

SERVICE READINESS FOR HYPERTENSION AND DIABETES MANAGEMENT IN PRIMARY CARE FACILITIES OF THUA THIEN HUE PROVINCE: AN ANALYSIS OF WHO-SARA DATA IN 2018 AND 2024

Nguyen Minh Tam^{1*}, Le Ho Thi Quynh Anh¹, Vo Duc Toan¹
Duong Quang Tuan¹, Tran Binh Thang¹, Tran Kiem Hao²

¹Hue University of Medicine and Pharmacy - 6 Ngo Quyen, Thuan Hoa district, Hue city, Vietnam

²Hue city Department of Health - Hue city Centralized Administrative Area, Vo Nguyen Giap street, Thuan Hoa district, Hue city, Vietnam

Received: 19/3/2025

Revised: 27/3/2025; Accepted: 05/5/2025

ABSTRACT

Objectives: To assess changes in the readiness of primary healthcare facilities to manage hypertension and diabetes in Thua Thien Hue province in 2018 and 2024.

Research methods: A cross-sectional study using WHO-SARA 2018 and 2024 data from 141 commune health centers. Generalized linear model analysis was applied to evaluate changes over time and across geographic areas.

Results: The proportion of commune health centers meeting $\geq 70\%$ service readiness declined for hypertension (46.8% in 2018 to 30.5% in 2024) and diabetes (9.2% in 2018 to 5.0% in 2024). Hypertension readiness decreased in urban and rural areas but slightly increased in mountainous areas ($F = 6.7$, $p < 0.05$). Diabetes readiness declined across all areas ($F = 15.7$, $p < 0.001$). Medication readiness significantly decreased in urban areas for hypertension ($F = 145.1$, $p < 0.001$) and diabetes ($F = 4.8$, $p < 0.05$), while rural areas showed some improvement for diabetes medications. Diagnostic testing for diabetes declined significantly, whereas training and clinical guideline readiness improved across all areas.

Conclusions: Medication readiness showed the most significant decline. Prioritizing access to essential medicines and diagnostic services at primary care facilities, alongside sustained investment in professional training, is essential.

Keywords: Service readiness, WHO-SARA, non-communicable diseases, primary care, healthcare disparities.

*Corresponding author

Email: nmtam@huemed-univ.edu.vn Phone: (+84) 918910466 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD5.2473>

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ SẴN SÀNG CUNG CẤP DỊCH VỤ QUẢN LÝ BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ TỈNH THỪA THIÊN HUẾ: PHÂN TÍCH DỮ LIỆU WHO-SARA NĂM 2018 VÀ 2024

Nguyễn Minh Tâm^{1*}, Lê Hồ Thị Quỳnh Anh¹, Võ Đức Toàn¹
Dương Quang Tuấn¹, Trần Bình Thắng¹, Trần Kiêm Hào²

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế - 6 Ngô Quyền, quận Thuận Hóa, thành phố Huế, Việt Nam

²Sở Y tế thành phố Huế - Khu Hành chính tập trung TP Huế, đường Võ Nguyên Giáp, quận Thuận Hóa, TP Huế, Việt Nam

Ngày nhận bài: 19/3/2025

Ngày chỉnh sửa: 27/3/2025; Ngày duyệt đăng: 05/5/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi sẵn sàng cung cấp dịch vụ quản lý tăng huyết áp và đái tháo đường tại tuyến y tế cơ sở tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2018 và 2024.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng dữ liệu WHO-SARA 2018 và 2024 tại 141 trạm y tế. Phân tích hồi quy tuyến tính tổng quát đánh giá sự thay đổi theo thời gian và giữa các khu vực.

Kết quả: Tỷ lệ trạm y tế đạt mức sẵn sàng $\geq 70\%$ giảm đối với tăng huyết áp (46,8% năm 2018, 30,5% năm 2024) và đái tháo đường (9,2% năm 2018, 5,0% năm 2024). Mức sẵn sàng tăng huyết áp giảm tại đô thị và nông thôn nhưng tăng nhẹ ở miền núi ($F = 6,7$, $p < 0,05$). Mức sẵn sàng đái tháo đường giảm ở cả 3 khu vực ($F = 15,7$, $p < 0,001$). Thuốc điều trị giảm mạnh tại đô thị đối với tăng huyết áp ($F = 145,1$, $p < 0,001$) và đái tháo đường ($F = 4,8$, $p < 0,05$), trong khi nông thôn có cải thiện thuốc đái tháo đường. Xét nghiệm chẩn đoán đái tháo đường giảm đáng kể, trái ngược với đào tạo và hướng dẫn chuyên môn tăng ở cả 3 khu vực.

Kết luận: Thuốc điều trị là tiêu chí có sự sụt giảm nghiêm trọng nhất. Cần ưu tiên đảm bảo thuốc và xét nghiệm tại tuyến y tế cơ sở, đồng thời tiếp tục đầu tư bền vững vào đào tạo chuyên môn.

Từ khóa: Mức độ sẵn sàng cung cấp dịch vụ, WHO-SARA, bệnh không lây nhiễm, chăm sóc ban đầu, bất bình đẳng y tế.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường (ĐTĐ) là hai bệnh mạn tính góp phần đáng kể vào gánh nặng bệnh tật và tử vong sớm trên toàn cầu. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization - WHO), THA ảnh hưởng đến khoảng 1,28 tỷ người trưởng thành trên thế giới, với gần 46% không được chẩn đoán và kiểm soát hiệu quả. ĐTĐ cũng đang gia tăng nhanh chóng, ước tính toàn cầu có khoảng 537 triệu người mắc bệnh vào năm 2021 và dự kiến sẽ tăng lên 783 triệu vào năm 2045 [1]. Tại Việt Nam, tỉ lệ mắc THA và ĐTĐ ngày càng gia tăng nhanh chóng, đặc biệt trong bối cảnh thay đổi lối sống và gia tăng các yếu tố nguy cơ như béo phì, hút thuốc lá, tiêu thụ rượu bia, chế độ ăn uống không lành mạnh và lối sống ít vận động [2]. Tuy nhiên, khả năng cung cấp dịch vụ quản lý, điều trị hai bệnh lý này tại tuyến y tế cơ sở còn nhiều hạn chế.

Nhằm tăng cường quản lý THA và ĐTĐ, WHO đã đề xuất các khung đánh giá mức độ sẵn sàng cung cấp dịch

vụ như WHO-SARA (Service Availability and Readiness Assessment) và WHO-PEN (Package of Essential Noncommunicable disease interventions) [3]. WHO-SARA tập trung vào đánh giá mức độ sẵn có và khả năng sẵn sàng của các dịch vụ y tế, bao gồm nhân lực, hướng dẫn điều trị, trang thiết bị, thuốc men và xét nghiệm chẩn đoán. Trong khi đó, WHO-PEN nhấn mạnh vào việc sàng lọc, chẩn đoán, điều trị và theo dõi bệnh THA, ĐTĐ theo hướng tiếp cận chi phí thấp và dễ triển khai tại tuyến y tế cơ sở. Tại Việt Nam, nhiều chương trình và chính sách đã được triển khai nhằm nâng cao năng lực quản lý bệnh THA và ĐTĐ tại tuyến y tế cơ sở, bao gồm các chương trình kiểm soát bệnh không lây nhiễm, mô hình bác sĩ gia đình và gói dịch vụ y tế cơ bản [4]. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều thách thức trong việc chuẩn hóa quy trình quản lý, thiếu hụt nhân lực y tế có năng lực chuyên môn trong quản lý bệnh mạn tính, hạn chế trong việc cung ứng thuốc men và xét nghiệm chẩn đoán, đặc biệt tại các vùng nông thôn và miền núi [5], [6].

*Tác giả liên hệ

Những thay đổi mạnh mẽ về chính sách y tế vừa qua cũng đã và đang có tác động đáng kể đến khả năng cung ứng dịch vụ tại trạm y tế, đặc biệt là Luật Khám chữa bệnh 2024 và cơ chế tự chủ tài chính của các cơ sở y tế công lập. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá sự thay đổi mức độ sẵn sàng cung cấp dịch vụ quản lý bệnh THA và ĐTD tại tuyến y tế cơ sở, thông qua việc phân tích dữ liệu WHO-SARA năm 2018 và 2024. Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp bằng chứng thực tiễn nhằm hỗ trợ các nhà quản lý y tế định hướng các chính sách nâng cao năng lực hệ thống y tế cơ sở, góp phần tăng cường chất lượng quản lý bệnh mạn tính và đảm bảo công bằng y tế tại Việt Nam trong bối cảnh mới.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng dữ liệu của tất cả các trạm y tế xã, phường, thị trấn thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế thông qua khảo sát WHO-SARA (2018 và 2024).

2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Năm 2018, tỉnh Thừa Thiên Huế có 152 trạm y tế. Tuy

nhiên, từ tháng 7/2021, do điều chỉnh địa giới hành chính cấp huyện và xã, một số xã, phường được sáp nhập, khiến số lượng trạm y tế giảm còn 141. Để đảm bảo tính nhất quán khi so sánh dữ liệu giữa hai thời điểm, nghiên cứu chỉ phân tích 141 trạm y tế vẫn hoạt động vào năm 2024. Trong số 141 trạm y tế nghiên cứu, có 48 trạm ở đô thị, 67 trạm ở nông thôn và 26 trạm ở miền núi.

2.3. Công cụ đánh giá mức độ sẵn sàng

Bộ công cụ WHO-SARA được sử dụng để đo lường mức độ sẵn có và khả năng sẵn sàng cung cấp dịch vụ y tế tại các trạm y tế. Sự sẵn sàng cung cấp dịch vụ quản lý bệnh THA được đánh giá theo 3 nhóm tiêu chí, sự sẵn sàng cung cấp dịch vụ quản lý bệnh ĐTD được đánh giá theo 4 nhóm tiêu chí (bảng 1). Mỗi chỉ số sẵn sàng đáp ứng dịch vụ được chấm 1 điểm nếu đạt tiêu chí. Để đánh giá mức độ sẵn sàng cung cấp dịch vụ quản lý bệnh, chúng tôi sử dụng thang điểm của Nguyễn Hoàng Long và cộng sự (2014) [7] và Mutale W và cộng sự (2018) [8], trong đó trạm y tế đạt mức sẵn sàng khi điểm đánh giá $\geq 70\%$ tổng điểm tối đa.

Bảng 1. Các chỉ số đánh giá sự sẵn sàng cung cấp dịch vụ quản lý THA, ĐTD

Nhóm tiêu chí	Chỉ số đánh giá	
	Bệnh THA	Bệnh ĐTD
Đào tạo và hướng dẫn tài liệu chuyên môn	Đào tạo, tập huấn:	Đào tạo, tập huấn:
	Phòng chống yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm	Phòng chống yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm
	Phát hiện, chẩn đoán THA	Phát hiện, chẩn đoán ĐTD
	Điều trị THA	Điều trị ĐTD
	Quản lý THA	Quản lý ĐTD
	Tư vấn về tác hại của thuốc lá	Tư vấn về tác hại của thuốc lá
	Tư vấn về lạm dụng rượu bia	Tư vấn về lạm dụng rượu bia
	Tư vấn về ít hoạt động thể lực	Tư vấn về ít hoạt động thể lực
	Tư vấn về dinh dưỡng không hợp lý	Tư vấn về dinh dưỡng không hợp lý
		Xét nghiệm đường máu đầu ngón tay
		Nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống
	Tài liệu, hướng dẫn chuyên môn:	Tài liệu, hướng dẫn chuyên môn:
	Truyền thông về phòng chống yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm	Truyền thông về phòng chống yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm
	Truyền thông về bệnh THA	Truyền thông về bệnh ĐTD
	Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị THA	Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị ĐTD
	Quy trình lâm sàng khám, chữa bệnh THA	Quy trình lâm sàng khám, chữa bệnh ĐTD
Trang thiết bị	Bảng, thước đo chiều cao	Bảng, thước đo chiều cao
	Cân đo cân nặng người lớn	Cân đo cân nặng người lớn
	Máy đo huyết áp	Máy đo huyết áp
	Ống nghe	Ống nghe
	Oxygen (xy lanh hoặc bình nén)	Máy đo đường huyết cầm tay
Xét nghiệm chẩn đoán		Test thử đường huyết
		Que thử protein nước tiểu
		Que thử ketone nước tiểu

Nhóm tiêu chí	Chỉ số đánh giá	
	Bệnh THA	Bệnh ĐTĐ
Thuốc điều trị	Chất ức chế men chuyển ACE	Metformin
	Thuốc lợi tiểu	Glibenclamid
	Thuốc chẹn beta blockers	Insulin tiêm
	Thuốc chẹn kênh canxi	Glucose 50% truyền tĩnh mạch
	Aspirin	

2.4. Phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm EpiData 3.0 và SPSS 20.0. Kết quả được trình bày dưới dạng tỉ lệ phần trăm (%), trung bình (Mean) và độ lệch chuẩn (SD). Mức độ thay đổi của các chỉ số sẵn sàng cung cấp dịch vụ được tính bằng độ chênh lệch trung bình ($\Delta\text{mean} = \text{Mean 2024} - \text{Mean 2018}$) và tỉ lệ (%) thay đổi $= (\Delta\text{mean} / \text{mean 2018}) \times 100\%$. Phân tích hồi quy tuyến tính tổng quát (generalized linear model - GLM) được áp dụng để đánh giá sự thay đổi theo thời gian và sự khác biệt giữa các khu vực (đô thị, nông thôn, miền núi). Mô hình GLM với biến đo lường lặp (repeated measures) được sử dụng để kiểm tra ảnh hưởng của thời gian (time effect) và tương tác giữa thời gian và khu vực (time $\times$ area interaction). Bên cạnh đó, phép kiểm hậu kiểm Bonferroni được sử dụng để xác định sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm. Các phép kiểm thống kê có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế (các văn bản số H2018/21 ngày 27/4/2018 và H2023/030 ngày 30/3/2023). Nghiên cứu tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y học. Đồng thời, nghiên cứu được thực hiện với sự cho phép và hỗ trợ từ Sở Y tế, các Trung tâm Y tế huyện, thị và các Trạm Y tế xã, phường trên địa bàn khảo sát.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự thay đổi đáng kể về nhân lực y tế và số lượt bệnh nhân tại tuyến y tế cơ sở giai đoạn 2018-2024. Bảng 2 mô tả đặc điểm chung của các trạm y tế trong nghiên cứu, bao gồm tình trạng nhân lực, số lượt khám và quản lý bệnh nhân THA, ĐTĐ.

Bảng 2. Đặc điểm chung của các trạm y tế (n = 141)

Đặc điểm		Năm 2018	Năm 2024	p
Có đủ 4 nhóm chức danh theo tiêu chuẩn quốc gia về nhân lực	Đạt	75 (53,2%)	72 (51,1%)	
	Không đạt	66 (46,8%)	69 (48,9%)	
Có bác sĩ, y sĩ đa khoa công tác tại trạm y tế	Có	140 (99,3%)	126 (89,4%)	
	Không	1 (0,7%)	15 (10,6%)	
Số năm công tác của bác sĩ, y sĩ khám chữa bệnh	< 10 năm	35 (24,8%)	55 (39,0%)	0,01
	≥ 10 năm	106 (75,2%)	86 (61,0%)	
Lượt bệnh nhân khám ngoại trú tại cơ sở y tế trong 1 tháng trước (Mean $\pm$ SD)		448,26 $\pm$ 202,39	202,39 $\pm$ 236,31	< 0,001
Lượt bệnh nhân THA khám ngoại trú tại cơ sở y tế trong 1 tháng trước (Mean $\pm$ SD)		73,54 $\pm$ 75,70	56,00 $\pm$ 72,55	0,03
Số bệnh nhân THA đang được quản lý tại cơ sở y tế (Mean $\pm$ SD)		108,17 $\pm$ 108,48	291,79 $\pm$ 324,19	< 0,001
Lượt bệnh nhân ĐTĐ khám ngoại trú tại cơ sở y tế trong 1 tháng trước (Mean $\pm$ SD)		6,02 $\pm$ 13,46	12,22 $\pm$ 25,92	0,02
Số bệnh nhân ĐTĐ đang được quản lý tại cơ sở y tế (Mean $\pm$ SD)		18,39 $\pm$ 23,81	80,51 $\pm$ 111,11	< 0,001

Kết quả bảng 2 cho thấy tỉ lệ trạm y tế có bác sĩ, y sĩ đa khoa giảm từ 99,3% năm 2018 xuống 89,4% năm 2024 ($p < 0,001$); số bác sĩ, y sĩ có ≥ 10 năm kinh nghiệm cũng giảm ($p = 0,01$), phản ánh thách thức về nguồn nhân lực. Trong khi lượt khám ngoại trú tại cơ sở y tế giảm mạnh ($p < 0,001$), số bệnh nhân THA và ĐTĐ được quản lý tại trạm y tế lại tăng đáng kể ($p < 0,001$), cho thấy sự chuyển dịch trong mô hình quản lý bệnh mạn tính. Đáng chú ý, số lượt khám bệnh THA tại trạm y tế giảm ($p < 0,001$) trong khi số lượt khám bệnh ĐTĐ lại tăng ($p = 0,02$).

Bảng 3. Phân bố tỉ lệ trạm y tế sẵn sàng cung cấp dịch vụ quản lý bệnh theo nhóm tiêu chí (n = 141)

Nội dung tiêu chí		Năm 2018		Năm 2024	
		Chưa sẵn sàng (< 70% tiêu chí)	Sẵn sàng (≥ 70% tiêu chí)	Chưa sẵn sàng (< 70% tiêu chí)	Sẵn sàng (≥ 70% tiêu chí)
Dịch vụ quản lý THA	Mức độ sẵn sàng tổng thể	75 (53,2%)	66 (46,8%)	98 (69,5%)	43 (30,5%)
	Đào tạo và hướng dẫn tài liệu chuyên môn	39 (27,7%)	102 (72,3%)	39 (27,7%)	102 (72,3%)
	Trang thiết bị	6 (4,3%)	135 (95,7%)	14 (9,9%)	127 (90,1%)
	Thuốc	127 (90,1%)	14 (9,9%)	137 (97,2%)	4 (2,8%)
Dịch vụ quản lý ĐTD	Mức độ sẵn sàng tổng thể	128 (90,8%)	13 (9,2%)	134 (95,0%)	7 (5,0%)
	Đào tạo và hướng dẫn tài liệu chuyên môn	82 (58,2%)	59 (41,8%)	54 (38,3%)	87 (61,7%)
	Trang thiết bị	3 (2,1%)	138 (97,9%)	17 (12,1%)	124 (87,9%)
	Xét nghiệm chẩn đoán	133 (94,3%)	8 (5,7%)	141 (100%)	0
	Thuốc	118 (83,7%)	23 (16,3%)	116 (82,3%)	25 (17,7%)

Bảng 3 cho thấy tỉ lệ trạm y tế đạt mức sẵn sàng tổng thể giảm đáng kể đối với cả THA (từ 46,8% xuống 30,5%) và ĐTD (từ 9,2% xuống 5,0%). Đối với THA, tỉ lệ trạm y tế có đủ thuốc điều trị giảm mạnh (từ 9,9% xuống 2,8%), trong khi đối với bệnh ĐTD tỉ lệ này tăng nhẹ từ 16,3% đến 17,7%, cho thấy khả năng tiếp cận thuốc tại tuyến y tế cơ sở ngày càng hạn chế. Tuy nhiên, một số tiêu chí cụ thể có sự cải thiện, đặc biệt đối với 2 tiêu chí gồm đào tạo, hướng dẫn chuyên môn và trang thiết bị trong quản lý ĐTD.

Bảng 4. Phân tích repeated measures về mức độ sẵn sàng cung cấp dịch vụ theo khu vực

Điểm sẵn sàng (n = 141)		Đô thị (n = 48)		Nông thôn (n = 67)		Miền núi (n = 26)		Ảnh hưởng của thời gian (F)	Tương tác giữa thời gian và khu vực (F)
		Thay đổi trung bình (Δmean)	Tỉ lệ thay đổi (%)	Thay đổi trung bình (Δmean)	Tỉ lệ thay đổi (%)	Thay đổi trung bình (Δmean)	Tỉ lệ thay đổi (%)		
Dịch vụ quản lý THA	Điểm sẵn sàng tổng thể	-8,69	13,0	-6,19	8,8	+3,55	5,5	6,67 [@]	5,08 [#]
	Đào tạo và hướng dẫn chuyên môn	+8,51	11,5	+4,10	5,2	+8,33	11,1	8,49 [@]	0,48
	Trang thiết bị	+1,25	1,5	+10,15	12,6	+20,77	26,2	19,36 [*]	4,56 [@]
	Thuốc	- 5,83	78,2	-32,84	63,6	-18,46	48,9	145,12 [*]	3,85 [@]
Dịch vụ quản lý ĐTD	Điểm sẵn sàng tổng thể	-12,66	22,3	-2,73	5,3	-2,49	4,7	15,67 [*]	5,75 [#]
	Đào tạo và hướng dẫn chuyên môn	+13,10	22,2	+9,17	14,8	+13,19	22,4	25,28 [*]	0,41
	Trang thiết bị	-16,67	19,3	-2,69	3,3	+5,38	6,3	4,17 [@]	7,59 [#]
	Xét nghiệm chẩn đoán	-29,86	75,0	-20,40	58,6	-21,79	51,5	65,68 [*]	1,24
	Thuốc	-17,19	41,3	+2,99	9,7	-6,73	25,0	4,82 [@]	4,66 [@]

Ghi chú: [@]p < 0,05; [#]p < 0,01; ^{*}p < 0,001.

Kết quả bảng 4 cho thấy mức độ sẵn sàng cung cấp dịch vụ quản lý THA và ĐTD thay đổi có ý nghĩa thống kê theo thời gian và khác biệt giữa các khu vực. Mức độ sẵn sàng cung cấp dịch vụ THA giảm tại đô thị (-8,59 điểm) và nông thôn (-8,89 điểm) nhưng tăng nhẹ ở miền núi (+5,50 điểm, F = 6,67, p < 0,05). Thuốc điều trị giảm mạnh (F = 145,12, p < 0,001), đặc biệt tại đô thị (-78,2%) và nông thôn (-63,6%), trong khi đào tạo chuyên môn cải thiện ở cả 3 khu vực (F = 19,49, p <

0,05). Đối với ĐTD, mức sẵn sàng tổng thể giảm tại cả 3 khu vực, đáng kể nhất ở đô thị (-12,66 điểm, F = 15,67, p < 0,001). Xét nghiệm chẩn đoán giảm mạnh (F = 65,68, p < 0,001), đặc biệt tại đô thị (-29,86 điểm), trong khi thuốc điều trị tiếp tục suy giảm tại đô thị (-17,19 điểm, F = 4,82, p < 0,05) nhưng có cải thiện ở nông thôn.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đánh giá sự thay đổi mức độ sẵn sàng cung cấp dịch vụ quản lý THA và ĐTD tại tuyến y tế cơ sở

tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2018 và 2024 cho thấy sự suy giảm đáng kể trong mức độ sẵn sàng tổng thể, đặc biệt là về thuốc điều trị và xét nghiệm chẩn đoán. Những phát hiện này một lần nữa phản ánh những thách thức trong việc cung ứng dịch vụ chăm sóc bệnh mạn tính tại tuyến y tế cơ sở ở Việt Nam, đặc biệt trong bối cảnh thay đổi chính sách và cơ chế tài chính y tế [5], [6], [10].

Báo cáo của WHO (2024) cũng nhấn mạnh rằng hạn chế về nguồn cung cấp thuốc và xét nghiệm là rào cản chính trong quản lý bệnh mạn tính tại các nước thu nhập trung bình thấp, bao gồm Việt Nam [9]. Mặc dù, nhiều nghiên cứu chỉ rõ vai trò của bảo hiểm y tế trong việc cải thiện khả năng tiếp cận thuốc điều trị bệnh mạn tính hướng tới bao phủ chăm sóc y tế toàn dân [13], tuy nhiên nghiên cứu này lại cho thấy mức sẵn sàng cung ứng thuốc THA và ĐTD giảm đáng kể và có sự khác biệt rõ rệt giữa các vùng địa lý. Điều này có thể liên quan mật thiết với sự thay đổi trong cơ chế tài chính y tế và chính sách tự chủ của các cơ sở y tế công lập [14]. Cơ chế tự chủ tài chính có thể dẫn đến sự chuyển dịch nguồn lực theo hướng ưu tiên đầu tư cho bệnh viện tuyến trên, nơi có đầy đủ dịch vụ xét nghiệm và điều trị, thu hút đông bệnh nhân và mang lại nguồn thu cao hơn. Trong khi đó, các trạm y tế gặp khó khăn hơn trong duy trì cung ứng thuốc và dịch vụ xét nghiệm, do không có đủ nguồn thu để tái đầu tư. Điều này dường như tạo vòng luẩn quẩn tài chính, khi trạm y tế kém hấp dẫn, không đủ năng lực cung cấp dịch vụ, dẫn đến người dân ít sử dụng dịch vụ tại tuyến cơ sở, làm suy giảm hơn nữa nguồn thu của trạm y tế. Kết quả là mức độ sẵn sàng cung ứng dịch vụ y tế tại tuyến cơ sở ngày càng giảm, làm trầm trọng hơn bất bình đẳng trong tiếp cận y tế, đặc biệt đối với các bệnh lý mạn tính như THA và ĐTD. Để khắc phục tình trạng này, cần có các cơ chế hỗ trợ tài chính đặc thù cho tuyến y tế cơ sở, đảm bảo nguồn cung thuốc và xét nghiệm ổn định, đồng thời tái cấu trúc cơ chế tự chủ tài chính theo hướng linh hoạt, kết hợp với chính sách hỗ trợ tài chính từ Nhà nước và bảo hiểm y tế, sẽ giúp đảm bảo tính bền vững và công bằng trong cung ứng dịch vụ chăm sóc bệnh mạn tính không lây nhiễm.

Sự suy giảm mức độ sẵn sàng về xét nghiệm chẩn đoán ĐTD cũng là một vấn đề đáng lo ngại, có thể làm giảm hiệu quả theo dõi và kiểm soát bệnh, từ đó làm tăng nguy cơ biến chứng. Một nghiên cứu tổng quan ghi nhận rằng các nước đang phát triển gặp khó khăn trong duy trì xét nghiệm định kỳ tại tuyến y tế cơ sở do chi phí cao và thiếu trang thiết bị [11]. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu tại Cambodia, cho thấy việc tiếp cận xét nghiệm chẩn đoán tại tuyến y tế cơ sở còn hạn chế, khiến nhiều bệnh nhân không được theo dõi và điều trị kịp thời [12]. Trái ngược với sự suy giảm của thuốc và xét nghiệm, nghiên cứu này ghi nhận sự cải thiện trong đào tạo và hướng dẫn chuyên môn ở cả 3 khu vực. Điều này có thể phản ánh nỗ lực của Bộ Y

tế và các tổ chức quốc tế trong việc tăng cường năng lực cho nhân viên y tế tuyến cơ sở.

Sự khác biệt về mức độ sẵn sàng giữa các khu vực cũng phản ánh những bất bình đẳng trong cung cấp dịch vụ y tế [15]. Mức sẵn sàng THA có xu hướng tăng nhẹ ở miền núi, trong khi lại giảm tại đô thị và nông thôn, có thể do các chương trình hỗ trợ đặc thù và ưu tiên phân bổ nguồn lực cho vùng khó khăn. Tuy nhiên, mức sẵn sàng ĐTD giảm đồng đều ở cả 3 khu vực, cho thấy sự suy yếu mức độ sẵn sàng chung trong hệ thống y tế cơ sở đối với bệnh lý này. Điều này có thể liên quan đến sự gia tăng gánh nặng ĐTD tại Việt Nam, với tỉ lệ mắc bệnh ngày càng cao nhưng nguồn lực chưa đáp ứng kịp. Điều này đặt ra yêu cầu cấp thiết về tăng cường năng lực tuyến y tế cơ sở trong quản lý ĐTD, thông qua đầu tư vào nguồn cung xét nghiệm, đảm bảo thuốc điều trị và mở rộng chương trình đào tạo chuyên sâu. Đồng thời, cần có cơ chế tài chính bền vững và chính sách hỗ trợ phù hợp để giảm bất bình đẳng giữa các khu vực, đảm bảo người bệnh ĐTD có thể tiếp cận dịch vụ hiệu quả hơn.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy sự suy giảm đáng kể trong mức độ sẵn sàng cung cấp dịch vụ quản lý THA và ĐTD tại tuyến y tế cơ sở từ năm 2018 đến 2024. Trong khi đào tạo chuyên môn được cải thiện, thiếu hụt thuốc và xét nghiệm vẫn là rào cản lớn, ảnh hưởng đến kiểm soát bệnh mạn tính. Cần đảm bảo nguồn cung thuốc, xét nghiệm và có cơ chế tài chính hỗ trợ tuyến y tế cơ sở, đồng thời điều chỉnh chính sách tự chủ linh hoạt, kết hợp bảo hiểm y tế và đầu tư bền vững vào nhân lực để nâng cao hiệu quả quản lý THA, ĐTD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organization, Noncommunicable diseases Geneva: World Health Organization, 2023 [updated 16 September 2023 Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- [2] Vu L.T.H, Bui Q.T.T, Khuong L.Q et al, Trend of metabolic risk factors among the population aged 25-64 years for non-communicable diseases over time in Vietnam: A time series analysis using national STEPs survey data, Front Public Health 2022, 10 (10): 1045202, doi: 10.3389/fpubh.2022.1045202 [published Online First: 2022/12/20].
- [3] World Health Organization, WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care, Geneva, WHO, 2020.
- [4] Bộ Y tế, Quyết định số 2559/QĐ-BYT ngày 20/4/2018, Ban hành Kế hoạch tăng cường thực hiện điều trị, quản lý tăng huyết áp và đái tháo đường theo nguyên lý y học gia đình tại các trạm y tế xã, phường, thị trấn giai đoạn 2018-2020.

- [5] Duong D.B, Minh H.V, Ngo L.H et al, Readiness, Availability and Utilisation of Rural Vietnamese Health Facilities for Community Based Primary Care of Non-communicable Diseases: A CrossSectional Survey of 3 Provinces in Northern Vietnam, *Int J Health Policy Manag* 2019, 8 (3): 150-57, doi: 10.15171/ijhpm.2018.104 [published Online First: 2019/04/14].
- [6] Hoang T.N, Nguyen T.P, Pham M.P et al, Assessment of availability, readiness, and challenges for scaling-up hypertension management services at primary healthcare facilities, Central Highland region, Vietnam, 2020, *BMC Prim Care* 2023, 24 (1): 138, doi: 10.1186/s12875-023-02092-8 [published Online First: 2023/07/02].
- [7] Nguyen H.L, Ngo T.T, Capacity for delivery services of non-communicable diseases prevention and management in commune health centers. *Vietnam Journal of Preventive Medicine*, 2014, 3 (176), pp. 78-83.
- [8] Mutale W, Bosomprah S, Shankalala P, Mweemba O, Chilengi R, Kapambwe S et al, Assessing capacity and readiness to manage NCDs in primary care setting: Gaps and opportunities based on adapted WHO PEN tool in Zambia, *PLoS One*, 2018 Aug 23, 13 (8): e0200994, doi: 10.1371/journal.pone.0200994. PMID: 30138318; PMCID: PMC6107121.
- [9] World Health Organization, Strengthening services for NCDs in all-hazards emergency preparedness, resilience and response - A WHO report, Geneva, WHO, 2024.
- [10] Nguyen P.T, Gilmour S, Le P.M, Nguyen H.L, Dao T.M.A, Tran B.Q, Hoang M.V, Nguyen H.V, Trends in, projections of, and inequalities in non-communicable disease management indicators in Vietnam 2010-2030 and progress toward universal health coverage: A Bayesian analysis at national and sub-national levels, *EClinicalMedicine*, 2022 Jul 11, 51: 101550, doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101550. PMID: 35856038; PMCID: PMC9287489.
- [11] El-Jardali F, Fadlallah R, Daouk A, Rizk R, Hemadi N, El Kebbi O et al, Barriers and facilitators to implementation of essential health benefits package within primary health care settings in low-income and middle-income countries: A systematic review, *Int J Health Plann Manage*, 2019, 34 (1): 15-41.
- [12] Jacobs B, Hill P, Bigdeli M, Men C, Managing non-communicable diseases at health district level in Cambodia: a systems analysis and suggestions for improvement, *BMC Health Serv Res*, 2016 Jan 27, 16: 32, doi: 10.1186/s12913-016-1286-9. PMID: 26818827; PMCID: PMC4730739.
- [13] Beran D, Pedersen H.B, Robertson J, Noncommunicable diseases, access to essential medicines and universal health coverage, *Glob Health Action*, 2019, 12 (1): 1670014, doi: 10.1080/16549716.2019.1670014. PMID: 31573421; PMCID: PMC6781244.
- [14] Sepehri A, Minh K.N, Vu P.H, Challenges in moving toward universal health coverage: rising cost of outpatient care among Vietnam's insured rural residents, 2006-2018, *Public Health*, 2023 Feb, 215: 56-65, doi: 10.1016/j.puhe.2022.12.002. Epub 2023 Jan 13. PMID: 36642040.
- [15] Kien V.D, Van Minh H, Giang K.B, Ng N, Nguyen V, Tuan L.T, Eriksson M, Views by health professionals on the responsiveness of commune health stations regarding non-communicable diseases in urban Hanoi, Vietnam: a qualitative study, *BMC Health Serv Res*, 2018 May 31, 18 (1): 392, doi: 10.1186/s12913-018-3217-4. PMID: 29855320; PMCID: PMC5984436.