

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /BC-BYT

Hà Nội, ngày tháng năm 2023

BÁO CÁO

**Tổng kết việc thi hành pháp luật và đánh giá thực trạng quan hệ xã hội
liên quan đến đề nghị xây dựng dự án Luật phòng bệnh**

Phần thứ nhất

TÌNH HÌNH, KẾT QUẢ TRIỂN KHAI THI HÀNH

Mục 1

PHÒNG, CHỐNG BỆNH TRUYỀN NHIỄM

I. CÔNG TÁC TUYÊN TRUYỀN, PHỔ BIẾN PHÁP LUẬT

1. Kết quả đạt được

Y tế dự phòng là then chốt trong công tác chăm sóc, bảo vệ, nâng cao sức khỏe toàn dân, toàn diện cho người dân từ khi còn thai nhi đến khi về già kể cả người khỏe lẫn người bệnh. Y tế dự phòng đã đạt được nhiều kết quả và thành tựu trong lĩnh vực giám sát, phòng, chống các bệnh truyền nhiễm; bệnh không lây nhiễm; tiêm chủng; an toàn sinh học; dinh dưỡng cộng đồng; phòng, chống các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe như: ô nhiễm môi trường, biến đổi khí hậu, rượu bia, thuốc lá,... Trong thời gian qua mạng lưới y tế dự phòng, nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị từ Trung ương đến địa phương không ngừng được quan tâm, củng cố và hoàn thiện.

Hệ thống chính sách, pháp luật về y tế dự phòng bao gồm các luật và các văn bản quy phạm pháp luật trực tiếp và gián tiếp điều chỉnh các hoạt động y tế dự phòng. Trước năm 1992, Việt Nam chỉ có duy nhất một luật trong lĩnh vực y tế là Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân năm 1989.

Kể từ sau khi Hiến pháp năm 1992 và sau đó là Hiến pháp năm 2013 ra đời, hệ thống pháp luật nước ta đã có thêm nhiều luật quan trọng điều chỉnh mọi lĩnh vực của đời sống y tế nói chung và y tế dự phòng nói riêng. Các luật này là hành lang pháp lý quan trọng để điều chỉnh các quan hệ xã hội trong lĩnh vực y tế dự phòng.

Hệ thống pháp luật về y tế dự phòng hiện nay được phát triển từ Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân năm 1989 trong đó: 02 luật quy định lĩnh vực phòng, chống bệnh truyền nhiễm, bao gồm: Luật Phòng, chống HIV/AIDS năm 2006 (sửa đổi bổ sung năm 2020), Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm năm 2007. Ngoài ra, còn có các luật không thuộc hệ thống pháp luật y tế mà có chứa đựng các quy định liên quan đến phòng, chống bệnh truyền nhiễm như Pháp lệnh về tình trạng khẩn cấp.

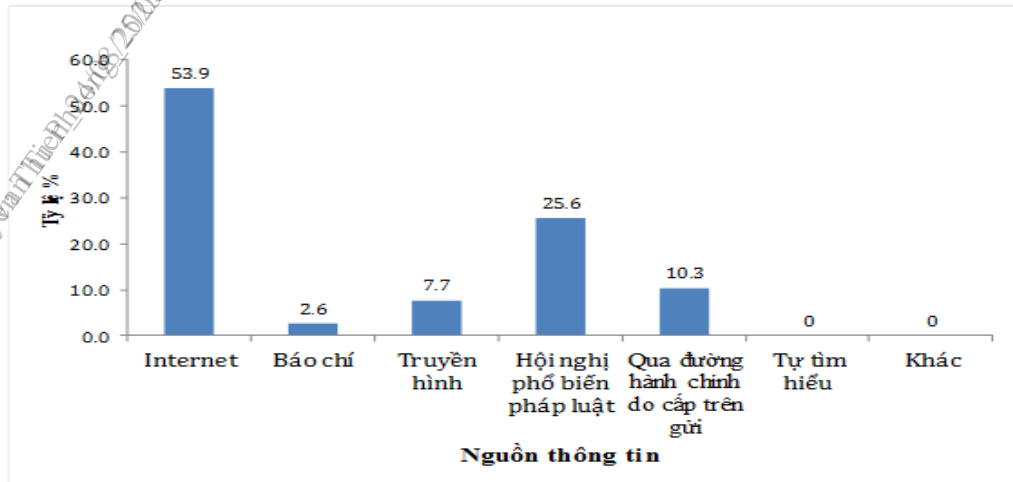
Ngay sau khi các Luật, các văn bản hướng dẫn được ban hành, các cơ quan quản lý nhà nước về y tế các cấp đã tổ chức tuyên truyền, phổ biến và hướng dẫn việc triển khai các Luật và các văn bản hướng dẫn.

Tại Trung ương, Bộ Y tế đã tổ chức hội nghị toàn ngành phổ biến, hướng dẫn nội dung và kế hoạch tổ chức thực hiện Luật và các văn bản có hướng dẫn Luật đến các đối tượng bao gồm: cơ quan quản lý nhà nước liên quan đến y tế ở Trung ương và địa phương, đơn vị trực thuộc Bộ Y tế. Bên cạnh đó, còn phổ biến dưới các hình thức đa dạng khác, như ban hành Kế hoạch tổ chức thực hiện Luật, đăng tải các văn bản trên Cổng thông tin điện tử, sách, báo,...

Tại địa phương, sau khi được Bộ Y tế phổ biến hướng dẫn cũng như trên cơ sở các hướng dẫn về phổ biến, giáo dục pháp luật, hầu hết Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương đã tham mưu cho Ủy ban nhân dân tỉnh để ban hành hoặc đề xuất với cấp có thẩm quyền ban hành các kế hoạch triển khai Luật và các văn bản quy phạm pháp luật lĩnh vực này, đồng thời đã tổ chức nhiều hội nghị phổ biến cho đối tượng là các cán bộ, nhân viên của ngành y tế cũng như các bộ, ngành có liên quan khác. Bên cạnh đó, trên cơ sở kế hoạch triển khai Luật của địa phương, các sở, ban, ngành cũng đã thực hiện việc phổ biến, hướng dẫn thực hiện pháp luật cho các tổ chức, cá nhân thuộc thẩm quyền quản lý.

Bên cạnh việc tổ chức các hội nghị phổ biến hoặc tập huấn văn bản quy phạm pháp luật cho các cán bộ, công chức, viên chức, hoạt động này còn được thực hiện thông qua hình thức sao gửi văn bản, thực hiện việc phổ biến pháp luật trên các kênh truyền thông đại chúng của tỉnh như Đài phát thanh, truyền hình và báo in; băng roll, khẩu hiệu,...

Qua báo cáo của các tỉnh cho thấy nhiều đối tượng đã được tiếp cận các Luật và các văn bản hướng dẫn qua nhiều hình thức khác nhau, trong đó hình thức tổ chức hội nghị, hội thảo phổ biến pháp luật và qua internet là 02 hình thức phổ biến nhất.



Biểu đồ 1. Nguồn thông tin tiếp cận

Hình thức “Tổ chức hội nghị, hội thảo phổ biến pháp luật” được đánh giá là hình thức hiệu quả nhất vì thông qua hội nghị, hội thảo các vướng mắc hay các nội dung chưa rõ sẽ được giải thích và hướng dẫn cụ thể nên việc triển khai thực hiện văn bản trong thực tế được diễn ra thuận tiện hơn.

Với việc triển khai tích cực của các cơ quan từ Trung ương đến địa phương đối với pháp luật về phòng, chống bệnh truyền nhiễm và các văn bản hướng dẫn Luật đã đạt được những kết quả tích cực. Các đối tượng được phổ biến bao gồm cả các đối tượng là cán bộ, công chức, viên chức của cơ quan quản lý nhà nước đến người dân, trong đó đặc biệt là các đối tượng trực tiếp thi hành luật như cán bộ, công chức, viên chức của Sở Y tế, đơn vị thuộc Sở Y tế được phổ biến với tỷ lệ khá cao, bên cạnh đó người dân là đối tượng chịu sự tác động của luật cũng được chú trọng trong phổ biến nội dung của luật để nhằm cung cấp đầy đủ thông tin liên quan đến luật, cụ thể:

Đối tượng	Tỷ lệ %
Cán bộ, công chức của đơn vị thuộc BHYT	11,1

Đối tượng	Tỷ lệ %
Viên chức của các đơn vị thuộc SYT	63
Cán bộ, công chức của SYT	59,3
Cán bộ y tế (CBYT) của cơ sở PCBTN	48,2
Cán bộ, viên chức thuộc Trung tâm truyền thông, giáo dục sức khỏe	37
Người dân	59,3
Đối tượng khác (ghi rõ)	11,1

Bảng 2. Đối tượng được phổ biến nội dung Luật PCBTN

Trên cơ sở các biện pháp phổ biến pháp luật về phòng, chống bệnh truyền nhiễm một cách quy củ đã đem lại những hiệu quả đáng chú ý như sau: 99% cán bộ tại địa phương được hỏi đã có thói quen áp dụng các văn bản quy phạm pháp luật về phòng, chống bệnh truyền nhiễm vào công việc khi thực hiện nhiệm vụ được giao liên quan đến phòng, chống bệnh truyền nhiễm. Do tính chất nguy hiểm của bệnh truyền nhiễm cần sự chủ động, tích cực, nhanh chóng trong việc triển khai các biện pháp phòng, chống dịch bệnh nên các địa phương đều ban hành đầy đủ các kế hoạch hoặc công văn hướng dẫn công tác phòng, chống dịch bệnh hằng năm hoặc khi có bệnh dịch.

Nhiều hoạt động phổ biến, giáo dục pháp luật đã được triển khai đồng bộ và mạnh mẽ trên nhiều địa bàn, nhân dân ngày càng có điều kiện tìm hiểu pháp luật. Bên cạnh đó, các địa phương cũng đã linh hoạt lồng ghép hoạt động phổ biến, giáo dục pháp luật về phòng, chống bệnh truyền nhiễm trong nhiều chương trình, hoạt động nhằm tiết kiệm kinh phí, nhân lực và cơ sở vật chất mà vẫn đạt kết quả.

2. Tồn tại, bất cập

Bên cạnh các kết quả đã đạt được, công tác phổ biến giáo dục pháp luật về lĩnh vực này còn tồn tại một số vấn đề như sau:

a) Công tác phổ biến, giáo dục pháp luật ở nhiều nơi vẫn còn mang tính phong trào, chưa đi sâu vào những nội dung pháp luật mà các đối tượng cần. Việc lựa chọn nội dung còn nặng về ý kiến chủ quan của cơ quan, tổ chức làm công tác phổ biến giáo dục pháp luật mà chưa thực sự xuất phát từ nguyện vọng của mọi người.

b) Hình thức triển khai văn bản liên quan đến truyền thông chủ yếu áp dụng đối với các văn bản có hình thức ban hành là luật, nghị định và quyết định của Thủ tướng Chính phủ còn các văn bản khác thì chỉ được sao gửi đến các Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và các đơn vị trực thuộc Bộ chứ ít khi có hướng dẫn triển khai cụ thể nên về đến các cơ quan, đơn vị trên, lãnh đạo lại gửi cho các bộ phận liên quan, còn các bộ phận khác lại không biết hoặc lãnh đạo cơ quan, đơn vị chỉ thông báo trong các buổi giao ban hàng tuần và hội nghị sơ kết, tổng kết 06 tháng, cuối năm nên hiệu quả không cao.

Việc ứng dụng công nghệ thông tin vào công tác phổ biến giáo dục pháp luật tuy đã được áp dụng song vẫn chưa phát huy được hết tiềm năng. Những lợi ích của việc tuyên truyền giáo dục pháp luật thông qua các trang báo điện tử, mạng xã hội chưa được khai thác triệt để.

c) Hầu hết các tỉnh chỉ tổ chức triển khai phổ biến Luật và các văn bản hướng dẫn ngay sau khi ban hành mà không tổ chức phổ biến nhắc lại ở các năm tiếp theo. Các hoạt động phổ biến pháp luật được triển khai theo phong trào và nặng tính hình thức vẫn còn ở một số nơi hoặc mới chỉ tập trung vào một số chiến dịch, thời điểm nhất định, chưa thường xuyên, liên tục và rộng khắp; chất lượng, hiệu quả chưa đồng đều.

d) Đối tượng được phổ biến cũng không rộng, chủ yếu tập trung vào đối tượng là cán bộ làm công tác quản lý như lãnh đạo và nhân viên Sở Y tế, lãnh đạo các đơn vị sự nghiệp y tế và lãnh đạo khoa, phòng thuộc đơn vị sự nghiệp y tế mà chưa chú trọng đến các đối tượng khác.

Bên cạnh đó, tại một số địa phương do địa bàn rộng, dân cư sống rải rác, đặc biệt là trình độ dân trí của người dân ở vùng sâu, vùng xa, vùng đồng bào dân tộc thiểu số còn thấp nên việc tuyên truyền, phổ biến pháp luật ở cơ sở còn chậm, chưa sâu rộng.

đ) Số lượng và chất lượng của đội ngũ làm công tác phổ biến giáo dục pháp luật còn nhiều hạn chế, chưa đáp ứng với yêu cầu nhiệm vụ. Đội ngũ cán bộ làm công tác này phần lớn chưa có kinh nghiệm. Đội ngũ tuyên truyền viên pháp luật kiêm nhiệm chưa thực sự chủ động thực hiện công tác phổ biến, giáo dục pháp luật, vẫn còn trông chờ vào sự chỉ đạo, hướng dẫn của cấp trên.

e) Một số địa phương khó khăn về bố trí kinh phí cho việc tuyên truyền, phổ biến, kinh phí dành cho công tác tuyên truyền hầu như không có nên việc tuyên truyền phải phối hợp lồng ghép với nhiều nội dung khác.

II. CÔNG TÁC BAN HÀNH VĂN BẢN QUY PHẠM PHÁP LUẬT QUY ĐỊNH CHI TIẾT THI HÀNH VÀ VĂN BẢN HƯỚNG DẪN THI HÀNH

1. Hệ thống hóa các văn bản

Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm được Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam khóa XII, kỳ họp thứ 2 thông qua ngày 21 tháng 11 năm 2007 và bắt đầu có hiệu lực từ ngày 01 tháng 7 năm 2008 trong đó gồm 6 chương và 64 điều quy định về hoạt động trong lĩnh vực phòng, chống bệnh truyền nhiễm bao gồm: Phòng, chống bệnh truyền nhiễm; kiểm dịch y tế biên giới; chống dịch; các điều kiện bảo đảm cho công tác phòng, chống bệnh truyền nhiễm.

Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm có 24 danh mục nội dung, điều khoản luật giao quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành. Qua tập hợp hóa các văn bản do các cơ quan quản lý nhà nước có thẩm quyền ban hành từ năm 2008 đến nay cho thấy 23/24 danh mục nội dung, điều khoản mà luật giao đã được quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành tại 30 văn bản, cụ thể:

- Chính phủ đã ban hành 06 Nghị định trong đó có 02 Nghị định thay thế Nghị định đã ban hành trước đó;
- Thủ tướng Chính phủ đã ban hành 05 Quyết định của Thủ tướng trong đó có 01 Quyết định thay thế Quyết định đã ban hành trước đó;
- Bộ Y tế đã ban hành 13 Thông tư và 05 Quyết định của Bộ trưởng; Liên Bộ Y tế và Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn ban hành 01 Thông tư liên tịch.
- Bên cạnh đó, có 08 Thông tư liên quan đến lĩnh vực phòng, chống bệnh truyền nhiễm đã được Bộ Y tế ban hành mặc dù các văn bản này không được luật giao trực tiếp nhưng được Nghị định của Chính phủ giao quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành.
- Số lượng văn bản quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành đã được sửa đổi, bổ sung hoặc thay thế là 08 văn bản, cụ thể:

- + Thay thế 02 Nghị định của Chính phủ;
- + Thay thế 01 Quyết định của Thủ tướng Chính phủ;
- + Thay thế 03 Thông tư của Bộ Y tế và 01 Quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế;
- + Sửa đổi (bãi bỏ một số nội dung) 01 Thông tư của Bộ Y tế.

- Số lượng danh mục nội dung mà luật giao hiện chưa được quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành là 01 Thông tư của Bộ Y tế ban hành quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về vệ sinh trong xây dựng (hướng dẫn khoản 1, Điều 17).

- Hiện không có văn bản nào ban hành ngoài phạm vi được giao quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành để bảo đảm thi hành luật.

Kết quả, tiến độ ban hành văn bản quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm theo danh mục tại Phụ lục 1, 2 đính kèm.

Ở cấp địa phương, hầu hết các tỉnh đều không ban hành văn bản quy phạm pháp luật về lĩnh vực phòng, chống bệnh truyền nhiễm mà chủ yếu chỉ đạo, điều hành công tác này dựa trên hệ thống các văn bản quy phạm pháp luật về phòng, chống bệnh truyền nhiễm của Trung ương. Một số tỉnh đã xây dựng văn bản chỉ đạo công tác triển khai Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm và các văn bản có liên quan.

Bảng 1. Thống kê số lượng văn bản ban hành qua các năm

STT	Năm ban hành	Tổng cộng	Tỷ lệ %
1	2008	2	5,1
2	2009	3	7,7
3	2010	7	17,9
4	2011	4	10,3
5	2012	4	10,3
6	2013	4	10,3

STT	Năm ban hành	Tổng cộng	Tỷ lệ %
7	2014	2	5,1
8	2015	2	5,1
9	2016	0	0,0
10	2017	6	15,4
11	2018	1	2,6
12	2019	2	5,1
13	2020	1	2,6
14	2021	1	2,6
	Cộng	39	100

2. Kết quả đạt được

a) Về tính kịp thời, đầy đủ

Văn bản hướng dẫn thi hành Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm được ban hành với nhiều hình thức và cấp có thẩm quyền ban hành khác nhau. Tuy nhiên, tính nhất quán, đồng bộ trong hệ thống văn bản pháp luật là khá cao. Các văn bản quy phạm pháp luật về phòng, chống bệnh truyền nhiễm được xây dựng bảo đảm tính thống nhất pháp lý theo trình tự hiệu lực pháp lý trên cơ sở của đạo luật gốc là Hiến pháp để quy định, điều chỉnh các quan hệ xã hội về lĩnh vực phòng, chống bệnh truyền nhiễm không có văn bản nào mâu thuẫn với Hiến pháp tức là không xuất hiện các xung đột pháp luật. Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm được ban hành là cơ sở pháp lý quan trọng để Ủy ban thường vụ Quốc hội, Chính phủ, Bộ Y tế, Liên tịch ban hành các văn bản quy phạm pháp luật nhằm cụ thể hoá những quy định mang tích nguyên tắc của Luật. Có thể nói, về cơ bản hệ thống pháp luật về phòng, chống bệnh truyền nhiễm bảo đảm tính thống nhất pháp lý, hoàn chỉnh và đồng bộ.

b) Về tính thống nhất, đồng bộ

Qua rà soát, đánh giá trước khi xảy ra dịch COVID-19 về cơ bản Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm và các văn bản quy định chi tiết, hướng dẫn thi hành đã bảo đảm tính hợp hiến, hợp pháp, tính thống nhất trong nội tại của hệ thống pháp luật về phòng, chống bệnh truyền nhiễm cũng như tính thống nhất với các hệ thống pháp luật khác; bảo đảm tính phù hợp, khả thi và đáp ứng được yêu cầu của thực tiễn; tạo hành lang pháp lý, điều kiện thuận lợi cho hoạt động phòng, chống dịch bệnh, tiêm chủng vắc xin, phòng chống một số yếu tố nguy cơ bệnh truyền nhiễm được triển khai đồng bộ, hiệu quả góp phần quan trọng trong khống chế dịch bệnh, giảm tỷ lệ mắc và tử vong do bệnh dịch. Thiết lập được hệ thống giám sát, đáp ứng chống dịch, tiêm chủng vắc xin trong Chương trình tiêm chủng mở rộng từ trung ương đến tận xã phường.

c) Về tính phù hợp, khả thi

Về cơ bản các văn bản được ban hành đã bảo đảm tính phù hợp, khả thi và đáp ứng được yêu cầu của thực tiễn. Hệ thống pháp luật về phòng, chống bệnh truyền nhiễm dần được hoàn thiện, tạo điều kiện thuận lợi cho các hoạt động phòng, chống bệnh truyền nhiễm được triển khai đồng bộ, hiệu quả và góp phần trong việc phòng ngừa các dịch bệnh xảy ra và kiểm soát tốt các dịch bệnh.

3. Tồn tại, bất cập

a) Về tính kịp thời, đầy đủ

Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm được ban hành năm 2007 và có hiệu lực từ 01/7/2008 tuy nhiên các văn bản hướng dẫn Luật chủ yếu bắt đầu được ban hành vào giai đoạn 2010-2011 do đó chưa kịp thời đưa Luật vào thi hành trong thực tiễn. Việc chậm ban hành các văn bản hướng dẫn chi tiết Luật là do đây là lần đầu tiên Việt Nam có một bộ luật về phòng, chống bệnh truyền nhiễm do đó nhiều vấn đề lần đầu được đưa vào điều chỉnh tại Việt Nam, đồng thời một số vấn đề mang tính chất chuyên môn phức tạp cần thời gian để nghiên cứu, tìm hiểu.

Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm về cơ bản đã bảo đảm tính phù hợp, khả thi và đáp ứng được yêu cầu của thực tiễn. Tuy nhiên, thực tế cho thấy đối với một số vấn đề cụ thể, hiệu lực quản lý nhà nước và tính tuân thủ quy định chưa được như mong muốn bắt nguồn từ những hạn chế nhất định về tính phù hợp và khả thi của văn bản ban hành.

Thực tiễn công tác phòng chống dịch COVID-19 vừa qua phát sinh một số các quan hệ xã hội cần bổ sung để triển khai có hiệu quả công tác phòng chống dịch do không công bố tình trạng khẩn cấp như khai báo y tế bắt buộc, hạn chế một số phương tiện, yêu cầu người dân không ra khỏi nơi cư trú trong khoảng thời gian nhất định, ... Tuy nhiên, ngày 28/7/2021 Quốc hội đã ban hành Nghị quyết số 30/2021/QH15 về Kỳ họp thứ nhất, Quốc hội khóa XV trong đó tán thành việc Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ tiếp tục chủ động, linh hoạt áp dụng các biện pháp phòng, chống dịch COVID-19 đã thực hiện trong thời gian qua; đồng thời giao Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ quyết định và chịu trách nhiệm về việc thực hiện một số giải pháp cấp bách, trong đó có quyết định và tổ chức thực hiện các biện pháp chưa được luật quy định hoặc khác với quy định trong các luật, pháp lệnh hiện hành để đáp ứng yêu cầu cấp bách của công tác phòng, chống dịch COVID-19. Trên cơ sở đó, ngày 06/8/2021 Chính phủ đã ban hành Nghị quyết số 86/NQ-CP về các giải pháp cấp bách phòng, chống dịch bệnh COVID-19 để thực hiện Nghị quyết số 30/2021/QH15 ngày 28/7/2021 của Quốc hội khóa XV trong đó có quy định áp dụng các biện pháp phòng, chống dịch COVID-19, công tác y tế và bảo đảm an ninh, trật tự để đáp ứng kịp thời yêu cầu phòng chống dịch trong tình hình mới.

Một số văn bản hướng dẫn thi hành Luật PCBTN đã không còn phù hợp trong thực tiễn phòng, chống dịch COVID-19 hiện nay như Nghị định số 101/2010/NĐ-CP ngày 30/9/2010 quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật PCBTN về áp dụng biện pháp cách ly y tế, cưỡng chế cách ly y tế và chống dịch đặc thù trong thời gian có dịch. Bên cạnh đó, chế độ chính sách còn nhiều bất cập như chính sách đãi ngộ đối với cán bộ làm công tác y tế dự phòng (YTDP), kinh phí bồi dưỡng cán bộ tham gia chống dịch còn thấp, chưa tương xứng mặc dù thời gian vừa qua Chính phủ đã ban hành các nghị quyết về chế độ đặc thù trong phòng, chống dịch COVID-19 như Nghị quyết số 37/NQ-CP ngày 29/3/2020; Nghị quyết số 16/NQ-CP ngày 08/02/2021; Nghị quyết số 58/NQ-CP ngày 08/6/2021 nhằm tăng mức hưởng phụ cấp, bổ sung thêm đối tượng được hưởng phụ cấp khi tham gia chống dịch COVID-19.

Ngoài ra vấn đề về dinh dưỡng học đường, điều trị dự phòng cho các đối tượng có nguy cơ và quản lý, CSSK toàn diện, liên tục cho người dân cần được quy định cụ thể trong luật; pháp luật về y tế giai đoạn này cũng cần phải được pháp điển hóa các quy phạm, ... vì vậy cần thiết xây dựng Luật Phòng bệnh trên cơ sở sửa đổi Luật PCBTN để trình Quốc hội khóa XV.

Bên cạnh việc ban hành chậm một số văn bản hướng dẫn thi hành Luật thì còn vấn đề đến nay chưa có văn bản hướng dẫn như: quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về vệ sinh trong xây dựng chưa được ban hành nhằm hướng dẫn Khoản 1 Điều 17 Luật PCBTN; quy định về các biện pháp xử lý y tế đối với các phương tiện vận tải quy định tại Điểm a Khoản 2 Điều 8, lấy mẫu và xét nghiệm đối với hàng hóa quy định tại Khoản 3 Điều 13, các biện pháp diệt tác nhân gây bệnh, trung gian truyền bệnh đối với hàng hóa quy định tại Điểm a Khoản 1 Điều 14 Nghị định số 103/2010/NĐ-CP của Chính phủ.

Việc xây dựng văn bản sửa đổi, bổ sung hoặc thay thế các văn bản quy phạm pháp luật được ban hành trước khi có Luật để bảo đảm tính phù hợp với văn bản cấp trên mới ban hành và yêu cầu thực tiễn chưa thực sự kịp thời. Ví dụ: Quyết định số 14/2007/QĐ-BYT ngày 30/01/2007 của Bộ trưởng BYT về việc ban hành Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm KDYT quốc tế tỉnh, TP trực thuộc TW vẫn chưa được sửa đổi, bổ sung nhằm hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của tổ chức KDYT biên giới theo quy định tại Khoản 2 Điều 19 Nghị định số 103/2010/NĐ-CP ngày 01/10/2010 quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật PCBTN về KDYT biên giới.

Tính chưa kịp thời trong việc ban hành các văn bản còn thể hiện ở việc một số nội dung tuy Luật đã có quy định nhưng chưa rõ ràng và đến nay vẫn chưa được hướng dẫn đã ảnh hưởng đến việc tổ chức triển khai các hoạt động PCBTN. Ví dụ: Khoản 2 Điều 17 Luật quy định “Dự án đầu tư xây dựng khu công nghiệp, khu đô thị, khu dân cư tập trung, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh truyền nhiễm chỉ được xây dựng sau khi có thẩm định của cơ quan y tế có thẩm quyền về báo cáo đánh giá tác động sức khỏe chưa được hướng dẫn cụ thể như nội dung báo cáo đánh giá tác động sức khỏe, trình tự thủ tục thẩm định, thẩm quyền thẩm định.

Bên cạnh đó, quy định về bồi thường khi thực hiện TCMR cũng chưa được hướng dẫn kịp thời: Khoản 6 Điều 30 quy định khi thực hiện TCMR, nếu xảy ra tai biến ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe hoặc gây thiệt hại đến tính mạng của người tiêm chủng, Nhà nước có trách nhiệm bồi thường cho người bị thiệt hại. Tuy nhiên, việc tiến hành bồi thường như thế nào, thủ tục tiến hành, mức bồi thường, xác định trách nhiệm của các bên có liên quan trong bồi thường để tiến hành bồi hoàn thì không được luật quy định đồng thời pháp luật về bồi thường nhà nước cũng không điều chỉnh với vấn đề này. Do đó, trong một thời gian dài, việc bồi thường khi xảy ra tai biến trong tiêm chủng không có cơ sở pháp lý để thực hiện, gây khó khăn cho các cơ quan trong quá trình thi hành pháp luật. Đến nay thì nội dung này đã được quy định tại Nghị định số 104/2016 ngày 01/7/2016 quy định về hoạt động tiêm chủng.

Thông tư liên tịch số 51/2015/TTLT-BYT-BNV của Bộ trưởng BHYT và Bộ trưởng Bộ Nội vụ ngày 11/12/2016 hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Sở Y tế (SYT) thuộc UBND tỉnh, TP trực thuộc TW và Phòng Y tế thuộc UBND huyện, quận, thị xã, TP thuộc tỉnh (sau này là Thông tư số 37/2021/TT-BYT ngày 31/12/2021 của Bộ Y tế hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn của Sở Y tế thuộc UBND tỉnh, TP trực thuộc TW và Phòng Y tế thuộc UBND huyện, quận, thị xã, TP thuộc tỉnh, thành phố thuộc thành phố trực thuộc TW) trong đó quy định thực hiện mô hình Trung tâm Kiểm soát bệnh tật (TTKSBT) ở tuyến tỉnh trên cơ sở sáp nhập các Trung tâm có cùng chức năng; các Trung tâm chuyên khoa, Trung tâm có giường bệnh chuyển về Bệnh viện đa khoa tỉnh hoặc thành lập Bệnh viện chuyên khoa khi có nhu cầu và có đủ điều kiện về nguồn lực”. Để giải quyết tình trạng trên, BHYT đã ban hành Thông tư số 26/2017/TT-BYT ngày 26/6/2017 hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của TTKSBT ở tuyến tỉnh và đến năm 2021 đã có 63/63 tỉnh, TP thực hiện mô hình TTKSBT tuyến tỉnh.

b) Về tính thống nhất, đồng bộ

Tuy nhiên, Luật PCBTN vẫn còn một số điểm chưa thống nhất, đồng bộ với các luật có liên quan. Cụ thể:

a) Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân (BVSKND) năm 1989 đã có các quy định về vệ sinh trong sinh hoạt và lao động, vệ sinh công cộng, phòng và chống dịch trong đó có những quy định đã hết hiệu lực do Luật PCBTN đã quy định về vệ sinh phòng, bệnh truyền nhiễm.

Tuy nhiên, trong Luật PCBTN không bãi bỏ các quy định đó nên làm cho hệ thống pháp luật về PCBTN không bảo đảm tính đồng bộ, thống nhất. Ngoài ra, một loạt các quy định đã được điều chỉnh bởi các luật chuyên ngành ví dụ như quy định vệ sinh trong chăn nuôi, vận chuyển, giết mổ, tiêu hủy gia súc, gia cầm và động vật khác đã được quy định tại Luật thú y, quy định về vệ sinh an toàn thực phẩm (ATTP) đã được điều chỉnh bằng Luật ATTP.

b) Về KDYT biên giới: theo quy định tại Điều 35 thì đối tượng KDYT biên giới bao gồm:

“a) Người nhập cảnh, xuất cảnh, quá cảnh Việt Nam;

b) Phương tiện vận tải nhập cảnh, xuất cảnh, quá cảnh Việt Nam;

c) Hàng hoá nhập khẩu, xuất khẩu, quá cảnh Việt Nam;

d) Thi thể, hài cốt, mẫu vi sinh y học, sản phẩm sinh học, mô, bộ phận cơ thể người vận chuyển qua biên giới Việt Nam”

Như vậy, đối tượng phải tiến hành KDYT biên giới rất lớn và trùng lặp đối với đối tượng được kiểm tra nhà nước về ATTP đối với thực phẩm nhập khẩu hoặc đối tượng được kiểm dịch theo quy định của Pháp lệnh thú y, Luật bảo vệ và kiểm dịch thực vật...Do đó, dẫn đến hiện tượng chồng chéo trong việc tiến hành kiểm dịch trên một đối tượng.

c) Về vệ sinh trong xây dựng, Khoản 2 Điều 17 Luật quy định “Dự án đầu tư xây dựng khu công nghiệp, khu đô thị, khu dân cư tập trung, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh truyền nhiễm chỉ được xây dựng sau khi có thẩm định của cơ quan y tế có thẩm quyền về báo cáo đánh giá tác động sức khỏe”. Tuy nhiên, theo quy định của Luật bảo vệ môi trường đã quy định về đánh giá tác động môi trường trong đó nội dung đánh giá bao gồm: Đánh giá, dự báo các nguồn thải và tác động của dự án đến môi trường và sức khỏe cộng đồng; Đánh giá, dự báo, xác định biện pháp quản lý rủi ro của dự án đến môi trường và sức khỏe cộng đồng.

Như vậy, có thể dẫn tới một dự án đầu tư xây dựng phải lập hai báo cáo có cùng một nội dung và được thẩm định bởi 2 cơ quan khác nhau, điều này sẽ gây khó khăn cho các nhà đầu tư và phát sinh các thủ tục không cần thiết.

d) Về ATSH trong xét nghiệm: Theo quy định tại Điều 24 của Luật PCBTN thì phòng xét nghiệm phải bảo đảm các điều kiện ATSH phù hợp với từng cấp độ và chỉ được tiến hành xét nghiệm trong phạm vi chuyên môn sau khi được cơ quan nhà nước có thẩm quyền về y tế cấp giấy chứng nhận đạt tiêu chuẩn ATSH. Như vậy, mọi phòng xét nghiệm đều phải có giấy chứng nhận đạt tiêu chuẩn ATSH. Tuy nhiên, Nghị định số 103/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ quy định về bảo đảm ATSH trong phòng xét nghiệm lại chỉ quy định cấp giấy chứng nhận ATSH đối với phòng ATSH cấp 3, 4 và không cấp giấy chứng nhận đạt tiêu chuẩn ATSH đối với phòng ATSH cấp 1 và 2 mà thay bằng hình thức phòng xét nghiệm tự công bố đủ điều kiện ATSH theo từng cấp độ. Như vậy, là chưa bảo đảm tính đồng bộ giữa Luật và Nghị định.

c) Về tính phù hợp, khả thi

Thực tế cho thấy đối với một số vấn đề cụ thể, hiệu lực QLNN và tính tuân thủ quy định chưa được như mong muốn bắt nguồn từ những hạn chế nhất định về tính phù hợp và khả thi của văn bản ban hành qua 15 năm triển khai thực hiện, cụ thể như sau:

- Vẫn còn một số điểm chưa thống nhất, đồng bộ với các luật có liên quan, cụ thể:

+ Luật BVSKND năm 1989 đã có các quy định về vệ sinh trong sinh hoạt và lao động, vệ sinh công cộng, phòng và chống dịch trong đó có những quy định đã hết hiệu lực do Luật PCBTN đã quy định về vệ sinh phòng, bệnh truyền nhiễm. Tuy nhiên, trong Luật PCBTN không bãi bỏ các quy định đó nên làm cho hệ thống pháp luật về PCBTN không bảo đảm tính đồng bộ, thống nhất. Ngoài ra, một loạt các quy định đã được điều chỉnh bởi các luật chuyên ngành ví dụ như quy định vệ sinh trong chăn nuôi, vận chuyển, giết mổ, tiêu hủy gia súc, gia cầm và động vật khác đã được quy định tại Luật thú y; quy định về vệ sinh ATTP đã được điều chỉnh bằng Luật ATTP,...

+ Về KDYT biên giới: Theo quy định tại Điều 35 thì đối tượng KDYT biên giới bao gồm:

- a) Người nhập cảnh, xuất cảnh, quá cảnh Việt Nam;
- b) Phương tiện vận tải nhập cảnh, xuất cảnh, quá cảnh Việt Nam;
- c) Hàng hoá nhập khẩu, xuất khẩu, quá cảnh Việt Nam;
- d) Thi thể, hài cốt, mẫu vi sinh y học, sản phẩm sinh học, mô, bộ phận cơ thể người vận chuyển qua biên giới Việt Nam”.

Như vậy, đối tượng phải tiến hành KDYT biên giới rất lớn và trùng lặp đối với đối tượng được kiểm tra nhà nước về ATTP đối với thực phẩm nhập khẩu hoặc đối tượng được kiểm dịch theo quy định của Luật thú y, Luật bảo vệ và kiểm dịch thực vật... Do đó, dẫn đến hiện tượng chồng chéo trong việc tiến hành kiểm dịch trên một đối tượng.

+ Về vệ sinh trong xây dựng: Tại khoản 2 Điều 17 của Luật quy định “Dự án đầu tư xây dựng khu công nghiệp, khu đô thị, khu dân cư tập trung, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh truyền nhiễm chỉ được xây dựng sau khi có thẩm định của cơ quan y tế có thẩm quyền về báo cáo đánh giá tác động sức khỏe”. Tuy nhiên, theo quy định của Luật bảo vệ môi trường đã quy định về đánh giá tác động môi trường trong đó nội dung đánh giá bao gồm: Đánh giá, dự báo các nguồn thải và tác động của dự án đến môi trường và sức khỏe cộng đồng; Đánh giá, dự báo, xác định biện pháp quản lý rủi ro của dự án đến môi trường và sức khỏe cộng đồng. Như vậy, có thể dẫn tới một dự án đầu tư xây dựng phải lập hai báo cáo có cùng một nội dung và được thẩm định bởi 02 cơ quan khác nhau, điều này sẽ gây khó khăn cho các nhà đầu tư và phát sinh các thủ tục không cần thiết.

- Các hướng dẫn thi hành Luật PCBTN về cơ bản đã bảo đảm tính phù hợp, khả thi và đáp ứng được yêu cầu của thực tiễn. Trong đó nổi lên hai nội dung chính là hệ thống pháp luật về PCBTN đã tạo điều kiện thuận lợi cho các hoạt động PCBTN được triển khai đồng bộ, hiệu quả và góp phần trong việc phòng ngừa các dịch bệnh xảy ra và kiểm soát tốt các dịch bệnh. Tuy nhiên, thực tế cho thấy đối với một số vấn đề cụ thể, hiệu lực QLNN và tính tuân thủ quy định chưa được như mong muốn bắt nguồn từ những hạn chế nhất định về tính phù hợp và khả thi của văn bản ban hành, cụ thể như sau:

+ Quy định về phân loại bệnh truyền nhiễm: Theo quy định tại Điều 3 Luật PCBTN thì bệnh truyền nhiễm được chia thành 3 nhóm là nhóm A có 11 bệnh, nhóm B có 27 bệnh và nhóm C có 24 bệnh, việc phân chia theo nhóm bệnh để làm cơ sở cho việc triển khai các biện pháp phòng, chống phù hợp và hiệu quả. Tuy nhiên, hiện nay việc phân chia các nhóm bệnh theo như trong luật chưa đầy đủ cần được bổ sung vào các nhóm cho phù hợp với tình hình thực tế PCBTN hiện nay và phù hợp với quy định của quốc tế ví dụ: cần bổ sung một số bệnh truyền nhiễm mới phát sinh, chuyển một số bệnh thuộc nhóm B vào nhóm A.

+ Quy định về báo cáo giám sát bệnh truyền nhiễm: Theo quy định tại Điều 22 Luật PCBTN thì báo cáo giám sát bệnh truyền nhiễm phải được thực hiện bằng văn bản, các hình thức khác chỉ áp dụng trong các tình huống khẩn cấp. Hiện nay với việc phát triển của công nghệ thông tin, việc thu thập báo cáo sẽ được thực hiện bằng phần mềm báo cáo trực tuyến và sẽ áp dụng báo cáo trực tuyến sẽ bảo đảm yêu cầu nhanh chóng của công tác phòng, chống dịch bệnh và để đề ra các biện pháp ứng phó phù hợp, kịp thời.

+ Quy định về ATSH trong xét nghiệm: Mục 4 Chương II Luật PCBTN mới quy định về ATSH trong xét nghiệm tuy nhiên mới chỉ có đề cập đến ATSH trong phòng xét nghiệm mà chưa đề cập đến ATSH đối với xét nghiệm thực hiện ngoài phòng xét nghiệm trong khi hiện nay việc xét nghiệm còn được tiến hành lưu động do đó cần có các quy định để điều chỉnh đối với hoạt động này nhằm bảo đảm tính toàn diện của luật.

+ Về sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế trong phòng bệnh: Khoản 3 Điều 28 Luật PCBTN quy định thầy thuốc, nhân viên y tế (NVYT) trực tiếp tham gia chăm sóc, điều trị cho người mắc bệnh truyền nhiễm, người làm việc trong phòng xét nghiệm tiếp xúc với tác nhân gây bệnh truyền nhiễm được sử dụng miễn phí vắc xin, sinh phẩm y tế. Tuy nhiên, quy định này chưa bảo đảm tính minh bạch do chưa xác định rõ kinh phí chi trả cho việc sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế của các đối tượng trên là do nhà nước hay do người sử dụng lao động chi trả. Đồng thời quy định này cũng chưa xác định phạm vi vắc xin, sinh phẩm y tế mà các đối tượng này được sử dụng miễn phí vì hiện có rất nhiều loại vắc xin, sinh phẩm y tế. Điều 29 quy định về sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế bắt buộc.

Tuy nhiên mới chỉ quy định người có nguy cơ mắc bệnh truyền nhiễm tại vùng có dịch và đến vùng có dịch bắt buộc phải sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế mà chưa quy định bắt buộc phải sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế đối với người có nguy cơ mắc bệnh truyền nhiễm tại vùng nguy cơ có dịch. Việc sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế bắt buộc cho đối tượng tại khu vực này sẽ bảo đảm tính dự phòng toàn diện và tránh nguy cơ bùng phát thành dịch. Các quy định liên quan đến hoạt động tổ chức tiêm chủng còn chưa được thể chế như: chưa có cơ chế để quản lý đối tượng tiêm chủng và theo dõi; chưa xác định rõ hệ thống tổ chức tiêm chủng bắt buộc, chưa có quy định trách nhiệm trong việc tổ chức tiêm chủng bắt buộc của các cơ sở y tế (CSYT).

+ Quy định về công bố dịch: Thực hiện khoản 4 Điều 38 Luật PCBTN Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 64/2010/QĐ-TTg ngày 25/10/2010 quy định điều kiện công bố dịch, công bố hết dịch bệnh truyền nhiễm trong đó quy định một trong các điều kiện công bố dịch bệnh truyền nhiễm là quy mô, tính chất của bệnh dịch vượt quá khả năng kiểm soát của cơ quan y tế tuyến tỉnh, TP trực thuộc TW. Việc quy định điều kiện công bố dịch không mang tính định lượng do vậy khi dịch xảy ra phần lớn các tỉnh, TP trực thuộc TW đều cho rằng các biện pháp phòng, chống dịch tại địa phương đã được triển khai có hiệu quả, chưa vượt quá tầm kiểm soát của y tế địa phương nên không công bố dịch do đó quy định này không bảo đảm tính khả thi. Bên cạnh đó, tại một số nước trong khu vực và trên thế giới, khi dịch bệnh xảy ra chỉ thực hiện thông báo dịch, báo cáo dịch bệnh truyền nhiễm hoặc thông báo tình trạng khẩn cấp về tình trạng y tế công cộng chứ không có công bố dịch. Như vậy thay vì việc công bố dịch thì đã thông báo trên hệ thống thông tin về tình hình dịch bệnh để phổ biến rộng rãi tới cộng đồng. Ngoài ra, khoản 2 Điều 40 Luật PCBTN mới chỉ đề cập người có thẩm quyền công bố dịch có quyền công bố hết dịch mà chưa quy định việc công bố hết dịch là trách nhiệm của người đó nên dẫn tới việc công bố hết dịch tại địa phương còn chưa được thực hiện đầy đủ. Do vậy, Quyết định số 64/2010/QĐ-TTg đã được thay thế bằng Quyết định số 02/2016/QĐ-TTg ngày 28/01/2016 của Thủ tướng Chính phủ về quy định điều kiện công bố dịch, công bố hết dịch bệnh truyền nhiễm và bổ sung thời gian ủ bệnh trung bình, bổ sung thời gian không phát hiện thêm trường hợp mắc bệnh mới đối với bệnh COVID-19 tại Quyết định số 07/2020/QĐ-TTg ngày 26/02/2020 để bảo đảm phù hợp với thực tiễn.

+ Về KDYT biên giới: Mặc dù việc kiểm dịch tiến hành với đối tượng rộng và liên quan đến nhiều cơ quan quản lý khác nhau như hải quan, cơ quan kiểm dịch thực vật, động vật, ATTP. Tuy nhiên, việc phối hợp tổ chức thực hiện kiểm dịch giữa các lực lượng chưa được quy định cụ thể nên gây khó khăn cho các lực lượng khi thực hiện nhiệm vụ đặc biệt khi thực hiện nhiều hoạt động QLNN trên cùng một đối tượng. Đối với quy định về KDYT biên giới tại Nghị định số 103/2010/NĐ-CP ngày 01/10/2010 của Chính phủ quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật PCBTN về KDYT biên giới chưa đáp ứng theo đúng quy định về thủ tục hành chính. Trong đó, các thủ tục kiểm dịch chưa thể hiện rõ ràng về hồ sơ thủ tục, trình tự giải quyết do đó còn gây khó khăn cho các đối tượng được kiểm dịch. Bên cạnh đó, việc quy định mẫu vi sinh y học, sản phẩm sinh học, mô, bộ phận cơ thể người khi vận chuyển qua biên giới phải được sự đồng ý bằng văn bản của Bộ trưởng BYT là không cần thiết vì BYT là cơ quan QLNN về PCBTN nói chung và KDYT nói riêng mà không phải là cơ quan trực tiếp tiến hành KDYT trong khi đó, các mẫu vi sinh y học, sản phẩm sinh học, mô, bộ phận cơ thể người khi vận chuyển qua biên giới vẫn phải tiến hành KDYT tại cửa khẩu. Do đó, việc yêu cầu phải được sự đồng ý bằng văn bản của Bộ trưởng BYT sẽ làm phát sinh thủ tục hành chính không cần thiết. Xuất phát từ thực tiễn đó, Nghị định số 89/2018/NĐ-CP ngày 25/6/2018 của Chính phủ quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật PCBTN về KDYT biên giới đã được ban hành để thay thế cho Nghị định số 103/2010/NĐ-CP.

+ Về các biện pháp chống dịch: Quy định về chi phí cho tổ chức cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh cho người mắc bệnh dịch thuộc nhóm A chưa thực sự chặt chẽ, gây khó khăn cho ngân sách nhà nước (NSNN), cụ thể: khoản 2 Điều 48 quy định: “*Người mắc bệnh dịch thuộc nhóm A được khám và điều trị miễn phí*”. Theo như quy định hiện nay, người mắc bệnh truyền nhiễm nhóm A trong quá trình khám, điều trị được miễn phí, trong thời gian qua, nước ta đối mặt với dịch bệnh COVID-19 diễn biến phức tạp, số ca mắc cần khám, điều trị, xét nghiệm lên tới hàng chục nghìn ca bệnh tại Việt Nam, tuy nhiên có một lượng ca mắc COVID-19 đã được khám, điều trị COVID-19 nhưng chưa xác định rõ được nguồn kinh phí và cơ chế chi trả, trong khi đó các CSYT vẫn phải khám và cấp cứu cho các ca mắc COVID-19 tại Việt Nam.

Việc đề xuất người mắc bệnh truyền nhiễm nhóm A có thẻ bảo hiểm y tế (BHYT) thì được Quỹ BHYT thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng theo quy định; người bệnh không có thẻ BHYT thì NSNN chi trả chi phí điều trị bệnh COVID-19 và phần cùng chi trả (nếu có) của người bệnh có thẻ BHYT cũng như các đối tượng khác sẽ đảm bảo công bằng cho người bệnh và góp phần đẩy nhanh quá trình bao phủ BHYT toàn dân. *Đề xuất sửa đổi, bổ sung quy định tại Điều 48 như sau:* Bỏ cụm từ "Người mắc bệnh dịch thuộc nhóm A được khám và điều trị miễn phí" tại khoản 2 Điều 48. Bổ sung khoản 4 vào Điều 48 như sau: "4. Chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với người mắc bệnh dịch thuộc nhóm A được thực hiện như sau: a) Quỹ BHYT thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng của người mắc bệnh dịch thuộc nhóm A có thẻ BHYT theo quy định của pháp luật về BHYT; b) NSNN chi trả phần chi phí ngoài phạm vi được hưởng của đối tượng quy định tại điểm a khoản này và của người không có thẻ BHYT theo quy định của pháp luật về giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh; c) Việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho các đối tượng khác thực hiện theo quy định của Chính phủ."

+ Việc quy định cơ sở khám bệnh, chữa bệnh truyền nhiễm phải có khoảng cách an toàn về môi trường đối với khu dân cư là không mang tính khả thi trong điều kiện thực tế hiện nay.

+ Việc quy định người mắc bệnh truyền nhiễm ra khi ra viện phải đăng ký theo dõi sức khỏe là không khả thi.

+ Những quan hệ xã hội phát sinh còn thiếu các quy phạm pháp luật điều chỉnh: Tại khoản 1 Điều 62 Luật PCBTN quy định về thành lập Quỹ hỗ trợ phòng, chống dịch. Tuy nhiên, hiện nay Quỹ hỗ trợ phòng, chống dịch chưa được thành lập trong khi đó do yêu cầu của việc tiêm chủng vắc xin phòng COVID -19, Thủ tướng Chính phủ đã quyết định thành lập Quỹ vắc xin phòng COVID-19 do vậy đề xuất sửa đổi khoản 1 Điều 46 theo hướng giao Thủ tướng Chính phủ thành lập Quỹ phòng bệnh và nâng cao sức khỏe (bao gồm cả Quỹ vắc-xin). Mặc dù Luật PCBTN đã quy định về việc người làm công tác PCBTN được hưởng các chế độ phụ cấp nghề nghiệp và các chế độ ưu đãi khác tức là bao gồm cả người làm việc trong các CSYT nhà nước và CSYT tư nhân.

Tuy nhiên, hiện nay Quyết định số 73/2011/QĐ-TTg mới chỉ quy định áp dụng đối với các CSYT của nhà nước mà chưa có hướng dẫn áp dụng chế độ chống dịch đối với cán bộ làm việc trong CSYT tư nhân vì vậy chưa khuyến khích các CSYT tư nhân tham gia vào công tác này mặc dù gần đây Ủy ban thường vụ Quốc hội đã ban hành Nghị quyết số 86/NQ-CP ngày 06/8/2021 của Chính phủ về các giải pháp cấp bách phòng, chống dịch bệnh COVID-19 để thực hiện Nghị quyết số 30/2021/QH15 ngày 28/7/2021 của Quốc hội khóa XV, trong đó huy động sự tham gia của hệ thống y tế tư nhân trong công tác phòng, chống dịch. Ngoài ra tại Khoản 3 Điều 59 Luật PCBTN đã quy định “Trong quá trình chống dịch, khi người tham gia chống dịch dũng cảm cứu người mà bị chết hoặc bị thương thì được xem xét để công nhận là liệt sỹ hoặc thương binh, hưởng chính sách như thương binh theo quy định của pháp luật về ưu đãi người có công với cách mạng” tuy nhiên, thời gian vừa qua đã có một số NVYT trong quá trình chăm sóc, điều trị bệnh nhân bị mắc COVID-19 và tử vong nhưng chưa được công nhận là liệt sỹ.

+ Một số văn bản hướng dẫn thi hành Luật PCBTN đã không còn phù hợp trong thực tiễn phòng, chống dịch COVID-19 hiện nay như Nghị định số 101/2010/NĐ-CP ngày 30/9/2010 quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật PCBTN về áp dụng biện pháp cách ly y tế, cưỡng chế cách ly y tế và chống dịch đặc thù trong thời gian có dịch. Bên cạnh đó, chế độ chính sách còn nhiều bất cập như chính sách đãi ngộ đối với cán bộ làm công tác YTDP, kinh phí bồi dưỡng cán bộ tham gia chống dịch còn thấp, chưa tương xứng mặc dù thời gian vừa qua Chính phủ đã ban hành các nghị quyết về chế độ đặc thù trong phòng, chống dịch COVID-19 như Nghị quyết số 37/NQ-CP ngày 29/3/2020; Nghị quyết số 16/NQ-CP ngày 08/02/2021; Nghị quyết số 58/NQ-CP ngày 08/6/2021 nhằm tăng mức hưởng phụ cấp, bổ sung thêm đối tượng được hưởng phụ cấp khi tham gia chống dịch COVID-19.

- Ngoài ra cũng cần phải xem xét, bổ sung hoặc luật hóa một số quy định phục vụ công tác phòng, chống dịch COVID-19 vừa qua như:

+ Quy định về trưng mua, trưng dụng tài sản phục vụ công tác phòng chống dịch khi đã công bố dịch mà chưa ban bố tình trạng khẩn cấp về dịch.

+ Quy định bắt buộc áp dụng một số biện pháp phòng chống dịch bắt buộc như: Khai báo y tế bắt buộc, khai báo y tế toàn dân, đeo khẩu trang, thực hiện giãn cách.

+ Quy định về bắt buộc ứng dụng công nghệ thông tin phục vụ công tác phòng, chống dịch.

+ Quy định về xã hội hóa, huy động nguồn lực của các tổ chức cá nhân trong và ngoài nước phục vụ công tác phòng, chống dịch.

+ Quy định thu phí cách ly y tế, xét nghiệm sàng lọc đối với người Việt Nam từ nước ngoài trở về bằng đường hàng không và người nước ngoài nhập cảnh vào Việt Nam.

+ Quy định tất cả người nước ngoài nhập cảnh vào Việt Nam phải mua BHYT quốc tế có phạm vi thanh toán khám chữa bệnh tại Việt Nam phù hợp với thời gian lưu trú tại Việt Nam.

+ Quy định về hình thức mua sắm đặc thù phục vụ công tác chống dịch được áp dụng ngay sau khi Thủ tướng Chính phủ công bố dịch

+ Bổ sung quy định giao Thủ tướng Chính phủ xem xét, quyết định việc hạn chế nhập cảnh vào Việt Nam vừa bảo đảm công tác phòng, chống dịch vừa bảo đảm phát triển kinh tế.

+ Bổ sung quy định giao Chủ tịch UBND tỉnh, TP chịu trách nhiệm trước Thủ tướng Chính phủ về kết quả tổ chức triển khai các biện pháp phòng, chống dịch bệnh trên địa bàn và áp dụng các biện pháp phòng, chống dịch phù hợp với điều kiện thực tế tại địa phương.

+ Bổ sung chi tiết danh mục thuốc, hóa chất, thiết bị y tế phục vụ công tác phòng, chống dịch trong danh mục dự trữ quốc gia.

+ Có cơ chế huy động và chi trả chi phí cho các CSYT tư nhân tham gia vào công tác lấy mẫu, xét nghiệm và điều trị bệnh nhân COVID-19.

III. ĐÁNH GIÁ VIỆC CHẤP HÀNH CÁC QUY ĐỊNH

III.1. Đánh giá việc thực thi các quy định về vệ sinh phòng bệnh truyền nhiễm

1. Kết quả đạt được

Công tác vệ sinh phòng, bệnh truyền nhiễm đã được chú trọng bảo đảm tính dự phòng các bệnh truyền nhiễm, cụ thể:

Về công tác vệ sinh phòng bệnh truyền nhiễm trong hệ thống giáo dục quốc dân đã được triển khai thực hiện trong các cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân. Với sự phối hợp tích cực của Bộ Giáo dục và Đào tạo thì quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về vệ sinh phòng bệnh truyền nhiễm trong các cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân đang từng bước được triển khai góp phần bảo đảm PCBTN trong các cơ sở giáo dục.

- Về vệ sinh trong cung cấp nước sạch, vệ sinh nguồn nước sinh hoạt, vệ sinh trong mai táng và các quy định khác: Thực hiện quy chuẩn kỹ thuật quốc về nước sinh hoạt, nước ăn uống, chất lượng nước sạch đã từng bước được chuẩn hóa. Trong những năm qua, Việt Nam đã có sự cải thiện đáng kể trong việc bảo đảm nước sạch, vệ sinh môi trường, trong đó Việt Nam đã đạt mục tiêu thiên niên kỷ về lĩnh vực nước và vệ sinh từ năm 2010. Tỷ lệ người dân có nhà tiêu hợp vệ sinh là 37% năm 1990 tăng lên 75% năm 2010 và tỷ lệ người dân được tiếp cận nước sạch năm 1990 là 62% đến năm 2010 là 95%.ⁱ Gánh nặng bệnh tật do sử dụng nước không sạch và hồ xi không hợp vệ sinh chủ yếu do các bệnh tiêu chảy. Năm 1990, nhóm bệnh tiêu chảy đứng thứ 6 trong các bệnh gây gánh nặng bệnh tật tại Việt Nam, nhưng đến năm 2010 các bệnh tiêu chảy không còn trong 25 nhóm bệnh gây gánh nặng bệnh tật quan trọng nhất.

Để bảo đảm việc thi hành các quy định này thì công tác kiểm tra chất lượng nước cũng thường xuyên được tiến hành với mật độ khác nhau tuy nhiên 100% các tỉnh được điều tra đều tiến hành kiểm tra (cụ thể tại Bảng 4).

Bảng 4. Thống kê về việc thực hiện chế độ kiểm tra

Chế độ	Tỷ lệ %
Thường xuyên	61,5
Định kỳ 6 tháng	35,9
Định kỳ 1 năm	38,5
Đột xuất	61,5
Không thực hiện	0

Trong đó, tại Kon Tum trong 7 năm (2008-2015) đã thực hiện 1.210 mẫu kiểm tra chất lượng nước do các cơ sở cung cấp trên địa bàn tỉnh và kiểm tra chất lượng nước hộ gia đình, kết quả: 33,3 mẫu đạt yêu cầu, 66,7% mẫu không đạt yêu cầu. Thông qua công tác kiểm tra, đã chấn chỉnh hoạt động cung cấp nước trên địa bàn và góp phần cải thiện chất lượng nguồn nước.

Bên cạnh đó, việc thực hiện quy định về vệ sinh trong mai táng đã góp phần hạn chế các hủ tục lạc hậu, không hợp vệ sinh trong hoạt động mai táng từ trước đây.

- Phát triển phong trào “*Vệ sinh yêu nước nâng cao sức khỏe nhân dân*”: Ngày 19 tháng 6 năm 2012, Thủ tướng Chính phủ cũng đã ký quyết định số 730/QĐ-TTg về việc lấy ngày 2 tháng 7 hàng năm là Ngày “*Vệ sinh yêu nước nâng cao sức khỏe nhân dân*”. Việc tổ chức ngày này nhằm nâng cao nhận thức và đề cao trách nhiệm của các cấp chính quyền, đoàn thể, tổ chức xã hội, từng gia đình và toàn xã hội về ý nghĩa và tầm quan trọng của các hoạt động vệ sinh đối với sức khỏe, hạnh phúc của mỗi người dân, mỗi gia đình, đối với sự phát triển bền vững của đất nước, dân tộc Việt Nam. Đây cũng là hoạt động để tăng cường sự tham gia, phối hợp chặt chẽ, đồng bộ của các cấp, ngành, các tầng lớp nhân dân và sự hợp tác, giúp đỡ của các quốc gia, các tổ chức quốc tế đối với công tác vệ sinh nâng cao sức khỏe. Những phong trào và chương trình quốc gia này đã tác động tích cực tới việc không chế dịch bệnh, cải thiện môi trường sống, góp phần làm tốt công tác bảo vệ và CSSK cho nhân dân.

- Triển khai các hoạt động thiết thực trong vệ sinh phòng bệnh truyền nhiễm như chương trình “Mở rộng quy mô vệ sinh và cấp nước nông thôn dựa trên kết quả”, Dự án Rửa tay với xà phòng vì một Việt Nam khỏe mạnh năm 2016-2017 do Quỹ Unilever Việt Nam, phát động Chiến dịch truyền thông “Hành trình 10 triệu bàn tay sạch” và cuộc thi truyền thông tương tác trên Fanpage “Mười triệu bàn tay sạch”, triển khai Dự án Làng văn hóa sức khỏe gắn với phong trào “Vệ sinh yêu nước nâng cao sức khỏe nhân dân”, “Cộng đồng chấm dứt phóng uế bừa bãi”. Với các hoạt động rộng rãi, bao phủ đến tận người dân đã góp phần nâng cao nhận thức của người dân về vệ sinh phòng bệnh truyền nhiễm. Đồng thời, cũng huy động được sự tham gia tích cực của các cơ quan tổ chức có liên quan từ đó nâng cao nhận thức của đội ngũ lãnh đạo và các cấp chính quyền đối với hoạt động PCBTN.

2. Tồn tại, bất cập

Công tác thi hành pháp luật vệ sinh phòng bệnh truyền nhiễm đã đạt được những kết quả đáng ghi nhận, tuy nhiên, trong quá trình thực hiện vẫn gặp một số khó khăn vướng mắc sau:

- Mặc dù quy chuẩn quốc gia về vệ sinh phòng bệnh trong cơ sở giáo dục đã được ban hành, tuy nhiên còn một số lượng không nhỏ các cơ sở giáo dục không đáp ứng được các yêu cầu đưa ra tại quy chuẩn và chưa tuân thủ các quy định tại quy chuẩn này. Việc chưa thực hiện các quy định này xuất phát từ thực tiễn điều kiện cơ sở vật chất của một số trường chưa được trang bị đầy đủ, bên cạnh đó, một số lãnh đạo nhà trường và cơ quan quản lý về giáo dục chưa nhận thức đầy đủ về tầm quan trọng của công tác vệ sinh PCBTN do đó chưa quyết liệt trong công tác chỉ đạo triển khai các quy định.

- Nhận thức của người dân tại một số nơi còn nhiều hạn chế, chưa tuân thủ các quy định, các khuyến cáo của cơ quan y tế về vệ sinh phòng bệnh. Ví dụ, tại các tỉnh đồng bằng sông Cửu Long, việc hình thành các khu dân cư vượt lũ với khả năng cung cấp nước sinh hoạt còn hạn chế nên người dân vẫn tích trữ nước trong chum, vại, bể nước không có nắp đậy kín tạo điều kiện cho muỗi sinh sản và phát triển.

Các chiến dịch vệ sinh môi trường, diệt loăng quăng, bọ gậy chủ động phòng chống sốt xuất huyết, tay chân miệng và các dịch bệnh khác được tổ chức nhưng còn mang tính hình thức, hiệu quả chưa cao vì không được duy trì thường xuyên. Hoặc do tập quán về chôn cất tại một số địa phương nên mặc dù đã được vận động, tuyên truyền về công tác vệ sinh trong mai táng nhưng vẫn diễn ra các tình trạng chôn cất tại vườn nhà, thi thể không được chôn cất đúng thời gian quy định, việc mai táng đối với bệnh nhân bị bệnh truyền nhiễm chưa được thực hiện theo đúng quy định.

- Xuất phát từ việc quy định không rõ ràng và không có văn bản hướng dẫn nên các quy định về vệ sinh trong xây dựng còn chưa được triển khai thực hiện rất đến khoảng trống pháp luật đối với nội dung này.

III.2. Đánh giá việc thực thi các quy định về giám sát bệnh truyền nhiễm

1. Kết quả đạt được

Công tác giám sát bệnh truyền nhiễm đã được thực hiện nghiêm túc, rộng khắp từ người dân cho đến các cơ quan QLNN về y tế đến các cấp chính quyền địa phương và TW. Đặc biệt, sự xuất hiện của các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm mới phát sinh như dịch cúm A(H7N9), MERS-CoV, Zika... do có công tác giám sát bệnh dịch được triển khai tốt nên đã không để xảy ra tình trạng dịch bệnh. Trong đó, hoạt động giám sát tiến hành bao gồm giám sát các trường hợp mắc bệnh (97,4%), giám sát tác nhân gây bệnh (87,2%), giám sát trung gian truyền bệnh (89,7%) với các loại hình giám sát: giám sát thường xuyên 98,2%), giám sát trọng điểm (89,7%), giám sát dựa vào cộng đồng (92,3%), giám sát dựa vào cơ sở khám chữa bệnh (82,1%). Hoạt động giám sát được triển khai góp phần đưa ra các nhận định, cảnh báo, dự báo sớm tình hình bệnh truyền nhiễm, triển khai kịp thời các biện pháp phòng, chống dịch.

Báo cáo giám sát bệnh truyền nhiễm đã được thực hiện theo Thông tư số 48/2010/TT-BYT ngày 31/12/2010 của Bộ trưởng BYT hướng dẫn chế độ khai báo, thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm sau đó đến Thông tư số 54/2015/TT-BYT ngày 28/12/2015 hướng dẫn chế độ khai báo, thông tin, báo cáo bệnh truyền thay thế Thông tư số 48/2010/TT-BYT.

Theo đó, Hệ thống báo cáo giám sát đã được thực hiện thống nhất từ TW đến Trạm Y tế (TYT) và chuyển từ báo cáo bằng văn bản sang báo cáo bằng trực tuyến bảo đảm tính kịp thời của công tác phòng, chống dịch. Bên cạnh đó, việc xác định cụ thể thể nào là trường hợp bệnh đã góp phần cho công tác thống kê các ca bệnh được chính xác từ đó được ra các nhận định về tình hình bệnh dịch và các biện pháp phòng, chống thích hợp hơn.

Việc phối hợp giữa các bộ, ngành và giữa cơ quan chuyên môn tại địa phương với ngành y tế trong công tác giám sát tình hình dịch bệnh đã được thực hiện, đặc biệt giữa các cơ quan của ngành y tế và nông nghiệp đã tiến hành trao đổi thông tin giám sát tình hình dịch bệnh kịp thời giữa hai ngành, góp phần phòng chống sự lây lan của dịch bệnh. Điều đó thể hiện qua cuộc khảo sát có 59% cán bộ được hỏi đánh giá tình hình phối hợp liên ngành trong công tác giám sát bệnh truyền nhiễm đã có sự phối hợp chặt chẽ, đúng quy định.

2. Tồn tại, bất cập

Tại một số địa phương công tác giám sát bệnh truyền nhiễm còn mang tính thụ động, chưa thực hiện giám sát chủ động thường xuyên liên tục mà chỉ khi có bệnh dịch xảy ra mới tiến hành giám sát hoặc có chỉ đạo của cơ quan cấp trên.

Sự phối hợp giữa các đơn vị trong việc thực hiện báo cáo vẫn còn bất cập, chưa nhận được sự hợp tác của tuyến dưới, cụ thể: vẫn còn 48% cán bộ được hỏi chưa nhận được báo cáo của tuyến dưới. Đặc biệt, công tác giám sát bệnh truyền nhiễm đối với hệ thống y tế tư nhân thực hiện còn khó khăn, chưa có sự hợp tác tích cực của các CSYT tư nhân.

III.3. Đánh giá việc thực thi các quy định về an toàn sinh học trong xét nghiệm

1. Kết quả đạt được

Luật PCBTN là cơ sở pháp lý đầu tiên, đặt nền tảng cho hoạt động ATSH trong xét nghiệm tại Việt Nam. Do đó sau khi Luật PCBTN số 03/2007/QH12 ngày 21 tháng 11 năm 2007 và các văn bản hướng dẫn Luật được ban hành thì công tác ATSH trong xét nghiệm đã được triển khai trên toàn quốc các phòng xét nghiệm đã được nâng cấp cả về cơ sở vật chất, trang thiết bị và nhân lực để đảm bảo các điều kiện ATSH phù hợp với từng cấp độ. Các văn bản quy phạm pháp luật về xét nghiệm, ATSH (tại phụ lục 3 gửi kèm):

Về công tác ATSH trong xét nghiệm:

- Xét nghiệm là một trong những hoạt động quan trọng để xác định các tác nhân gây bệnh truyền nhiễm. Việc phát hiện sớm, chính xác các tác nhân gây bệnh sẽ góp phần vào công tác PCBTN một cách hiệu quả. Trong những năm vừa qua, trên thế giới liên tục xuất hiện các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm, mới nổi với tốc độ lây lan nhanh, tỷ lệ tử vong cao như SARS, cúm A (H5N1), cúm A (H1N1) đại dịch, Ebola, MERS-CoV, cúm A (H7N9)... ảnh hưởng lớn đến sức khỏe người dân, trong đó có những bệnh gây đại dịch và nhiều bệnh tiềm ẩn nguy cơ đại dịch...

- Trong những năm gần đây, các bệnh dịch truyền nhiễm nguy hiểm diễn biến hết sức phức tạp, để kiểm soát các dịch bệnh này, các phòng xét nghiệm chẩn đoán, nghiên cứu tác nhân gây bệnh cần triển khai các hoạt động ATSH phù hợp kỹ thuật xét nghiệm. ATSH đối với các phòng xét nghiệm là việc thực hiện các biện pháp nhằm giảm thiểu hoặc loại trừ các tác động có hại có thể phát sinh từ phòng xét nghiệm hoặc quá trình vận chuyển tác nhân gây bệnh cho người làm xét nghiệm, cộng đồng và môi trường.

- Trên thế giới, từ những năm 1940, các biện pháp đảm bảo ATSH đã được nhiều nước thực hiện. Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã xuất bản tài liệu Cẩm nang ATSH phòng xét nghiệm để hướng dẫn cập nhật cho các nước về vấn đề này (phiên bản hiện tại ấn bản lần thứ 4 năm 2022).

- Tại Việt Nam, việc quản lý ATSH một cách hệ thống trên phạm vi cả nước mới được bắt đầu từ những năm gần đây. Luật PCBTN ban hành năm 2007 đã có những quy định về ATSH phòng xét nghiệm. Các văn bản dưới luật cũng đã và đang được xây dựng để đưa vào thực hiện.

Về thực trạng công tác quản ATSH tại Việt Nam: Tương tự như các quốc gia phát triển (như Hoa Kỳ, Pháp...), hệ thống phòng xét nghiệm tại Việt Nam cấu thành từ 03 nhân tố cơ bản chính bao gồm: hệ thống xét nghiệm tại cơ sở khám chữa bệnh tư nhân, hệ thống xét nghiệm tại cơ sở khám chữa bệnh công lập và hệ thống xét nghiệm YTDP.

Đối với hệ thống xét nghiệm tại cơ sở khám chữa bệnh tư nhân:

- Hệ thống xét nghiệm tại cơ sở khám, chữa bệnh tư nhân phục vụ cho các hoạt động dịch vụ, được triển khai tại 63 tỉnh, TP. Theo quy định tại Nghị định số 103/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016, các phòng xét nghiệm tư nhân chủ động thực hiện tự công bố đạt tiêu chuẩn ATSH cấp I và cấp II. Trên cơ sở văn bản tự công bố của cơ sở, SYT trên địa bàn quản lý đăng tải trên trang thông tin điện tử danh sách các cơ sở xét nghiệm đạt tiêu chuẩn ATSH cấp I và cấp II.

- Cơ sở khám, chữa bệnh có phòng xét nghiệm tự xây dựng và tổ chức thực hiện Quy chế tự kiểm tra ATSH bao gồm: Các nội dung kiểm tra cụ thể theo quy định tại Nghị định số 103/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 này phù hợp với đặc thù của cơ sở xét nghiệm, trình tự kiểm tra và thời gian kiểm tra. SYT tối thiểu 03 năm một lần kiểm tra, thanh tra cơ sở xét nghiệm đã được cấp Giấy chứng nhận ATSH và đã tự công bố đạt tiêu chuẩn ATSH trên địa bàn quản lý (nội dung này áp dụng cả cho các cơ sở tư nhân và công lập). Trong quá trình kiểm tra, thanh tra phát hiện phòng xét nghiệm ATSH không bảo đảm các Điều kiện theo quy định thì phải tiến hành xử lý hoặc kiến nghị cơ quan QLNN có thẩm quyền xử lý theo quy định của pháp luật.

Đối với Hệ thống xét nghiệm tại cơ sở khám chữa bệnh công lập:

- Hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước bao gồm 4 tuyến như sau: Tuyến TW; Tuyến tỉnh, TP trực thuộc TW; Tuyến huyện, quận, thị xã, TP thuộc tỉnh; Tuyến xã, phường, thị trấn. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của tuyến trên có trách nhiệm chỉ đạo, hỗ trợ về chuyên môn kỹ thuật đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của tuyến dướiⁱⁱ.

- Tương tự như các cơ sở tư nhân, cơ sở khám chữa bệnh công lập có phòng xét nghiệm tự xây dựng và tổ chức thực hiện Quy chế tự kiểm tra ATSH bao gồm: Các nội dung kiểm tra cụ thể theo quy định tại Nghị định số 103/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 này phù hợp với đặc thù của cơ sở xét nghiệm, trình tự kiểm tra và thời gian kiểm tra. SYT định kỳ kiểm tra đánh giá theo quy định.

- Hiện nay hệ thống xét nghiệm tại cơ sở khám chữa bệnh công lập có 01 phòng xét nghiệm được cấp Giấy chứng nhận ATSH cấp III tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TP. Hồ Chí Minh.

Đối với hệ thống xét nghiệm YTDP:

- Hệ thống xét nghiệm YTDP được tổ chức theo 04 cấp trong đó cấp TW bao gồm các đơn vị quản lý và các phòng xét nghiệm chuyên sâu tại các Viện. Tại tuyến tỉnh, các phòng xét nghiệm hiện thuộc 259 đơn vị thuộc 7 loại hình Trung tâm. Hệ thống văn bản quy phạm pháp luật tương đối đầy đủ về bảo đảm ATSH phòng xét nghiệm bao gồm các quy định chung về: phân loại vi sinh vật và phòng xét nghiệm theo cấp độ ATSH, điều kiện bảo đảm ATSH tại phòng xét nghiệm, thủ tục, cấp mới, cấp lại và thu hồi giấy chứng nhận đạt tiêu chuẩn ATSH, kiểm tra ATSH, đánh giá nguy cơ, giám sát sức khỏe y tế, quản lý mẫu bệnh phẩm.

- Tuy nhiên, Việt Nam vẫn thiếu các quy định về tiêu chuẩn quản lý chất lượng, tiêu chuẩn đảm bảo chất lượng xét nghiệm, sổ tay quản lý mẫu, sổ tay ATSH và an ninh sinh học, hướng dẫn chuyên môn kỹ thuật về xét nghiệm bệnh truyền nhiễm, phân tuyền kỹ thuật, tổ chức mạng lưới tuyến tỉnh, tuyến huyện. Các văn bản quy phạm pháp luật trong quá trình triển khai thực hiện cần được điều chỉnh, sửa đổi và xây dựng bổ sung để phù hợp với thực tế triển khai.

- Hiện nay, các phòng xét nghiệm chưa có hệ thống quản lý thông tin thống nhất cho việc lưu giữ và bảo mật thông tin mẫu; thông tin này cần được dễ dàng truy hồi trong suốt quá trình từ khi nhận mẫu đến khi ra kết quả xét nghiệm, lưu giữ cũng như hủy mẫu. Bên cạnh đó, kết quả xét nghiệm hiện nay đang được lưu giữ tại các phòng xét nghiệm riêng rẽ hoặc tại đơn vị quản lý theo tuyến. Việc trao đổi thông tin không thường xuyên, không thống nhất, đặc biệt giữa các phòng xét nghiệm YTDP và điều trị, giữa các bộ ngành, đơn vị trong nước, quốc tế... cần được tổ chức quản lý khoa học, hiệu quả để thông tin được lưu trữ đầy đủ, thống nhất, dễ truy cập và truy hồi, nhưng vẫn đảm bảo tính bảo mật.

- Đến nay, tổng số phòng xét nghiệm ATSH cấp I, cấp II là 3.345 phòng, trong đó có 3.076 phòng (chiếm 91,9%) đã thực hiện tự công bố đủ điều kiện ATSH và hiện đang hoạt động, có 06 đơn vị đã được cấp giấy chứng nhận ATSH cấp III.

Về các đơn vị công bố về ATSH cấp I, II: Theo tổng hợp báo cáo của 58/63 tỉnh đến tháng 5/2023, TP về việc thực hiện tự công bố phòng xét nghiệm đạt tiêu chuẩn ATSH cấp I, II cụ thể như sau:

- Tổng số phòng xét nghiệm ATSH cấp I, cấp II là 3.345 phòng, trong đó có 3.076 phòng (chiếm 91,9%) đã thực hiện tự công bố đủ điều kiện ATSH và hiện đang hoạt động, cụ thể:

+ Số phòng ATSH cấp I là: 1.201 phòng (chiếm 39%)

+ Số phòng ATSH cấp II là: 1.875 phòng (chiếm 61%)

+ Còn 269 phòng xét nghiệm tại 10 tỉnh, TP chưa thực hiện tự công bố (chiếm 8,1%): Cao Bằng (01/20 phòng), Ninh Bình (10/49 phòng), Bắc Giang (27/64 phòng), Nghệ An (3/55 phòng), Hà Nội (168/293 phòng), Đà Nẵng (12/74 phòng), Bình Thuận (2/41 phòng), Kon Tum (9/33 phòng), Bến Tre (21/76 phòng), Đồng Nai (16/126 phòng)

- 48/58 tỉnh, TP đạt tỷ lệ 100% các phòng xét nghiệm thực hiện tự công bố phòng xét nghiệm đạt tiêu chuẩn ATSH

Về các đơn vị công bố về ATSH cấp I, III:

- Hiện nay có 06 đơn vị đã được cấp giấy chứng nhận ATSH cấp III gồm: Bệnh viện Bệnh nhiệt đới TP. Hồ Chí Minh, Viện Vệ sinh dịch tễ TW, Viện Pasteur TP. Hồ Chí Minh, Công ty Cổ phần AVAC Việt Nam, Công ty Cổ phần thuốc thú y TW 5, Trung tâm chẩn đoán thú y Dabaco.

- 03 đơn vị đề nghị cấp mới lần đầu đang thẩm định gồm: Công ty TNHH Dược Hanvet, Trung tâm Chẩn đoán thú y TW, Trung tâm Kiểm nghiệm thuốc thú y TW I.

2. Tồn tại, bất cập

ATSH là một lĩnh vực mới đối với các nhà quản lý và nhiều cán bộ phòng xét nghiệm, đặc biệt là cán bộ tuyến huyện. Mới chỉ có các phòng xét nghiệm thuộc ngành y tế triển khai thực hiện các quy định về đảm bảo ATSH phòng xét nghiệm. Do vậy, các phòng xét nghiệm được thẩm định, cấp giấy chứng nhận đủ điều kiện ATSH đều thuộc ngành y tế và việc quản lý về ATSH phòng xét nghiệm tại các tỉnh, TP cũng mới chỉ bao phủ đến các phòng xét nghiệm thuộc ngành y tế. Cơ quan thẩm quyền quản lý ATSH tại các tỉnh là SYT nhiều nơi còn lúng túng trong việc thẩm định, cấp giấy chứng nhận phòng xét nghiệm đạt tiêu chuẩn ATSH đến nay việc mới có 25% trên tổng số khoảng 2.500 phòng xét nghiệm đạt tiêu chuẩn ATSH từ cấp I đến cấp III.

Bên cạnh đó, theo quy định của Nghị định số 92/2010/NĐ-CP ngày 30/8/2010 và các Thông tư hướng dẫn thi hành, tất cả các phòng xét nghiệm có thực hiện xét nghiệm vi sinh vật có nguy cơ gây bệnh truyền nhiễm cho người của các Bộ, ngành trừ Bộ Công an và Quốc phòng đều phải thi hành các quy định về đảm bảo ATSH phòng xét nghiệm. Tuy nhiên, đến nay, việc quản lý về ATSH phòng xét nghiệm của SYT tại các tỉnh, TP mới chỉ bao phủ đến các phòng xét nghiệm thuộc ngành y tế. Các phòng xét nghiệm được thẩm định, cấp giấy chứng nhận đủ điều kiện ATSH hầu hết thuộc ngành y tế.

Các cơ sở có phòng xét nghiệm đã có kế hoạch hoàn thiện các điều kiện đảm bảo ATSH tại cơ sở như: nâng cấp, hoàn thiện các điều kiện về cơ sở vật chất, mua sắm, huy động sự hỗ trợ về trang thiết bị, cử các nhân viên phòng xét nghiệm tham gia tập huấn về ATSH, xây dựng các quy trình về thực hành an toàn tại phòng xét nghiệm. Tuy nhiên, hiện nay, nhiều phòng xét nghiệm, đặc biệt là các phòng xét nghiệm thuộc các CSYT tuyến tỉnh và huyện chưa đáp ứng các điều kiện đảm bảo ATSH về cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân sự, quy định về thực hành, khử nhiễm, xử lý chất thải, phòng ngừa, xử lý và khắc phục sự cố ATSH do nguồn kinh phí để đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị đáp ứng yêu cầu là khá lớn trong khi nguồn kinh phí lại hạn hẹp, thiếu cán bộ làm xét nghiệm đáp ứng điều kiện theo quy định.

Việc chưa có quy định về kết nối liên thông giữa việc thẩm định cấp giấy phép hoạt động trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cấp giấy chứng nhận ATSH đã làm phát sinh thêm thủ tục hành chính và mất thêm nhiều thời gian trong việc tiến hành các thủ tục trên.

Luật mới chỉ quy định về ATSH trong phòng xét nghiệm tuy nhiên hiện nay nhiều xét nghiệm được thực hiện ngoài phòng xét nghiệm đặc biệt là xét nghiệm lưu động, do đó các địa phương còn lúng túng trong việc xử lý đối với các trường hợp này khi chưa có cơ sở pháp lý .

Một số hạn chế, bất cập khác:

- Mạng lưới quản lý chất lượng phòng xét nghiệm, bao gồm các trung tâm kiểm chuẩn chất lượng xét nghiệm y học, trung tâm kiểm chuẩn, hiệu chuẩn trang thiết bị xét nghiệm, các phòng xét nghiệm tham chiếu, phòng xét nghiệm đạt chuẩn quốc gia và quốc tế chưa được lên kế hoạch xây dựng, định hướng tổng thể.

- Chưa xây dựng, hoàn thiện cơ chế quản lý, chia sẻ thông tin phòng xét nghiệm, tiến tới thực hiện việc ứng dụng rộng rãi và đồng bộ công nghệ thông tin trong việc quản lý thông tin phòng xét nghiệm (Laboratory Information system, LIS) trên cả nước.

- Hệ thống cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân sự phòng xét nghiệm công lập còn thiếu đồng bộ dẫn đến hạn chế trong việc triển khai ATSH, cụ thể:

+ Về cơ sở vật chất: cần đầu tư, hoàn thiện các điều kiện về cơ sở vật chất đối với phòng xét nghiệm trong hệ thống công lập đảm bảo các điều kiện về ATSH.

+ Về trang thiết bị: tại nhiều đơn vị công lập, các phòng xét nghiệm chưa thực hiện đầy đủ, thường xuyên việc hiệu chuẩn, hiệu chỉnh do hạn chế về kinh phí và do chưa có các đơn vị ở Việt Nam có khả năng thực hiện hiệu chuẩn đối với một số thiết bị phức tạp.

+ Về nhân sự: cần tập huấn và tập huấn lại hàng năm về các nội dung chuyên môn như: ATSH, sử dụng và vận hành trang thiết bị đảm bảo ATSH trong phòng xét nghiệm, thực hành ATSH, đánh giá nguy cơ với các kỹ thuật thực hiện tại cơ sở, và về quản lý chất lượng xét nghiệm.

+ Về năng lực xét nghiệm: Việc thực hiện quản lý chất lượng xét nghiệm còn là lĩnh vực mới và việc đào tạo về quản lý chất lượng còn chưa được quan tâm đúng mức. Nhiều cơ sở chưa hoàn toàn chủ động tham gia chương trình ngoại kiểm, và vẫn còn phụ thuộc vào chương trình ngoại kiểm của các nước trên thế giới và trong khu vực, nên khi chương trình ngoại kiểm một số xét nghiệm không có thì không chủ động tiến hành so sánh liên phòng. Việc tiến hành nội kiểm cũng chưa được liên tục, không có theo dõi và phân tích các kết quả nội kiểm và ngoại kiểm để từ đó có hành động khắc phục, phòng ngừa kịp thời.

- Giám sát và đánh giá việc thực hiện hoạt động ATSH trong xét nghiệm, các SYT tỉnh, TP chủ động hơn trong hoạt động thanh tra, kiểm tra ra các cơ sở tư nhân và công lập về điều kiện bảo đảm ATSH các cơ sở có Giấy phép hoặc tự công bố đạt tiêu chuẩn ATSH tối thiểu 03 năm một lần, phải tiến hành xử lý hoặc kiến nghị cơ quan QLNN có thẩm quyền xử lý theo quy định của pháp luật và hát hiện phòng xét nghiệm ATSH không bảo đảm các điều kiện ATSH theo quy định.

III.4. Đánh giá việc thực thi các quy định về sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế phòng bệnh

1. Kết quả đạt được

Công tác tiêm chủng đã được thực hiện trước khi Luật PCBTN được ban hành, tuy nhiên từ khi có Luật với quy định về việc vắc xin, sinh phẩm y tế phải được sử dụng tại các CSYT có đủ điều kiện và với sự ra đời của Quyết định số 23/2008/QĐ-BYT ngày 7/7/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Quy định về sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế trong dự phòng và điều trị đến Thông tư số 12/2014/TT-BYT ngày 20/3/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn việc quản lý sử dụng vắc xin trong tiêm chủng (thay thế Quyết định số 23/2008/QĐ-BYT) và Nghị định số 104/2016/NĐ-CP đã góp phần đưa hoạt động tiêm chủng đi vào quy củ. Đến nay trên 95% CSYT được cấp giấy chứng nhận đủ điều kiện tiêm chủng.

Tổ chức, duy trì và nâng cao công tác an toàn tiêm chủng các loại vắc xin như tập huấn về an toàn tiêm chủng và khám sàng lọc bệnh nhân cho các cán bộ trực tiếp tham gia tiêm chủng, tỷ lệ tiêm đạt tỷ lệ cao cho các đối tượng trong diện TCMR, chất lượng hoạt động tiêm chủng được cải thiện, trong đó việc tuân thủ quy định tiêm chủng được thực hiện nghiêm túc.

Bảng 5. Thống kê tình hình thực hiện quy định tiêm chủng

Tuân thủ quy định tiêm chủng	Tỷ lệ %
Đã thực hiện đầy đủ, đúng quy định	61,5
Có thực hiện nhưng còn hạn chế	35,9
Chưa tuân thủ đúng theo quy định	2,6
Khác	0
Tổng	100

Các văn bản quy phạm pháp luật về tiêm chủng đã ban hành chi tiết tại phụ lục 3.

Về tổng kết công tác tiêm chủng:

- Hiện nay trên thế giới có khoảng 30 bệnh truyền nhiễm có vắc xin phòng bệnh bao gồm: lao, tả, bạch hầu, viêm gan A, viêm gan B, ung thư cổ tử cung HPV, cúm mùa, viêm não Nhật Bản B, sởi, viêm màng não, quai bị, ho gà, phế cầu, bại liệt, đại, tiêu chảy do vi rút Rota, uốn ván, thương hàn, thủy đậu, sốt vàng, Dengue.... Các hình thức sử dụng vắc xin bao gồm tiêm chủng quốc gia do Chính phủ đảm bảo, tiêm chủng dịch vụ (TCDV) do người dân tự chi trả và tiêm chủng do bảo hiểm chi trả. Số lượng, loại vắc xin sử dụng, lịch tiêm chủng và đối tượng tiêm chủng khác nhau giữa các quốc gia... Một số quốc gia triển khai đồng thời cả hình thức TCMR và TCDV như Thái Lan, Philippines, Indonesia, Hồng Kông.... Một số quốc gia như Pháp, Mỹ dùng nguồn bảo hiểm để chi trả cho tiêm chủng.

- Tại Việt Nam hiện có 02 hình thức sử dụng vắc xin là tiêm chủng bắt buộc (TCMR và tiêm chủng chống dịch) do NSNN chi trả và tiêm chủng tự nguyện (TCDV) do cá nhân, tổ chức tự chi trả. Công tác quản lý tiêm chủng từ TW đến địa phương do UBND các cấp, SYT thực hiện, TTKSBT tỉnh/TP hỗ trợ kỹ thuật. Tại tuyến TW, BHYT chỉ đạo toàn diện công tác tiêm chủng, cùng với sự phối hợp của các Bộ, ban ngành TW. Chương trình TCMR chỉ đạo hoạt động TCMR trên toàn quốc.

- Chương trình TCMR do Nhà nước chi trả toàn bộ được triển khai trên toàn quốc từ năm 1985 nhằm cung cấp dịch vụ tiêm chủng miễn phí cho trẻ em dưới 1 tuổi. Số loại vắc xin tăng dần theo thời gian, từ 6 vắc xin thiết yếu năm 1985 tới nay đã có vắc xin phòng 10 bệnh truyền nhiễm phổ biến, nguy hiểm được sử dụng miễn phí cho trẻ em và phụ nữ có thai được triển khai trong TCMR trên toàn quốc bao gồm vắc xin phòng bệnh lao, bạch hầu, ho gà, uốn ván, viêm gan B, viêm phổi/viêm màng não mủ do vi khuẩn Hib, bại liệt, sởi, rubella và viêm não Nhật Bản với khoảng 35 triệu liều vắc xin mỗi năm. Ngoài ra, tùy thuộc tình hình tiêm chủng và bệnh truyền nhiễm, các chiến dịch và kế hoạch tiêm chủng bổ sung cho các nhóm đối tượng nguy cơ đã được triển khai như chiến dịch tiêm vắc xin Sởi-Rubella, viêm não Nhật Bản, uống vắc xin bại liệt (bOPV), tiêm vắc xin bại liệt (IPV).

Ngoài ra, xu hướng xã hội hóa công tác tiêm chủng cũng ngày càng được mở rộng trong thời gian gần đây để tạo điều kiện cho người dân tiếp cận thêm với vắc xin phòng bệnh. Với sự hỗ trợ của các tổ chức quốc tế, từ năm 2017 và trong thời gian tới, những nhóm đối tượng nguy cơ cao có cơ hội sử dụng thêm một số loại vắc xin như vắc xin cúm mùa, vắc xin phòng bệnh ung thư cổ tử cung... mà không phải tự chi trả.

- Qua hơn 30 năm triển khai, thành công của Chương trình TCMR đã mang lại những thành tựu to lớn, góp phần làm thay đổi cơ cấu bệnh tật tại Việt Nam. Bệnh Bạch liệt đã được thanh toán vào năm 2000; bệnh uốn ván sơ sinh được loại trừ năm 2005, số mắc và tử vong do các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm phổ biến khác như sởi, bạch hầu, ho gà giảm từ vài chục đến vài trăm lần. Việt Nam đã sản xuất được hầu hết các loại vắc xin sử dụng trong Chương trình TCMR (8/10 loại). Vắc xin được đặt hàng hàng năm từ nguồn NSNN đã góp phần quan trọng để chủ động nguồn cung ứng vắc xin là lợi thế của Việt Nam so với nhiều quốc gia khác, đảm bảo duy trì hoạt động tiêm chủng và đạt các chỉ tiêu quan trọng. Với việc duy trì tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ các mũi vắc xin trong TCMR cho trẻ dưới 1 tuổi, Việt Nam đang tiến tới mục tiêu giảm tỷ lệ mắc viêm gan B ở trẻ dưới 5 tuổi xuống 1% và loại trừ bệnh sởi, rubella vào thời gian tới.

Về công tác quản lý tiêm chủng tại Việt Nam:

- Việt Nam đã có hệ thống văn bản quy phạm pháp luật, quy định hướng dẫn chuyên môn về tiêm chủng đầy đủ và phù hợp với thực tiễn. Quy định về việc sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế bắt buộc trong TCMR và sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế tự nguyện trong TCDV đã được nêu cụ thể trong Luật PCBTN năm 2007; Nghị định số 104/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 quy định về hoạt động tiêm chủng và Nghị định số 155/2018/NĐ-CP ngày 12/11/2018 về việc sửa đổi, bổ sung một số điều kiện đầu tư kinh doanh thuộc phạm vi QLNN của Bộ Y tế trong đó có một số nội dung thuộc Nghị định số 104/2016/NĐ-CP. Theo đó, Nghị định đã quy định cụ thể quy trình tiêm chủng, quản lý vắc xin, điều kiện của cơ sở tiêm chủng, điều kiện bảo đảm công tác tiêm chủng, bồi thường khi sử dụng vắc xin trong TCMR, tiêm chủng chống dịch gây ảnh hưởng đến sức khỏe, tính mạng của người được tiêm chủng.

Bộ Y tế cũng ban hành các Thông tư hướng dẫn thi hành Luật và Nghị định như: Thông tư số 34/2018/TT-BYT ngày 12/11/2018 quy định chi tiết một số Điều của Nghị định số 104/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ quy định về hoạt động tiêm chủng; Thông tư số 38/2017/TT-BYT ngày 17/10/2017 quy định về danh mục bệnh truyền nhiễm, phạm vi, đối tượng phải sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế bắt buộc; Thông tư số 24/2018/TT-BYT ngày 18/9/2018 và Thông tư số 05/2020/TT-BYT ngày 03/4/2020 về việc sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 24/2018/TT-BYT ngày 18/9/2018 của Bộ Y tế quy định việc thành lập, tổ chức và hoạt động của Hội đồng tư vấn chuyên môn đánh giá nguyên nhân tai biến nặng trong quá trình sử dụng vắc xin; và Quyết định số 2470/QĐ-BYT ngày 14/6/2019 về việc hướng dẫn khám sàng lọc trước tiêm chủng đối với trẻ em; Quyết định số 3421/QĐ-BYT ngày 28/7/2017 của Bộ Y tế ban hành Quy chế quản lý, sử dụng Hệ thống quản lý thông tin tiêm chủng quốc gia.

- Bên cạnh các văn bản về sử dụng vắc xin và đảm bảo an toàn tiêm chủng, Chính phủ và BYT cũng đã ban hành các văn bản qui định về việc đăng ký, xuất nhập khẩu, bảo quản, cung ứng, phân phối vắc xin. Theo những qui định này, tất cả các vắc xin sử dụng tại Việt Nam dù sản xuất trong nước hay nhập khẩu, sử dụng trong TCMR hay TCDV đều phải được BYT cho phép lưu hành. Tất cả các lô vắc xin trước khi đưa ra sử dụng trên thị trường đều phải được kiểm định đạt chất lượng. Các cơ sở tiêm chủng dù là TCMR hay TCDV đều phải đảm bảo điều kiện và thực hiện đúng qui trình tiêm chủng bao gồm khám sàng lọc, tư vấn, chỉ định, tiêm chủng và theo dõi sau tiêm chủng, nhập dữ liệu trên Hệ thống quản lý thông tin tiêm chủng quốc gia. Các trường hợp tai biến nặng sau tiêm chủng vắc xin TCMR hay TCDV đều được điều tra xử lý theo qui định.

- Từ năm 2016, thực hiện Nghị định số 104/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ, việc quản lý các cơ sở tiêm chủng thực hiện theo hình thức hậu kiểm. Theo đó, các cơ sở tiêm chủng căn cứ các điều kiện quy định tại Nghị định thực hiện việc công bố cơ sở tiêm chủng mà không phải chuẩn bị hồ sơ để được cấp giấy chứng nhận. Việc đơn giản hóa thủ tục hành chính giúp cơ sở tiêm chủng giảm được thời gian, chi phí, nhân lực. Thời gian giải quyết thủ tục hành chính công bố cơ sở đủ điều kiện tiêm chủng ngắn trong vòng 03 ngày làm việc đã làm tăng khả năng tiếp cận dịch vụ tiêm chủng cho người dân, góp phần hiệu quả trong công tác PCBTN.

- Đối với công tác tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19, tại tuyến TW, BHYT đã ban hành Quyết định số 3043/QĐ-BYT ngày 24/6/2021 và Quyết định số 3330/QĐ-BYT ngày 7/7/2021 về thành lập Ban chỉ đạo triển khai chiến dịch tiêm chủng vắc xin COVID-19 toàn quốc do Bộ trưởng BHYT làm Trưởng Ban, Lãnh đạo các Bộ: Y tế, Quốc phòng, Công an, Giao thông vận tải, Thông tin truyền thông làm Phó trưởng Ban trong đó bao gồm các tiểu ban: Tiếp nhận, vận chuyển, bảo quản vắc xin; Tiêm chủng; An toàn tiêm chủng; Giám sát chất lượng vắc xin; Ứng dụng công nghệ thông tin quản lý tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 và truyền thông.

- Các báo cáo kết quả tiêm vắc xin phòng COVID-19 bao gồm báo cáo kết quả triển khai hàng ngày tại các tuyến, báo cáo kết thúc đợt tiêm thực hiện theo hướng dẫn tại Quyết định số 3588/QĐ-BYT ngày 26/7/2021 của BHYT về việc ban hành hướng dẫn tổ chức tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19.

Về tình hình bệnh truyền nhiễm có vắc xin trong TCMR từ 2010-2022:

- Các bệnh truyền nhiễm có vắc xin phòng trong Chương trình TCMR là những bệnh truyền nhiễm nguy hiểm nhưng có thể khống chế hiệu quả bằng vắc xin. Việc thực hiện các mục tiêu về thanh toán, loại trừ hoặc khống chế các bệnh có vắc xin trong TCMR nhằm bảo vệ sức khỏe trẻ em và thực hiện các cam kết quốc tế trong lộ trình chung của các quốc gia thành viên thuộc khu vực Tây Thái Bình Dương cũng như trên toàn cầu. Trong các năm từ 2010 - 2022, nhờ tiếp tục duy trì miễn dịch trong cộng đồng, Việt Nam tiếp tục duy trì các thành quả quan trọng đã đạt được về thanh toán, loại trừ và khống chế các bệnh truyền nhiễm có vắc xin trong TCMR.

- Từ năm 1997 đến nay, Việt Nam không ghi nhận trường hợp bại liệt hoang dại và tiếp tục bảo vệ thành công thành quả thanh toán bệnh bại liệt kể từ năm 2000. Bệnh uốn ván sơ sinh (UVSS) đã được loại trừ từ năm 2005 và liên tục duy trì thành quả này cho đến nay. Hàng năm chỉ ghi nhận khoảng 30-40 trường hợp mắc UVSS rải rác ở một số địa phương.

- Trong giai đoạn 2004 - 2012 bệnh bạch hầu cơ bản được khống chế ở Việt Nam với số ca mắc trung bình hàng năm là 21 trường hợp, không có ca tử vong. Tuy nhiên, giai đoạn 2013 - 2019 ghi nhận các ổ dịch bệnh bạch hầu xảy ra rải rác ở một số địa phương.

Năm 2019-2020 ghi nhận vụ dịch bạch hầu tại một số tỉnh của khu vực Tây Nguyên, miền Trung với 237 trường hợp mắc, 05 trường hợp tử vong. Vụ dịch đã được khống chế hiệu quả với việc triển khai chiến dịch tiêm vắc xin Td cho hơn 3,5 triệu người từ 4 tuổi trở lên. Tỷ lệ mắc ho gà có xu hướng tăng trong giai đoạn 2015 - 2019. Riêng trong năm 2019 ghi nhận 1.013 trường hợp mắc, tăng nhiều so với các năm trước từ 2012-2015 (54-309 trường hợp).

- Đối với bệnh sởi, mặc dù ngay sau khi triển khai tiêm chủng bổ sung trên diện rộng dịch tình hình mắc sởi duy trì ở mức thấp, số mắc ngoài thời gian dịch thường duy trì ở mức thấp, song đến nay dịch sởi trên toàn quốc vẫn diễn biến theo chu kỳ 3-5 năm, số ca mắc lớn với hơn 15.000 trường hợp mắc, hơn 140 ca tử vong vào năm 2014 và 14.156 trường hợp mắc sởi vào năm 2019. Trước khi triển khai vắc xin, bệnh rubella có số mắc cao trong giai đoạn 2005 - 2014 với 7.259 ca mắc được báo cáo năm 2011 và 207 ca mắc hội chứng rubella bẩm sinh mắc đa dị tật bẩm sinh. Sau khi vắc xin phòng rubella (MR) được đưa vào Chương trình TCMR từ năm 2014 số mắc rubella hàng năm đã giảm mạnh còn khoảng 100-200 trường hợp mắc rải rác trong các năm từ 2017 đến nay.

- Theo kết quả đánh giá của WHO năm 2011, tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B ở trẻ em đã giảm đáng kể từ khi đưa vắc xin phòng bệnh vào Chương trình TCMR. Trẻ sinh ra trong thời gian trước khi triển khai vắc xin (năm 2000-2003) có tỷ lệ HbsAg dương tính là 3,64% trong khi nhóm trẻ sinh ra trong thời gian đã triển khai lịch tiêm chủng 3 mũi vắc xin viêm gan B (bao gồm liều sơ sinh trong vòng 24 giờ) giảm xuống còn 1,64%. Tuy nhiên, tỷ lệ này vẫn còn ở mức cao so với mục tiêu khống chế bệnh viêm gan B của WHO khu vực Tây Thái Bình Dương là 1% vào năm 2017 và loại trừ vào năm 2030 (0,1%).

Về tình hình một số bệnh truyền nhiễm chưa có vắc xin trong TCMR từ 2010-2021 (*chi tiết tại Phụ lục 4*):

- Theo ước tính của WHO giai đoạn 2000-2013, bệnh tiêu chảy do vi rút Rota là nguyên nhân của 3,4 - 8,3% số tử vong ở trẻ < 5 tuổi ở Việt Nam tương đương với tỷ lệ 16,5 - 56,4/100.000 trẻ dưới 5 tuổi, ước tính số tử vong do vi rút Rota là 31.934 trẻ.

Tỷ lệ mắc bệnh tiêu chảy do vi rút Rota có xu hướng giảm dần trong giai đoạn từ 2015-2019 (trung bình khoảng hơn 350 trường hợp mắc) so với giai đoạn 2010 - 2014 (khoảng hơn 570 trường hợp mắc). Hiện nay có 03 loại vắc xin phòng bệnh tiêu chảy do vi rút Rota được sử dụng trong TCDV tại Việt Nam, bao gồm: vắc xin Rotavin M1 (Polyvac - Việt Nam), Rotateq (MSD-Mỹ), Rotarix (GSK-Bi). Số lượng sử dụng vắc xin phòng tiêu chảy do vi rút rota trong TCDV tăng dần qua các năm và khoảng 1,2 triệu liều năm 2019.

- Đối với bệnh cúm mùa: Trong giai đoạn 2010-2014, trung bình hàng năm nước ta ghi nhận khoảng hơn 1,3 triệu trường hợp mắc cúm. Tuy nhiên giai đoạn 2015-2019, số trường hợp mắc cúm có xu hướng giảm với khoảng 700.000 trường hợp mỗi năm. Hiện nay có 04 loại vắc xin cúm mùa đã được lưu hành và sử dụng trong TCDV tại Việt Nam, bao gồm: Vaxigrip (Sanofi Pasteur-Pháp), Influvac (Abbott Biological B.V-Hà Lan), GC Flu (Green Cross Corporation-Hàn Quốc), IVACFLU - S (IVAC-Việt Nam). Số lượng sử dụng vắc xin cúm mùa cũng tăng dần trong những năm gần đây - khoảng gần 1 triệu liều mỗi năm và năm 2019 là gần 2 triệu liều. Bên cạnh việc sử dụng vắc xin cúm trong TCDV, các năm 2017 và 2019 TTKSBT Hoa Kỳ (US CDC) và Nhóm đối tác hỗ trợ sử dụng vắc xin cúm mùa (PIVI) đã giúp Việt Nam cung cấp vắc xin cúm mùa miễn phí cho NVYT ở một số tỉnh, TP nguy cơ cao. Sự hỗ trợ này sẽ được tiếp tục trong năm 2020, 2021.

- Đối với bệnh ung thư cổ tử cung (UTCTC): Theo ước tính năm 2018 của WHO, Việt Nam có khoảng 4.177 trường hợp mắc UTCTC mới được phát hiện hàng năm. So sánh với các bệnh ung thư ở nữ giới ở mọi lứa tuổi, UTCTC đứng thứ bảy, tuy nhiên trong nhóm phụ nữ 15 - 44 tuổi, tỷ lệ UTCTC đứng thứ ba. Theo đó, Việt Nam có khoảng hơn 37 triệu phụ nữ đứng trước nguy cơ mắc căn bệnh này.

Hàng năm, có khoảng 2.420 người bệnh tử vong do UTCTC hay mỗi ngày có khoảng 07 phụ nữ tử vong do căn bệnh này. Theo ước tính, vào năm 2025, số phụ nữ tử vong hàng năm do UTCTC sẽ tăng lên hơn 4.000 trường hợp nếu không có giải pháp hiệu quả cho thực trạng này.

Tại Việt Nam, có 03 loại vắc xin HPV phòng UTCTC được BHYT cấp phép lưu hành từ tháng 7/2008 bao gồm Vắc xin HPV nhị giá (Cervarix), chứa 2 tuýp vi rút HPV 16 và 18, có tác dụng phòng khoảng 70% các trường hợp UTCTC do GSK sản xuất; Vắc xin HPV tứ giá (Gardasil), chứa 4 tuýp vi rút HPV 6, 11, 16 và 18, ngoài tác dụng phòng khoảng 70% các trường hợp UTCTC, còn phòng được các bệnh viêm loét hậu môn sinh dục (mụn cóc sinh dục và sùi mào gà); Vắc xin HPV cửu giá (Gardasil 9), chứa 9 tuýp vi rút HPV phổ biến 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 và 58, phòng bệnh ung thư cổ tử cung, ung thư âm hộ, ung thư âm đạo, mụn cóc sinh dục và ung thư hậu môn. 03 loại vắc xin này đã được sử dụng trong TCDV từ năm 2008 với số lượng trung bình gần 200.000 liều mỗi năm. Để hỗ trợ Việt Nam thực hiện chiến lược phòng ngừa UTCTC, Quỹ Dân số Liên hợp quốc (UNFPA) đã đàm phán với các nhà sản xuất vắc xin UTCTC để tạo điều kiện cung ứng vắc xin với giá giảm cho Việt Nam.

- Kết quả giám sát điểm viêm màng não trong đó có giám sát các ca viêm màng não do vi khuẩn phế cầu của dự án TCMR tại 3 bệnh viện Nhi TW, bệnh viện Nhi đồng 1 và Bệnh viện Nhi đồng 2 từ năm 2011 đến nay cho thấy Phế cầu là nguyên nhân hàng đầu gây viêm màng não do vi khuẩn ở trẻ em dưới 5 tuổi. Hiện nay, có 02 loại vắc xin phế cầu được sử dụng trong TCDV tại Việt Nam bao gồm: Synflorix (GSK-Bỉ), Prevenar 13 (Pfizer-Mỹ) với số lượng sử dụng tăng dần hàng năm và khoảng gần 1,7 triệu liều trong năm 2019.

- Hiện nay tại Việt Nam có hơn 20 loại vắc xin được sử dụng trong TCDV với 58 tên thương mại khác nhau. Các vắc xin sử dụng trong TCDV chủ yếu là vắc xin nhập khẩu, chỉ có một số loại được sản xuất trong nước như vắc xin phòng bệnh lao, vắc xin DPT, vắc xin viêm gan B, vắc xin viêm não Nhật Bản, vắc xin tả, vắc xin phòng bệnh do vi rút Rota. TCDV cũng có một số vắc xin tương tự vắc xin trong TCMR như vắc xin phòng các bệnh: lao, viêm gan B, viêm não Nhật Bản B, vắc xin DPT-VGB-Hib và một số loại vắc xin chưa được đưa vào TCMR như: vắc xin phòng bệnh do vi rút rota, thủy đậu, phế cầu, quai bị, cúm, ung thư cổ tử cung..... Nhu cầu vắc xin dịch vụ trong những năm gần đây tăng lên so với trước với khoảng gần 7 triệu liều sử dụng mỗi năm.

Về hệ thống tổ chức, nhân lực công tác TCMR tại Việt Nam:

- Hệ thống tổ chức của TCMR đã được thiết lập và hoạt động có hiệu quả từ tuyến TW tới địa phương bao gồm các đơn vị thuộc lĩnh vực YTDP, khám chữa bệnh và các đơn vị có liên quan. Từ năm 2021 đến nay các nội dung thuộc Chương trình Mục tiêu Y tế-Dân số đã chuyển thành các hoạt động thường xuyên, trong đó có Chương trình TCMR. Tại TW, cơ quan thường trực của Chương trình TCMR đặt tại Viện Vệ sinh dịch tễ TW. Tại khu vực có 4 Văn phòng Chương trình TCMR khu vực miền Bắc, miền Trung, Tây Nguyên và miền Nam đặt tại các Viện Vệ sinh dịch tễ, Viện Pasteur.

- Hiện nay, trên cả nước có khoảng hơn 13.000 cơ sở TCMR và dịch vụ, trong đó có hơn 11.000 cơ sở TCMR và hơn 2.000 cơ sở tiêm chủng nhà nước và tư nhân thực hiện TCDV. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có phòng sinh triển khai tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh và vắc xin phòng lao trong TCMR. Theo quy định tại Nghị định 104/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ, các CSYT nhà nước theo chức năng nhiệm vụ được giao phải thực hiện tiêm chủng vắc xin trong chương trình TCMR, tiêm chủng chống dịch. Hiện nay, các tỉnh, TP tích cực chỉ đạo các bệnh viện từ tuyến huyện trở lên tổ chức tiêm vắc xin trong TCMR để nâng cao tỷ lệ tiêm chủng cho các đối tượng thuộc TCMR bao gồm các trường hợp nguy cơ cao cần được theo dõi chặt chẽ hơn để đảm bảo an toàn tiêm chủng. Ngoài ra, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân nếu đã công bố đủ điều kiện tiêm chủng thì được phép đăng ký với SYT sở tại để thực hiện tiêm chủng vắc xin trong Chương trình TCMR và phải tổ chức triển khai tiêm chủng chống dịch khi cơ quan QLNN có thẩm quyền yêu cầu. Trên cơ sở này BYT đã chỉ đạo các cơ sở TCDV triển khai tiêm vắc xin trong TCMR khi cần thiết và đạt được kết quả khả quan. Tuy nhiên việc triển khai nội dung này còn gặp nhiều khó khăn do vướng mắc về cơ chế tài chính, hệ số sử dụng vắc xin và việc cung ứng, bảo quản vắc xin tại các cơ sở TCDV, tâm lý e ngại phản ứng sau tiêm chủng của các cơ sở TCDV.

- Theo báo cáo của Viện VSĐT TW, số nhân lực tại các tuyến tham gia TCMR khoảng 65.700 người. Ở các TYT xã, phường gồm chủ yếu là CBYT, cán bộ truyền thông và nhân viên kỹ thuật.

Tại các tuyến tỉnh, huyện có chuyên trách TCMR và NVYT phụ trách kho vắc xin. Thông thường, cán bộ của TYT xã đều tham gia các khâu trong buổi tiêm chủng thường xuyên. CBYT thôn bản (YTTB) có vai trò quan trọng trong tuyên truyền, quản lý, vận động các gia đình đưa trẻ em đi tiêm chủng. Ngoài ra, do điều kiện đặc thù, YTTB ở một số địa phương đã được huy động tham gia tiêm chủng thường xuyên cùng CBYT xã và đạt được các kết quả tốt. Tuy nhiên, việc đào tạo lại hàng năm cho các CBYT tham gia hoạt động tiêm chủng chưa được thực hiện đầy đủ. Một số cơ sở tiêm chủng tại tuyến xã đôi khi còn sai sót trong thực hành bảo quản vắc xin, tổ chức buổi tiêm chủng hoặc thực hiện tiêm chủng, ghi chép sổ sách, báo cáo số liệu tiêm chủng. Việc thường xuyên thay đổi nhân sự tiêm chủng (điều chuyển, nghỉ việc...) cũng là trở ngại đối với công tác tiêm chủng. Trong khi đó tâm lý cán bộ tiêm chủng tuyến cơ sở cũng bị ảnh hưởng khi khối lượng công việc lớn thường xuyên đòi hỏi làm việc ngoài giờ hành chính, ảnh hưởng lớn của một số trường hợp tai biến nặng sau tiêm đến tỷ lệ tiêm chủng. Đa số nhân viên YTTB chưa hài lòng với chế độ đãi ngộ hiện nay vì định mức quá thấp và chậm thay đổi, đã xuất hiện nhiều trường hợp YTTB bỏ việc hoặc không thực hiện nhiệm vụ.

- Theo quy định tại Thông tư số 26/2017/TT-BYT ngày 26/6/2017 của BYT về hướng dẫn, chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của TTKSBT tỉnh, TP trực thuộc TW, các Trung tâm YTDP và các đơn vị liên quan thực hiện việc sát nhập thành TTKSBT tỉnh, TP. Việc sát nhập này làm thay đổi về hệ thống cũng như phân bổ nhân lực trong tiêm chủng. Đại dịch COVID-19 thời gian qua đã ảnh hưởng không nhỏ đến mạng lưới TCMR, thay đổi và ưu tiên nhân lực làm công tác TCMR các tuyến cho các hoạt động phòng chống dịch.

Về trang thiết bị dây chuyền lạnh công tác TCMR tại Việt Nam:

- Theo quy định của BYT, vắc xin phải được bảo quản trong dây chuyền lạnh trong quá trình bảo quản, vận chuyển và kho bảo quản vắc xin phải thực hiện việc công bố đạt tiêu chuẩn thực hành bảo quản tốt (GSP).

- Tại tất cả các tuyến, hệ thống dây chuyền lạnh trong TCMR đều đã được xây dựng và duy trì hoạt động thường xuyên. Kho vắc xin của Chương trình TCMR tại tuyến quốc gia và 04 tuyến khu vực đều được cấp giấy chứng nhận và công bố đạt tiêu chuẩn GSP.

Tại tuyến tỉnh, 63/63 kho của TTKSBT tỉnh đã thực hiện việc công bố đạt tiêu chuẩn GSP. Tại tuyến huyện, kho của Trung tâm Y tế (TTYT) cấp huyện đang trong quá trình hoàn thiện để thực hiện việc công bố đạt tiêu chuẩn GSP theo Thông tư 36/2018/TT-BYT ngày 22/11/2018 của BYT.

- Trong giai đoạn 2020-2021, với sự hỗ trợ của các tổ chức quốc tế hệ thống dây chuyền lạnh trong TCMR đã được bổ sung 1.133 tủ lạnh chuyên dụng TCW4000AC là tủ lạnh thế hệ tiên tiến, có chức năng chống đông băng và dung tích lớn (240 lít). Ngoài ra Chương trình TCMR đã cung ứng 300 chiếc tủ lạnh TCW80AC dung tích bảo quản 80 lít để trang bị cho các bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến huyện có phòng sinh triển khai tiêm vắc xin viêm gan B sơ sinh và tiếp nhận 2.010 tủ lạnh HBC80 dung tích bảo quản 60 lít và phân bổ cho các xã thuộc khu vực miền núi, khó khăn trên toàn quốc. Số tủ lạnh chuyên dụng TCW4000AC mới được trang bị trong các năm 2020-2021 nêu trên về cơ bản đã đáp ứng được nhu cầu DCL bảo quản vắc xin tại kho tuyến tỉnh của 63 tỉnh/TP.

- Nhu cầu cần trang bị tủ lạnh thay thế và bổ sung nhằm đáp ứng đủ dung tích bảo quản vắc xin cho tiêm chủng thường xuyên, tiếp tục triển khai chiến dịch tiêm vắc xin phòng COVID-19 và chuẩn bị sẵn cho hoạt động bổ sung các vắc xin trong chương trình TCMR theo Nghị quyết số 104/NQ-CP của Chính phủ “Đưa vắc xin phòng bệnh do vi rút Rota từ năm 2022, vắc xin phòng bệnh do phé cầu từ năm 2025, vắc xin phòng bệnh ung thư cổ tử cung từ năm 2026 và vắc xin phòng bệnh cúm mùa từ năm 2030”.

- Với dân số ngày càng tăng, số lượng vắc xin trong TCMR tăng sẽ đòi hỏi nhu cầu trang bị DCL phục vụ cho việc bảo quản vắc xin tại các cơ sở tuyến huyện, tuyến xã. Tại các CSYT tuyến huyện trên cả nước hiện chỉ đang có một tủ để bảo quản vắc xin, không đủ để bảo quản lượng vắc xin cần có. Hơn thế nữa, nhằm tăng độ bền của tủ bảo quản vắc xin, cần có thêm một tủ bảo quản vắc xin nữa để hai tủ thay nhau hoạt động khi có tủ bị hỏng cần sửa chữa.

- Trên cơ sở thực trạng hệ thống dây chuyền lạnh hiện nay, để đảm bảo dung tích bảo quản vắc xin cần thiết tại huyện và xã trong TCMR, đảm bảo tính khả thi và phù hợp với nhu cầu bảo quản vắc xin trong TCMR giai đoạn 2022-2025, đối với tuyến huyện, tuyến xã vẫn cần phải tiếp tục bổ sung trong giai đoạn 2022-2025.

Theo báo cáo thống kê của các địa phương, hiện tại tuyến huyện hiện có 114 tủ lạnh TCW3000 sử dụng từ năm 2008 đến hạn cần phải thay thế không sử dụng để bảo quản vắc xin TCMR; 268 tủ lạnh TCW3000AC đã sử dụng từ năm 2015 hiện đang sử dụng, sẽ cần phải thay thế sau năm 2025 và cứ 8-10 năm tủ lạnh chuyên dụng lại tiếp tục cần được đầu tư, thay thế đảm bảo chất lượng vắc xin.

- Trong giai đoạn 2004-2005 từ nguồn viện trợ của Chính phủ Luxembourg đã hỗ trợ 4.000 tủ lạnh RCW50EG cho các xã khó khăn, miền núi, tuy nhiên đến nay đã trên 15 năm số tủ này hầu hết đã hỏng và quá thời hạn sử dụng trên 10 năm cần thay thế, cần vận động được nguồn tài trợ từ các tổ chức quốc tế. Từ Dự án UNICEF21 đã thay thế được 1.910 tủ. Nhu cầu cần bổ sung khoảng gần 2.000 chiếc để thay thế cho các xã miền núi, vùng sâu, vùng khó khăn thuộc các tỉnh miền núi khu vực miền Bắc, miền Trung, Tây Nguyên và miền Nam.

- Ngày 15/8/2022, UNICEF đã có Thư số VTN/CSDE/2022-48 thông báo sẽ hỗ trợ 200 tủ lạnh chuyên dụng TCW4000 AC cấp bổ sung cho 200 TTYT huyện; 1.300 tủ lạnh chuyên dụng HBC80 cấp cho các TYT xã miền núi, vùng sâu vùng xa, vùng khó khăn và các phụ tùng thay thế để nhằm duy trì tính ổn định và bền vững của tủ lạnh chuyên dụng gồm 1.500 thiết bị theo dõi nhiệt độ tự động liên tục (Fridge TagE có đầu dò nổi dài) cho các tủ lạnh chuyên dụng bảo quản vắc xin.

- TYT xã hầu hết không thực hiện việc bảo quản vắc xin nhưng có tủ lạnh, phích vắc xin hoặc hòm lạnh để nhận và bảo quản vắc xin trong ngày tiêm chủng. Hàng tháng tỉnh chuyển vắc xin tới cho huyện và các xã sẽ lên huyện nhận vắc xin. TYT xã và một số TTYT huyện sử dụng xe máy cá nhân hoặc thuê tàu nhỏ vận chuyển vắc xin đến một số xã đảo.

- Việc giao nhận vắc xin tại các tuyến hầu hết sử dụng phiếu xuất kho theo mẫu của phòng Kế toán khi giao nhận vắc xin do đó không ghi đầy đủ thông tin theo quy định của Thông tư 34/2018/TT-BYT ngày 12/11/2018 của Bộ Y tế quy định chi tiết một số Điều của Nghị định số 104/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ quy định về hoạt động tiêm chủng.

Về hệ thống giám sát bệnh trong TCMR:

- Chương trình TCMR đã thiết lập hệ thống giám sát các bệnh có vắc xin trong TCMR trong nhiều năm qua nhằm cung cấp dữ liệu tình hình diễn biến của bệnh, đánh giá hiệu quả của vắc xin, phục vụ công tác quản lý, điều chỉnh chiến lược đầu tư ưu tiên nhóm đối tượng nguy cơ cao mắc bệnh, nâng cao hiệu quả của tiêm chủng vắc xin và chủ động phòng chống dịch bệnh.

- Tuy nhiên việc giám sát các bệnh truyền nhiễm trong TCMR đòi hỏi thu thập dữ liệu đặc trưng cho từng bệnh (tình trạng tiêm chủng, dấu hiệu lâm sàng, tiền sử tiếp xúc...). Với một số bệnh như bại liệt, sởi, rubella yêu cầu bắt buộc thực hiện xét nghiệm để chẩn đoán xác định. Vì vậy có một số điểm khác biệt so với hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm nói chung và cần có sự tham gia và phối hợp chặt chẽ của các cơ sở khám chữa bệnh để phát hiện và lấy mẫu kịp thời, tránh bỏ sót các trường hợp nghi ngờ mắc bệnh cũng như sự quan tâm, chỉ đạo và đầu tư của các cấp.

Về tình hình tiêm chủng vắc xin trong TCMR:

- Kể từ năm 1994, sau khi 100% số xã, phường, thị trấn trên toàn quốc đã được bao phủ Chương trình TCMR, tỷ lệ tiêm chủng các vắc xin trong tiêm chủng về cơ bản đạt trên 90%.

- Từ năm 2015 - 2020 tỷ lệ tiêm chủng duy trì mức cao liên tục đã góp phần quan trọng làm giảm rõ rệt số mắc và chết của các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm ở trẻ em Việt Nam. Tỷ lệ tiêm vắc xin viêm gan B sơ sinh tăng dần theo các năm (từ 59,4% năm 2014 đến 82,2% năm 2020). Tuy nhiên, tỷ lệ tiêm chủng một số loại vắc xin năm 2019 chưa đạt chỉ tiêu theo kế hoạch: DPT-VGB-Hib (89,4%), OPV (89,1%), IPV (72,9%), Sởi-Rubella (92,4%), viêm não Nhật bản (88,7%). Nguyên nhân chủ yếu của việc chưa đạt tỷ lệ tiêm chủng năm 2019 là do tâm lý lo ngại của NVYT khi triển khai vắc xin mới trong TCMR (thay thế vắc xin 5/1), việc cung ứng vắc xin trong TCMR chưa đầy đủ, kịp thời, tâm lý lo ngại của cộng đồng khi xảy ra các trường hợp phản ứng sau tiêm chủng, đặc biệt khi vẫn còn một số trường hợp tai biến nặng sau tiêm chủng chưa được điều tra xử lý kịp thời; nhiều trường hợp tạm hoãn tiêm chủng chưa được tiêm chủng bổ sung. Ngoài ra, việc cán bộ tiêm chủng ngại tiêm chủng cho các đối tượng trẻ bị dị tật bẩm sinh, sinh non, trẻ mắc bệnh mạn tính ở cộng đồng cũng ảnh hưởng đến tỷ lệ tiêm chủng nhiều loại vắc xin.

- Ngoài ra, trong năm 2021 và 3 quý năm 2022 do ảnh hưởng của dịch COVID-19 trên diện rộng, độ bao phủ tiêm chủng ở mức thấp trong vòng hơn 20 năm qua đối với tất cả các vắc xin như tỷ lệ DPT-VGB-Hib năm 2021 ở mức 83,2%, OPV3 69,4%, IPV 80,4%, Sởi-Rubella 84,9%, viêm não Nhật Bản 84,9%. Đồng thời trên qui mô cấp huyện và cấp xã hàng năm vẫn còn tồn tại vùng có tỷ lệ tiêm chủng thấp (vùng lõm tiêm chủng) dẫn đến tích lũy đối tượng cảm nhiễm qua các năm. Khi số lượng đối tượng cảm nhiễm đủ lớn và tập trung sẽ gây ra dịch bệnh trên diện rộng. Đây là nguyên nhân khiến bệnh chưa được khống chế triệt để, dịch bệnh tái diễn biến theo chu kỳ và gia tăng trong một số năm, đặc biệt các bệnh sởi, ho gà, bạch hầu, viêm não Nhật Bản... Việc giảm thiểu số lượng đối tượng cảm nhiễm thông qua việc rà soát và tổ chức tiêm chủng bù mũi hàng năm cho trẻ em chưa tiêm chủng hoặc chưa tiêm đủ mũi các vắc xin là hoạt động rất cần thiết để phòng dịch trước khi xảy ra và tiết kiệm nguồn lực đầu tư, đặc biệt tại các vùng có tỷ lệ di biến động dân cư cao.

- Chương trình TCMR đã hướng dẫn các địa phương triển khai tiêm vét, tiêm bù mũi, tiêm bổ sung các trường hợp chưa tiêm chủng hoặc tiêm chủng chưa đầy đủ để đạt chỉ tiêu kế hoạch năm. Tuy nhiên, việc triển khai tiêm chủng bù mũi cho trẻ em ngoài độ tuổi quy định tại Thông tư số 38/2017/TT-BYT ngày 17/10/2017 của Bộ Y tế và tiêm chủng cho trẻ em dị tật bẩm sinh, sinh non, trẻ mắc bệnh mạn tính tại bệnh viện cần được thực hiện thường xuyên hàng năm để khống chế, phòng ngừa và tiến tới loại trừ các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm.

Về cung ứng vắc xin trong TCMR:

- Hiện có 8/10 loại vắc xin sử dụng trong Chương trình TCMR được sản xuất trong nước và cung ứng cho Chương trình TCMR theo phương thức đặt hàng theo quy định tại Nghị định số 32/2019/NĐ-CP ngày 10/4/2019 của Chính phủ. Theo đó, giá vắc xin do Bộ Tài chính duyệt và hàng năm BHYT phê duyệt kế hoạch đặt hàng với số lượng cụ thể từng loại vắc xin. Hiện nay, các vắc xin sản xuất trong nước cơ bản đáp ứng đầy đủ nhu cầu hàng năm của chương trình TCMR, góp phần quan trọng giúp chương trình TCMR chủ động nguồn cung cho triển khai các hoạt động tiêm chủng thường xuyên, chiến dịch và các hoạt động tiêm chủng đáp ứng tình huống khẩn cấp.

- Vắc xin nhập khẩu DPT-VGB-Hib và vắc xin HPV phòng bệnh ung thư cổ tử cung thuộc danh mục đấu thầu tập trung thuốc quốc gia do Trung tâm mua sắm tập trung thuốc quốc gia thực hiện theo quy định tại Thông tư số 15/2020/TT-BYT ngày 10/8/2020 của Bộ Y tế. Các vắc xin nhập khẩu khác mua sắm bằng hình thức đấu thầu rộng rãi hoặc thông qua UNICEF và hoạt động mua sắm đấu thầu đòi hỏi thời gian 6 tháng để đảm bảo nguồn cung và đầy đủ, kịp thời để sử dụng trong TCMR. Việc hoàn tất các thủ tục mua sắm các vắc xin nhập khẩu thường đòi hỏi nhiều thời gian. Ngoài ra, một số vắc xin trong TCMR được nhận hỗ trợ từ các tổ chức quốc tế. Hiện nay, vắc xin bại liệt tiêm (IPV) được GAVI cam kết viện trợ đến năm 2027 để triển khai lịch tiêm 02 mũi cho trẻ dưới 1 tuổi.

- Đối với các vắc xin trong TCDV, các CSYT tư nhân trực tiếp ký hợp đồng với các nhà phân phối vắc xin tại Việt Nam. Các CSYT công lập thực hiện mua vắc xin bằng hình thức đấu thầu để cung ứng cho hoạt động TCDV tại đơn vị hoặc các đơn vị công lập trên địa bàn.

Về kinh phí trong TCMR:

- Trong giai đoạn 2010-2020: NSNN đầu tư cho Chương trình TCMR tăng dần qua các năm. Trong các năm trước 2016, NSNN TW đáp ứng khoảng 50% tới 70% nhu cầu TCMR gồm cung ứng vắc xin, vật tư tiêm chủng, chi trả công tiêm, tiếp nhận, vận chuyển vắc xin, bảo dưỡng và mua thiết bị thay thế của hệ thống dây chuyền lạnh, kiểm tra, giám sát. Từ năm 2017, NSNN tuyến TW đáp ứng cho mua, tiếp nhận, vận chuyển vắc xin, giám sát một số bệnh trong TCMR, một phần hoạt động của tuyến khu vực, quốc gia. Từ năm 2021 đến nay, các nội dung chi cho nhiệm vụ của Chương trình mục tiêu Y tế - Dân số giai đoạn 2016 - 2020 chuyển thành nhiệm vụ thường xuyên của các Bộ, cơ quan TW và địa phương, trong đó NSNN tuyến TW chỉ phân bổ cho mua, tiếp nhận, vận chuyển vắc xin, tỷ lệ kinh phí dành cho mua vắc xin tăng lên đến 90% NSNN tuyến TW cấp cho Chương trình TCMR. Việc giao kinh phí và phê duyệt kế hoạch mua sắm vắc xin trong TCMR hàng năm thường chậm dẫn đến khó khăn cho việc chủ động lập kế hoạch sản xuất/nhập khẩu, dự trữ và cung ứng vắc xin cho nhu cầu của các địa phương.

- Từ năm 2021 đến nay, nguồn lực lớn chiếm khoảng 30% - 35% tổng chi cho Chương trình TCMR là do các tổ chức quốc tế và chính phủ nước ngoài tài trợ. Đây là các khoản viện trợ không hoàn lại, viện trợ ODA và viện trợ nhân đạo, phát triển, bao gồm cả viện trợ trong khuôn khổ hợp tác song phương hay đa phương. Tài trợ quốc tế tập trung vào việc cung cấp hiện vật như vắc xin, vật tư tiêm chủng; củng cố hệ thống dây chuyền lạnh; hỗ trợ tổ chức các khóa tập huấn và tập huấn lại nâng cao năng lực cho NVYT; hỗ trợ hoạt động tổ chức tiêm chủng tại một số địa phương khó khăn để nâng cao tỷ lệ tiêm chủng; góp phần nâng cấp các phòng thí nghiệm; triển khai vắc xin mới trong TCMR... Tuy nhiên, xu hướng hỗ trợ quốc tế cho công tác TCMR giảm mạnh trong các năm qua.

- Ngoài hai nguồn kinh phí nêu trên, theo quy định tại Nghị định số 104/2016/NĐ-CP, UBND tỉnh bảo đảm nguồn lực và ngân sách địa phương cho hoạt động tiêm chủng trên địa bàn. Tỷ trọng ngân sách của địa phương đóng góp tăng dần qua các năm từ khoảng 5%-10% tổng ngân sách của Chương trình trước 2016 lên khoảng 20% vào năm 2021, chủ yếu tập trung vào hỗ trợ kinh phí triển khai tiêm chủng thường xuyên, các chiến dịch tiêm chủng bổ sung, mua vật tư tiêm chủng, bơm kim tiêm, hộp an toàn. Tuy nhiên, trên thực tế, ngân sách địa phương chưa bố trí đủ ngân sách cho tiêm chủng đặc biệt kinh phí thực hiện việc điều tra đối tượng, mua vật tư tiêm chủng, mua sắm sửa chữa trang thiết bị dây chuyền lạnh, tập huấn, truyền thông, quản lý dữ liệu, giám sát bệnh.

Về ứng dụng công nghệ thông tin:

- Từ năm 2017, BYT phối hợp với các đơn vị liên quan xây dựng và chính thức đưa Hệ thống quản lý thông tin tiêm chủng quốc gia (Hệ thống) vào sử dụng trên phạm vi toàn quốc nhằm giảm thiểu ghi chép sổ sách, báo cáo giấy. Thông qua Hệ thống, lịch sử tiêm chủng của người dân được theo dõi trọn đời và khi đối tượng tiêm chủng thay đổi chỗ ở. Bên cạnh đó có các tiện ích dành cho người dân như tra cứu lịch sử tiêm chủng của đối tượng tiêm chủng, chủ động xác minh thông tin mũi tiêm, CSYT hẹn lịch tiêm, nhận tin nhắn nhắc đưa con đi tiêm chủng.

- Tuy nhiên, hiện nay chưa có quy định, chế tài đối với những cơ sở không triển khai.

Một số khó khăn trong quá trình triển khai hệ thống bao gồm: chất lượng dữ liệu đầu vào khi đăng ký lần đầu trên Hệ thống tại các bệnh viện, cơ sở TCDV cần được cải thiện; còn tỷ lệ nhất định đối tượng đăng ký trùng, chưa đăng ký trên hệ thống dẫn đến việc thống kê tỷ lệ tiêm chủng chưa sát với thực tế; việc thay đổi, luân chuyển cán bộ tuyến cơ sở thường xuyên dẫn đến cán bộ sử dụng hệ thống không được tập huấn, cập nhật đầy đủ các ứng dụng của hệ thống TCMR quốc gia nên việc khai thác dữ liệu cho công tác thống kê, báo cáo còn hạn chế; chức năng quản lý vắc xin chưa chính thức đi vào sử dụng; hệ thống máy tính dùng chung với nhiều chương trình, dự án khác và mạng internet còn thiếu, chưa đồng bộ; giải pháp kỹ thuật và hạ tầng để cung cấp mã số tiêm chủng cho tất cả các đối tượng.

- Việc triển khai ứng dụng công nghệ thông tin cho chiến dịch tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 trên toàn quốc được Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ quan tâm chỉ đạo sát sao. Thực hiện ý kiến chỉ đạo của Thủ tướng Chính phủ, BHYT đã phối hợp với Bộ Thông tin và Truyền thông xây dựng và triển khai nền tảng tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 để quản lý công khai, minh bạch dữ liệu tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 trên hệ thống phần mềm, đồng bộ với dữ liệu tiêm thực tế tại địa phương, tạo điều kiện thuận lợi cho đơn vị quản lý, cơ sở tiêm chủng và các cá nhân, tổ chức tiêm chủng có thể tra cứu, tổng hợp, báo cáo kết quả, cập nhật thông tin đối tượng đã tiêm vắc xin phòng COVID-19.

- Nền tảng với 03 phân hệ: Ứng dụng Sổ sức khỏe điện tử được triển khai trên toàn quốc với khoảng 34,8 triệu lượt đăng ký, sử dụng ứng dụng; Hệ thống Tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 phục vụ cho việc nhập thông tin, báo cáo kết quả tiêm, quản lý đối tượng tiêm chủng...; Hệ thống Trung tâm đáp ứng (MCC) có vai trò cung cấp số liệu báo cáo tiến độ phân bổ vắc-xin/ số liệu triển khai tiêm và các số liệu phục vụ ngành y tế trong suốt chiến dịch tiêm.

- Phân hệ thứ 3 là Cổng thông tin tiêm chủng COVID-19 (tiemchungCOVID-19.Gov.vn) cung cấp thông tin số liệu tiêm chủng cho người dân, đăng ký tiêm chủng cho người dân và doanh nghiệp; tiếp nhận, ghi nhận phản ánh của người dân liên quan tiêm chủng vắc xin COVID-19.

Về giám sát phản ứng sau tiêm chủng:

- Hệ thống giám sát phản ứng sau tiêm chủng đã được thiết lập từ TW đến địa phương nhằm theo dõi, phát hiện sớm, xử trí và báo cáo, phân tích, kết luận về các trường hợp phản ứng sau tiêm chủng để cung cấp số liệu thực tế về tính an toàn của vắc xin, thực hành tiêm chủng, đưa ra các khuyến cáo nhằm giảm thiểu tác động không mong muốn đến sức khỏe cũng như truyền thông có hiệu quả thông tin cho cộng đồng. Hệ thống này đã có sự phối hợp của các cơ sở điều trị như bệnh viện, phòng khám. Hội đồng tư vấn chuyên môn đánh giá nguyên nhân tai biến nặng sau tiêm chủng trong quá trình sử dụng vắc xin cấp tỉnh và cấp Bộ đã được thành lập và hỗ trợ tư vấn cho các cơ quan quản lý kịp thời, chính xác.

- Theo kết quả giám sát năm từ năm 2015-2021, 80-90% các trường hợp tai biến nặng sau tiêm chủng đã được điều tra, kết luận nguyên nhân và hầu hết các trường hợp được xử trí kịp thời. Tuy nhiên vẫn còn một số tỉnh, TP chưa thực hiện đầy đủ việc đánh giá kết luận và báo cáo nguyên nhân tai biến nặng sau tiêm chủng theo quy định tại Nghị định số 104/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ quy định về hoạt động tiêm chủng và các văn bản liên quan khác của BYT.

Về các đơn vị công bố đủ điều kiện tiêm chủng: Theo tổng hợp báo cáo của 60/63 tỉnh đến tháng 5/2/2023, TP về việc thực hiện tự công bố cơ sở tiêm chủng đủ điều kiện cụ thể như sau:

- Tổng số cơ sở tiêm chủng: 12.968 (cơ sở)
- Số cơ sở tiêm chủng đang hoạt động, đã thực hiện tự công bố cơ sở tiêm chủng đủ điều kiện: 12.742 (cơ sở), trong đó
 - + Cơ sở tiêm chủng tư nhân chiếm 16,1% (2.052 cơ sở)
 - + Cơ sở tiêm chủng nhà nước chiếm 83,9% (10.690 cơ sở)
- Số cơ sở tiêm chủng không hoạt động/đã rút tên: 226 (cơ sở) (chủ yếu là do các cơ sở không hoạt động nữa và xin tự rút tên)
- Tỷ lệ số cơ sở tiêm chủng đang hoạt động là 12.742/12.968 cơ sở (chiếm 98,2%)
- 60/60 tỉnh, TP đạt tỷ lệ 100% các cơ sở tiêm chủng đang hoạt động đã thực hiện tự công bố cơ sở đủ điều kiện tiêm chủng

2. Tồn tại, bất cập

Chương trình TCMR ở nước ta đã đạt được những thành tựu quan trọng, góp phần to lớn trong việc giảm tỷ lệ mắc và tử vong một số bệnh truyền nhiễm nguy hiểm ở trẻ em. Tuy nhiên, công tác TCMR còn một số tồn tại như sau:

- Nhân lực làm công tác TCMR cơ sở kiêm nhiệm nhiều hoạt động, thay đổi nhiều và thiếu, chưa được tập huấn hoặc chưa tập huấn lại; chưa có cơ chế, chính sách đãi ngộ. NVYT thôn bản, cộng tác viên y tế dân số tại nhiều địa phương bị cắt giảm, mức hỗ trợ thấp.

- Tỷ lệ tiêm chủng các vắc xin trên toàn quốc có xu hướng giảm trong 2 năm gần đây do ảnh hưởng của đại dịch COVID-19, cần sớm có các giải pháp can thiệp để khôi phục công tác TCMR và chủ động phòng chống dịch bệnh. Việc quản lý đối tượng tiêm chủng, cung ứng và tiếp cận dịch vụ tiêm chủng tại các vùng sâu, vùng xa, biên giới, hải đảo, giáp ranh, vùng có tỷ lệ di biến động dân cư cao (khu công nghiệp, khu chung cư cao tầng, khu nhà trọ, làng chài...), nhóm đồng bào dân tộc thiểu số gặp nhiều khó khăn, chưa đầy đủ, chính xác.

- Việc bảo vệ thành quả Thanh toán bệnh bại liệt, Loại trừ uôn ván sơ sinh, không chế sởi, bạch hầu, ho gà... trong bối cảnh nguy cơ dịch bệnh xâm nhập từ nước ngoài và lưu hành trong nước. Việc hướng tới các mục tiêu Loại trừ bệnh sởi, Rubella, viêm gan vi rút B, triển khai vắc xin mới tại Việt Nam chưa theo kịp các nước trong Khu vực Tây Thái Bình Dương là một trong những thách thức và là mục tiêu quan trọng trong giai đoạn từ nay đến 2030. Trong chiến lược Thanh toán bệnh bại liệt toàn cầu mới đây, WHO khuyến cáo các nước chuyển đổi toàn bộ sang sử dụng vắc xin IPV thay cho vắc xin bOPV từ năm 2027. Mặc dù Việt Nam đã bắt đầu áp dụng lịch tiêm chủng 2 mũi vắc xin IPV cho trẻ em dưới 1 tuổi nhưng do vắc xin chưa sản xuất trong nước nên cần có kế hoạch chuyển đổi, huy động nguồn lực và thực hiện công tác chuẩn bị từ sớm.

- Đầu tư của địa phương: Ngoài vắc xin được cung ứng từ TW, các kinh phí còn lại do địa phương bố trí gồm mua bơm kim tiêm, hộp an toàn, vật tư tiêm chủng, tập huấn, vận chuyển, bảo quản vắc xin, kinh phí triển khai TCMR, giám sát các bệnh truyền nhiễm có vắc xin, truyền thông, in ấn...

Đầu tư của nhiều địa phương chỉ đáp ứng một phần nhu cầu thực tế, một vài địa phương không bố trí kinh phí cho công tác tiêm chủng thường xuyên. Theo hướng dẫn của Bộ Tài chính tại văn bản số 7852/BTC-HCSN ngày 8/8/2022, các địa phương cần xây dựng và phê duyệt định mức chi cho các hoạt động thuộc Chương trình Mục tiêu Y tế - Dân số sau khi đã chuyển về hoạt động chi thường xuyên làm cơ sở cho bố trí kinh phí, tuy nhiên đến nay hầu hết các địa phương chưa xây dựng, phê duyệt và áp dụng định mức chi mới.

- Việc cung ứng vắc xin trong TCMR đôi khi không kịp thời, ảnh hưởng đến tiến độ thực hiện và tỷ lệ bao phủ miễn dịch trong cộng đồng. Theo quy định, sau khi giao dự toán cho Chương trình vào giữa năm, BHYT sẽ duyệt giá đặt hàng hàng năm các vắc xin sản xuất trong nước không vượt quá giá phê duyệt của Bộ Tài chính để làm cơ sở ký hợp đồng mua vắc xin trong nước.

Bên cạnh đó, theo Nghị quyết số 104/NQ-CP ngày 15/8/2022 của Chính phủ, ngoài nguồn NSNN TW, hình thức huy động nguồn lực đầu tư từ ngân sách địa phương, viện trợ quốc tế cho Chương trình TCMR và các nguồn hợp pháp khác (tài trợ, xã hội hóa...) sẽ có thể giúp mở rộng sớm hơn diện triển khai. Tuy nhiên, chưa có cơ chế tài chính và mua sắm phù hợp nên việc triển khai vắc xin mới sẽ cần thời gian cho công tác chuẩn bị và cần phổ biến hướng dẫn đến các địa phương. Nguồn vắc xin cho công tác tiêm chủng chống dịch các bệnh có vắc xin trong TCMR không chủ động và quy trình để huy động nguồn lực cho hoạt động tiêm chủng bổ sung chống dịch, điều tra dịch đòi hỏi nhiều thời gian.

- Việc mua sắm vắc xin hiện gặp một số vấn đề khó khăn, vướng mắc trong quá trình chuyển đổi từ chương trình mục tiêu y tế - dân số quốc gia sang hoạt động chi thường xuyên của các đơn vị, tỉnh/ TP (như việc mua sắm tập trung hay đàm phán giá, các đơn vị sản xuất vắc xin trong nước cho chương trình TCMR đều trực thuộc BHYT...)

- Thực trạng một số loại vắc xin đóng lọ nhiều liều (20 liều) dẫn đến việc hệ số sử dụng vắc xin còn cao đặc biệt tại một số địa phương có số đối tượng ít, vùng sâu, vùng xa, miền núi hải đảo, phải tổ chức tiêm chủng hàng quý thay vì tiêm chủng thường xuyên hơn, ảnh hưởng đến việc đạt tỷ lệ tiêm chủng.

- Nguồn lực hỗ trợ của các tổ chức quốc tế cho công tác tiêm chủng thường xuyên, giám sát bệnh có xu hướng giảm và không được cam kết, phụ thuộc vào vận động từng năm, cơ chế quản lý viện trợ cần nhiều thủ tục ảnh hưởng tới tiến độ triển khai các hoạt động.

- Các trang thiết bị dây chuyền lạnh trong thời gian qua đã được thay thế, lắp mới song để hiệu chuẩn, bảo dưỡng định kỳ và cung cấp thiết bị thay thế cần có sự đầu tư của chính quyền địa phương. Vẫn còn nhiều TTYT huyện và TYT xã vùng sâu, vùng xa, bệnh viện triển khai tiêm chủng chưa được trang bị tủ lạnh chuyên dụng hoặc thay thế tủ đã quá thời hạn sử dụng. Theo khuyến cáo của WHO và thực tế sử dụng dây chuyền lạnh cứ 8-10 năm các địa phương cần chú trọng xây dựng kế hoạch trang bị tủ lạnh mới thay thế tủ cũ hỏng.

- Việc ứng dụng công nghệ thông tin và việc triển khai Hệ thống Quản lý thông tin tiêm chủng quốc gia đã triển khai rộng rãi song vẫn còn hạn chế do nhân lực thường xuyên thay đổi, chưa có cơ chế xử phạt các cơ sở không thực hiện hoặc không thực hiện đầy đủ, thiếu trang thiết bị (máy tính, máy in...) và đường truyền internet không ổn định, nhận thức của cha mẹ/người giám hộ về sử dụng mã số tiêm chủng cho trẻ em còn hạn chế.

- Việc quản lý đối tượng tiêm chủng chưa đầy đủ, chính xác, đặc biệt tình có tỷ lệ di biến động dân cư lớn, vùng giáp ranh, vùng sâu vùng xa, miền núi... đồng thời với xu hướng di cư ra các tỉnh/TP lớn khiến cho công tác quản lý đối tượng tại các địa phương này gặp nhiều khó khăn.

- Việc kiểm tra giám sát chưa được thực hiện thường xuyên, đầy đủ tại các địa phương do hạn chế về nguồn lực (kinh phí, nhân lực...).

- Tình trạng e ngại an toàn tiêm chủng, phản đối tiêm chủng của cộng đồng, đặc biệt trong những thời điểm có trường hợp phản ứng sau tiêm ảnh hưởng đến tỷ lệ tiêm chủng. Việc tiếp cận, truyền thông cho cha mẹ/người giám hộ và vận động cho con đi tiêm chủng còn khó khăn tại các địa bàn vùng sâu vùng xa, miền núi trong điều kiện cắt giảm hoặc không còn cộng tác viên y tế dân số thôn bản; cũng như tại các khu nhà trọ, chung cư biệt lập tại TP lớn... Nhu cầu về chất lượng dịch vụ tiêm chủng và sử dụng các vắc xin mới, vắc xin dạng phối hợp để giảm số mũi tiêm của người dân ngày càng tăng.

- Do xảy ra các trường hợp tai biến sau tiêm chủng nên niềm tin đối với công tác an toàn trong tiêm chủng đặc biệt đối với một số vắc xin trong Chương trình TCMR đã bị giảm sút nghiêm trọng dẫn tới tỷ lệ tiêm chủng bị giảm, ví dụ: Tỷ lệ tiêm vắc xin viêm gan B sơ sinh năm 2013 đạt 53% thấp hơn so với cùng kỳ năm 2012 (68,6%), tỷ lệ tiêm vắc xin Quinvaxem năm 2013 đạt 56,3% thấp hơn so với cùng kỳ năm 2012 (96,6%). Đồng thời, việc xảy ra các tai biến cũng gây ra áp lực đối với cán bộ tham gia hoạt động tiêm chủng đặc biệt là TCMR khi mà các chế độ được hưởng còn hạn chế thì trách nhiệm phải gánh vác lại rất nặng nề.

- Tình trạng cung ứng vắc xin không ổn định vì phải phụ thuộc vào nguồn vắc xin từ nước ngoài. Đây là sản phẩm đặc biệt, cần được bảo quản trong dây chuyền lạnh từ nhà sản xuất đến người sử dụng, do đó các cơ sở TCDV thường chỉ nhập một lượng nhỏ trong giới hạn của thiết bị bảo quản lạnh để dễ bảo quản và tránh dư thừa nếu người dân không có nhu cầu sử dụng. Chủng loại và số lượng vắc xin ít đặc biệt một số loại vắc xin chỉ có duy nhất một sản phẩm lưu hành tại Việt Nam, dẫn đến việc không đáp ứng được khi nhu cầu thị trường tăng đột biến theo thời điểm.

- Việc quản lý đối tượng tiêm chủng rất khó khăn đặc biệt là đối tượng TCMR nhưng sử dụng vắc xin dịch vụ dẫn đến khó xác định chính xác tỷ lệ tiêm chủng. Bên cạnh đó, việc chưa xác định rõ hệ thống tổ chức tiêm chủng bắt buộc và chưa có quy định trách nhiệm trong việc tổ chức tiêm chủng bắt buộc của các CSYT nên còn gây khó khăn trong việc triển khai trong hoạt động tiêm chủng bắt buộc.

- Về cơ chế tài chính liên quan đến hoạt động tiêm chủng: Việc phê duyệt giá vắc xin chưa bảo đảm đúng theo cơ chế thị trường gây khó khăn trong cho cơ sở sản xuất, chưa thu hút được được các tổ chức tham gia vào hoạt động này. Giá tiêm chủng chưa bảo đảm tính đúng, tính đủ các yếu tố chi phí do đó, chưa thu hút các CSYT tiến hành hoạt động tiêm chủng bắt buộc và chưa bảo đảm đồng bộ, thống nhất với giá dịch vụ y tế khác.

- Về hình thức cung ứng dịch vụ TCMR: Các vắc xin TCMR hiện nay được giao và thực hiện bởi các CSYT nhà nước. TYT xã, phường trực tiếp tiêm chủng các loại vắc xin thuộc TCMR và tiến hành tiêm vào một số ngày cố định trong tháng.

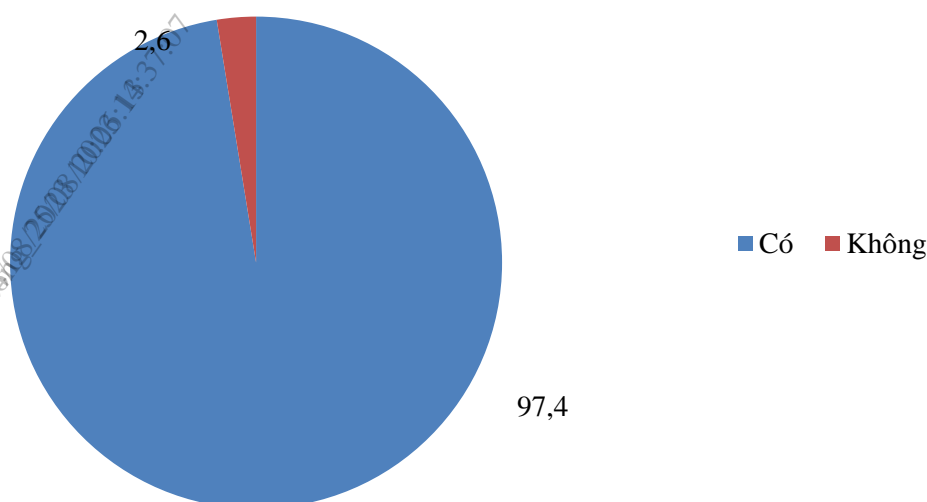
Riêng vắc xin viêm gan B sơ sinh do các CSYT có phòng sinh đảm nhiệm và tiêm cho trẻ trong vòng 24 giờ đầu sau sinh. Việc tổ chức thực hiện, triển khai giám sát Chương trình TCMR chủ yếu do hệ YTDP thực hiện dẫn tới hạn chế việc tiếp cận dịch vụ đối với người dân, tăng gánh nặng cho cán BHYT tuyến cơ sở thực hiện tiêm chủng. Đồng thời hình thức này đã không huy động và khuyến khích các CSYT khác tham gia công tác TCMR trong đó đáng chú ý là các cơ sở bệnh viện, y tế công lập tuyến tỉnh, huyện cũng như y tế tư nhân... trong khi các cơ sở này hoàn toàn có khả năng triển khai việc tiêm chủng cho trẻ em, phụ nữ có thai cũng như các đối tượng khác. Trên thế giới hiện nay nhiều nước thực hiện tiêm chủng hàng ngày cho trẻ em do tất cả các CSYT đủ điều kiện tiêm chủng tiến hành tiêm. Chính hình thức tiêm chủng như hiện nay thể hiện sự bao cấp quá lớn của Nhà nước do đó khó khăn cho việc đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị, hỗ trợ người trực tiếp làm công tác tiêm chủng cũng như công tác tuyên truyền... đặc biệt duy trì tiêm chủng lâu dài.

- Về bồi thường khi sử dụng các vắc xin trong chương trình TCMR: Mặc dù Khoản 6 Điều 30 Luật PCBTN đã quy định về việc bồi thường nếu xảy ra tai biến ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe hoặc gây thiệt hại đến tính mạng của người được tiêm chủng. Tuy nhiên, việc triển khai còn khó khăn vì chưa thực sự thuận lợi về quy trình, mức bồi thường, gây tâm lý e ngại cho các cơ sở TCMR. Một số trường hợp tiến hành bồi thường trên cơ sở thỏa thuận giữa gia đình nạn nhân và CSYT, tạo ra các tiền lệ không tốt trong việc thực hiện bồi thường. Đây là một trong những vấn đề y tế công cộng trong quá trình triển khai đã có những bất cập do vậy cần phải có cơ chế chính sách đảm bảo công bằng cho người được tiêm chủng. Đây là đạo lý của Nhà nước ta trong việc đảm bảo an sinh xã hội và CSSK nhân dân.

III.5. Đánh giá việc thực thi các quy định về kiểm dịch y tế biên giới

1. Kết quả đạt được

Công tác KDYT tại biên giới đã được triển khai trên toàn quốc, với tỷ lệ thực hiện KDYT biên giới ở tất cả các cửa khẩu đạt gần 100%



Biểu đồ 2. Tình hình thực hiện KDYT biên giới ở tất cả các cửa khẩu

Bảo đảm giám sát 100% đối với các đối tượng phải KDYT nhập cảnh, nhập khẩu, quá cảnh, vận chuyển qua biên giới đặc biệt khi trong nước đang có bệnh dịch như Cúm A(H1N1), Cúm A(H5N1), dịch Tả hoặc khi trên thế giới xuất hiện các dịch H7N9, nhiễm cúm A(H1N1), MERS-CoV, Ebola.. Đồng thời tiến hành xử lý Y tế 100% đối tượng nghi ngờ, đối tượng mang mầm bệnh truyền nhiễm nhóm A. Bên cạnh đó, đã tổ chức diễn tập phòng chống dịch lây truyền qua biên giới tại các cửa khẩu, sân bay từ đó rút kinh nghiệm trong quá trình thực hiện. Do đó, mặc dù tình hình dịch bệnh nguy hiểm và mới nổi như MERS-CoV, Ebola, cúm A(H7N9) tiếp tục diễn biến phức tạp, công tác KDYT đã góp phần tích cực đảm bảo ngăn chặn dịch bệnh truyền nhiễm mới nổi không xâm nhập vào nước ta.

Hoạt động KDYT biên giới tại các cửa khẩu đã có sự hợp tác chặt chẽ với các nước có đường biên giới chung gồm: Trung Quốc, Lào, Campuchia nhằm chia sẻ thông tin phòng chống dịch bệnh và phối hợp thực hiện các biện pháp KDYT.

Cơ quan KDYT biên giới đã được thành lập ở tất cả các tỉnh có cửa khẩu.

Công tác KDYT biên giới luôn cập nhật kịp thời tình hình dịch bệnh phải KDYT trên thế giới qua việc theo dõi tình hình dịch bệnh trên website của WHO, đầu mối quốc gia thực hiện Điều lệ y tế quốc tế của WHO và cơ quan đầu mối quốc gia thực hiện Điều lệ y tế quốc tế các nước.

Kiên toàn hoạt động Văn phòng đáp ứng khẩn cấp phòng chống dịch bệnh (EOC). Tổ chức hợp với các chuyên gia của WHO, FAO, USCDC, USAID và các đơn vị liên quan đánh giá nguy cơ để ứng phó kịp thời, phù hợp dịch bệnh MERS-CoV, Ebola, cúm A(H7N9).

Công tác cải cách thủ tục hành chính trong KDYT đã được triển khai mạnh mẽ, trong đó đã phối hợp với các Bộ, ngành liên quan triển khai cơ chế “Một cửa, một lần dừng” và “Hải quan một cửa” tại các cửa khẩu quốc tế để bảo đảm vừa thực hiện tốt nhiệm vụ KDYT vừa cải cách thủ tục hành chính.

2. Tồn tại, bất cập

Việc KDYT biên giới chủ yếu tiến hành tại cửa khẩu quốc tế, tại một số địa phương việc KDYT biên giới chưa được thực hiện tại các cửa khẩu phụ do thiếu về cơ sở vật chất, nhân lực nên chưa bảo đảm tính dự phòng một cách toàn diện của công tác kiểm dịch.

Do một số đối tượng kiểm dịch thuộc đối tượng kiểm tra của nhiều cơ quan chuyên ngành do đó, việc phối hợp giữa các cơ quan trong việc thực hiện kiểm dịch và các hoạt động kiểm tra chuyên ngành khác tại một số địa phương còn chưa chặt chẽ dẫn tới việc kéo dài thời gian kiểm tra của đối tượng kiểm dịch, chưa tạo thuận lợi trong cải cách thủ tục hành chính, cụ thể: 62.2% cán bộ được hỏi các các cơ quan chuyên ngành tại cửa khẩu có tham gia phối hợp trong công tác KDYT nhưng còn hạn chế, chưa chặt chẽ.

Việc KDYT đối với mẫu vi sinh y học, sản phẩm sinh học, mô, bộ phận cơ thể người còn gặp nhiều khó khăn do theo quy định tại Điều 16 Nghị định số 103/2010/NĐ-CP quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật PCBTN thì phải được sự đồng ý bằng văn bản của Bộ trưởng Bộ Y tế. Tuy nhiên, việc ban hành văn bản đồng ý của Bộ trưởng Bộ Y tế để cho phép vận chuyển mẫu vi sinh y học, sản phẩm sinh học, mô, bộ phận cơ thể người qua biên giới khó triển khai trong thực tiễn bởi:

- Phạm vi đối tượng áp dụng thuộc điều này rộng, không chỉ thuộc phạm vi của BHYT, liên quan đến nhiều Bộ, ngành như: Bộ Tài chính (Tổng cục Hải quan), Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn, Bộ Khoa học - Công nghệ, Bộ Công Thương.

- Hiện, đã có một số văn bản quy phạm pháp luật quy định về vận chuyển mẫu vi sinh y học, sản phẩm sinh học có liên quan đến bệnh truyền nhiễm thuộc phạm vi phụ trách của BYT và các Bộ, ngành khác.

Trong khi đó, trên thực tiễn và theo quy định của Luật thì việc có văn bản hay không có văn bản của Bộ trưởng BYT, KDYT biên giới vẫn tiến hành các hoạt động khai báo, kiểm tra giấy tờ, kiểm tra thực tế, xử lý y tế do đó tạo ra các rào cản không cần thiết cho hoạt động này.

Việc xử lý y tế đối với các phương tiện còn gặp nhiều lúng túng như việc hóa chất dùng xử lý y tế đối với tàu bay, tàu thủy, tại các cửa khẩu đường bộ được trang bị máy phun hóa chất bán tự động nhưng hầu hết các vị trí đặt máy ở vị trí trước khi phương tiện vào địa điểm làm thủ tục nhập cảnh. Bên cạnh đó, việc 27% cửa khẩu chưa có khu vực riêng xử lý y tế cũng gây khó khăn cho hoạt động KDYT thực hiện một cách chủ động và đúng quy trình.

Công tác xét nghiệm tại các cửa khẩu chưa triển khai đồng bộ các cửa khẩu do chưa đủ về trang thiết bị, cơ sở vật chất và nhân lực thực hiện xét nghiệm. Bên cạnh đó, việc hướng dẫn về lấy mẫu xét nghiệm đối với từng bệnh truyền nhiễm quy định tại Điểm c, Điểm d Khoản 2 Điều 4 Nghị định 103/2010/NĐ-CP, lấy mẫu và xét nghiệm đối với hàng hóa quy định tại Khoản 3 Điều 3 còn chưa được hướng dẫn nên các cơ quan KDYT biên giới còn lúng túng trong việc thực hiện. Đồng thời, trong quá trình triển khai KDYT biên giới thì vẫn đề khó khăn nhất mà các đơn vị kiểm dịch gặp phải là việc xác định chủ hàng (32,4%) để quy trách nhiệm trong vấn đề xử lý hàng hóa và nguồn kinh phí chi trả chi phí tiêu hủy và hoặc tái xuất (64,9%) do nguồn kinh phí dành cho KDYT còn hạn hẹp.

III.6. Đánh giá việc thực thi các quy định về chống dịch

1. Kết quả đạt được

Lần đầu tiên việc quy định công bố dịch và công bố hết hết dịch được quy định, tạo cơ sở pháp lý quan trọng để các cơ quan QLNN tổ chức thực hiện các biện pháp chống dịch một cách tập trung, toàn diện, đồng thời cũng nâng cao trách nhiệm của các cấp chính quyền địa phương đối với công tác PCBTN.

Công tác báo cáo, khai báo dịch được thực hiện tương đối chặt chẽ với sự tham gia của toàn bộ hệ thống y tế và chính quyền từ cấp xã đến cấp TW tạo điều kiện cho các cơ quan có thẩm quyền nhận định đúng tình hình dịch và đưa ra các biện pháp chống dịch phù hợp.

Công tác triển khai các biện pháp chống dịch đã được thực hiện nghiêm túc nhằm giảm sự lây lan của dịch bệnh. Trong đó, các biện pháp cách ly được thực hiện tại nhiều địa điểm theo đúng quy định của luật: Cách ly y tế tại nhà, cách ly tại cơ sở KCB, cách ly y tế tại cửa khẩu, cách ly y tế tại cơ sở, địa điểm khác. Việc bảo đảm điều kiện cho việc thực hiện cách ly đã đáp ứng được một phần yêu cầu. Trình tự, thủ tục thực hiện cách ly bảo đảm tuân thủ đúng quy định luật trong đó 69,2% các trường hợp cách ly đều có thông báo và gửi quyết định thực hiện cách ly y tế và thời gian thông báo.

2. Tồn tại, bất cập

Từ khi Luật PCBTN ra đời năm 2007, Quyết định số 64/2010/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ về việc công bố dịch có hiệu lực thi hành từ ngày 15/12/2010 đến nay năm 2016 chỉ có bốn UBND tỉnh công bố dịch: tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu công bố dịch sốt xuất huyết 7 lần từ năm 2007 đến năm 2011, tỉnh Phú Yên công bố dịch sốt xuất huyết Dengue 2 lần năm 2010, tỉnh Ninh Thuận công bố dịch bệnh tay chân miệng năm 2011, tỉnh Hà Giang công bố dịch sởi năm 2013. Việc công bố dịch khó thực hiện theo quy định tại điểm a, khoản 2, Điều 2 Quyết định 64/2010/QĐ-TTg công bố dịch khi “Quy mô, tính chất của bệnh dịch vượt quá khả năng kiểm soát của cơ quan y tế tuyến tỉnh, TP trực thuộc TW” do vậy khi dịch xảy ra phần lớn các tỉnh, TP đều cho rằng các biện pháp phòng, chống dịch tại địa phương đã được triển khai có hiệu quả, chưa vượt quá tầm kiểm soát của y tế địa phương, nên không công bố dịch.

Quyết định số 64/2010/QĐ-TTg chưa đề cập đến dịch xảy ra ở quy mô xã, huyện, tỉnh, nên khi dịch còn ở phạm vi hẹp, quy mô nhỏ (thôn, xã) đã không được công bố dịch nên không huy động được nhiều các nguồn lực tập trung để dập dịch và xử lý triệt để vì vậy dịch đã lan rộng, gây ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng và gây bức xúc dư luận.

Việc áp dụng chế độ phụ cấp cho cán bộ tham gia phòng, chống dịch tại nhiều địa phương chưa được thực hiện tốt theo Quyết định số 73/QĐ-TTg ngày 28/12/2011 về việc quy định một số chế độ phụ cấp đặc thù đối với công chức, viên chức, người lao động trong các CSYT công lập và chế độ phụ cấp chống dịch, do các đơn vị quản lý tài chính cho rằng chỉ khi có quyết định công bố dịch thì mới được coi là có dịch xảy ra và khi đó mới được chi trả chế độ phụ cấp phòng, chống dịch.

Nhận thức của người dân về bệnh truyền nhiễm và các biện pháp PCBTN còn hạn chế. Một bộ phận người dân vẫn còn sử dụng thực phẩm không hợp vệ sinh, ý thức vệ sinh chung còn thấp. Sự hợp tác của người dân trong các hoạt động phòng chống bệnh truyền nhiễm còn thấp chỉ có 20,5% cán bộ được hỏi cho rằng người dân đã tự giác khai báo dịch và có tới 71,8% cán bộ được hỏi cho rằng chỉ 1 số ít người dân thực hiện và có 7,7% cán bộ được hỏi cho rằng người dân không thực hiện. Bên cạnh đó việc hợp tác trong việc thực hiện các biện pháp chống dịch cũng chưa cao: Ví dụ, trong công tác chống dịch sốt xuất huyết, người không hợp tác phun hoá chất diệt muỗi, diệt loăng quăng, bọ gậy nên kết quả thực hiện công tác này chưa hiệu quả. Trong khi, dịch bệnh diễn biến phức tạp, nhiều dịch bệnh mới phát sinh, dịch Cúm A (H1N1) đã bùng phát và lây lan ra cộng đồng. Nhiều bệnh truyền nhiễm nguy hiểm gây dịch có nguy cơ bùng phát trở lại (Tả, Sốt xuất huyết). Môi trường khí hậu biến đổi, tình trạng ô nhiễm môi trường trầm trọng, đặc biệt ô nhiễm do quản lý và sử dụng hóa chất, các chất thải trong sinh hoạt, sản xuất và bệnh viện chưa được xử lý tốt. Do đó, rất cần sự hợp tác của người dân trong công tác chống dịch riêng và PCBTN nói chung.

III.7. Đánh giá việc thực thi các quy định về kiểm tra, thanh tra trong lĩnh vực phòng, chống bệnh truyền nhiễm

1. Kết quả đã đạt được:

Công tác kiểm tra việc thi hành pháp luật PCBTN đã được thực hiện thường xuyên, liên tục. Hằng năm, BHYT đều tiến hành các công tác kiểm tra chung về việc thi hành pháp luật về PCBTN hoặc kiểm tra theo chuyên đề nhằm nắm bắt tình hình triển khai các văn bản pháp luật đồng thời nắm bắt kịp thời các khó khăn vướng mắc các đơn vị gặp phải trong quá trình triển khai thi hành pháp luật từ đó có những đề xuất sửa đổi, bổ sung, thay thế hoặc ban hành văn bản mới cho phù hợp.

Về công tác thanh tra, căn cứ vào chức năng, nhiệm vụ của các cơ quan từ TW đến địa phương tiến hành kiểm tra, thanh tra. Cơ sở pháp lý cho hoạt động thanh tra đã được Chính phủ ban hành từ rất sớm (Nghị định 69/2011/NĐ-CP và hiện nay là Nghị định số 176/2013/NĐ-CP). Đội ngũ thanh tra từ TW đến địa phương đã được tập huấn các quy định liên quan đến xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực PCBTN. Tại BHYT, đã tiến hành thanh kiểm tra các điểm tiêm chủng trên toàn quốc trong tháng 8 - 9/2013. Các đoàn của BHYT kiểm tra được 10 tỉnh/TP; các Viện Vệ sinh dịch tễ/ Pasteur đã kiểm tra được 45 tỉnh/TP và 63 tỉnh/TP đã tiến hành kiểm tra các điểm tiêm chủng. Tính đến tháng 01/2014 đã tổ chức thanh, kiểm tra đánh giá 13.473 điểm tiêm chủng cố định trên toàn quốc (đạt 98,8%), trong đó có 13.043/13.437 điểm được đánh giá đủ điều kiện tiêm chủng chiếm 97%. Năm 2015 BHYT cũng đã thành lập 02 đoàn thanh tra và tổ chức thanh tra về báo cáo bệnh truyền nhiễm tại TP Đà Nẵng và phí lệ phí YTDP, KDYT biên giới tại TP Hải Phòng.

2. Tồn tại, bất cập:

Mặc dù hoạt động thanh tra đã có cơ sở pháp lý để tiến hành xử lý vi phạm hành chính là Nghị định số 176/2013/NĐ-CP, tuy nhiên do lực lượng thanh tra y tế còn mỏng từ TW đến địa phương nên việc phát hiện hành vi và tiến hành xử lý vi phạm còn gặp nhiều khó khăn. Bên cạnh đó, do hoạt động PCBTN chủ yếu do các cơ quan nhà nước và cán bộ, công chức, viên chức làm việc trong các cơ quan này tiến hành nên không thuộc phạm vi điều chỉnh của Luật xử lý vi phạm hành chính.

IV. ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ THỰC TRẠNG MỘT SỐ VẤN ĐỀ CHƯA ĐƯỢC QUY ĐỊNH

1. Phân loại và cấp độ dịch, thẩm quyền công bố dịch

- Quy định về phân loại bệnh truyền nhiễm: Theo quy định tại Điều 3 Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm thì bệnh truyền nhiễm được chia thành 3 nhóm, bao gồm: nhóm A có 11 bệnh, nhóm B có 27 bệnh và nhóm C có 24 bệnh, việc phân chia theo nhóm bệnh để làm cơ sở cho việc triển khai các biện pháp phòng, chống phù hợp và hiệu quả.

Tuy nhiên, hiện nay việc phân chia các nhóm bệnh theo như trong luật chưa đầy đủ cần được bổ sung vào các nhóm cho phù hợp với tình hình thực tế phòng, chống bệnh truyền nhiễm hiện nay và phù hợp với quy định của quốc tế ví dụ: cần bổ sung một số bệnh truyền nhiễm mới phát sinh, chuyển một số bệnh thuộc nhóm B vào nhóm A.

Như vậy, cần xem xét việc bỏ quy định về danh mục cụ thể các bệnh truyền và thay bằng cách thức xác định nhóm bệnh truyền nhiễm còn danh mục các bệnh truyền nhiễm sẽ giao Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành, cập nhật để bảo đảm phù hợp chuyên môn và tình hình thực tế.

- Ngày 20/6/2023, Quốc hội ban hành Luật phòng thủ dân sự có hiệu lực kể từ ngày 01/7/2024. Luật quy định cấp độ phòng thủ dân sự, việc phân chia cấp độ chính sự là sự phân định mức độ áp dụng các biện pháp của các cấp chính quyền trong phạm vi quản lý để ứng phó, khắc phục hậu quả sự cố, thảm họa, làm cơ sở xác định trách nhiệm, biện pháp, nguồn lực của các cấp chính quyền, cơ quan, tổ chức, cá nhân trong phòng thủ dân sự.

Theo đó, có 3 cấp độ: Phòng thủ dân sự cấp độ 1 được áp dụng để ứng phó, khắc phục hậu quả sự cố, thảm họa trọng phạm vi địa bàn cấp huyện, khi diễn biến, mức độ thiệt hại của sự cố, thảm họa vượt quá khả năng, điều kiện ứng phó, khắc phục hậu quả của lực lượng chuyên trách và chính quyền địa phương cấp xã; Phòng thủ dân sự cấp độ 2 được áp dụng tại cấp huyện và phòng thủ dân sự cấp độ 3 được áp dụng tại cấp tỉnh.

Trên cơ sở đó, để bảo đảm tính tương đồng với quy định của Luật phòng thủ dân sự, dự án Luật nên bổ sung quy định về cấp độ dịch bệnh truyền nhiễm.

Như vậy, quy định về thẩm quyền công bố dịch được thiết kế theo thẩm quyền của chính quyền các cấp nhằm bảo đảm tương ứng với quy định của pháp luật về phòng thủ dân sự và logic với quy định về cấp độ dịch.

2. Trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong phòng, chống bệnh truyền nhiễm

Luật khám bệnh, chữa bệnh có quy định việc giữ bí mật thông tin liên quan đến người bệnh, do vậy, để bảo đảm tính tương đồng, nên xem xét bổ sung trách nhiệm giữ bí mật thông tin liên quan đến người bệnh trong dự án Luật.

3. Đối tượng và địa điểm kiểm dịch y tế

Điều 35 Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm quy định đối tượng và địa điểm kiểm dịch y tế biên giới, theo đó đối tượng kiểm dịch y tế biên giới, bao gồm: (1) Người nhập cảnh, xuất cảnh, quá cảnh Việt Nam; (2) Phương tiện vận tải nhập cảnh, xuất cảnh, quá cảnh Việt Nam; (3) Hàng hoá nhập khẩu, xuất khẩu, quá cảnh Việt Nam; (4) Thi thể, hài cốt, mẫu vi sinh y học, sản phẩm sinh học, mô, bộ phận cơ thể người vận chuyển qua biên giới Việt Nam.

Như vậy, đối tượng phải tiến hành kiểm dịch y tế biên giới rất lớn và trùng lặp đối với đối tượng được kiểm tra nhà nước về an toàn thực phẩm đối với thực phẩm nhập khẩu hoặc đối tượng được kiểm dịch theo quy định của Luật thú y, Luật bảo vệ và kiểm dịch thực vật... Do đó, dẫn đến hiện tượng chồng chéo trong việc tiến hành kiểm dịch trên một đối tượng.

Ngoài ra, việc kiểm dịch tất cả các sản phẩm nhập khẩu vào Việt Nam gây lãng phí và tốn kém về mặt thời gian.

Do vậy, xem xét bổ sung nội dung giao Bộ trưởng Bộ Y tế quy định danh mục mẫu vi sinh y học, sản phẩm sinh học, mô, bộ phận cơ thể.

4. Bảo đảm an toàn sinh học tại cộng đồng

Mục 4 Chương II Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm quy định về an toàn sinh học trong xét nghiệm tuy nhiên mới chỉ có đề cập đến an toàn sinh học trong phòng xét nghiệm mà chưa đề cập đến an toàn sinh học đối với xét nghiệm thực hiện ngoài phòng xét nghiệm. Xuất phát từ thực tiễn công tác phòng, chống dịch COVID-19 để bảo đảm an toàn sinh hoạt trong việc thực hiện xét nghiệm tại cộng đồng, xét nghiệm lưu động, xem xét quy định để điều chỉnh đối với hoạt động này nhằm bảo đảm tính toàn diện của luật.

Mục 2

PHÒNG, CHỐNG BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM

I. CÔNG TÁC BAN HÀNH VĂN BẢN QUY PHẠM PHÁP LUẬT QUY ĐỊNH CHI TIẾT THI HÀNH VÀ VĂN BẢN HƯỚNG DẪN THI HÀNH

1. Hệ thống hóa các văn bản

- Pháp luật phòng, chống bệnh không lây nhiễm chủ yếu thuộc hệ thống pháp luật y tế. Pháp luật y tế nước ta gồm có 10 luật, được chia thành 04 nhóm cơ bản:

- Pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh và phục hồi chức năng gồm: Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân; Luật Khám bệnh, chữa bệnh; Luật Hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác và các văn bản hướng dẫn thi hành.

- Pháp luật về dược và trang thiết bị y tế gồm: Luật Dược và các văn bản hướng dẫn thi hành.

- Pháp luật về tài chính y tế gồm: Luật Bảo hiểm y tế và các văn bản hướng dẫn thi hành.

- Pháp luật về phòng bệnh: gồm 05 luật. Trong đó: 02 luật phòng, chống bệnh lây nhiễm là: Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm; Luật Phòng, chống HIV/AIDS. 03 luật phòng, chống bệnh không lây nhiễm là: Luật Phòng, chống tác hại của thuốc lá; Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia và Luật An toàn thực phẩm và các văn bản hướng dẫn thi hành.

Ngoài ra, hệ thống pháp luật y tế còn có nhóm pháp luật về dân số bao gồm Pháp lệnh Dân số và các văn bản hướng dẫn thi hành.

Như vậy, trong hệ thống pháp luật y tế, quy định trực tiếp lĩnh vực phòng, chống bệnh không lây nhiễm gồm 03 luật: Luật Phòng, chống tác hại của thuốc lá; Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia; và Luật An toàn thực phẩm. Bên cạnh đó, các đạo luật y tế gián tiếp có liên quan bao gồm 04 luật: Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân; Luật Khám bệnh, chữa bệnh; Luật Bảo hiểm y tế và Luật Dược.

Bên cạnh đó, các luật không thuộc hệ thống pháp luật y tế mà có chứa đựng các quy định có liên quan đến phòng, chống bệnh không lây nhiễm là: Luật Thể dục thể thao; Luật Bảo vệ môi trường; Luật Người khuyết tật; Bộ luật Lao động; Luật An toàn vệ sinh lao động; Luật Thuế tiêu thụ đặc biệt, Luật Xử lý vi phạm hành chính;... Trong đó, 02 luật có liên quan nhiều nhất là: Luật Thể dục thể thao có liên quan trực tiếp và Luật Bảo vệ môi trường liên quan gián tiếp đến phòng, chống bệnh không lây nhiễm.

1.1.1. Các văn bản pháp luật liên quan trực tiếp đến phòng, chống bệnh không lây nhiễm

Các văn bản pháp luật liên quan trực tiếp đến phòng, chống bệnh không lây nhiễm gồm có 04 luật, chủ yếu điều chỉnh yếu tố “phòng”, cụ thể là phòng ngừa các yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm:

- Luật Phòng, chống tác hại của thuốc lá năm 2012 và các văn bản hướng dẫn thi hành điều chỉnh các quan hệ xã hội phát sinh liên quan đến phòng, chống tác hại của thuốc lá - một trong những nguyên nhân cơ bản gây nên BKLN (giảm cung, giảm cầu và giảm tác hại). Luật quy định các chính sách kiểm soát thuốc lá cơ bản, phù hợp với khuyến cáo của Công ước khung về kiểm soát thuốc lá (FCTC) của WHO năm 2003 - FCTC để bảo đảm quyền của con người được sống trong môi trường không khói thuốc, được an toàn về sức khỏe.

- Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia năm 2019 và các văn bản hướng dẫn thi hành điều chỉnh các quan hệ xã hội phát sinh liên quan đến phòng, chống tác hại của rượu, bia (giảm cung, giảm cầu và giảm tác hại) trên cơ sở Chiến lược toàn cầu về kiểm soát đồ uống có cồn (do WHO ban hành) như quy định các biện pháp, cách thức để phòng ngừa, hạn chế, giảm thiểu tác hại của rượu, bia đối với sức khỏe và các hệ lụy xã hội khác, bao gồm: các biện pháp giảm mức tiêu thụ rượu, bia; biện pháp quản lý việc cung cấp rượu, bia; biện pháp giảm tác hại của rượu, bia; điều kiện bảo đảm cho hoạt động phòng, chống tác hại của rượu, bia; QLNN và trách nhiệm của cơ quan, tổ chức, cá nhân trong phòng, chống tác hại của rượu, bia.

- Luật An toàn thực phẩm năm 2010 và các văn bản hướng dẫn thi hành điều chỉnh các quan hệ xã hội phát sinh liên quan đến an toàn thực phẩm, bảo đảm để thực phẩm không gây hại đến sức khỏe, tính mạng của con người. Trong đó, Luật có quy định về bổ sung vi chất vào thực phẩm để phòng, chống thiếu i-ốt, thiếu sắt, thiếu kẽm, thiếu vitamin A... gây ra một số bệnh không lây nhiễm.

- Luật Thể dục thể thao năm 2006, sửa đổi, bổ sung năm 2018 và các văn bản hướng dẫn thi hành không thuộc hệ thống pháp luật y tế. Luật điều chỉnh các quan hệ xã hội phát sinh liên quan đến vấn đề thể dục thể thao. Trong đó, vấn đề vận động thể lực đã được quy định tại phần thể thao quần chúng.

1.1.2. Các văn bản pháp luật gián tiếp liên quan đến phòng, chống các bệnh không lây nhiễm

Các luật gián tiếp có liên quan đến bệnh không lây nhiễm chủ yếu điều chỉnh yếu tố “chống” trong phòng, chống bệnh không lây nhiễm, cụ thể bao gồm:

- Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân năm 1989 và các văn bản hướng dẫn thi hành điều chỉnh các quan hệ xã hội phát sinh liên quan đến công tác phòng bệnh. Tuy nhiên, hầu hết các nhóm quy định của Luật này đã được thay thế bởi các đạo luật quy định các lĩnh vực y tế chuyên ngành.

- Luật Khám bệnh, chữa bệnh (sửa đổi) mới được Quốc hội khoá XV thông qua tại kỳ họp bất thường lần thứ hai, vào ngày 09/01/2023. Luật sẽ có hiệu lực thi hành sau ngày 01/1/2024 (một số nội dung khác có hiệu lực muộn hơn). Luật điều chỉnh các quan hệ xã hội phát sinh liên quan đến tổ chức y tế và nhân lực y tế trong hệ thống y tế Việt Nam.

- Luật Bảo hiểm y tế năm 2014 và các văn bản hướng dẫn thi hành điều chỉnh các quan hệ xã hội phát sinh liên quan đến chế độ tài chính y tế. Luật Bảo hiểm y tế đã tạo ra cơ chế tài chính bảo vệ, chia sẻ rủi ro cho người dân khi đau ốm.

- Luật Dược năm 2016 và các văn bản hướng dẫn thi hành điều chỉnh các quan hệ xã hội phát sinh liên quan đến chính sách về thuốc phòng bệnh và chữa bệnh. Luật Dược quy định việc bảo đảm cung ứng kịp thời thuốc có chất lượng, giá hợp lý cho nhu cầu phòng bệnh, chữa bệnh của người dân, phù hợp với cơ cấu bệnh tật.

- Luật Bảo vệ môi trường năm 2020 và các văn bản hướng dẫn thi hành điều chỉnh các quan hệ xã hội liên quan đến vấn đề môi trường tác động đến sức khỏe. Luật quy định trách nhiệm bảo vệ môi trường trong hoạt động y tế và kiểm soát tác động của ô nhiễm môi trường đến sức khỏe con người.

Trên cơ sở các đạo luật, đã có nhiều văn bản dưới luật quy định trực tiếp về lĩnh vực phòng, chống bệnh không lây nhiễm được ban hành. Quan trọng và tiêu biểu nhất có thể kể đến:

- Quyết định số 376/QĐ-TTg ngày 20/3/2015 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các BKLN khác, giai đoạn 2015-2025;

- Nghị định số 09/2016/NĐ-CP ngày 28/1/2016 của Chính phủ quy định về tăng cường vi chất dinh dưỡng vào thực phẩm;

- Quyết định số 1092/QĐ-TTg ngày 02/9/2018 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chương trình Sức khỏe Việt Nam;

- Quyết định số 41/QĐ-TTg ngày 08/01/2019 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Đề án Bảo đảm dinh dưỡng hợp lý và tăng cường hoạt động thể lực cho trẻ em, học sinh, sinh viên để nâng cao sức khỏe, dự phòng bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản giai đoạn 2018-2025;

- Quyết định số 02/QĐ-TTg ngày 05/1/2022 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2011-2020, tầm nhìn 2030;

- Quyết định số 155/QĐ-TTg ngày 29/1/2022 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Kế hoạch quốc gia phòng chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần giai đoạn 2022-2025.

Hệ thống các luật và văn bản quy phạm pháp luật có liên quan tạo nên hệ thống pháp luật phòng, chống bệnh không lây nhiễm.

2. Kết quả đạt được

a) Về tính kịp thời, đầy đủ

Về cơ bản các văn bản quy phạm pháp luật được ban hành khá kịp thời và đầy đủ thực hiện chức năng quản lý nhà nước trong công tác phòng, chống bệnh không lây nhiễm, đã đáp ứng được các yêu cầu của thực tiễn. Điển hình phải kể đến sự ra đời của Luật phòng, chống tác hại của thuốc lá.

Luật Phòng, chống tác hại của thuốc lá đã quy định một cách cơ bản, toàn diện các biện pháp kiểm soát thuốc lá đã được WHO khuyến nghị. Đó là biện pháp giảm cầu thuốc lá (các biện pháp về giá và thuế để giảm cầu thuốc lá; các biện pháp phi giá, bảo vệ khỏi việc phơi nhiễm với khói thuốc lá, qui định về hàm lượng của các sản phẩm thuốc lá; qui định việc tiết lộ các thông tin về sản phẩm thuốc lá; đóng gói và gắn nhãn mác của các sản phẩm thuốc lá; giáo dục, truyền thông, đào tạo và nhận thức của công chúng; quảng cáo, khuyến mãi và tài trợ thuốc lá; những biện pháp giảm cầu liên quan đến cai nghiện thuốc lá). Các biện pháp giảm cung thuốc lá (biện pháp kiểm soát hoạt động kinh doanh; quy định quy hoạch kinh doanh; kiểm soát đầu tư sản xuất thuốc lá; kiểm soát sản lượng thuốc lá tiêu thụ trong nước; quy định quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về thuốc lá; biện pháp kiểm soát số lượng điều thuốc lá trong bao, gói; biện pháp kiểm soát bán thuốc lá; biện pháp phòng, chống thuốc lá nhập lậu, thuốc lá giả). Ngoài ra, Luật quy định các điều kiện bảo đảm, với nội dung thành lập Quỹ Phòng, chống tác hại của thuốc lá từ nguồn đóng góp bắt buộc của cơ sở sản xuất, nhập khẩu thuốc lá; nguồn tài trợ, đóng góp tự nguyện của cơ quan, tổ chức, cá nhân trong và ngoài nước để bảo đảm nguồn tài chính bền vững cho hoạt động. Luật cũng quy định về xử lý vi phạm pháp luật về phòng, chống tác hại thuốc lá.

Các quy định của Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia tương đối toàn diện; quy định tương đối đầy đủ các biện pháp, trong đó tập trung vào các biện pháp mang tính chất phòng ngừa. Luật quy định 03 biện pháp chính trong phòng, chống tác hại rượu, bia bao gồm: Biện pháp giảm mức tiêu thụ bao gồm: thông tin, giáo dục, truyền thông; địa điểm không uống rượu, bia; quản lý việc khuyến mại rượu, bia có độ cồn dưới 15 độ; quản lý việc quảng cáo rượu, bia có độ cồn dưới 15 độ; quản lý việc tài trợ của tổ chức, cá nhân kinh doanh rượu, bia.

Biện pháp quản lý việc cung cấp bao gồm: quản lý kinh doanh rượu; điều kiện bán rượu, bia theo hình thức thương mại điện tử; quản lý đối với sản xuất rượu thủ công không nhằm mục đích kinh doanh; bảo đảm chất lượng, ATTP đối với rượu, bia; địa điểm không được bán rượu, bia; phòng ngừa và xử lý rượu, bia giả, không bảo đảm chất lượng, ATTP, rượu, bia nhập lậu, không rõ nguồn gốc xuất xứ. Biện pháp giảm tác hại bao gồm: Phòng ngừa tai nạn giao thông liên quan đến sử dụng rượu, bia; phòng ngừa, can thiệp và giảm tác hại của uống rượu, bia đối với sức khỏe; tư vấn phòng, chống tác hại rượu, bia; phòng ngừa tác hại rượu, bia tại cộng đồng; chăm sóc, hỗ trợ, bảo vệ trẻ em, phụ nữ và các đối tượng yếu thế khác để phòng, ngừa, giảm tác hại rượu, bia.

b) Về tính thống nhất, đồng bộ

Về cơ bản, các văn bản Luật và các văn bản quy định chi tiết, hướng dẫn thi hành đã bảo đảm tính hợp hiến, hợp pháp, tính thống nhất trong nội tại của hệ thống pháp luật về phòng, chống bệnh không lây nhiễm cũng như tính thống nhất với các hệ thống pháp luật khác; bảo đảm tính phù hợp, khả thi và đáp ứng được yêu cầu của thực tiễn; tạo hành lang pháp lý, điều kiện thuận lợi cho hoạt động phòng, chống bệnh không lây nhiễm, góp phần quan trọng trong việc phòng ngừa, hạn chế, giảm thiểu các yếu tố nguy cơ.

- Luật Phòng, chống tác hại của thuốc lá đồng bộ, thống nhất, không có quy định nào mâu thuẫn, chòng chẹo với các luật đã ban hành, như Luật Thương mại và Luật Quảng cáo về quy định cấm quảng cáo, cấm khuyến mại, tiếp thị thuốc lá trực tiếp tới người tiêu dùng dưới mọi hình thức. Ngoài ra, Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của 11 luật có liên quan đến quy hoạch năm 2018 đã quy định việc bãi bỏ Điều 20 và khoản 1 Điều 21 của Luật Phòng, chống tác hại của thuốc lá về quy hoạch kinh doanh và kiểm soát đầu tư sản xuất thuốc lá, để tránh chòng chẹo, trùng lặp.

- Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia quy định tương đối toàn diện các vấn đề kiểm soát rượu, bia từ sản xuất, kinh doanh đến sử dụng và xử lý hậu quả do rượu, bia gây ra. Do đó, các quy định của Luật có tính đồng bộ, thống nhất với các điều ước quốc tế mà Việt Nam đã tham gia, cũng như với các văn bản trong hệ thống pháp luật.

Luật bảo đảm phù hợp với quy định của Hiến pháp, đặc biệt các quy định liên quan đến cấm, hạn chế sử dụng rượu, bia như quy định cấm người chưa đủ 18 tuổi uống rượu, bia. Luật bảo đảm phù hợp với các luật có liên quan như Luật Quảng cáo, quy định cấm quảng cáo rượu có nồng độ cồn từ 15 độ trở lên.

Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia cũng có các quy định khác so với một số luật được ban hành trước đó, để đưa ra các biện pháp quản lý chặt chẽ hơn với đối với việc quảng cáo, khuyến mại và sử dụng rượu, bia trước khi tham gia giao thông. Luật quy định cấm điều khiển phương tiện giao thông mà trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn. Như vậy, so với Luật Giao thông đường bộ và Luật Giao thông đường thủy nội địa thì việc kiểm soát nồng độ cồn trong máu hoặc hơi thở của người điều khiển phương tiện giao thông đã chặt chẽ hơn, chuyển từ giới hạn một mức cụ thể sang không được phép có nồng độ cồn trong máu hoặc hơi thở của người điều khiển phương tiện giao thông.

Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia chặt chẽ hơn, với quy định cấm quảng cáo, khuyến mại và sử dụng rượu, bia có độ cồn từ 15 độ trở lên để khuyến mại. Luật đã quy định các biện pháp cơ bản theo khuyến cáo của WHO, bao gồm: kiểm soát tính sẵn có của đồ uống có cồn, kiểm soát hoạt động tiếp thị, quảng cáo đồ uống có cồn; giá; đồ uống có cồn và lái xe; hoạt động phòng, chống, can thiệp và điều trị tác hại của đồ uống có cồn trong hệ thống y tế. Do đó, Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia đảm bảo đồng bộ, thống nhất với hệ thống pháp luật quốc tế và pháp luật Việt Nam.

c) Về tính phù hợp, khả thi

Về cơ bản các văn bản được ban hành đã bảo đảm tính phù hợp, khả thi và đáp ứng được yêu cầu của thực tiễn. Hệ thống pháp luật về phòng, chống bệnh không lây nhiễm dần được hoàn thiện, tạo điều kiện thuận lợi cho các hoạt động phòng, chống bệnh không lây nhiễm được triển khai đồng bộ, hiệu quả và góp phần trong việc phòng ngừa các dịch bệnh xảy ra và kiểm soát tốt các dịch bệnh.

- Luật Phòng, chống tác hại của thuốc lá qua 10 năm thi hành đã chứng minh hiệu quả và tính khả thi của các quy định pháp luật, bằng số liệu về tỷ lệ hút thuốc lá có xu hướng giảm.

Theo số liệu điều tra năm 2020, tình hình sử dụng thuốc lá (bao gồm cả hút thuốc lá thụ động) ở người trưởng thành tại 34 tỉnh/TP của Việt Nam năm 2020 đã giảm so với năm 2015 (21,7% năm 2020 so với 22,5% năm 2015). Nam giới hút thuốc là 42,3%, giảm so với năm 2015 (45,3%). Tuy nhiên, tỷ lệ nữ hút thuốc 1,7%, tăng so với năm 2015 (1,1%).

- Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia ban hành trong bối cảnh tình hình sử dụng rượu, bia ở Việt Nam ở mức cao, có xu hướng gia tăng nhanh nên cần được kiểm soát để giảm mức tiêu thụ, thể hiện qua 3 tiêu chí (mức tiêu thụ, mức độ phổ biến của việc uống rượu, bia và tỷ lệ uống rượu, bia ở mức nguy hại).

3. Tồn tại, bất cập

a) Về tính kịp thời, đầy đủ

Qua rà soát cho thấy, hệ thống pháp luật về phòng bệnh mới chỉ đề cập một phần của phòng, chống bệnh lây nhiễm liên quan đến hành vi sử dụng thuốc lá, rượu, bia mà chưa đề cập một cách toàn diện đến việc phòng, chống các bệnh không lây nhiễm cũng như vấn đề sử dụng thực phẩm một cách khoa học.

Hiện nay, trong lĩnh vực phòng, chống bệnh không lây nhiễm không có hệ thống văn bản pháp luật quy định, điều chỉnh riêng cho lĩnh vực này nhưng công tác phòng, chống bệnh không lây nhiễm đã được quy định, đề cập trong nhiều hệ thống văn bản pháp luật thuộc các lĩnh vực có liên quan như: khám bệnh, chữa bệnh (Luật khám bệnh, chữa bệnh), phòng, chống các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe (Luật phòng, chống tác hại của thuốc lá; Luật phòng, chống tác hại của rượu, bia; Luật an toàn thực phẩm; Luật an toàn vệ sinh lao động, Luật bảo vệ môi trường, Luật thể dục, thể thao; Luật hóa chất; Luật người khuyết tật; Luật người cao tuổi; Luật An toàn giao thông đường bộ,...).

Việc tổ chức thực hiện chủ yếu dựa trên Chiến lược quốc gia phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác giai đoạn 2015-2025 được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt tại Quyết định số 376/QĐ-TTg ngày 20/3/2015.

Cũng như trong lĩnh vực phòng, chống bệnh không lây nhiễm, hiện nay trong lĩnh vực dinh dưỡng cũng chưa có hệ thống văn bản pháp luật riêng do vậy việc triển khai công tác dinh dưỡng trong thời gian qua chủ yếu dựa trên các Chiến lược quốc gia giai đoạn 10 năm được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt và các văn bản pháp luật trong lĩnh vực có liên quan như: Luật an toàn thực phẩm, Nghị định số 09/2016/NĐ-CP ngày 28/01/2016 của Chính phủ quy định về tăng cường vi chất dinh dưỡng vào thực phẩm,...

Luật Phòng, chống tác hại của thuốc lá chưa điều chỉnh đối với thuốc lá điện tử và thuốc lá làm nóng, loại hình sản phẩm ngày càng trở nên phổ biến hiện nay, đặc biệt đối với giới trẻ. Luật chưa quy định về quy chuẩn kỹ thuật của sản phẩm thuốc lá điện tử, thuốc lá làm nóng. Quy định về ghi nhãn, in cảnh báo sức khỏe cũng không điều chỉnh đối với thuốc lá điện tử và thuốc lá làm nóng. Các quy định về kiểm soát sản lượng thuốc lá được phép sản xuất, nhập khẩu để tiêu thụ trong nước không phù hợp để cho phép nhập khẩu thêm mặt hàng thuốc lá điện tử, thuốc lá làm nóng. Như vậy, quy định pháp luật để điều chỉnh 02 sản phẩm này vẫn là một khoảng trống lớn.

Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia:

Các quy định về hạn chế tính sẵn có và nhu cầu sử dụng rượu, bia còn thiếu: Luật chưa quy định việc trưng bày rượu, bia; bắt buộc in cảnh báo sức khỏe trên nhãn sản phẩm; quy định kiểm soát hoạt động tài trợ nhằm tiếp thị của các cơ sở kinh doanh rượu bia; quy định nhằm hạn chế tình trạng uống nhiều và say rượu bia đối với người lớn, đặc biệt là tại cộng đồng và trong gia đình; quy định về ngày, giờ, mật độ điểm bán lẻ rượu bia, lượng rượu, bia tối đa được bán trên một đối tượng khách hàng; quy định về việc cấm bán rượu, bia cho một số đối tượng như người say rượu, phụ nữ có thai...

Nguồn kinh phí bảo đảm cho hoạt động phòng, chống tác hại rượu, bia: Chưa có quy định về bảo đảm tài chính cho giảm thiểu tác hại của rượu bia, giải quyết các hậu quả về sức khỏe liên quan đến rượu bia; trách nhiệm của nhà sản xuất trong việc tham gia giải quyết, khắc phục các hậu quả liên quan rượu bia.

Luật An toàn thực phẩm: Luật mới chỉ chú trọng đến yếu tố an toàn mà chưa có các quy định cụ thể về dinh dưỡng, kiểm soát các yếu tố không có lợi trong thực phẩm đối với sức khỏe, cụ thể:

Mặc dù Luật đã quy định chính sách “*Khuyến khích các cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm đổi mới công nghệ, mở rộng quy mô sản xuất; sản xuất thực phẩm chất lượng cao, bảo đảm an toàn; bổ sung vi chất dinh dưỡng thiết yếu trong thực phẩm; xây dựng thương hiệu và phát triển hệ thống cung cấp thực phẩm an toàn*”. Tuy nhiên, hiện nay vẫn chưa có các chính sách và quy định cụ thể, đồng bộ về kinh tế - xã hội để khuyến khích, hỗ trợ việc sản xuất, kinh doanh, phân phối các loại thực phẩm lành mạnh, có lợi cho sức khỏe. Ví dụ: giảm thuế, trợ giá cho sản xuất thực phẩm sạch, có lợi cho sức khỏe. Mặt khác, cũng chưa có chính sách về giá, thuế đối với các sản phẩm không có lợi đối với sức khỏe như nước ngọt, thực phẩm ăn nhanh, đặc biệt là sản phẩm dành cho trẻ em. Trong khi việc sử dụng công cụ về giá là một trong những công cụ hiệu quả để giảm mức tiêu thụ đối với các sản phẩm này.

Luật chưa có quy định nhằm kiểm soát hàm lượng muối và chất béo chuyển hóa trong thực phẩm, hạn chế việc sản xuất, kinh doanh các loại thực phẩm nhiều muối, đường và chất béo. Trong khi đây là những yếu tố góp phần gây ra tình trạng gia tăng nhanh chóng của các bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam.

Ngoài ra, Luật chưa có quy định về việc cảnh báo những ảnh hưởng đến sức khỏe đối với các thực phẩm chế biến sẵn, nước ngọt, phụ gia thực phẩm, đặc biệt là các sản phẩm dành cho trẻ em.

Vấn đề ghi nhãn sản phẩm: Luật đã có những quy định chung tại Điều 44, tuy nhiên chưa có quy định mang tính nguyên tắc đối với việc ghi nhãn các sản phẩm bao gói sẵn, đặc biệt là các sản phẩm chứa muối, đường và chất béo.

Về quảng cáo: Luật chưa có các quy định kiểm soát quảng cáo đối với các sản phẩm có nguy cơ gây BKLN như nước ngọt, thực phẩm chế biến sẵn và một số sản phẩm khác có nguy cơ gây BKLN, đặc biệt với trẻ em như kiểm soát thời gian được phát quảng cáo, nội dung quảng cáo. Mặc dù Luật Quảng cáo có quy định cấm các hoạt động quảng cáo gây ảnh hưởng xấu đến sức khỏe, an toàn hoặc sự phát triển bình thường của trẻ em.

Tuy nhiên, đến nay các nội dung này chưa có hướng dẫn cụ thể. Ngoài ra, chưa có quy định hạn chế việc cung cấp thực phẩm không có lợi sức khỏe trong trường học.

Vấn đề dinh dưỡng cho trẻ em chưa có quy định cụ thể trong Luật, như vấn đề dinh dưỡng trong 1.000 ngày đầu đời, dinh dưỡng trong trường học. Bên cạnh đó, vấn đề dinh dưỡng cho một số ngành nghề đặc biệt, dinh dưỡng khẩn cấp (thiên tai, dịch bệnh) cũng chưa có quy định điều chỉnh.

- Trong thực tiễn triển khai công tác phòng, chống bệnh không lây nhiễm hiện nay bộc lộ một số khó khăn, bất cập như công tác phối hợp cũng như sự tham gia của các Bộ, ngành trong việc triển khai thực hiện các chính sách, kế hoạch liên quan để phòng chống bệnh không lây nhiễm, rối loạn sức khỏe tâm thần; còn thiếu một số quy định, chính sách về nâng cao sức khỏe, phòng chống các yếu tố nguy cơ, dự phòng bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần cho người dân như: Quy định, hướng dẫn về phòng, chống tác hại của rượu, bia; tăng cường hoạt động thể lực; khuyến khích tiêu thụ thực phẩm có lợi cho sức khỏe và hạn chế các thực phẩm không có lợi cho sức khỏe; chính sách, quy định để kiểm soát, hạn chế tiêu thụ chất béo bão hòa/chất béo chuyển hóa, muối, nước ngọt có đường, đặc biệt cho đối tượng trẻ em, học sinh; các chính sách, hướng dẫn khuyến khích, hỗ trợ người dân kiểm tra sức khỏe, phát hiện sớm bệnh tật,...

b) Về tính thống nhất, đồng bộ

- Luật Phòng, chống tác hại của thuốc lá cũng bộc lộ một số hạn chế liên quan đến việc chưa thực hiện hoàn toàn FCTC. Theo đó, Điều 16 Luật quy định *trường hợp loại trừ* là tài trợ nhân đạo trong chương trình xóa đói, giảm nghèo; phòng, chống thiên tai, dịch bệnh, thảm họa; phòng, chống buôn lậu thuốc lá chưa tuân thủ quy định cấm toàn diện đối với quảng cáo, khuyến mãi và tài trợ của FCTC. Việc quy định trường hợp loại trừ này có thể là cơ sở để tổ chức, cá nhân kinh doanh thuốc lá lợi dụng thực hiện quảng cáo trá hình.

Quy định diện tích in cảnh báo sức khỏe trên bao bì thuốc lá phải chiếm ít nhất 50% diện tích của bao, tüt, hộp thuốc lá là phù hợp với quy định của FCTC, tuy nhiên, còn nhỏ so với các nước khác trong khu vực (Lào, Brunei và Myanmar là 75%). Một số quốc gia khác trong khu vực (như Thái Lan và Singapore) đã bắt đầu thực hiện bao trơn cho sản phẩm thuốc lá.

- Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia chưa quy định thời gian không được phép bán rượu, bia. Trong khi Chiến lược toàn cầu về kiểm soát đồ uống có cồn ở mức có hại của WHO khuyến cáo: Áp dụng các biện pháp giảm tính sẵn có của đồ uống có cồn là biện pháp hiệu quả, trong đó có quy định thời gian cấm bán lẻ đồ uống có cồn. Hiện nay, có 68/168 quốc gia (trong đó có 09 quốc gia ASEAN) có quy định thời gian cấm bán đồ uống có cồn, đa số là từ 20 giờ hoặc 22 giờ đến 06 hoặc 08 giờ sáng ngày hôm sau.

Các quy định của pháp luật về dinh dưỡng chưa được đồng bộ, cập nhật. Chính sách, kế hoạch hành động không đi kèm với cam kết về ngân sách. Thiếu cơ chế báo cáo, giám sát, đánh giá. Thiếu các chính sách đảm bảo sản xuất, tiêu dùng thực phẩm lành mạnh về dinh dưỡng; hạn chế thực phẩm có hại cho sức khỏe đặc biệt là đối với trẻ em thông qua việc ghi nhãn dinh dưỡng, đánh thuế và hạn chế quảng cáo. Thiếu chính sách về dinh dưỡng đặc thù cho một số đối tượng dễ bị tổn thương (do tình trạng sinh lý, bệnh lý, nghề nghiệp và tình trạng khẩn cấp do thiên tai, dịch bệnh). Việc thực thi các chính sách hiện hành chưa mạnh mẽ như việc thực thi chính sách bắt buộc tăng cường vi chất vào thực phẩm, chính sách hạn chế kinh doanh và quảng cáo các sản phẩm dinh dưỡng dành cho trẻ nhỏ.

c) Về tính phù hợp, khả thi

- Luật phòng, chống tác hại của thuốc lá: Quy định về mức thuế và giá thuốc lá ở Việt Nam vẫn còn rất thấp so với các nước trong khu vực (trừ Campuchia) và trên thế giới. Như vậy, thuế và giá thuốc lá chưa thực sự trở thành một trong các công cụ hiệu quả, mạnh mẽ nhất để phòng, chống tác hại của thuốc lá, đặc biệt là để hạn chế tiêu dùng và tiếp cận sản phẩm thuốc lá, nhất là với đối tượng là học sinh, sinh viên, người có thu nhập thấp.

Luật quy định về xử lý vi phạm pháp luật về phòng, chống tác hại thuốc lá mới chỉ chung chung và dẫn chiếu đến pháp luật về xử lý vi phạm hành chính. Trong khi, hành vi vi phạm pháp luật xảy ra rộng khắp do tỷ lệ hút thuốc lá tại Việt Nam còn cao và vi phạm thường xảy ra nhanh chóng, nhưng không có quy định mang tính chất đột phá, đặc thù cho xử phạt vi phạm pháp luật.

Đặc biệt, việc *xử lý vi phạm hành chính* trong lĩnh vực phòng, chống tác hại thuốc lá (như mở rộng thẩm quyền được xử lý vi phạm, hay sử dụng phương tiện, thiết bị kỹ thuật nghiệp vụ trong việc phát hiện các hành vi vi phạm hành chính về phòng, chống tác hại thuốc lá) không có tác dụng như mong đợi, không bảo đảm hiệu quả và thực thi của các quy định pháp luật.

- Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia:

Một số quy định của Luật vẫn chưa bảo đảm thực sự phù hợp với điều kiện kinh tế-xã hội và thực trạng sử dụng rượu, bia tại Việt Nam cũng như phù hợp với thông lệ quốc tế, cụ thể:

+ Luật điều chỉnh với hai sản phẩm là rượu, bia, tuy nhiên một số quy định lại có sự phân biệt giữa hai sản phẩm này, như quy định cấm quảng cáo rượu có độ cồn từ 15 độ trở lên, trong khi hiện nay đã xuất hiện các loại bia có độ cồn trên 15 độ. Luật chỉ quy định điều kiện kinh doanh đối với rượu mà không quy định điều kiện kinh doanh đối với bia. Trong khi đó, dù là bia hay rượu thì đều là đồ uống có chứa cồn ở hàm lượng khác nhau và đều gây tác hại như nhau nếu quy về nồng độ cồn nguyên chất.

+ Các biện pháp giảm tiêu thụ rượu, bia mới tập trung quản lý chặt các sản phẩm từ 5,5 độ cồn trở lên, trong khi các sản phẩm dưới 5,5, độ cồn còn ít bị kiểm soát về quảng cáo, không bị hạn chế về khuyến mại, tài trợ. Trong đó, bia ở Việt Nam hầu hết là dưới 5,5 độ cồn, có tỷ trọng tiêu thụ lớn và đang gia tăng. Thiếu các quy định về hạn chế bán và quảng cáo rượu, bia trên Internet và môi trường mạng, đặc biệt là thiếu các quy định hiệu quả về hạn chế tiếp cận đối với trẻ em. Các quy định về trách nhiệm thông tin, giáo dục, truyền thông về tác hại rượu bia với lái xe và ảnh hưởng sức khỏe do uống rượu, bia chưa đầy đủ.

+ Các quy định về hạn chế tính sẵn có của rượu, bia còn chưa chặt chẽ: Chưa có quy định về mật độ điểm bán, biện pháp kiểm soát rượu thủ công chưa hiệu quả, thuế TTĐB đối với rượu, bia còn thấp bằng khoảng 35%-40% giá bán lẻ trong khi các nước khoảng 80% giá bán lẻ. Chưa có quy định hạn chế bán tại các bến tàu, bến xe, trạm dừng nghỉ trên đường cao tốc...

+ Luật quy định kinh phí cho hoạt động phòng, chống tác hại rượu, bia bao gồm: NSNN và kinh phí hợp pháp khác.

Như vậy, kinh phí sẽ phụ thuộc vào nguồn kinh phí NSNN là chủ yếu, trong khi NSNN còn hạn hẹp, chưa có khả năng tăng nguồn thu trong giai đoạn tới. Hơn nữa, lại phải giảm bớt chi tiêu công và chủ yếu dành cho các mục tiêu cần ưu tiên hàng đầu như phát triển và tăng trưởng kinh tế, giáo dục, khoa học công nghệ... nên ngân sách không đủ để đáp ứng nhu cầu kinh phí lâu dài của công tác phòng, chống tác hại rượu, bia. Luật không quy định thu một khoản đóng góp bắt buộc theo tỷ lệ trên giá sản phẩm rượu, bia và thành lập quỹ như Quỹ Phòng, chống tác hại thuốc lá hay một quỹ chung cho để chi cho các hoạt động nâng cao sức khỏe. Do đó, không bảo đảm nguồn kinh phí ổn định, bền vững cho hoạt động phòng, chống tác hại rượu, bia nói riêng và phòng, chống BKLN nói chung.

Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia cũng như Luật Thuế TTĐB không có quy định về tăng thuế TTĐB đối với rượu, bia. Trong khi, tăng thuế để nhằm giảm sức mua, không khuyến khích sử dụng rượu, bia là một trong 3 biện pháp hiệu quả nhất mà WHO đã đánh giá (hạn chế sự sẵn có của rượu bia; chính sách về giá đối với rượu bia; kiểm soát quảng cáo, khuyến mại, tài trợ). Ngoài ra, giá rượu, bia tại Việt Nam đang ở mức thấp so với trung bình thế giới (thuế rượu, bia tại Việt Nam hiện chiếm khoảng hơn 50% giá bán, trong khi nhiều nước tỷ lệ thuế chiếm từ 70-85%).

+ Biện pháp quản lý đối với rượu thủ công trong Luật vẫn chưa thực sự hiệu quả trong khi việc sản xuất rượu thủ công hiện nay vẫn đang diễn ra phổ biến, đặc biệt ở các vùng sâu, vùng xa. Việc tách bạch giữa rượu thủ công không nhằm mục đích kinh doanh và rượu thủ công nhằm mục đích kinh doanh chưa thật sự rõ ràng. Chưa quy định lộ trình để thắt chặt, hạn chế việc sản xuất rượu thủ công không nhằm mục đích kinh doanh hay kiểm soát chất lượng của sản phẩm này. Do đó, tính khả thi của quy định trên cần phải xem xét. Đến nay, sản lượng thực sự của lượng rượu thủ công không nhằm mục đích kinh doanh vẫn chưa xác định được.

- Luật An toàn thực phẩm với việc giao cho 03 Bộ Nông nghiệp và phát triển nông thôn, Bộ Y tế và Bộ Công thương, đã hình thành hệ thống tổ chức quản lý an toàn thực phẩm từ Trung ương tới tỉnh, huyện và xã, phường, thị trấn. Tuy nhiên, trên thực tế, một số ngành hàng đang có sự đan xen và không phân định rõ Bộ nào chịu trách nhiệm quản lý.

Ngoài ra, Luật phân chia mặt hàng giao 03 bộ quản lý, tuy nhiên lại giao Bộ Y tế ban hành quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về chỉ tiêu và mức giới hạn an toàn đối với sản phẩm thực phẩm; dụng cụ, vật liệu bao gói, chứa đựng thực phẩm. Điều này có nghĩa là ban hành cả các quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về chỉ tiêu và mức giới hạn an toàn đối với sản phẩm thuộc phạm vi quản lý của Bộ Công thương, Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn. Thực tế là đến nay các quy chuẩn vẫn chưa được ban hành đầy đủ, trong khi sản phẩm thực phẩm thì rất rộng.

Như vậy, về cơ bản các văn bản pháp luật trực tiếp và gián tiếp liên quan đến phòng, chống bệnh không lây nhiễm đã quy định khuôn khổ pháp lý nhằm phòng ngừa và điều trị bệnh không lây nhiễm, đặc biệt là chú trọng ngăn ngừa và kiểm soát các yếu tố nguy cơ. Tuy nhiên, các đạo luật trên vẫn còn tồn tại một số hạn chế, chưa tạo ra một chỉnh thể pháp luật hoàn thiện về phòng, chống bệnh không lây nhiễm. Ngoài ra, các vấn đề chung để kiểm soát bệnh không lây nhiễm như giám sát, sàng lọc, can thiệp, phát hiện sớm bệnh không lây nhiễm, cơ chế phối hợp liên ngành trong phòng, chống bệnh không lây nhiễm, truyền thông thay đổi hành vi... chưa được văn bản pháp luật nào quy định; mà mới chỉ được quy định dưới hình thức các văn bản chuyên môn của Bộ Y tế hoặc các quyết định, chỉ thị của Thủ tướng Chính phủ, nên hiệu lực pháp lý chưa đủ mạnh. Do đó, hệ thống pháp luật về phòng, chống bệnh không lây nhiễm hiện hành vẫn cần tiếp tục hoàn thiện.

II. ĐÁNH GIÁ VIỆC CHẤP HÀNH CÁC QUY ĐỊNH

1. Kết quả đạt được

Trong thời gian qua, hệ thống y tế nước ta chịu áp lực lớn trong thực hiện mục tiêu kép, vừa phải căng mình chống chọi với các dịch bệnh truyền nhiễm mới nổi như COVID-19, sốt xuất huyết, đậu mùa khỉ,... vừa phải thực hiện các nhiệm vụ phòng, chống các BKLN. Chỉ đến khi tình hình dịch COVID-19 cơ bản được kiểm soát và thích ứng linh hoạt, an toàn với dịch trong điều kiện bình thường mới, thì ngành y tế mới có điều kiện quan tâm và thúc đẩy lại hoạt động quản lý, dự phòng BKLN để giảm gánh nặng xã hội, giúp bệnh nhân có thể sống chung với BKLN lâu dài, hạn chế biến chứng, ổn định sức khỏe, giảm tử vong.

Công tác phòng, chống BKLN hiện nay tập trung vào 07 nội dung chính: (1) Xây dựng và thực thi các chính sách liên ngành để kiểm soát các yếu tố kinh tế, xã hội và môi trường; (2) Phòng chống các yếu tố nguy cơ tại cộng đồng; (3) Truyền thông, nâng cao sức khỏe, xây dựng các môi trường vì sức khỏe tại cộng đồng; (4) Phát hiện, quản lý và tư vấn đối tượng tiền bệnh, người có nguy cơ cao tại cộng đồng; (5) Điều trị bệnh nhân tại bệnh viện; (6) Quản lý, chăm sóc, hỗ trợ người bệnh sau điều trị ổn định tại cộng đồng và (7) Giám sát các yếu tố nguy cơ, tỷ lệ mắc bệnh và tử vong tại cộng đồng.

Nhìn nhận thực tế cho thấy, cùng với xu hướng toàn cầu hóa, đô thị hóa, thay đổi môi trường và thói quen sống, các yếu tố nguy cơ BKLN đang ở mức cao và có chiều hướng gia tăng. Có thể thấy thực trạng này qua kết quả Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ BKLN (STEPS) năm 2021 do BHYT chủ trì thực hiện, cụ thể:ⁱⁱⁱ

- Có 20,8% dân số Việt Nam từ 15 tuổi trở lên hiện đang hút thuốc, bao gồm 41,1% nam giới và 0,6% nữ giới. Khoảng 1/3 dân số (37,3%) đã từng tiếp xúc với khói thuốc.

- Gần 2/3 nam giới (64,2%), 1/10 nữ giới (9,8%) hiện có uống rượu, bia. Khoảng 14,7% số người uống rượu, bia ở mức nguy hại (trong 30 ngày qua có ít nhất 1 lần uống từ 6 đơn vị cồn trở lên) và tỷ lệ này ở nam giới (28,5%) cao hơn nhiều lần so với nữ giới (1,0%).

- Khoảng 59% dân số ăn thiếu rau và trái cây so với khuyến nghị là mỗi người cần ăn ít nhất 5 suất (tương đương với 400g) mỗi ngày.

- Tỷ lệ dân số luôn luôn hoặc thường xuyên thêm muối, mắm hoặc gia vị mặn vào thức ăn khi nấu ăn hoặc trong khi ăn là 78,2%. Có 8,7% luôn luôn hoặc thường xuyên ăn thức ăn chế biến sẵn có hàm lượng muối cao. Trung bình một người trưởng thành tiêu thụ 8,1g muối trong một ngày.

- Mức độ hoạt động thể lực của người dân còn thấp. Gần 1/4 dân số (22,2%) thiếu hoạt động thể lực (không đạt mức theo khuyến nghị của WHO).

- Gần 1/5 dân số (19,5%) bị thừa cân (BMI ≥ 25 kg/m²), trong đó có 2,1% béo phì (BMI ≥ 30 kg/m²).

- Khoảng 44,1% người trưởng thành có mức cholesterol toàn phần trong máu cao $\geq 5,0$ mmol/L hoặc hiện đang dùng thuốc điều trị tăng cholesterol.

- Nhìn chung 15,3% dân số từ 40-69 tuổi có nguy cơ cao $\geq 20\%$ trong vòng 10 năm tới bị các biến cố tim mạch như đột quy và nhồi máu cơ tim. Tuy nhiên, chỉ có 40,8% trong số những người có nguy cơ cao này được tư vấn và dùng thuốc để phòng ngừa bệnh.

Trong bối cảnh đó, việc thi hành pháp luật phòng, chống BKLN được thể hiện qua các nội dung chủ yếu: Củng cố, kiện toàn mạng lưới YTDP; kiểm soát các yếu tố nguy cơ gây bệnh chính; triển khai dự phòng, quản lý BKLN và CSSK tâm thần tại tuyến YTCS.

2.1 Phòng, chống tác hại của thuốc lá

Kể từ khi ban hành Luật Phòng, chống tác hại thuốc lá đến nay, nhận thức của người dân về tác hại của thuốc lá được nâng lên rõ rệt. Tuy vậy, ý thức tuân thủ pháp luật về phòng, chống tác hại thuốc lá của người dân vẫn còn thấp. Tỷ lệ tiếp xúc thụ động với khói thuốc còn cao tại một số khuôn viên, địa điểm. Tình trạng vi phạm quy định cấm hút thuốc lá tại nơi công cộng vẫn diễn ra thường xuyên. Khả năng tiếp cận với các sản phẩm thuốc lá dễ dàng, thuốc lá được bày bán ở khắp nơi, giá thuốc lá rẻ. Đây là yếu tố nguy cơ chính gây BKLN. Có đến 25 căn bệnh liên quan đến sử dụng thuốc lá như: Đột quy, mạch vành, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, ung thư phổi là những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở Việt Nam.

Tỷ lệ sử dụng thuốc lá trong nam giới trưởng thành ở nước ta đã giảm nhưng vẫn ở mức cao. Kết quả Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ BKLN (STEPS) năm 2015 và 2021 cho thấy: Sau 5 năm, tỉ lệ nam giới hút thuốc đã giảm từ 45,3% (năm 2015) xuống 41,1% (năm 2021). Tỉ lệ hút thuốc lá thụ động tại một số địa điểm cũng giảm, theo số liệu năm 2021 so với năm 2015 như: Nơi làm việc, giảm từ 42,6% xuống 30,9%; tại nhà giảm từ 59,9% xuống 56%, tại nhà hàng giảm từ 80,7% xuống 78,1%; tại quán bar, cà phê, trà giảm từ 89,1% xuống 86,2%.^{iv}

Tỷ lệ hút thuốc lá điện tử trong thanh thiếu niên ở nước ta đang gia tăng nhanh chóng, với các sản phẩm thuốc lá mới xuất hiện như thuốc lá điện tử, thuốc lá không đốt nóng, shisha.

Theo nghiên cứu về Sức khỏe thanh thiếu niên ở nhóm tuổi 13 - 17 tuổi của WHO, tỷ lệ hút thuốc lá điện tử ở nước ta chiếm 2,6% năm 2020. Xu hướng sử dụng thuốc lá điện tử tập trung cao ở nhóm tuổi 15 - 24 tuổi với tỷ lệ là 7,3% so với các nhóm tuổi 25 - 44 tuổi (3,2%), 45 - 64 tuổi (1,4%)^v.

Một vấn đề được đặt ra là thuế thuốc lá của Việt Nam còn thấp. Thuế thuốc thấp làm giá thuốc lá rẻ, từ đó làm tăng khả năng tiếp cận và mua thuốc lá của thanh thiếu niên và người nghèo. Khả năng người Việt tiếp cận với các sản phẩm thuốc lá còn rất dễ dàng do thuốc lá được bày bán ở khắp nơi. Chính những nguyên nhân này đã làm giảm hiệu quả của công tác phòng, chống tác hại thuốc lá.

2.2. Phòng chống tác hại của rượu, bia

Triển khai thực hiện Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia, Chính phủ đã ban hành Nghị định số 24/2020/NĐ-CP ngày 24/02/2020 quy định chi tiết một số điều của Luật, gồm: một số biện pháp giảm mức tiêu thụ và quản lý việc cung cấp rượu, bia; hạn chế sử dụng hình ảnh diễn viên uống rượu, bia trong tác phẩm điện ảnh, sân khấu, truyền hình; quản lý việc quảng cáo rượu có độ cồn dưới 15 độ và bia; ngăn ngừa người chưa đủ 18 tuổi tiếp cận, truy cập, tìm kiếm thông tin và mua rượu, bia trong hoạt động bán rượu, bia theo hình thức thương mại điện tử; nội dung, mức chi cho hoạt động phòng, chống tác hại rượu, bia; trách nhiệm thực hiện thông tin, giáo dục, truyền thông và trách nhiệm QLNN về phòng, chống tác hại rượu, bia.

Một số quy định của Luật đã được cụ thể hóa trong các nghị định và văn bản quy phạm pháp luật liên quan:

- Bộ Giao thông vận tải xây dựng và trình Chính phủ ban hành Nghị định số 100/2019/NĐ-CP ngày 30/12/2019 quy định xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực giao thông đường bộ và đường sắt, trong đó có các quy định xử phạt đối với những hành vi bị nghiêm cấm khi điều khiển phương tiện giao thông quy định tại Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia.

- Bộ Công thương xây dựng và trình Chính phủ ban hành Nghị định số 17/2020/NĐ-CP ngày 05/02/2020 sửa đổi, bổ sung một số điều của các nghị định liên quan đến điều kiện đầu tư kinh doanh thuộc lĩnh vực QLNN của Bộ Công thương.

Trong đó, quy định các biện pháp quản lý sản xuất, mua bán và nhập khẩu đối với rượu có độ cồn dưới 5,5 độ và từ 5,5 độ trở lên; tăng cường quản lý sản xuất rượu thủ công, đặc biệt là đối với rượu thủ công không nhằm mục đích kinh doanh. Bộ Công thương cũng ban hành Thông tư số 26/2019/TT-BCT ngày 14/11/2019 quy định biểu mẫu kê khai của hộ gia đình, cá nhân sản xuất rượu thủ công không nhằm mục đích kinh doanh.

- BHYT đầu mối xây dựng và trình Chính phủ ban hành Nghị định số 117/2020/NĐ-CP quy định xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực y tế, trong đó có các quy định xử phạt hành chính đối với các vi phạm quy định phòng, chống tác hại rượu, bia.

Việt Nam cũng đã thực hiện lộ trình tăng thuế rượu, bia. Theo quy định tại Luật Thuế tiêu thụ đặc biệt sửa đổi năm 2014, thuế tiêu thụ đặc biệt đối với rượu ≥ 20 độ và bia đã tăng 65%; thuế tiêu thụ đặc biệt đối với rượu < 20 độ đã tăng 35% bắt đầu từ 01/01/2018.

Về tổ chức thực hiện, BHYT được giao đầu mối giúp Chính phủ QLNN và tổ chức triển khai các hoạt động phòng, chống tác hại rượu bia. Tại địa phương, UBND tỉnh giao SYT là cơ quan thường trực để phối hợp với các sở ngành liên quan tổ chức triển khai các hoạt động phòng, chống tác hại rượu bia. Bộ trưởng BHYT đã ban hành Chỉ thị số 19/CT-BYT ngày 23/6/2020 về tăng cường thực thi các quy định của Luật Phòng, chống tác hại của rượu bia trong ngành y tế; ban hành Quyết định số 4946/QĐ-BYT ngày 26/11/2020 về “Hướng dẫn sàng lọc và can thiệp giảm tác hại cho người có yếu tố nguy cơ sức khỏe do uống rượu, bia tại cơ sở CSSK ban đầu và tại cộng đồng”.

2.3. Tăng cường vận động thể lực cho người dân

Ngày 02/9/2018, Thủ tướng Chính phủ ký Quyết định số 1092/QĐ-TTg phê duyệt Chương trình Sức khỏe Việt Nam, trong đó đề ra một số nội dung ưu tiên về tăng cường vận động thể lực của người dân để nâng cao sức khỏe, phòng, chống bệnh tật, làm cơ sở cho các bộ ngành và địa phương phát động, thực hiện phong trào 10.000 bước chân mỗi ngày.

Bộ Giáo dục và Đào tạo tổ chức triển khai chương trình tăng cường hoạt động thể lực cho học sinh thông qua thực hiện Đề án Bảo đảm dinh dưỡng hợp lý và tăng cường hoạt động thể lực cho trẻ em, học sinh, sinh viên để nâng cao sức khỏe, dự phòng BKLN. Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch đẩy mạnh hoạt động TDTT quần chúng thông qua tổ chức thực hiện Đề án tổng thể phát triển thể lực, tầm vóc người Việt Nam giai đoạn 2011-2030 (Quyết định số 641/QĐ-TTg ngày 28/4/2011 của Thủ tướng Chính phủ) và các chương trình, kế hoạch liên quan khác.

BYT đã ban hành Chỉ thị số 06/CT-BYT ngày 14/5/2019 về việc tăng cường vận động thể lực trong ngành y tế và hướng dẫn các cơ quan, đơn vị tổ chức triển khai.

2.4. Phòng ngừa ô nhiễm môi trường không khí

Vấn đề bảo vệ môi trường nhằm bảo đảm mọi người dân đều có quyền được sống trong môi trường trong lành; dựa trên cơ sở phòng ngừa là chính, kết hợp với khắc phục ô nhiễm, suy thoái và cải thiện chất lượng môi trường. Trong thời gian qua, BYT đã tích cực gửi khuyến cáo để người dân đối phó với ô nhiễm không khí nặng nề, hướng dẫn các CSYT triển khai nhiều hoạt động nhằm giảm thiểu ô nhiễm không khí và giảm thiểu tác động của ô nhiễm không khí đến sức khỏe. Các giải pháp được khuyến nghị bao gồm: Cập nhật thông tin chất lượng không khí từ các nguồn tin cậy để chủ động phòng ngừa, bảo vệ sức khỏe khi ô nhiễm môi trường. Từ bỏ và tránh xa khói thuốc lá. Đeo khẩu trang đạt tiêu chuẩn chất lượng cản bụi mịn. Thường xuyên vệ sinh phòng ở và nhà cửa, dọn dẹp thông thoáng môi trường sống. Hạn chế đốt vàng mã, đốt nhang quá nhiều. Người dân ngoại thành không nên đốt rơm rạ khiến bầu không khí thêm ngột ngạt và ô nhiễm nặng nề hơn. Chuyển sang sử dụng nhiên liệu sạch (bếp điện, bếp từ) để đun nấu, thay thế bếp than tổ ong. Trồng thêm cây xanh góp phần bảo vệ môi trường trong lành.

BYT cũng đã phát động các hoạt động như triển khai CSYT xanh-sạch-đẹp trên toàn quốc nhằm tạo môi trường sạch, đảm bảo không khí trong lành cho người bệnh, NVYT và cộng đồng góp phần nâng cao chất lượng khám chữa bệnh và đã được các cấp, các ngành và cộng đồng đánh giá cao.

Một số CSYT đã sử dụng năng lượng tự nhiên cho các hoạt động khám, chữa bệnh. Hầu hết các CSYT đã thực hiện CSYT không khói thuốc.

2. Tồn tại, bất cập

Hai lĩnh vực phòng, chống tác hại thuốc lá và rượu, bia đã có Luật và các văn bản quy phạm pháp luật điều chỉnh, do vậy, các quy định được thực hiện một cách triệt để và thống nhất.

Các yếu tố nguy cơ gây bệnh không lây nhiễm khác chưa được quy định trong các văn bản quy phạm, chưa có căn cứ pháp lý chính thống để triển khai thực hiện, do vậy vẫn còn nhiều bất cập trong quá trình triển khai thực hiện như vấn đề dinh dưỡng, hoạt động thể lực, vấn đề ô nhiễm không khí trong nhà và ngoài trời.

III. ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ THỰC TRẠNG MỘT SỐ VẤN ĐỀ CHƯA ĐƯỢC QUY ĐỊNH

1. Dinh dưỡng trong phòng bệnh

a) SDD ở trẻ còn có sự khác biệt khá lớn giữa các vùng, miền. Đặc biệt là SDD thấp còi - ảnh hưởng đến chiều cao, tầm vóc của người Việt Nam, tỷ lệ này đã giảm xuống mức thấp (19,6% năm 2020) nhưng phân bố không đều giữa các vùng, miền trong cả nước. Tỷ lệ SDD thể thấp còi cao ở khu vực miền núi phía Bắc 37,4% và Tây Nguyên là 28,8%. Gói can thiệp dinh dưỡng 1000 ngày đầu đời của trẻ (1000 ngày vàng) giúp phòng chống SDD thấp còi ở trẻ em chưa được thực hiện toàn diện, chưa đồng bộ các hoạt động và cần tiếp tục được ưu tiên trong giai đoạn 2021 - 2030. Xây dựng chính sách BHYT chi trả cho dịch vụ tư vấn và điều trị cho trẻ SDD.

Tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng (thiếu sắt, thiếu I-ốt, thiếu vitamin A) vẫn cần quan tâm đầu tư, đặc biệt ưu tiên các vùng khó khăn và vùng sâu vùng xa, vùng có tỷ lệ thiếu vi chất dinh dưỡng cao. Vấn đề phòng chống thiếu kẽm, thiếu vitamin D cần được xem xét, có các chương trình hỗ trợ và có kế hoạch giám sát theo dõi tình trạng thiếu những vi chất này định kỳ. Cần thực hiện hiệu quả Nghị định tăng cường vi chất dinh dưỡng vào thực phẩm.

Việt Nam đang đối mặt với gánh nặng kép về dinh dưỡng. Trong những năm gần đây, trong khi tỷ lệ SDD còn cao thì tỷ lệ thừa cân và béo phì và các bệnh mạn tính không lây liên quan đến dinh dưỡng đang gia tăng dẫn đến thay đổi mô hình bệnh tật và tử vong (tỷ lệ thừa cân và béo phì ở trẻ em hiện nay là 7,1%; ở trẻ học đường (5 - 19 tuổi) gia tăng nhanh gấp 2 lần sau 10 năm (19,0%); ở người trưởng thành là 20,6%). Cần tập trung giáo dục truyền thông, tư vấn cộng đồng và cá thể về hoạt động thể lực và chế độ ăn, lối sống. Cần có các biện pháp cụ thể cho việc kiểm soát thừa cân béo phì và yếu tố nguy cơ BKLN.

Do vậy, cần có hướng dẫn về khẩu phần ăn phù hợp cho từng đối tượng, vùng, miền; chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ em sơ sinh không có sữa mẹ (ngân hàng sữa mẹ), trẻ em tuổi học đường (6-16 tuổi) và bổ sung, tăng cường vi chất dinh dưỡng.

b) Mô hình ăn uống của nhân dân ta đang có chiều hướng phát triển đa dạng và phức tạp trong thời kỳ chuyển tiếp. Bữa ăn thiếu về số lượng, mất cân đối về chất lượng còn tồn tại ở một số vùng - đặc biệt vùng sâu, vùng xa, vùng dân tộc thiểu số. Vấn đề dinh dưỡng hợp lý cho trẻ 6 - 23 tháng tuổi chưa đạt được. Trong khi đó tại các vùng đô thị tình trạng ăn uống bất hợp lý đang trở nên phổ biến ở một số tầng lớp dân cư. Người dân có xu hướng ăn nhiều thịt, dầu mỡ, các chất đạm, chất béo và các loại thực phẩm tinh chế, thực phẩm chế biến sẵn (có chứa nhiều muối) đang được sử dụng nhiều trong bữa ăn điều này làm gia tăng các rối loạn chuyển hóa dinh dưỡng, bệnh mạn tính không lây do vậy trong thời gian tới cần phải tiếp tục tăng cường giáo dục truyền thông, tư vấn. Bên cạnh đó, cần phải tiếp tục xây dựng dữ liệu khoa học cơ bản như bảng thành phần hóa học thức ăn Việt Nam; nhu cầu các chất dinh dưỡng, nhu cầu chuyển hóa của người Việt Nam; thực hiện ghi nhãn dinh dưỡng thực phẩm.

Bên cạnh đó, vấn đề an ninh lương thực, thực phẩm: Nguy cơ thiếu lương thực thực phẩm do thiên tai, bão lũ, hạn hán, dịch bệnh (COVID-19) vẫn thường xuyên đe dọa ở nhiều vùng, nhiều khu vực. Ô nhiễm môi trường, biến đổi khí hậu cũng là những nguyên nhân đe dọa đến vấn đề an ninh lương thực thực phẩm. Cần xây dựng hệ thống thực phẩm bền vững hướng tới chế độ ăn lành mạnh.

Do vậy, cần cung cấp thông tin về giá trị dinh dưỡng và cảnh báo về sử dụng sản phẩm thực phẩm trên nhãn sản phẩm và có quy định sản phẩm thực phẩm bao gói sẵn phải bảo đảm không vượt quá các chỉ tiêu giới hạn về hàm lượng muối, đường tự do và chất béo theo quy chuẩn kỹ thuật quốc gia.

c) Hệ thống giám sát dinh dưỡng cần được đầu tư về nguồn lực, bổ sung các chỉ tiêu giám sát mới phù hợp, đẩy mạnh ứng dụng công nghệ 4.0 trong giám sát dinh dưỡng.

Mạng lưới triển khai các hoạt động dinh dưỡng còn chưa đồng bộ. Đội ngũ cán bộ làm công tác dinh dưỡng ở cộng đồng và bệnh viện còn thiếu về số lượng và yếu về chất lượng, cần tiếp tục đầu tư đào tạo, tập huấn, ứng dụng đào tạo trực tuyến.

2. Vệ sinh phòng bệnh

a) Nghiên cứu, bổ sung chính sách về y tế trường học, trong đó chú trọng nguồn kinh phí đảm bảo cho công tác khám, kiểm tra sức khỏe định kỳ đầu năm học cho học sinh, sinh viên với các chỉ tiêu cơ bản, tối thiểu. Nghiên cứu, bổ sung chính sách về y tế trường học, trong đó chú trọng công tác khám, kiểm tra sức khỏe định kỳ đầu năm học cho học sinh, sinh viên với các chỉ tiêu cơ bản, tối thiểu. Việc sử dụng nguồn kinh phí để triển khai theo một trong hai phương án sau: Nhà nước bảo đảm kinh phí cho việc khám, kiểm tra sức khỏe định kỳ đầu năm học cho học sinh, sinh viên; Sử dụng nguồn kinh phí trích lại 5% trong quỹ BHYT trích trả lại cho các trường để thực hiện công tác khám, kiểm tra sức khỏe định kỳ cho học sinh, sinh viên; sửa đổi Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17/10/2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật BHYT để cho phép chi cho NVYT trong việc khám sức khỏe định kỳ học sinh, sinh viên đầu năm học (như chi thù lao khám, công tác phí, chi phí đi lại... cho CBYT tham gia khám sức khỏe định kỳ tại các trường học).

b) Tăng cường sự phối hợp liên ngành về công tác vệ sinh sức khỏe môi trường; chất lượng nước sạch sử dụng cho mục đích sinh hoạt; vệ sinh sức khỏe trường học; vệ sinh lao động; giám sát, phòng, chống bệnh nghề nghiệp, tai nạn thương tích để kiểm soát các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe.

c) Hoàn thiện chính sách pháp luật liên quan đến vệ sinh sức khỏe môi trường; chất lượng nước sạch sử dụng cho mục đích sinh hoạt; vệ sinh sức khỏe trường học; vệ sinh lao động; giám sát, phòng, chống bệnh nghề nghiệp, tai nạn thương tích. Xem xét xây dựng Luật Phòng bệnh trên cơ sở bổ sung các khoảng trống pháp luật để tránh chồng chéo, đảm bảo tính khả thi cao trong đó có nhóm chính sách về phòng, chống các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng sức khỏe.

3. Phòng, chống các rối loạn sức khỏe tâm thần

Các rối loạn tâm thần khá phổ biến trên toàn thế giới, cứ 1 trong 4 người bị ảnh hưởng bởi các rối loạn tâm thần hay thần kinh tại một thời điểm nào đó trong cuộc đời họ.

Theo báo cáo năm 2001 của WHO có khoảng 450 triệu người bị ảnh hưởng do các rối loạn này. Khảo sát sức khỏe tâm thần thế giới được thực hiện ở 28 quốc gia ở tất cả các khu vực trên thế giới cho thấy tỉ lệ hiện mắc các rối loạn tâm thần tăng từ nhóm trẻ nhất 18-29 tuổi đến nhóm 30-44 tuổi, sau đó giảm dần, có khi giảm đáng kể, ở độ tuổi già nhất (trên 60 tuổi). Tỉ lệ rối loạn khí sắc và lo âu cao hơn ở phụ nữ trong khi tỉ lệ rối loạn sử dụng chất và xung động lại cao hơn ở nam giới.

Tỉ lệ hiện mắc tổng thể giữa các nước có sự chênh lệch khá lớn, từ 4,3% ở Thượng Hải đến 26,4% ở Mỹ. Kết quả khảo sát cũng cho thấy rối loạn lo âu và khí sắc là phổ biến nhất. Hiện nay, rối loạn tâm thần và lạm dụng chất rất phổ biến trên thế giới. Năm 2008, WHO ước tính có hơn 150 triệu người bị trầm cảm, khoảng 125 triệu người bị ảnh hưởng bởi các rối loạn liên quan đến sử dụng rượu, hơn 50 triệu người động kinh và 24 triệu người mắc bệnh Alzheimer. Tại khu vực Tây Thái Bình Dương, ước tính có khoảng 100 triệu người có các rối loạn về tâm thần và trong đó khoảng 2% dân số mắc các rối loạn tâm thần nặng như tâm thần phân liệt, sa sút trí tuệ và chậm phát triển tâm thần nặng.

Các rối loạn tâm thần và các rối loạn liên quan sử dụng chất gây nghiện có ảnh hưởng lớn đến sức khỏe của cá nhân, gia đình và xã hội.

Theo một thống kê ở Hoa Kỳ năm 2014, có khoảng 9.8 triệu người từ 18 tuổi trở lên có các rối loạn tâm thần nghiêm trọng, khoảng 15.7 triệu người (18 tuổi trở lên) và 2.8 triệu người (từ 12 tuổi đến 17 tuổi) đã có một giai đoạn trầm cảm điển hình trong năm trước.

Trong đó có 22.5 triệu người tuổi từ 12 trở lên báo cáo cần phải điều trị cai rượu và và rối loạn liên quan sử dụng chất ma túy. Dự đoán đến năm 2020, các rối loạn về tâm thần và sử dụng chất gây nghiện có thể sẽ vượt qua tất cả các bệnh cơ thể để trở thành nguyên nhân chính gây ra rối loạn hoạt năng trên toàn thế giới.

Bên cạnh đó, việc sử dụng các chất ma túy ngày càng tăng. Nếu như thời gian trước đây, sử dụng các chất dạng opioid chiếm ưu thế thì ngày nay các chất ma túy mới, ma túy tổng hợp như ATS, Cần sa, ketamin, khí cười được mọi người sử dụng nhiều hơn, nhiều trường hợp các đối tượng sử dụng đa chất cùng với nhau. Các rối loạn tâm thần liên quan đến sử dụng các chất ma túy rất đa dạng. Hay gặp là rối loạn loạn thần với hoang tưởng ghen tuông, hoang tưởng bị hại, bị theo dõi... Bệnh nhân có thể xuất hiện ảo giác nghe thấy hoặc nhìn thấy những điều không có thực. Nhiều bệnh nhân có hội chứng cai rượu với biến chứng mê sảng, co giật nếu không được điều trị kịp thời rất nguy hiểm đến tính mạng do rối loạn điện giải, rối loạn chức năng gan thận. Ban đầu nhiều đối tượng sử dụng chất với mục đích giải trí tìm kiếm những cảm giác mới, những niềm vui mới, nhưng sau khi sử dụng rất nhiều đối tượng có rối loạn giấc ngủ, rối loạn lo âu, và rối loạn trầm cảm. Trường hợp rối loạn trầm cảm nặng, bệnh nhân có thể xuất hiện ý tưởng hoặc hành vi tự sát.

Những rối loạn tâm thần liên quan đến lối sống, đến sử dụng các chất kích thích, nghiện game thường hay gặp ở nhóm đối tượng tuổi trẻ. Trong đó nhóm tuổi học sinh thường liên quan đến chơi game, vào internet nhiều. Nguy cơ sử dụng các chất gây nghiện hay gặp ở nhóm học sinh, sinh viên, những trẻ em có rối loạn nhân cách, những đối tượng ham chơi, bỏ học, những đối tượng trong gia đình có người sử dụng chất gây nghiện, ở những vùng miền giáp biên giới, khu đô thị, khu kinh tế phát triển chất gây nghiện dễ có điều kiện xâm nhập vào và rất sẵn trên thị trường. Ngoài ra những người có rối loạn tâm thần như rối loạn trầm cảm, rối loạn lo âu cũng dễ có nguy cơ sử dụng các chất gây nghiện.

Khoảng 75% người rối loạn tâm thần không được tiếp cận các dịch vụ theo nhu cầu của họ mà phần lớn trong số đó tập trung ở các nước có thu nhập thấp và trung bình.

Có khoảng 35,5% đến 50,3% bệnh nhân nặng ở các nước phát triển, 76,3% đến 85,4% ở các nước kém phát triển không được điều trị trong 12 tháng trước thời điểm nghiên cứu.

Việt Nam chưa có các nghiên cứu đầy đủ về các rối loạn tâm thần, cho đến nay mới chỉ có một cuộc khảo sát dịch tễ học được tiến hành vào đầu năm 2000 của bệnh viện Tâm thần Trung ương I trên phạm vi toàn quốc. Kết quả cho thấy 14,9% dân số mắc 10 rối loạn tâm thần phổ biến nhất, tương đương khoảng 13 triệu người đang có nhu cầu về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, trong đó chiếm tỉ lệ cao nhất là lạm dụng rượu (5,3%), trầm cảm (2,8%) và lo âu (2,7%). Gần 3 triệu người mắc các rối loạn tâm thần nghiêm trọng điển hình (tâm thần phân liệt, trầm cảm, rối loạn lưỡng cực và các biểu hiện nghiêm trọng khác về lo âu và trầm cảm).

Theo điều tra quốc gia dựa vào cộng đồng trên 5.584 vị thành niên và thanh niên ở độ tuổi 14-25 năm 2003 do Bộ Y tế và Tổng Cục Thống kê hợp tác tiến hành với sự hỗ trợ kỹ thuật và tài chính của WHO và Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc UNICEF, 25% các đối tượng cảm thấy buồn chán hoặc không có khả năng hoạt động, họ không thể tham gia vào các hoạt động thường ngày của họ và họ thấy khó khăn khi thực hiện các hoạt động. Nhóm nam thanh niên có tỉ lệ tự tử cao nhất, đặc biệt ở độ tuổi 18-21, chiếm 6,4% ở khu vực thành thị và 4,1% ở nông thôn.

Theo báo cáo kết quả điều tra của Bệnh viện Tâm thần trung ương 1, trong thời gian 02 năm từ 2000 - 2001, Trần Văn Cường và cộng sự điều tra dịch tễ 10 bệnh tâm thần tại 08 điểm của các vùng sinh thái khác nhau, tỷ lệ hiện mắc 10 loại bệnh lý tâm thần thường gặp là 14,8% dân số, một số tỷ lệ mắc các bệnh tâm thần cụ thể như sau:

Bảng 6. Điều tra dịch tễ 10 bệnh tâm thần tại 08 vùng sinh thái ở Việt Nam

STT	Rối loạn	Tỷ lệ	Số bệnh nhân
1	Bệnh tâm thần phân liệt (F20)	0,47%	400.000
2	Động kinh (G40)	0,33%	240.000
3	Rối loạn tâm thần do chấn thương sọ não (F07.2)	0,51%	
4	Chậm phát triển tâm thần (F70 – F73)	0,61%	
5	Trầm cảm (F32)	2,8%	2.300.000
6	Lo âu (F41)	2,7%	
7	Lạm dụng và nghiện rượu (F10.1)	5,3%	
8	Rối loạn hành vi ở thanh thiếu niên (F91.0)	0,9%	
9	Mất trí tuổi già (F00-F04):	0,88%	
10	Ma túy (F11)	0,3%	
	Tổng cộng	14,8%	

Rối loạn tâm thần gây ra khoảng 14% gánh nặng bệnh tật toàn, cầu đồng thời gây nghèo đói cho cá nhân và gia đình, cản trở đến sự phát triển kinh tế quốc gia. Ước tính tác động toàn cầu về sản lượng kinh tế mất đi do rối loạn tâm thần sẽ lên tới 17.000 tỷ USD trong 20 năm tới. Tương tự thế giới, tại Việt Nam, theo nghiên cứu Gánh nặng bệnh tật và thương tích năm 2008, các rối loạn tâm thần kinh là những nguyên nhân hàng đầu của gánh nặng bệnh tật. Gần 15% dân số (tương đương khoảng 13,5 triệu người) Việt Nam đang mắc các rối loạn tâm thần phổ biến và khoảng 3 triệu người mắc các rối loạn tâm thần nặng.

Tuy nhiên, theo thống kê của WHO, tại hầu hết các nước có thu nhập thấp và trung bình, sự đầu tư nguồn lực tài chính, cơ sở vật chất và nhân lực cho sức khỏe tâm thần còn rất hạn chế thông thường chiếm dưới 2% chi phí y tế nói chung của họ.

Những tác động về kinh tế xã hội của bệnh tâm thần làm cản trở việc đạt được các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ.

Theo dự báo trong 20 năm tới, bốn nhóm bệnh không lây nhiễm chính (tim mạch, ung thư, đái tháo đường, và hô hấp mãn tính) và các bệnh tâm thần sẽ lấy đi của nền kinh tế toàn cầu khoảng 47 nghìn tỉ USD và của các nước đang phát triển khoảng 21 nghìn tỉ USD [31]. Năm 2007, khu vực công của Thái Lan đã chi 21% tổng chi phí điều trị nội trú cho 5 nhóm bệnh này. Một nghiên cứu gần đây của trường đại học Harvard, Mỹ ước tính tổng chi phí cho 5 nhóm bệnh này trong giai đoạn 2012-2030 của Trung Quốc là 27,8 tỉ USD và của Ấn Độ là 6,2 tỉ USD (theo tỉ giá USD năm 2010). Với 2 quốc gia này, chi phí cho các rối loạn tâm thần đứng thứ hai sau các bệnh tim mạch.

Do vậy, cần có quy định về kiểm soát yếu tố nguy cơ tại cộng đồng, bao gồm: (1) kiểm soát yếu tố nguy cơ gây rối loạn tâm thần liên quan đến lối sống thông qua việc ban hành các điều kiện nhằm hạn chế tiếp cận với yếu tố nguy cơ và (2) cung cấp dịch vụ tư vấn, dự phòng và hỗ trợ.

4. Quản lý sức khỏe người dân

Việt Nam đã đạt được một số thành tựu quan trọng trong công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân, tình trạng sức khỏe của người dân đã có nhiều cải thiện; công tác Y tế dự phòng được tăng cường, đã ngăn chặn được các bệnh dịch nguy hiểm, không để xảy ra dịch lớn; các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe như môi trường, thực phẩm, rèn luyện thân thể, đời sống tinh thần... được quan tâm hơn; năng lực và chất lượng khám, chữa bệnh được nâng lên, tiếp cận được hầu hết các kỹ thuật tiên tiến trên thế giới,... Tuy nhiên, công tác này vẫn còn đối mặt nhiều khó khăn, thách thức như chất lượng môi trường sống, làm việc, chế độ dinh dưỡng, rèn luyện thân thể, văn hoá tinh thần... ở nhiều nơi chưa được chú trọng, bảo đảm. Nhiều hành vi, thói quen ảnh hưởng xấu tới sức khỏe chưa được khắc phục căn bản.

Hệ thống tổ chức y tế dự phòng, y tế cơ sở và chăm sóc sức khỏe ban đầu còn thiếu ổn định, hoạt động chưa thực sự hiệu quả. Chất lượng dịch vụ, nhất là ở tuyến dưới chưa đáp ứng yêu cầu.

Trước những thách thức trên đòi hỏi hệ thống y tế phải có những thay đổi phù hợp cả về tổ chức bộ máy, chức năng nhiệm vụ và khả năng cung ứng các dịch vụ. Trong khi đó, nguồn lực tài chính chưa đáp ứng yêu cầu phát triển y tế, chăm sóc sức khỏe nhân dân. Ngân sách nhà nước đầu tư cho y tế còn hạn hẹp, thu nhập của người dân còn thấp, tiềm lực kinh tế chưa đủ mạnh, trong khi nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân ngày càng cao, đa dạng; yêu cầu đầu tư cho y tế lớn. Cơ chế tài chính y tế hiện nay chưa huy động được nhiều nguồn lực xã hội, chi tại y tế cơ sở và chăm sóc sức khỏe ban đầu còn thấp, chưa động viên được toàn dân tham gia bảo hiểm y tế. Để thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu, phát hiện sớm bệnh tật thì việc thiết lập hệ thống quản lý và chăm sóc sức khỏe toàn diện là hết sức cần thiết thông qua việc lập hồ sơ sức khỏe cá nhân gắn với mục tiêu thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân.

Việc lập hồ sơ sức khỏe bảo đảm mỗi người dân có một hồ sơ sức khỏe duy nhất và thống nhất lưu trữ trong hệ thống quản lý hồ sơ sức khỏe điện tử quốc gia. Khi có hồ sơ sức khỏe, mỗi người dân khi cần khám chữa bệnh có thể dịch chuyển thông suốt trong hệ thống y tế, các thông tin đầy đủ về sức khỏe người bệnh được cung cấp cho bác sĩ một cách nhanh chóng, chính xác, tạo thuận lợi cho việc chẩn đoán và điều trị, giúp người bệnh được chăm sóc sức khỏe toàn diện, liên tục và phối hợp, phát hiện bệnh sớm, điều trị kịp thời khi bệnh còn ở giai đoạn sớm, hiệu quả điều trị cao, giảm bớt chi phí của mỗi người dân cho việc khám chữa bệnh. Đồng thời, thông qua đó, giúp cho việc quản lý quỹ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế hiệu quả, ngành y tế hoạch định chính sách tốt hơn vì có những bằng chứng về thực tiễn.

Hồ sơ sức khỏe cá nhân cho nhân dân là giải pháp quan trọng cho việc quản lý để hoạch định chính sách và xây dựng kế hoạch cũng như triển khai các hoạt động can thiệp y tế, như tiêm chủng, hoạt động dinh dưỡng, yếu tố vi lượng, khám chữa bệnh...

Bên cạnh đó, hệ thống quản lý hồ sơ sức khỏe toàn dân còn giúp quản lý tốt các nhóm bệnh, tình hình tử vong, các bệnh có yếu tố gia đình, liên quan môi trường sống, nguồn nước và các yếu tố vệ sinh khác. Việc chẩn đoán điều trị bệnh sớm sẽ giảm bớt chi phí bảo hiểm y tế, đồng thời khi thông tin người bệnh thông suốt thì việc quản lý chi phí bảo hiểm y tế sẽ dễ dàng hơn, hạn chế việc gian lận, lạm dụng quỹ bảo hiểm y tế.

Ngoài ra việc lập hồ sơ quản lý và chăm sóc sức khỏe là một trong những giải pháp tăng cường tính hấp dẫn của chính sách bảo hiểm y tế thông qua việc người dân được chăm sóc sức khỏe tại y tế cơ sở, bảo đảm mỗi người dân được cung cấp dịch vụ y tế, chăm sóc, định hướng, tư vấn ngay tại y tế cơ sở. Với hơn 11.400 trạm y tế cấp xã, trong đó 78% số trạm có bác sĩ làm việc là điều rất thuận lợi cho việc triển khai việc quản lý hồ sơ sức khỏe cá nhân. Đây là tuyến y tế gần dân nhất, nhanh nhất thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu. Tuy nhiên, hiện tuyến y tế này vẫn chưa phát huy cao nhất hiệu quả do những khó khăn về cơ chế tài chính, khả năng cung ứng dịch vụ... Do đó, cùng với việc bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân để bảo đảm cơ chế tài chính, quyết tâm của Chính phủ thực hiện việc lập hồ sơ quản lý sức khỏe sẽ tạo ra một cơ chế mới, khắc phục được khó khăn này, trở thành một trong những bước thực hiện bao phủ toàn diện về chăm sóc sức khỏe cho nhân dân.

Từ năm 2017, dự kiến lập hồ sơ sức khỏe cá nhân mỗi người dân thông qua đó người dân sẽ được chăm sóc, định hướng, tư vấn sức khỏe ngay tại y tế cơ sở. Hiện, cơ quan Bảo hiểm xã hội Việt Nam đã lập dự toán kinh phí bổ sung năm 2017 trình Thủ tướng Chính phủ phê duyệt để lập hồ sơ sức khỏe cho những người đã tham gia bảo hiểm y tế; đối với những người chưa tham gia bảo hiểm y tế (khoảng 18% số dân), nguồn kinh phí sẽ do ngân sách địa phương hoặc các nguồn tài trợ chi trả... Việc lập hồ sơ sức khỏe cá nhân đã được triển khai thí điểm tại Phú Thọ, Bắc Ninh và Hà Nội. Phú Thọ triển khai thí điểm tại huyện Yên Lập với việc khám và lập hồ sơ sức khỏe cho hơn 90% số dân trên địa bàn. Tại Bắc Ninh đến nay đã có trên 50% số xã, phường đã khám và lập hồ sơ sức khỏe cho người dân trên địa bàn tỉnh. Tại Hà Nội, từ năm 2014 đã triển khai mô hình bác sĩ gia đình và thực hiện quản lý hơn 35.000 hồ sơ sức khỏe.

Mục tiêu đến tháng 9 sẽ hoàn thành việc khám sức khỏe lần đầu và lập hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân cho tất cả người dân. Từ những kết quả ban đầu đáng khích lệ ở Bắc Ninh, Phú Thọ và Hà Nội mô hình sẽ được nhân rộng toàn quốc, giúp cho quá trình quản lý và chăm sóc sức khỏe toàn diện cho người dân tại cộng đồng ngoài ra giúp cho việc quản lý quỹ bảo hiểm y tế và tăng sức hấp dẫn của chính sách bảo hiểm y tế.

Mục đích cuối cùng là tất cả người dân đều được lập hồ sơ, tư vấn, khám chữa bệnh, sau đó khám định kỳ hàng năm, thông qua các đơn vị y tế cơ sở bác sỹ gia đình. Để triển khai việc triển khai khám bệnh, lập sổ theo dõi sức khỏe cho tất cả người dân có những lợi thế bởi đã có dữ liệu dân cư thường xuyên được cập nhật, chỉ cần mở thêm trường thông tin về sức khỏe. Với việc nối mạng toàn hệ thống, sau này người dân khám bệnh ở đâu trên tại địa phương nào cũng sẽ được cập nhật vào hệ thống. Mỗi người có một mã số riêng, bác sỹ chỉ mở được các thông tin cá nhân được nếu người bệnh đồng ý để đảm bảo tính bảo mật. Cần kết nối các cơ sở khám, chữa bệnh ngoài công lập vào mạng chung, tiến tới quản lý chung toàn quốc. Bác sỹ kê đơn mới được mua thuốc để khắc phục tình trạng 75% người dân vẫn tự mua thuốc không cần đơn như hiện nay dẫn đến thực trạng khó quản lý giá, chất lượng thuốc và tình trạng kháng thuốc.

Phần thứ hai

PHƯƠNG HƯỚNG, GIẢI PHÁP VÀ KIẾN NGHỊ

I. PHƯƠNG HƯỚNG HOÀN THIỆN HỆ THỐNG PHÁP LUẬT VỀ PHÒNG BỆNH

1. Tiếp tục xây dựng và hoàn thiện hệ thống văn bản pháp luật đồng bộ để tạo môi trường pháp lý thuận lợi cho công tác phòng bệnh.

2. Đổi mới, đa dạng hóa và đẩy mạnh hoạt động thông tin, tuyên truyền, giáo dục pháp luật về phòng bệnh rộng rãi trong xã hội, đến các cộng đồng dân cư, từng người dân, từng gia đình.

II. GIẢI PHÁP

1. Từng bước hoàn thiện pháp luật về phòng bệnh

Qua rà soát cho thấy, các tồn tại, bất cập do thiếu hành lang pháp lý, bao gồm (1) Vấn đề dinh dưỡng với sức khỏe; (2) Vấn đề sức khỏe tâm thần; (3) Vấn đề quản lý bệnh không lây nhiễm và (4) Vấn đề quản lý sức khỏe đối với người dân. Các vấn đề về phòng bệnh cần đánh giá tác động bao gồm:

(1) Vấn đề bắt buộc phải sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế đối với người có nguy cơ mắc bệnh truyền nhiễm tại vùng nguy cơ có dịch;

(2) Vấn đề dinh dưỡng với sức khỏe;

(3) Vấn đề sức khỏe tâm thần;

(4) Vấn đề quản lý bệnh không lây nhiễm

(5) Vấn đề quản lý sức khỏe đối với người dân.

2. Tổ chức tốt việc thực hiện và áp dụng pháp luật về phòng bệnh

a) Đổi mới, mở rộng, nâng cao chất lượng công tác thông tin, giáo dục, truyền thông phòng bệnh:

- Đa dạng hóa về nội dung, phương thức thực hiện thông tin, giáo dục, truyền thông bảo đảm tính thân thiện, có chất lượng, phù hợp với đặc điểm của từng nhóm đối tượng, văn hóa, ngôn ngữ ở các vùng miền khác nhau, trong đó chú trọng truyền thông về quyền và nghĩa vụ của người bệnh, người nhà người bệnh;

- Kết hợp giữa truyền thông đại chúng với truyền thông trực tiếp, trong đó chú trọng phát huy vai trò, trách nhiệm của hệ thống cơ quan thông tin, truyền thông và tổ chức chính trị - xã hội các cấp.

b) Khẩn trương xây dựng và ban hành Quy trình phổ biến giáo dục pháp luật làm cơ sở cho các đơn vị, địa phương tổ chức triển khai việc phổ biến giáo dục pháp luật về phòng bệnh thống nhất và đạt hiệu quả cao.

c) Tăng cường công tác đào tạo, bồi dưỡng kiến thức pháp luật về lĩnh vực dự phòng, phòng bệnh theo các kế hoạch cụ thể được phê duyệt cho đội ngũ công chức, viên chức y tế, đặc biệt là những công chức trực tiếp làm công tác xây dựng và tổ chức thực hiện pháp luật lĩnh vực dự phòng tại Bộ Y tế - những công chức có thẩm quyền ban hành các quyết định áp dụng pháp luật, công chức làm công tác thanh tra, kiểm tra việc thực hiện pháp luật.

d) Xây dựng và lồng ghép nội dung đào tạo pháp luật về phòng bệnh trong chương trình đào tạo pháp luật về y tế.

e) Tăng cường đầu tư kinh phí cho công tác phổ biến giáo dục pháp luật về y tế nói chung và pháp luật phòng bệnh nói riêng, đồng thời sử dụng có hiệu quả nguồn kinh phí này.

III. KIẾN NGHỊ XÂY DỰNG MỘT SỐ NỘI DUNG CỤ THỂ TRONG DỰ ÁN LUẬT PHÒNG BỆNH

1. Phạm vi điều chỉnh, đối tượng áp dụng

Kế thừa các quy định của Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm và bổ sung quy định về kiểm soát các yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe bao gồm:

- Phòng, chống bệnh không lây nhiễm.
- Dinh dưỡng trong phòng bệnh.
- Phòng, chống các rối loạn sức khỏe tâm thần.
- Quản lý sức khỏe người dân.

2. Giải thích từ ngữ

Kế thừa các quy định của Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm và:

- Sửa đổi, bổ sung một số khái niệm liên quan đến phòng, chống bệnh truyền nhiễm cho phù hợp với thực tế hiện nay như dịch, vùng có dịch.

- Bổ sung giải thích cho các thuật ngữ được sử dụng trong dự án Luật như phòng bệnh, sức khỏe, nâng cao sức khỏe, bảo vệ sức khỏe, kiểm soát bệnh tật, chăm sóc sức khỏe ban đầu, an ninh y tế, tai nạn, thương tích, tình trạng y tế công cộng khẩn cấp, đánh giá tác động sức khỏe.

3. Chính sách của Nhà nước về phòng bệnh

Kế thừa các quy định của Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm và bổ sung các nhóm chính sách về:

- Phòng, chống bệnh không lây nhiễm.
- Dinh dưỡng trong phòng bệnh, nâng cao sức khỏe.
- Quản lý sức khỏe.

4. Phân loại và cấp độ dịch bệnh truyền nhiễm

- Bổ quy định về danh mục cụ thể các bệnh truyền và thay bằng cách thức xác định nhóm bệnh truyền nhiễm còn danh mục các bệnh truyền nhiễm sẽ giao Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành, cập nhật để bảo đảm phù hợp chuyên môn và tình hình thực tế.

- Bổ sung quy định về cấp độ dịch bệnh truyền nhiễm để bảo đảm tương đồng với quy định của Luật phòng thủ dân sự.

5. Đối tượng và địa điểm kiểm dịch y tế

Kế thừa các quy định của Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm và bổ sung nội dung giao Bộ trưởng Bộ Y tế quy định danh mục mẫu vi sinh y học, sản phẩm sinh học, mô, bộ phận cơ thể để tránh tình trạng tất cả các sản phẩm nhập khẩu vào Việt Nam đều phải kiểm dịch gây lãng phí và tốn kém về mặt thời gian.

6. Nguyên tắc, thẩm quyền, thời hạn và điều kiện công bố dịch

Giữ nguyên các quy định của Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm nguyên tắc, thời hạn, điều kiện công bố dịch và và chỉnh lý kỹ thuật đối với quy định về thẩm quyền công bố dịch được thiết kế theo thẩm quyền của chính quyền các cấp nhằm bảo đảm tương ứng với quy định của pháp luật về phòng thủ dân sự và logic với quy định về cấp độ dịch tại dự thảo Luật này.

Bên cạnh đó, chỉnh lý quy định về điều kiện công bố hết dịch sẽ do Bộ Y tế hướng dẫn (hiện nay đang thực hiện theo quy định của Thủ tướng Chính phủ).

7. Tổ chức cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh

Kế thừa các quy định của Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm và chỉnh lý để quy định cụ thể về nguồn thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với người mắc bệnh truyền nhiễm nhóm A mà không quy định chung chung người mắc bệnh dịch thuộc nhóm A được khám và điều trị miễn phí.

8. Nguyên tắc và thẩm quyền ban bố tình trạng khẩn cấp về dịch

Nội dung của Điều này được dự kiến xây dựng theo hướng kế thừa các quy định Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm hiện hành và bổ sung làm rõ trường hợp được thực hiện đề xuất ban bố tình trạng khẩn cấp là khi dịch bệnh truyền nhiễm ở cấp độ 3 xảy ra trên diện rộng, đe dọa nghiêm trọng đến tính mạng, sức khỏe con người và kinh tế - xã hội của đất nước.

9. Các hoạt động khác trong vệ sinh phòng bệnh

Bổ sung về trách nhiệm của:

- Các bộ, ngành trong việc hướng dẫn yêu cầu kỹ thuật cơ bản khi xây dựng nhà tiêu hộ gia đình và nhà tiêu công cộng;
- Ủy ban nhân dân các cấp trong việc quy hoạch và triển khai xây dựng mạng lưới nhà tiêu công cộng trên địa bàn quản lý. Nội dung này được xây dựng trên cơ sở các văn bản quy phạm pháp luật dưới Luật đã được áp dụng trong thời gian vừa qua.

10. Quy định các hoạt động phòng, chống bệnh không lây nhiễm

- Nội dung hoạt động phòng, chống bệnh không lây nhiễm gồm: (1) Phòng, chống các yếu tố nguy cơ; (2) Phát hiện sớm bệnh không lây nhiễm; (3) Dự phòng cho người nguy cơ cao; (4) Chăm sóc, điều trị, phục hồi chức năng cho người mắc bệnh; (5) Quản lý bệnh không lây nhiễm.
- Hoạt động phòng, chống các yếu tố nguy cơ gây bệnh không lây nhiễm.
- Phát hiện sớm bệnh không lây nhiễm
- Dự phòng cho người có nguy cơ cao mắc bệnh không lây nhiễm
- Chăm sóc, điều trị, phục hồi chức năng cho người mắc bệnh không lây nhiễm

11. Quy định dinh dưỡng trong phòng bệnh

- Nội dung hoạt động dinh dưỡng trong phòng bệnh.
- Chăm sóc dinh dưỡng.
- Đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng.
- An toàn thực phẩm trong dinh dưỡng.

12. Phòng, chống các rối loạn sức khỏe tâm thần

- Phát hiện sớm các rối loạn tâm thần
- Dự phòng cho người có nguy cơ cao mắc các rối loạn tâm thần
- Chăm sóc, điều trị cho người mắc các rối loạn tâm thần
- Quản lý chăm sóc người bệnh tại cộng đồng

13. Hồ sơ sức khỏe và quản lý hồ sơ sức khỏe

- Quy định nguyên tắc trong quản lý, sử dụng hồ sơ sức khỏe người dân bao gồm: (1) Mỗi người dân đều có một hồ sơ sức khỏe và được gắn với mã định danh công dân; (2) Hồ sơ sức khỏe là tài sản của cá nhân, được Nhà nước hỗ trợ quản lý thông qua cơ sở dữ liệu quốc gia về y tế; bảo đảm tính liên thông, đồng bộ, gắn với cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư; Nội dung hồ sơ sức khỏe; Lập hồ sơ sức khỏe.

- Quản lý, khai thác sử dụng hồ sơ sức khỏe.

- Ứng dụng công nghệ thông tin trong việc lập hồ sơ và quản lý hồ sơ sức khỏe của người dân.

- Trách nhiệm bảo mật và an toàn thông tin.

14. Một số điều kiện đảm bảo

- Chế độ đối với người làm công tác phòng, chống bệnh truyền nhiễm và người tham gia chống dịch

- Kinh phí cho công tác phòng, chống bệnh truyền nhiễm

- Dự trữ quốc gia cho phòng, chống dịch

- Quỹ hỗ trợ phòng bệnh và nâng cao sức khỏe

Trên đây là báo cáo tổng quan hệ thống pháp luật có liên quan đến lĩnh vực phòng bệnh và đánh giá thực trạng các quan hệ xã hội liên quan đến đề nghị xây dựng dự án Luật phòng bệnh./.

Nơi nhận:

- Thủ tướng Chính phủ;
- Các Phó Thủ tướng Chính phủ;
- Văn phòng Chính phủ (để báo cáo);
- Bộ Tư pháp;
- Lưu: VT, PC_(02b).

BỘ TRƯỞNG

Đào Hồng Lan

ⁱ Kết quả điều tra “Joint Monitoring program for water supply and sanitation”- do WHO, UNICEF phối hợp với Tổng cục Thống kê thực hiện

ⁱⁱ Điều 81 Luật Khám bệnh, chữa bệnh 2009

ⁱⁱⁱ Bộ Y tế, Điều tra Quốc gia yếu tố nguy cơ BKLN (STEPS) năm 2021, số liệu sơ bộ do Cục Y tế dự phòng, Bộ Y tế cung cấp.

^{iv} Thùy Linh, Tiếp cận qua để làm giảm hiệu quả PCTH của thuốc lá, Báo Lao động, 29/5/2022.

^v Trích tài liệu hội nghị “Tập huấn nâng cao năng lực truyền thông về phòng, chống tác hại của thuốc lá”, tại Đà Nẵng, ngày 23/12/2022.

Phuonghiep@pbp - Nguyen Van Thi Thuoc Huong - 098 777 777 010