vào khả năng của nhân viên bệnh viện thực hiện các khảo sát hộ gia đình để phát hiện các bệnh nhân rối loạn tâm thần. Trong tất cả các xã được nghiên cứu, phần điều tra phát hiện bệnh nhân thường được làm tốt vào thời gian đầu của dự án, còn việc kiểm tra định kỳ hằng năm để phát hiện thêm bệnh nhân thì ít khi được thực hiện. Do đó, cách tiếp cận này chưa bền vững và tính hiệu quả chưa cao nếu so với cách hướng dẫn cộng đồng sử dụng các công cụ sàng lọc RNTT, sau đó những trường hợp nghi ngờ sẽ được gửi đến bệnh viện hoặc phòng khám SKTT để chẩn đoán xác định và điều trị.

2- Trong việc thực hiện mô hình này, hầu hết các xã đều có chung một đặc điểm là nguồn đầu vào cung cấp bởi dự án đến xã là rất ít, trong đó hoạt động bao trùm là cấp phát thuốc và quản lý nguồn thuốc; các hoạt động khác (đào tạo, biên soạn tài liệu, điều tra cơ bản) đều do tuyến tỉnh và trung ương tiến hành.

- Việc tập huấn thực hiện mô hình tại tuyến xã chỉ dành cho nhân viên y tế và chỉ với một bệnh tâm thần phân liệt. Hoạt động đào tạo và phát tài liệu tập huấn chỉ giới hạn trong số các nhân viên y tế và gần như không có hoạt động hướng dẫn cộng đồng tham gia công tác CSSKTT;
- Chương trình tập huấn chưa được thiết kế chuyên nghiệp; tài liệu tập huấn được phát hạn chế, và không tập trung vào việc xây dựng các kỹ năng thực hành về CSSKTT tại tuyến cộng đồng cho đối tượng được đào tạo. Liệu pháp tâm lý, PHCN và các biện pháp tác động đến môi trường sinh hoạt giúp chăm sóc bệnh nhân tốt hơn chưa được đề cập trong các khóa đào tạo.
- Kinh phí để duy trì mô hình được cấp đến tuyến xã còn ở mức thấp, và chưa có cơ chế đảm bảo cho các tiêu chuẩn này được thực hiện: trợ cấp cho y tế cơ sở là 20.000 đồng/tháng (cho cán bộ chuyên trách của TYT); trợ cấp cho y tế thôn bản là 5.000 đồng/bệnh nhân cần PHCN.

3- Quản lý, hỗ trợ và giám sát mô hình dự án

- Các số liệu dự án nói lên rằng việc quản lý bệnh nhân tại TYT đạt độ tin cậy tốt hơn ở Hà Nam. Tại Hà Tây, có sự chênh lệch lớn giữa số bệnh nhân có hồ sơ quản lý tại TYT và thực tế điều tra từ cộng đồng.
- Công tác kiểm tra và giám sát được thực hiện chủ yếu cho việc cấp phát thuốc và khác nhau giữa các huyện, tỉnh. Việc thiết lập hệ thống phân phối các nguồn đầu vào dự án dựa trên tổng số các ca bệnh do TYT quản lý dường như tạo ra xu hướng nâng số lượng ca bệnh trong báo cáo cao hơn so với thực tế tại Hà Tây.
- Không có số liệu chính thức về đầu vào cho việc triển khai dự án ở từng xã nghiên cứu. Số liệu về phân bổ tài chính theo năm theo báo cáo của tỉnh và trung ương được đưa ra, nhưng nhóm nghiên cứu được giải thích rằng có sự khác nhau giữa số liệu báo cáo và con số thực tế, và số liệu thu được qua phỏng vấn tại các xã cũng cho thấy có sự thay đổi về nguồn tiền được nhận giữa các xã và thậm chí tại một xã xét theo năm. Xác định độ tin cậy của thông tin thuộc hệ thống báo cáo thường xuyên của dự án là nằm ngoài khả năng và quyền hạn của nhóm đánh giá, xét trong bối cảnh hiện tại. Vì vậy, nhóm đánh giá khuyến cáo người đọc nên tập trung nhiều hơn vào thiết kế của mô hình dự án và số liệu điều tra từ hộ gia đình (chi phí chăm sóc bệnh nhân), hơn là tìm câu trả lời chi phí chính xác cho triển khai dự án ở một xã.
- Ở thời điểm hiện tại, có thể kết luận là, chi phí cho triển khai dự án ở một xã chủ yếu cho điều tra cơ bản thực hiện bởi bệnh viện tỉnh; chi phí duy trì hoạt động của xã rất thấp, không một xã nghiên cứu nào vượt quá 150.000 đồng/tháng (không kể thuốc cho bệnh nhân). Nếu có sự cải thiện trong công tác quản lý dự án, chắc chắn có thể chỉ ra chi phí thực tế để thực hiện được việc quản lý tại cộng đồng tất cả các trường hợp bệnh tâm thần phân liệt ở mức trung bình trở lên, và các trường hợp động kinh.

4- Tác động của dự án và chỉ số kết quả

Tác động của dự án lên khả năng tiếp cận dịch vụ CSSKTT là rõ rệt qua sự giảm có ý nghĩa thống kê tỷ lệ bệnh nhân tâm thần phân liệt điều trị nội trú và khám chữa bệnh bên ngoài cộng đồng, cũng như giảm thời gian điều trị tại bệnh viện. Tuy nhiên, vẫn còn:

- Chưa có sự khác biệt rõ rệt trong tỷ lệ bệnh nhân tại cộng đồng đã nhận được sự điều trị chuyên môn về bệnh tâm thần giữa các nhóm xã có và không có dự án (80% ở Hà Nam, 72 % ở Hà Tây, so với 76% ở nhóm đối chứng không có dự án).
- Đa số các trường hợp đã nhận sự chăm sóc điều trị về SKTT ở các tuyến trung ương và địa phương là BNTT phân liệt và động kinh (chiếm tỷ lệ 73% ở Hà Nam, 87% ở Hà Tây và 65% ở nhóm đối chứng). Hầu hết các trường hợp bệnh nhân mắc bệnh tâm thần phổ biến khác (như trầm cảm, lo âu, rối loạn hành vi, rối nhiễu tâm trí trẻ em) chưa nhận được sự chăm sóc y tế.
- Tỷ lệ những trường hợp trong cộng đồng nghi ngờ có bất thường về mặt tâm thần đã tìm đến chăm sóc y tế cũng không có sự khác biệt rõ giữa các nhóm xã có dự án (91% ở Hà Nam và 92% ở Hà Tây) so với nhóm xã không có dự án (87%).

5- Các lợi ích cho cộng đồng thông qua việc truyền thông về SKTT

- Chưa có sự khác biệt rõ rệt trong việc phát hiện bệnh nhân mới giữa các xã có mô hình dự án và các xã nhóm đối chứng trong suốt năm năm qua. Hơn nữa, dự án cũng chưa có ảnh hưởng đáng kể lên sự thay đổi tỷ lệ các loại bệnh tâm thần tiếp cận được dịch vụ CSSKTT. Tỷ lệ các gia đình bệnh nhân nhận được các thông điệp về giáo dục CSSKTT cũng chưa khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh giữa các xã có và không có dự án, cụ thể là tỷ lệ hộ gia đình đã từng đọc tài liệu in ấn về CSSKTT chiếm dưới 10% ở xã có dự án (9% ở Hà Nam và 7% ở Hà Tây) và dưới 5% ở xã chưa có dự án; tỷ lệ hộ gia đình có tài liệu về SKTT tại nhà, hoặc tại nhà của người thân quen còn thấp hơn, với 4% ở Hà Nam và dưới 1% ở Hà Tây.
- Chính sách cấp thuốc miễn phí đối với bệnh nhân tâm thần phân liệt và bệnh nhân động kinh trên thực tế được áp dụng ở cả các xã có và không có dự án. Sự khác biệt do mô hình dự án CSSKTT cộng đồng đem lại là ở các xã có dự án, bệnh nhân có thể nhận thuốc tại xã nơi họ sinh sống, trong khi ở các xã không có dự án, họ phải đến BVTT tuyến tỉnh để nhận thuốc.

6- Dự án và các lợi ích cho bệnh nhân

Lợi ích cho bệnh nhân là rõ rệt:

- Thời gian điều trị trung bình cho bệnh nhân nội trú ở nhóm dự án ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng (60 ngày ở Hà Nam, 68 ngày ở Hà Tây, và 90 ngày ở các xã đối chứng). Như vậy, dự án đã giúp làm giảm sự trầm trọng của bệnh, đặc biệt là với bệnh nhân tâm thần phân liệt.
- Ngoài việc dùng thuốc, hình thức giam giữ bệnh nhân trong phòng vẫn còn chiếm từ 20-40% tùy theo nhóm. Tâm lý trị liệu, yoga và thiền ít được áp dụng.
- Chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P=0.09$) trong chi phí sử dụng dịch vụ CSSKTT giữa các nhóm có dự án và không có dự án.

Để cải thiện dịch vụ CSSKTT cộng đồng ở Việt Nam, nhóm nghiên cứu đưa ra một số khuyến cáo sau:

1- Cần điều chỉnh lại thiết kế của mô hình hiện tại

- Để các cán bộ y tế và cộng đồng hiểu tốt hơn về CSSKTT, mô hình “CSSKTT cộng đồng” hiện tại các rối loạn tâm thần thường gặp tại cộng đồng cần sớm được đưa vào dự án. Điều này đòi hỏi phải điều chỉnh lại toàn bộ mục tiêu chương trình, do đó, nguồn lực cũng sẽ thay đổi. Nếu vì lý do nào đó mà vẫn giữ mô hình hiện tại, thì ít nhất tên của mô hình/và dự án cũng phải được đổi thành “mô hình/dự án chăm sóc bệnh nhân động kinh và tâm thần phân liệt tại cộng đồng”, để tránh sự hiểu lầm của dân chúng và cán bộ y tế cơ sở về SKTT và CSSKTT.

- Cần phải có sự hỗ trợ mạnh mẽ của các nhà tài trợ trong nước và quốc tế cho hoạt động CSSKTT ở Việt Nam.
- Khi thiết kế dự án quốc gia về CSSKTT dựa vào cộng đồng, cần áp dụng cách tiếp cận y tế dự phòng với những mục tiêu dưới đây:
 - Đảm bảo tuân theo nguyên tắc chi phí-hiệu quả: Để đạt mục tiêu này, cần phải phát triển hoạt động phát hiện sớm RNTT để điều trị sớm. Muốn vậy, các công cụ sàng lọc dịch tễ học phải được phát triển, hoạt động sàng lọc cần được thực hiện ở cấp độ gia đình, trường học, TYT và công sở. Muốn điều trị sớm, phải có các phòng khám ngoại trú chất lượng và chuẩn mực, giúp cộng đồng và y tế cơ sở xác định chẩn đoán và đưa ra kế hoạch điều trị tại tuyến cộng đồng. Tiêu chuẩn chuyên môn của loại phòng khám này cần được nghiên cứu xây dựng càng sớm càng tốt, và việc đầu tư tạo ra các phòng khám tư vấn điều trị RNTT đạt chuẩn mực chuyên môn phải là ưu tiên trong giai đoạn tới.
 - Việc tập trung vào nhóm bệnh có tỷ lệ mắc cao trong cộng đồng và các bệnh có khả năng điều trị được như các RNTT dạng trầm cảm, lo âu, mất ngủ, nghiện rượu .v.v... chiếm đến 80% gánh nặng bệnh tâm thần ở cộng đồng, phải trở thành trọng tâm của công tác CSSKTT cộng đồng;
 - Khi xây dựng dự án, cần xác định rõ các nhóm đối tượng hưởng lợi trực tiếp của dự án CSSKTT cộng đồng là những trường hợp RNTT nhẹ, mới mắc bệnh tâm thần, nhóm dân số có nguy cơ cao (phụ nữ mang thai, nuôi con nhỏ, nhóm mắc bệnh mạn tính tiên lượng xấu như HIV/AIDS, ung thư, suy thận, bệnh hệ thống, gia đình của họ và cộng đồng xung quanh).
 - Việc tạo môi trường giảm thiểu sự phân biệt đối xử với BNTT phải trở thành một trong những trọng tâm của CSSKTT cộng đồng;
 - Liệu pháp tâm lý và can thiệp môi trường PHCN phải trở thành chiến lược chủ đạo trong điều trị RNTT tại tuyến cơ sở. Việc sử dụng thuốc chỉ được duy trì ở mức tối thiểu, chủ yếu sử dụng cho những ca loạn thần.
 - Giáo dục về CSSKTT cần trở thành mục tiêu chính thúc đẩy cộng đồng và hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu; áp dụng phổ cập các công cụ trắc nghiệm sàng lọc những trường hợp nghi ngờ RNTT để làm cơ sở cho hoạt động điều trị và can thiệp sớm.
- Mô hình CSSKTT cộng đồng cần được thiết kế dựa vào bằng chứng từ các nghiên cứu chi phí-hiệu quả thực hiện ở Việt Nam.

2- Đào tạo về SKTT cộng đồng

- Xây dựng chương trình đào tạo SKTT cộng đồng mang tính hệ thống, xuất phát từ mục tiêu, đối tượng, cấu trúc chương trình, tài liệu đào tạo và đội ngũ giảng viên;
- Chương trình đào tạo SKTT cộng đồng phải được quản lý và vận hành bởi một tổ chức chuyên sâu về CSSKTT cộng đồng và có kinh nghiệm đào tạo chuyên nghiệp;
- Kinh phí đào tạo cần được chuyển trực tiếp đến tổ chức chuyên nghiệp này, để họ hoàn thành được công tác đào tạo đạt chất lượng đề ra;
- Truyền thông về SKTT: đặc biệt là các tài liệu in ấn, cần được phát cho gia đình và bạn bè của bệnh nhân.