

Trong đó nhóm tuổi 18-34 số người (CPI₁) chiếm tỷ lệ cao nhất 33,0%; ở nhóm tuổi 35-45 số người có (CPI₂) chiếm tỷ lệ cao nhất 37,9%, và ở nhóm tuổi 35-45 có túi lợi quanh răng (CPI₃ và CPI₄) cao hơn nhóm 18-34 giữa hai nhóm tuổi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ người có (CPI₂) giữa các nhóm tuổi, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Cũng trong bảng này, tỷ lệ người có vùng quanh răng lành ở nữ cao hơn nam, số người viêm lợi nam cao hơn nữ, số người có túi lợi nữ cao hơn nam. Tỷ lệ số người có vùng lục phân cao nhất giữa các giới, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

So sánh kết quả nghiên cứu với điều tra SKRM toàn quốc 2001, và dữ liệu của WHO [2], [4] thấy rằng vùng không mắc bệnh và vùng chảy máu trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ cao hơn nhiều. Từ vùng có cao răng và có túi lợi thì nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thấp hơn đáng kể. Điều này có thể giải thích rằng: do ý thức VSRM của người dân đã được nâng cao hơn nên tỷ lệ vùng lành cao hơn.

* Số trung bình vùng lục phân lành và bệnh

Nghiên cứu số trung bình lục phân, các đối tượng khám không có người nào mất răng toàn bộ. Số trung bình vùng lục phân lành mạnh chung là 1,74. (Nghĩa là trong mỗi đối tượng khám trung bình có 1,7 vùng lành), trong đó CPI₁ là 1,97; CPI₂ là 1,68; CPI₃ là 0,45; CPI₄ là 0,06; vùng mất răng là 0,10.

Số trung bình ở hai nhóm tuổi có khác nhau là: Vùng chảy máu (CPI₁) là 2,23 và 1,25; vùng có cao răng (CPI₂) là 1,94 và 2,0; vùng có túi lợi nông (CPI₃) là 0,32 và 0,58, vùng có túi lợi sâu (CPI₄) là 0,02 và 1,10, vùng mất răng là 0,08 và 0,12. Số trung bình vùng CPI₀ ở nhóm 18-34 là cao nhất, số trung bình các vùng khác giảm dần. Số trung bình vùng CPI₂ ở nhóm 35-45 là cao nhất. Giữa hai nhóm tuổi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Số trung bình chung ở hai giới có khác nhau: vùng chảy máu (CPI₁) là 2,23 và 1,82; vùng có cao răng (CPI₂) là 1,67 và 1,68; vùng có túi lợi nông (CPI₃) là 0,41 và 0,47, vùng có túi lợi sâu (CPI₄) là 0,03 và 0,08, vùng mất răng là 0,08 và 0,11 ở vùng chảy máu nam có số trung bình cao hơn, các vùng khác nữ luôn có số trung bình cao hơn. Giữa hai giới sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

So sánh với điều tra CSSKRM năm 2001 [2], trong nghiên cứu của chúng tôi số trung bình vùng lục phân giữa hai nhóm tuổi có CPI₀ và CPI₁ cao hơn, nhưng số trung bình vùng lục phân CPI₂, CPI₃, CPI₄ thấp hơn. Ta thấy số người có vùng lành cao hơn, số người có vùng bệnh thấp hơn các nghiên cứu trước. Điều này cho ta thấy với các biện pháp dự phòng bệnh quanh răng thực hiện ở nước ta trong thời gian vừa qua đã và đang có hiệu quả. Đây cũng là điểm mấu chốt nhằm nâng cao nhận thức của người dân về tầm quan trọng của sức khỏe răng miệng, và biết cách phòng bệnh răng miệng hiệu quả. Điều này cũng phù hợp với kết luận của các nghiên cứu khác [5].

KẾT LUẬN

1. Tình trạng bệnh sâu răng

- Tỷ lệ bệnh sâu răng chung là 68,6%, trong đó ở nhóm tuổi 18-34 là 63,3% và nhóm tuổi 35-45 là 73,8%; ở nữ là 72,4% và nam là 61,9%.

- Chỉ số SMTR chung là 2,08 trong đó nhóm tuổi 18-34 là 1,94 và nhóm tuổi 35-45 là 2,21; nam là 1,65 và nữ là 2,33.

2. Tình trạng bệnh quanh răng

- Số người có 3 vùng lục phân lành trở lên là 33,78%.

- Tỷ lệ người có bệnh vùng quanh răng: CPI₁ là 29,6%; CPI₂ là 33,4%; CPI₃ là 15,4% và CPI₄ là 1,8%.

- Số trung bình vùng lục phân CPI₀ là 1,74; CPI₁ là 1,97; CPI₂ là 1,68; CPI₃ là 0,45; CPI₄ là 0,06 và vùng mất răng 0,10.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Quang Trung** (1998), *Bệnh học quanh răng*, Giáo trình dùng cho cao học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr.2-43; 54-64.
2. **Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ân, Trịnh Đình Hải** (2001), *Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc*, Nhà xuất bản Y học, tr.67-75.
3. **Võ Thế Quang** (1993), *Điều tra cơ bản sức khỏe răng miệng ở Việt Nam-1990, Kỹ yếu công trình khoa học 1975-1993*, Viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh, tr.17-21.
4. **W.H.O** (1986-2004), An overview of CPITN data in the WHO global Oral data bank, *Community Dent Oral Epidemiol*, 14, pp.310-312
5. **Songpaisan Y** (1994), *Community Oral health care - Projection Thailand*, pp.12-15.

GÓI DỊCH VỤ Y TẾ CƠ BẢN TẠI TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ: PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN VÀ ÁP DỤNG TẠI VIỆT NAM

LÊ THÀNH CÔNG, PHẠM THỊ THANH HƯƠNG
Vụ Kế hoạch Tài chính, Bộ Y tế

Thực hiện mục tiêu Bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân là một ưu tiên hàng đầu trong Chương trình nghị sự y tế của Chính phủ Việt Nam. Một trong những yếu tố quan trọng thúc đẩy thực hiện Bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân là đổi mới hệ thống tài chính y tế, cung ứng dịch vụ có chất lượng, bao phủ hầu hết các dịch vụ y tế cơ bản, tỷ lệ người dân tham

gia bảo hiểm y tế (BHYT) trên 80% và giảm chi tiền túi của người dân xuống thấp hơn 30%. Để cung cấp các dịch vụ y tế cơ bản, việc xây dựng Gói dịch vụ y tế cơ bản (GDVYTCB) tại tuyến y tế cơ sở (YTCS) là yêu cầu quan trọng nhằm đảm bảo quyền lợi cho người tham gia BHYT được tiếp cận dịch vụ y tế cơ bản, từ đó góp phần nâng cao chất lượng khám,

chữa bệnh (KCB), từng bước đưa các dịch vụ dự phòng vào gói, kiểm soát được chi phí và đáp ứng các ưu tiên về chính sách y tế. Do đó, Nghị quyết số 68/2013/QH13 ngày 29/11/2013 đã quy định hoàn thiện việc quy định GDVYTCB do BHYT chi trả phù hợp với mức đóng và điều kiện kinh tế - xã hội trước năm 2018. Theo đó, Luật số 46/2014/QH13 ngày 13/6/2014 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT cũng có quy định về việc ban hành GDVYTCB, trong đó Bộ Y tế chủ trì về việc xây dựng GDVYTCB. Tại Điều 1, Mục 8 của Luật số 46/2014/QH13 quy định: Gói dịch vụ y tế cơ bản là những dịch vụ y tế thiết yếu để chăm sóc sức khỏe, phù hợp với khả năng chi trả của quỹ BHYT.

Mục tiêu của việc xây dựng GDVYTCB nhằm đảm bảo công bằng trong chăm sóc sức khỏe cho người tham gia BHYT, không phân biệt đối xử và không phụ thuộc vào khả năng chi trả, đảm bảo quyền lợi cho số đông để hướng tới chăm sóc sức khỏe toàn dân, đáp ứng khả năng cân đối của quỹ BHYT, tăng hiệu suất trong phân bổ, sử dụng nguồn lực cho chăm sóc sức khỏe và đảm bảo minh bạch và tăng trách nhiệm giải trình.

Hiện nay, Gói quyền lợi BHYT khá toàn diện, bao gồm các dịch vụ điều trị ngoại trú, nội trú, cấp cứu, phục hồi chức năng, khám thai định kỳ và sinh con ở tất cả các tuyến điều trị, có mức hưởng từ 80-100% chi phí KCB tùy theo đối tượng. Các danh mục thuốc, dịch vụ y tế được BHYT hoặc ngân sách nhà nước chi trả được quy định tại các Thông tư, Quyết định do Bộ Y tế ban hành, cụ thể: Danh mục thuốc tân dược (TT40/2014/TT-BYT - có hiệu lực từ 01/01/2015) là 845 hoạt chất, 1.064 thuốc; 57 thuốc phóng xạ và hợp chất đánh dấu. Thuốc điều trị ung thư bao gồm 19 thuốc, 10 loại thanh toán 100%, 9 loại thuốc thanh toán 50%. Thuốc đông y và YHCT (TT05/2015/TT-BYT - có hiệu lực từ 01/5/2015): 349 vị thuốc YHCT và 229 thuốc đông y, thuốc từ dược liệu. Danh mục dịch vụ y tế theo phân tuyến chuyên môn kỹ thuật cho các cơ sở KCB với 17.216 DVKT được chia thành 28 chuyên khoa (TT43/2013/TT-BYT - có hiệu lực từ 01/02/2014). Dịch vụ kỹ thuật cao chi phí lớn bao gồm 177 dịch vụ (QĐ36/2005/QĐ-BYT ngày 31/10/2005 của Bộ Y tế). Phục hồi chức năng (TT11/2009/TT-BYT - có hiệu lực từ 01/10/2009) bao gồm 33 dịch vụ.

Nhiều dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu hiện nay đang được ngân sách nhà nước hoặc các nguồn chi hợp pháp khác chi trả. Tuy nhiên, các dịch vụ y tế chưa được BHYT chi trả ngân sách nhà nước chi trả bao gồm khám sức khỏe định kỳ, dịch vụ sàng lọc phát hiện bệnh, dịch vụ tư vấn, dịch vụ nâng cao sức khỏe, phục hồi chức năng tại nhà và chăm sóc giảm nhẹ,...

Để xây dựng được GDVYTCB tại tuyến y tế cơ sở, các nước trên thế giới đều xuất phát từ gói quyền lợi hiện có. Vì vậy, không cần thiết thực hiện việc rà soát, đánh giá công nghệ y tế với toàn bộ các dịch vụ y tế đang nằm trong gói quyền lợi mà chỉ tập trung vào việc lựa chọn, đánh giá công nghệ y tế đối với một số dịch vụ, lập danh sách đối với các dịch vụ "không cung ứng" để khuyến nghị loại ra khỏi danh

mục dịch vụ; đồng thời, bổ sung thêm dịch vụ vào gói bao gồm các dịch vụ mới có tính chi phí - hiệu quả, dịch vụ CSSKBĐ. GDVYTCB được cập nhật định kỳ, khoảng 2 năm/lần khi có nhiều dịch vụ kỹ thuật mới, hiệu quả, chi phí thấp, đồng thời nhu cầu chăm sóc sức khỏe thay đổi, nền kinh tế - xã hội có sự thay đổi. Có thể điều chỉnh phạm vi theo từng giai đoạn phụ thuộc vào khả năng cân đối của quỹ BHYT.

Xuất phát từ quy định trên, Bộ Y tế đã phối hợp với các cơ quan/đơn vị liên quan nghiên cứu và thống nhất các nội dung, bao gồm: (1) Xác định phạm vi GDVYTCB sẽ bao gồm 2 tuyến y tế (xã, huyện) vì hiện nay 2 tuyến này chủ yếu cung cấp dịch vụ y tế cơ bản. (2) Việc xây dựng GDVYTCB cần dựa trên gói quyền lợi sẵn có theo như kinh nghiệm quốc tế. Do đó, phương pháp tiếp cận nhanh và hiệu quả nhất là sử dụng các dịch vụ y tế sẵn có để xây dựng GDVYTCB, trên cơ sở đó tiếp cận dần với các dịch vụ y tế mong đợi; (3) GDVYTCB cần phải cập nhật liên tục, vì hàng năm có nhiều dịch vụ mới và thuốc mới ra đời, áp dụng trong thực tế. Tại Nhật Bản, gói quyền lợi được cập nhật liên tục (03 tháng/lần), tại Thái Lan khoảng 01 năm/lần. Ở Việt Nam, do điều kiện kỹ thuật chưa cho phép do đó GDVYTCB cập nhật khoảng 1-2 năm/lần hoặc đột xuất khi có nhu cầu là phù hợp với điều kiện thực tế.

Thông tư quy định chi tiết về GDVYTCB do quỹ BHYT chi trả được xây dựng phù hợp với các quy định của Luật và dự kiến ban hành trước năm 2018. GDVYTCB tại tuyến y tế cơ sở là các dịch vụ y tế cho chăm sóc sức khỏe ban đầu bao gồm dịch vụ y tế dự phòng và dịch vụ khám bệnh chữa bệnh và phục hồi chức năng, dinh dưỡng, truyền thông do ngân sách nhà nước, quỹ bảo hiểm y tế và các nguồn chi hợp pháp khác. Trong đó, GDVYTCB cho y tế dự phòng bao gồm các dịch vụ y tế cho chăm sóc và điều trị dự phòng bệnh không lây nhiễm, sức khỏe bà mẹ và trẻ em, người cao tuổi, người bệnh HIV/AIDS, Lao, sức khỏe tâm thần, khám sàng lọc, khám tại nhà, tư vấn, truyền thông, dinh dưỡng, hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân, được cung ứng bởi cơ sở y tế tại tuyến xã, tuyến huyện và phòng khám bác sĩ gia đình. GDVYTCB do quỹ bảo hiểm y tế chi trả bao gồm các dịch vụ y tế cho khám bệnh, chữa bệnh tại tuyến y tế cơ sở được phân loại theo các lĩnh vực chuyên môn và theo tuyến kỹ thuật, được cung ứng bởi cơ sở y tế tại tuyến xã, tuyến huyện.

Trong đó, dịch vụ CSSKBĐ ở tuyến huyện, xã sẽ được bổ sung thêm so với danh mục dịch vụ hiện tại đang được BHYT chi trả nhằm tăng cường khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế của người dân ngay tại tuyến y tế cơ sở. Đối với các dịch vụ nâng cao sức khỏe (truyền thông giáo dục sức khỏe, vệ sinh môi trường, thể dục, thể thao...), theo dõi, hồ sơ quản lý sức khỏe đến từng cá nhân, hộ gia đình... sử dụng ngân sách chi thường xuyên của trạm y tế xã, cần có định mức theo đầu dân để thực hiện. Bên cạnh, cần có chiến lược truyền thông hiệu quả với sự tham gia của các bên liên quan và mọi người dân để thu hút sự tham gia và ủng hộ trong quá trình xây dựng và triển khai GDVYTCB./.