



Tr. 16

MỤC LỤC



Tr. 49



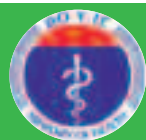
Tr. 30



Tr. 55



Tr. 43



TẠP CHÍ

NÂNG CAO SỨC KHỎE

BAN BIÊN TẬP TẠP CHÍ NÂNG CAO SỨC KHỎE

TỔNG BIÊN TẬP

PGS. TS. Nguyễn Thanh Long, Thứ trưởng Bộ Y tế

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

BSCKI. Đặng Quốc Việt, Giám đốc Trung tâm Truyền thông GDSK TƯ

HỘI ĐỒNG BIÊN TẬP

GS.TSKH. Phạm Mạnh Hùng, Chủ tịch Tổng hội Y học Việt Nam
TS. Trần Đức Long, Vụ trưởng Vụ Truyền thông và thi đua, khen thưởng
PGS.TS. Phạm Lê Tuấn, Vụ trưởng Vụ Kế hoạch - Tài chính
PGS.TS. Phạm Vũ Khánh, Cục trưởng Cục Y Dược cổ truyền
TS. Nguyễn Duy Khê, Vụ trưởng Vụ Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em
TS. Nguyễn Văn Bình, Cục trưởng Cục Y tế Dự phòng
PGS.TS. Nguyễn Huy Nga, Cục trưởng Cục Quản lý Môi trường Y tế
PGS.TS. Lương Ngọc Khuê, Cục trưởng Cục Quản lý Khám chữa bệnh
TS. Trương Quốc Cường, Cục trưởng Cục Quản lý Dược
TS. Nguyễn Tuấn Hưng, Phó Vụ trưởng Vụ Tổ chức cán bộ
TS. Nguyễn Thanh Phong, Phó Cục trưởng Cục An toàn thực phẩm
ThS. Chu Quốc Ân, Phó Cục trưởng Cục Phòng chống HIV/AIDS
BS. Trần Quang Mai, Phó Giám đốc Trung tâm Truyền thông GDSK TƯ
TS. Nguyễn Thị Kim Liên, Phó Giám đốc Trung tâm Truyền thông GDSK TƯ

BAN THƯ KÝ BIÊN TẬP

CN. Hà Văn Nga, Trưởng ban
ThS. Hoàng Đình Cảnh
CN. Phạm Thị Trà Giang
CN. Nguyễn Thị Hoài Phương
CN. Quân Thùy Linh

THIẾT KẾ

HS. Nguyễn Huyền Trang

TRỊ SỰ

ThS. Dương Quang Tùng

CHỊU TRÁCH NHIỆM XUẤT BẢN

BSCKI. Đặng Quốc Việt

TÒA SOẠN

366 Đội Cấn - Ba Đình - Hà Nội
Điện thoại: 043.7623673; Fax: 043.8329241
Email: tcnangcaosuckhoe@gmail.com

PHỤ TRÁCH QUẢNG CÁO

Nguyễn Thanh Bình: 0904535995

ĐƠN VỊ HỢP TÁC



Giấy phép số: 1461/GP-BTTTT ngày 15 tháng 8 năm 2012
do Bộ Thông tin và Truyền thông cấp.

In 4.000 bản, Công ty Cổ phần In truyền thông Việt Nam,
34A. Nguyễn Khoái-Hai Bà Trưng-Hà Nội
In xong và nộp lưu chiểu tháng 12/2012.



PHÒNG CHỐNG HIV/AIDS: TOÀN DÂN THAM GIA MỚI THÀNH CÔNG!

Ngày 26/11/2012, tại thành phố Đà Nẵng, Ủy ban Quốc gia Phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm đã tổ chức Hội nghị tổng kết 5 năm thực hiện Phong trào “Toàn dân tham gia phòng, chống HIV/AIDS tại cộng đồng dân cư” giai đoạn 2008-2012. Tham dự và chỉ đạo Hội nghị có các đồng chí: Nguyễn Xuân Phúc, Ủy viên Bộ Chính trị, Phó Thủ tướng Chính phủ, Chủ tịch Ủy ban Quốc gia Phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm; đồng chí Nguyễn Thị Kim Tiến, Ủy viên Trung ương Đảng, Bộ trưởng Bộ Y tế, Phó Chủ tịch Ủy ban Quốc gia Phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm; đồng chí Vũ Trọng Kim, Ủy viên Trung ương Đảng, Phó chủ tịch kiêm Tổng Thư ký Ủy ban Trung ương Mặt trận Tổ quốc Việt Nam; đồng chí Hoàng Tuấn Anh, Ủy viên Trung ương Đảng, Bộ trưởng Bộ Văn hóa- Thể thao và Du lịch; đồng chí Phạm Thị Hải Chuyền, Bộ trưởng Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội.

Hội nghị đã lồng ghép 4 nội dung: Tổng kết phong trào; triển khai Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030; triển khai Nghị định số 96 của Chính phủ Quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế và Ký kết Chương trình phối hợp đẩy mạnh phong trào giai đoạn 2012-2020.

Báo cáo tại Hội nghị, ông Vũ Trọng Kim nhấn mạnh: Phòng chống lây nhiễm HIV/AIDS là một trong 8 mục tiêu phát triển Thiên niên kỷ Việt Nam đã cam kết với cộng đồng quốc tế. Vì vậy, công tác phòng chống HIV/AIDS luôn đòi hỏi nỗ lực và sự vào cuộc của các cấp, các ngành, mà

phong trào “Toàn dân tham gia phòng, chống HIV/AIDS tại cộng đồng dân cư” là một điển hình. Sau 5 năm thực hiện, phong trào đã được triển khai và đạt nhiều hiệu quả thiết thực. Số huyện/thị triển khai phong trào tăng từ 41,22% năm 2009 lên 69,49% tháng 6/2012, trong đó có 5.023 xã phường (48%) triển khai phong trào tại 31.689 địa bàn dân cư. Tây Nguyên và Nam Trung bộ đạt cao nhất trên 70%. Một số tỉnh đã triển khai rộng ra 100% huyện/thị, xã/phường như Cần Thơ, Bắc Ninh, Khánh Hòa...

Phát biểu tại Hội nghị, bà Deborah Chatsis, Đại sứ Canada, đồng chủ tọa nhóm các Đại sứ và Trưởng đại diện các tổ chức quốc tế hỗ trợ phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam chia sẻ: Chúng tôi nhiệt liệt hoan nghênh cách làm đa ngành và hướng tới cộng đồng của phong trào này. Các cấp lãnh đạo chính quyền đóng vai trò quan trọng trong việc huy động nguồn nội lực và khơi dậy tinh thần chủ động của cộng đồng, đồng thời nâng cao nhận thức của cộng đồng về những vấn đề như HIV, ma túy, mại dâm còn đang gặp rất nhiều trở ngại do việc chưa hiểu biết đầy đủ nên sợ hãi, dẫn đến kỳ thị, phân biệt đối xử.

Tổng kết Hội nghị, Phó Thủ tướng Nguyễn Xuân Phúc biểu dương nỗ lực của các cấp, các ngành, đánh giá cao vai trò của cộng đồng dân cư và khẳng định: Phòng chống HIV/AIDS, toàn dân tham gia mới thành công!

Bảy tập thể được tặng Bằng khen của Thủ tướng Chính phủ, 10 tập thể và 10 cá nhân được tặng Bằng khen của Ủy ban Trung ương Mặt trận Tổ quốc Việt Nam, 22 tập thể và 20 cá nhân được tặng Bằng khen của Bộ trưởng Bộ Y tế.

HƯỚNG TỚI KHÔNG CÒN NGƯỜI NHIỄM MỚI HIV

“Hướng tới không còn người nhiễm mới HIV” là thông điệp chính tại buổi mít tinh ngày 24/11/2012, do Bộ Y tế phối hợp với Ủy ban Nhân dân thành phố Cần Thơ tổ chức hưởng ứng Tháng hành động Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS (từ ngày 10/11/2012 đến ngày 10/12/2012) và Ngày Thế giới phòng, chống HIV/AIDS (1/12). Tháng hành động nhằm kêu gọi sự tham gia tích cực hơn nữa, đóng góp nhiều hơn nữa của các cấp ủy Đảng, chính quyền, các tổ chức xã hội, các đoàn thể và của nhân dân đối với công tác phòng, chống HIV/AIDS. Đồng thời, tiếp tục nâng cao nhận thức, thúc đẩy hành động của các cấp lãnh đạo và các tầng lớp nhân dân về phòng, chống HIV/AIDS, hướng tới 3 mục tiêu của Thế giới: Không còn người nhiễm mới HIV; Không còn người tử vong do AIDS và Không còn kỳ thị, phân biệt đối xử liên quan tới HIV/AIDS. Đây cũng là dịp để khẳng định cam kết chính trị của Việt Nam vì mục tiêu: Không còn người nhiễm mới HIV.

Phát biểu tại buổi mít tinh, PGS.TS. Nguyễn Thanh Long, Thứ trưởng Bộ Y tế nhấn mạnh: Hơn 20 năm qua, công tác phòng, chống HIV/AIDS ở



nước ta đã thu được những kết quả bước đầu đáng khích lệ. Nổi bật nhất là đã kiểm chế được tốc độ lây lan của dịch HIV trong cộng đồng dưới 0,3%. Việc đẩy mạnh công tác truyền thông, mở rộng độ bao phủ và nâng cao chất lượng các dịch vụ như: dự phòng, chăm sóc, hỗ trợ điều trị HIV/AIDS... đã đưa Việt Nam trở thành quốc gia có tỷ lệ nhiễm HIV thấp nhất trong khu vực. Tuy nhiên, do chưa kiểm soát được nạn tiêm chích ma túy, mại dâm, trong đó có đồng giới nam, nên tình hình lây nhiễm HIV vẫn tiếp tục diễn biến phức tạp, tiềm ẩn nhiều nguy cơ tiềm tàng có thể gây bùng nổ dịch trở lại. Bên cạnh đó, những kiến thức về

HIV/AIDS và việc thực hiện hành vi an toàn phòng lây nhiễm HIV, chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS trong cộng đồng dân cư vẫn chưa đạt yêu cầu. Sự kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV ở nhiều địa phương vẫn còn, nhất là ở vùng sâu, vùng xa còn khá nặng nề...

Kết thúc mít tinh và sau hồi trống lệnh của ông Trần Thanh Mẫn, Ủy viên Trung ương Đảng, Bí thư Thành ủy Thành phố Cần Thơ, các đại biểu dự mít tinh cùng nhân dân thành phố Cần Thơ đã xuống đường điều hành nhằm kêu gọi hưởng ứng Tháng hành động Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS và Ngày thế giới phòng, chống HIV/AIDS ■

MÍT TINH HƯỞNG ỨNG THÁNG HÀNH ĐỘNG QUỐC GIA VÀ NGÀY THẾ GIỚI PHÒNG CHỐNG HIV/AIDS NĂM 2012

Ngày 1/12/2012, tại Cung Văn hoá Hữu nghị, Ủy ban Nhân dân thành phố Hà Nội đã tổ chức mít tinh hưởng ứng Tháng hành động Quốc gia và Ngày Thế giới phòng, chống HIV/AIDS năm 2012 với chủ đề: Hướng tới không còn người nhiễm mới HIV.

Phát biểu khai mạc, bà Nguyễn Thị Bích Ngọc, Ủy viên Ban Thường vụ Thành ủy, Phó Chủ tịch Ủy ban Nhân dân thành phố, Trưởng ban Chỉ đạo Phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm thành phố yêu cầu các cấp, các ngành và mọi người dân chủ động và tích cực phòng, chống AIDS tại nơi sinh sống, hướng tới mục tiêu 3 không: Không còn người nhiễm mới HIV; Không còn người tử vong do AIDS; và Không còn kỳ thị, phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS.

Phát biểu chỉ đạo, ông Nguyễn Xuân Phúc, Ủy viên Bộ Chính trị, Phó Thủ tướng Chính phủ, Chủ tịch Ủy ban Quốc gia Phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm, nêu rõ, qua hơn 20 năm đương đầu với dịch HIV/AIDS, kết quả phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam là rất ấn tượng. Việt Nam đã kiểm soát không để dịch HIV gia tăng, số người nhiễm mới HIV, số bệnh nhân AIDS và số người chết do AIDS đã giảm trong 4 năm liên tiếp. Đảng, Nhà nước và cộng đồng đã dành sự quan tâm đặc biệt cho công tác phòng, chống HIV/AIDS. Hệ thống văn bản pháp quy được ban hành khá đầy đủ và ngày càng hoàn thiện, nguồn lực cho công tác phòng, chống HIV/AIDS ngày càng được tăng cường. Các hoạt động dự phòng, chăm sóc, điều trị và hỗ trợ



người nhiễm HIV tiếp tục được triển khai và mở rộng. Hợp tác quốc tế ngày càng chặt chẽ và có hiệu quả...

Phó Thủ tướng Nguyễn Xuân Phúc biểu dương các bộ, ngành, đoàn thể, địa phương, cơ quan báo chí... đã có đóng góp tích cực, hiệu quả vào công tác phòng, chống HIV/AIDS; cảm ơn các nước và các tổ chức quốc tế đã dành cho Việt Nam sự hỗ trợ tích cực về kinh nghiệm, kỹ thuật và tài chính cho công tác phòng, chống HIV/AIDS của Việt Nam.

PGS.TS Nguyễn Thị Kim Tiến, Ủy viên Trung ương Đảng, Bộ trưởng Bộ Y tế thay mặt cán bộ, viên chức ngành y tế cam kết thực hiện ý kiến chỉ đạo của Phó Thủ tướng, phấn đấu hoàn thành nhiệm vụ của cơ quan thường trực chuyên môn về HIV/AIDS của Ủy ban Quốc gia phòng, chống AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy, mại dâm ■

TĂNG CƯỜNG SỰ LÃNH ĐẠO CỦA ĐẢNG ĐỐI VỚI CÔNG TÁC BẢO HIỂM XÃ HỘI, BẢO HIỂM Y TẾ GIAI ĐOẠN 2012 - 2020

Ngày 22/11/2012, Tổng Bí thư Nguyễn Phú Trọng đã ký ban hành Nghị quyết số 21-NQ/TW của Bộ Chính trị về tăng cường sự lãnh đạo của Đảng đối với công tác bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế giai đoạn 2012 - 2020.

PV.

Nghị quyết số 21-NQ/TW của Bộ Chính trị khẳng định, bảo hiểm xã hội và bảo hiểm y tế là hai chính sách lớn của Đảng và Nhà nước. Trong những năm qua, công tác bảo hiểm xã hội và bảo hiểm y tế đã đạt được những thành tựu quan trọng, góp phần ổn định đời sống của nhân dân, thực hiện công bằng xã hội và ổn định chính trị - xã hội. Hệ thống chính sách, pháp luật về bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế từng bước được hoàn thiện phù hợp với phát triển kinh tế - xã hội của đất nước; số người tham gia bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế tăng qua các năm; thực hiện việc chi trả lương hưu và các chế độ bảo hiểm xã hội theo quy định của pháp luật; quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế ngày càng được mở rộng.

Tuy nhiên, công tác bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế còn một số hạn chế, yếu kém, như: diện bao phủ bảo hiểm xã hội còn thấp, mới đạt khoảng 20% lực lượng lao động; số người tham gia bảo hiểm y tế mới đạt khoảng 65% dân số; quản lý nhà nước về bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế chưa đáp ứng yêu cầu; việc tổ chức thực hiện các chế độ, chính sách bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế còn có thiếu sót. Tình trạng doanh

nh nghiệp nợ và trốn đóng bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế còn nhiều...

Nghị quyết cũng nêu rõ, để dẫn đến những hạn chế, yếu kém trên chủ yếu là do nhiều cấp uỷ đảng, chính quyền chưa thực sự quan tâm lãnh đạo, chỉ đạo việc thực hiện các chính sách, chế độ bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế. Sự phối hợp giữa các cơ quan quản lý nhà nước và cơ quan bảo hiểm xã hội ở địa phương trong việc thực hiện chế độ bảo hiểm xã hội chưa chặt chẽ. Thanh tra, kiểm tra việc thực hiện pháp luật bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế còn yếu kém. Hệ thống bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế chưa được hiện đại hoá và còn thiếu chuyên nghiệp, chưa chủ động tiếp cận với người lao động và người sử dụng lao động. Công tác tuyên truyền, phổ biến chính sách, pháp luật về bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế chưa được quan tâm đúng mức, hiệu quả chưa cao.

Nghị quyết số 21-NQ/TW của Bộ Chính trị khẳng định lại thông qua 4 quan điểm:

Một là, bảo hiểm xã hội và bảo hiểm y tế là hai chính sách xã hội quan trọng, là trụ cột chính của hệ thống an sinh xã hội, góp phần thực hiện tiến bộ và công bằng xã hội, bảo đảm

ổn định chính trị - xã hội và phát triển kinh tế - xã hội.

Hai là, mở rộng và hoàn thiện chế độ, chính sách bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế có bước đi, lộ trình phù hợp với phát triển kinh tế - xã hội của đất nước. Phát triển hệ thống bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế đồng bộ với phát triển các dịch vụ xã hội, đáp ứng ngày càng tốt hơn nhu cầu của nhân dân; tạo điều kiện thuận lợi cho mọi người tham gia và thụ hưởng các chế độ bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế.

Ba là, bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế phải theo nguyên tắc có đóng, có hưởng, quyền lợi tương ứng với nghĩa vụ, có sự chia sẻ giữa các thành viên, bảo đảm công bằng và bền vững của hệ thống bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế.

Bốn là, thực hiện tốt các chế độ, chính sách bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế là trách nhiệm của các cấp uỷ đảng, chính quyền, đoàn thể, tổ chức xã hội, doanh nghiệp và của mỗi người dân.

Đồng thời, Nghị quyết của Bộ Chính trị cũng đưa ra mục tiêu cho bảo hiểm xã hội và bảo hiểm y tế giai đoạn 2012 - 2020. Cụ thể: Thực hiện có hiệu quả các chính sách, chế độ bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế; tăng nhanh diện bao phủ đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội, nhất là bảo hiểm xã hội tự nguyện; thực hiện mục tiêu bảo hiểm y tế toàn dân; Phấn đấu đến năm 2020, có khoảng 50% lực lượng lao động tham gia bảo hiểm xã hội, 35% lực lượng lao động tham gia bảo hiểm thất nghiệp; trên 80% dân số tham gia bảo hiểm y tế; Sử dụng an toàn và bảo đảm cân đối Quỹ bảo hiểm xã hội trong dài hạn; Quản lý, sử dụng có hiệu quả và bảo đảm cân đối Quỹ bảo hiểm y tế; Xây dựng hệ thống bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế hiện đại, chuyên nghiệp, hiệu quả cao, đáp ứng yêu cầu công nghiệp hoá, hiện đại hoá và hội nhập quốc tế.

Về nhiệm vụ và giải pháp cho giai đoạn 2012 -2020, Nghị quyết 21 chỉ rõ:

Thứ nhất: Cấp uỷ đảng, chính quyền các cấp cần xác định rõ trách nhiệm trong việc lãnh đạo, chỉ đạo thực hiện các chính sách, chế độ bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế. Tăng cường

lãnh đạo công tác tuyên truyền, phổ biến pháp luật, chính sách, chế độ về bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế để cán bộ, đảng viên và nhân dân thấy rõ vai trò, ý nghĩa của bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế trong hệ thống an sinh xã hội; quyền lợi và nghĩa vụ của người dân khi tham gia bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế.

Thứ hai: Nghiên cứu, sửa đổi Luật Bảo hiểm xã hội theo hướng mở rộng đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội. Hoàn thiện chính sách, pháp luật, cơ chế quản lý và sử dụng Quỹ bảo hiểm xã hội, bảo đảm yêu cầu cân đối và tăng trưởng Quỹ. Rà soát, bổ sung quy định buộc người sử dụng lao động phải thực hiện đúng, đầy đủ nghĩa vụ đóng bảo hiểm xã hội cho người lao động. Sửa đổi chính sách bảo hiểm thất nghiệp để bảo đảm quyền lợi chính đáng của người lao động bị thất nghiệp và tránh trục lợi bảo hiểm.

Sửa đổi, bổ sung Luật Bảo hiểm y tế; nghiên cứu sửa đổi chính sách điều tiết nguồn thu bảo hiểm y tế kết dư từ địa phương về Trung ương, trích lại tỉ lệ thích hợp cho địa phương để nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh. Có chính sách khuyến khích người dân, nhất là người có thu nhập dưới mức trung bình tham gia bảo hiểm y tế. Nâng cao hiệu quả sử dụng bảo hiểm y tế đối với đồng bào dân tộc thiểu số, vùng miền núi, các hộ nghèo.

Sớm ban hành Chiến lược phát triển bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế đến năm 2020. Từng bước thực hiện nguyên tắc “đóng - hưởng”, gắn với việc điều chỉnh tuổi nghỉ hưu ở một số lĩnh vực, ngành nghề nhất định.

Mở rộng chính sách hỗ trợ của Nhà nước đối với người tham gia các loại hình bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế, nhất là bảo hiểm xã hội tự nguyện cho nông dân, lao động trong khu vực phi chính thức; bảo hiểm y tế cho các đối tượng chính sách, người thuộc hộ gia đình cận nghèo, nông dân, học sinh, sinh viên, đồng bào ở các vùng đặc biệt khó khăn, vùng núi. Áp dụng thêm các loại bảo hiểm xã hội mới phù hợp với nhu cầu nhân dân. Thí điểm chính sách bảo hiểm hưu trí bổ sung.

Đa dạng sản phẩm dịch vụ bảo hiểm y tế phù hợp với các tầng lớp trong xã hội, điều

chỉnh các mức phí, mức hưởng đi đôi với phát triển các dịch vụ y tế chất lượng cao. Có chính sách khuyến khích người tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện thường xuyên dài hạn, hạn chế tình trạng người bị ốm đau mới mua bảo hiểm y tế.

Thứ ba: Cần đổi mới phương thức hoạt động của hệ thống bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế theo hướng phục vụ chi trả nhanh chóng, kịp thời, bảo đảm quyền lợi người tham gia bảo hiểm. Thực hiện minh bạch, công khai và tăng cường quản lý các hoạt động khám, chữa bệnh để hạn chế, ngăn chặn tình trạng trục lợi bảo hiểm y tế, lạm dụng kỹ thuật cao, thuốc bệnh đắt tiền. Kiện toàn tổ chức bộ máy bảo hiểm xã hội các cấp để thực hiện các chế độ, chính sách bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế đáp ứng yêu cầu nhiệm vụ ngày càng tăng. Đi cùng với đẩy mạnh cải cách thủ tục hành chính, nâng cao chất lượng phục vụ, giảm phiền hà cho người tham gia bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế.

Thứ tư: Cần tăng cường quản lý nhà nước

về bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế kết hợp với đẩy mạnh công tác thanh tra, kiểm tra việc chấp hành pháp luật về bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế; kịp thời phát hiện và xử lý các hành vi vi phạm, nhất là các hành vi trốn đóng, nợ tiền bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế và các hành vi tiêu cực, gian lận để hưởng chế độ, trục lợi bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế.

Nghị quyết của Bộ Chính trị cũng yêu cầu các Tỉnh ủy, Thành ủy, các ban đảng, ban cán sự đảng, đảng đoàn, đảng ủy trực thuộc Trung ương tổ chức học tập, quán triệt Nghị quyết; xây dựng chương trình, kế hoạch triển khai thực hiện Nghị quyết. Đảng đoàn Quốc hội, Ban cán sự đảng Chính phủ chỉ đạo việc sửa đổi, bổ sung hoàn thiện pháp luật về bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế. Ban Tuyên giáo Trung ương chủ trì, phối hợp với các Bộ, ngành và tổ chức liên quan tổ chức tuyên truyền, phổ biến Nghị quyết, pháp luật, chính sách, chế độ về bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế ■



CHÍNH PHỦ BAN HÀNH NGHỊ ĐỊNH VỀ CƠ CHẾ HOẠT ĐỘNG, CƠ CHẾ TÀI CHÍNH ĐỐI VỚI CƠ SỞ Y TẾ CÔNG LẬP

HOÀI THU

Ngày 15/10/2012, Thủ tướng Chính phủ ký ban hành Nghị định 85/2012/NĐ-CP. Nghị định gồm 6 chương và 27 điều quy định về cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp y tế công lập và giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập.

Theo đó, căn cứ vào chức năng, nhiệm vụ được giao và các quy định của Nghị định này và Quy chế tổ chức và hoạt động mẫu do Bộ Y tế ban hành, các đơn vị sự nghiệp y tế xây dựng Quy chế tổ chức và hoạt động của đơn vị, báo cáo cơ quan quản lý cấp trên phê duyệt.

Bộ Y tế xây dựng và ban hành các hướng dẫn về chuyên

môn và quy trình kỹ thuật; quy định về phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; quy định các nhiệm vụ chuyên môn chủ yếu đối với các đơn vị y tế thuộc các lĩnh vực còn lại theo tuyến chuyên môn; quy định các nội dung, chỉ tiêu cơ bản trong kế hoạch hoạt động chuyên môn; xây dựng và ban hành các tiêu chí đánh giá kết quả hoàn thành nhiệm vụ chuyên môn.

Nghị định nêu rõ, giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh được xem xét điều chỉnh trong các trường hợp: Cơ quan nhà nước có thẩm quyền thay đổi định mức kinh tế kỹ thuật dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh; Nhà nước thay đổi về cơ chế,

chính sách tiền lương; Khi có biến động giá của các yếu tố đầu vào. Giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh là số tiền phải trả cho mỗi dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, thực hiện theo lộ trình sau:

- Năm 2013: giá các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh được tính trên cơ sở các chi phí trực tiếp: Tiền thuốc, hóa chất, vật tư tiêu hao, vật tư thay thế để thực hiện dịch vụ (bao gồm cả chi phí bảo quản, hao hụt theo định mức được cơ quan có thẩm quyền quy định); Tiền điện, nước, nhiên liệu, xử lý chất thải, vệ sinh môi trường trực tiếp để thực hiện dịch vụ; Duy tu, bảo dưỡng thiết bị, mua thay thế công cụ, dụng cụ trực tiếp sử dụng để thực hiện các

dịch vụ; Chi phí trả phụ cấp thường trực, chi phí chi trả phụ cấp phẫu thuật, thủ thuật.

- Giai đoạn 2014 - 2017: giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh được tính trên cơ sở các khoản chi phí nêu trên, đồng thời tính cả chi phí về tiền lương và chi phí nhân công thuê ngoài (nếu có), chi phí đặc thù; khấu hao tài sản cố định; chi phí gián tiếp, các chi phí hợp pháp khác để vận hành, bảo đảm hoạt động bình thường của bệnh viện. Trong đó, về chi phí tiền lương, năm 2014-2015, chỉ tính 30% quỹ tiền lương cơ bản đối với các bệnh viện tuyến tỉnh ở khu vực miền núi, Tây Nguyên và các bệnh viện quận thuộc Hà Nội và TP. Hồ Chí Minh, 50% quỹ tiền lương cơ bản đối với các bệnh viện tuyến Trung ương và của các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương còn lại; năm 2016 - 2017, được tính 100% quỹ lương cơ bản đối với các bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến Trung ương và các bệnh viện quận thuộc Hà Nội và TP. Hồ Chí Minh, 50% quỹ tiền lương cơ bản đối với các bệnh viện tuyến huyện còn lại.

+ Giai đoạn từ năm 2018 trở đi: giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh được tính đủ các chi phí để thực hiện dịch vụ, bao gồm cả chi phí trực tiếp và chi phí gián tiếp.

Nghị định cũng nêu rõ, giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh đối với đơn vị thuộc nhóm 1

(đơn vị có nguồn thu sự nghiệp tự bảo đảm được toàn bộ kinh phí hoạt động thường xuyên và kinh phí đầu tư phát triển), nhóm 2 (đơn vị có nguồn thu sự nghiệp tự bảo đảm được toàn bộ kinh phí hoạt động thường xuyên), cơ sở thực hiện xã hội hóa của đơn vị sự nghiệp y tế công lập được tính đầy đủ các yếu tố chi phí gián tiếp, trực tiếp và có tích lũy để đầu tư phát triển. Mức tích lũy tối đa không quá 10% chi phí của dịch vụ và được bổ sung vào Quỹ phát triển hoạt động sự nghiệp của đơn vị.

Nghị định quy định 2 phương thức thanh toán chi phí khám, chữa bệnh: Thanh toán theo giá dịch vụ và thanh toán theo trường hợp bệnh. Khuyến khích các cơ sở khám, chữa bệnh thực hiện thanh toán theo trường hợp bệnh. Bộ Y tế xây dựng lộ trình để đến năm 2020 phần lớn các loại bệnh hoặc nhóm bệnh được thanh toán theo phương thức này.

Ngoài ra, một số đối tượng được Nhà nước thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập gồm: người bị bắt buộc chữa bệnh theo quy định tại Điều 66 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh; người bị bệnh phong và người bị một số bệnh theo Quyết định của cấp có thẩm quyền; người bệnh trong các trường hợp thiên tai, thảm họa lớn theo quyết định của Bộ trưởng, Thủ

trưởng cơ quan thuộc Chính phủ khi điều trị tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do Trung ương quản lý, của Chủ tịch Ủy ban Nhân dân cấp tỉnh khi điều trị tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do địa phương quản lý.

Khoản thu từ các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi khung giá do Bộ Tài chính và Bộ Y tế ban hành theo quy định của Nghị định này được để lại toàn bộ cho đơn vị sử dụng và không phản ánh vào ngân sách nhà nước.

Nghị định quy định rõ, Thủ trưởng các cơ sở khám, chữa bệnh có trách nhiệm bảo đảm thuốc, hóa chất, vật tư tiêu hao, vật tư thay thế theo danh mục do Bộ Y tế quy định để sử dụng cho người bệnh, không để người bệnh phải mua. Công khai mức giá dịch vụ khám, chữa bệnh để người dân biết, lựa chọn. Nghị định cũng quy định nghiêm cấm các cơ sở y tế, công chức, viên chức y tế thu thêm của người bệnh ngoài mức giá đã được cơ quan có thẩm quyền quy định, chỉ định các kỹ thuật y tế không đúng với hướng dẫn quy trình kỹ thuật và hướng dẫn điều trị. Trường hợp vi phạm sẽ bị xử lý theo quy định của pháp luật.

Nghị định 85/2012/NĐ-CP có hiệu lực thi hành từ 01/12/2012 và thay thế Nghị định số 95/CP ngày 27/08/1994 của Chính phủ về thu một phần viện phí ■

QUY ĐỊNH VỀ ĐIỀU TRỊ NGHIỆN CÁC CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN BẰNG THUỐC THAY THẾ

AN NGUYỄN

Ngày 15/11/2012, Chính phủ đã ban hành Nghị định số 96/2012/NĐ-CP quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế.

Nghị định 96 quy định điều kiện, quy trình xét chọn đối tượng tham gia điều trị; tổ chức điều trị cũng như điều kiện bảo đảm cho công tác điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện. Nghị định nêu rõ, nghiện chất dạng thuốc phiện là một bệnh cần được điều trị lâu dài. Việc điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện chỉ được thực hiện khi người nghiện tự nguyện tham gia điều trị, đồng thời việc điều trị cũng chỉ được thực hiện tại cơ sở điều trị đã được cấp giấy phép hoạt động theo quy định.

Theo đó, Nghị định cũng quy định, điều kiện đối với người đăng ký tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện đang cư trú tại cộng đồng là người nghiện chất dạng thuốc phiện; có nơi cư trú rõ ràng; tự nguyện tham gia điều trị nghiện

chất dạng thuốc phiện và cam kết tuân thủ điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện; không thuộc đối tượng bị áp dụng biện pháp đưa vào cơ sở cai nghiện bắt buộc theo quy định của pháp luật. Đối với người nghiện chất dạng thuốc phiện chưa đủ 16 tuổi, chỉ được điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện khi có sự đồng ý bằng văn bản của cha, mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của người đó.

Ngoài ra, cơ sở điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện cần đảm bảo các điều kiện về cơ sở vật chất như: có nơi tiếp đón, phòng hành chính, phòng cấp phát và bảo quản thuốc, phòng tư vấn, khám bệnh và phòng xét nghiệm; các phòng trong cơ sở điều trị thay thế phải có diện tích từ 10m² lên; bảo đảm có đủ điện, nước, các điều kiện về quản lý chất thải y tế, phòng cháy, chữa cháy theo quy định... Cơ sở điều trị thay thế phải có đủ các tiêu chuẩn như: có nhân viên y tế được phép khám bệnh, chữa bệnh, kê đơn

thuốc gây nghiện; có nhân viên y tế hỗ trợ công tác khám bệnh, chữa bệnh, kê đơn thuốc gây nghiện; có nhân viên y tế hỗ trợ công tác khám bệnh, chữa bệnh, xét nghiệm, tư vấn, bảo quản, cấp phát thuốc thay thế; có nhân viên phụ trách hành chính. Số lượng nhân viên làm việc toàn thời gian phải đạt tỷ lệ từ 75% trở lên trên tổng số nhân viên của cơ sở điều trị thay thế; người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật và người trực tiếp thực hiện việc điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện của cơ sở điều trị thay thế phải là bác sỹ có giấy chứng nhận đã qua đào tạo, tập huấn về điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện được cấp bởi các cơ sở đào tạo được Bộ Y tế giao nhiệm vụ; là người làm việc toàn thời gian tại cơ sở điều trị thay thế.

Trường hợp người đang tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện có xét nghiệm dương tính với các chất dạng thuốc phiện từ 2 lần trở lên (trừ

thuốc điều trị thay thế) sau khi đã đạt liều điều trị duy trì từ 12 tháng trở lên thì bị chấm dứt điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện và thông báo cho chính quyền địa phương nơi người đó đang cư trú.

Theo Nghị định, Ngân sách nhà nước bảo đảm toàn bộ chi phí khám sức khỏe, chi phí điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện cho các đối tượng tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện trong cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng, trại giam, trại tạm giam. Về điều kiện để người nghiện chất dạng thuốc phiện đang được quản lý tại cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng, trại giam, trại tạm giam tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện, đó là phạm nhân, người bị tạm giữ, tạm giam, trại viên, học sinh đang tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện ngoài cộng đồng bị đưa vào cơ sở giáo dục,

trường giáo dưỡng, trại giam, trại tạm giam.

Ngân sách nhà nước cũng hỗ trợ một phần chi phí khám sức khỏe và chi phí điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện cho người tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện tại các cơ sở điều trị công lập đối với 6 đối tượng sau: thương binh; người bị nhiễm chất độc hóa học có tỷ lệ thương tật trên 81%; người nghèo; người cao tuổi cô đơn không nơi nương tựa; trẻ em mồ côi; người khuyết tật nặng và đặc biệt nặng.

Nghị định cũng nêu rõ, căn cứ số lượng người nghiện chất dạng thuốc phiện và ngân sách của địa phương, Ủy ban Nhân dân tỉnh chỉ đạo Sở Y tế thành lập cơ sở điều trị theo nguyên tắc: nếu huyện có từ 250 người nghiện chất dạng thuốc phiện trở lên thì phải triển khai điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện. Trường hợp huyện có ít

hơn 250 người nghiện chất dạng thuốc phiện thì căn cứ vào tình hình thực tế và nhu cầu của địa phương, Ủy ban Nhân dân tỉnh quyết định việc triển khai điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện.

Nghị định 96 cũng nghiêm cấm các hành vi: lợi dụng việc điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện để tổ chức, buôn bán và sử dụng trái phép chất ma túy; ép buộc người nghiện chất dạng thuốc phiện tham gia điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện dưới mọi hình thức; thực hiện việc điều trị khi không đủ điều kiện hoặc chưa được cấp giấy phép hoạt động, bán ra thị trường hoặc cung cấp thuốc điều trị thay thế cho cơ sở không được phép điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện theo quy định tại Nghị định này.

Nghị định có hiệu lực thi hành từ ngày 1/1/2013 ■

Tại Hội nghị tổng kết phong trào toàn dân tham gia phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2008 - 2012 tổ chức ở Đà Nẵng ngày 26/11, Phó Thủ tướng Chính phủ Nguyễn Xuân Phúc nêu rõ, Nghị định 96/2012/NĐ-CP là văn bản quy phạm pháp luật đầu tiên ở Việt Nam về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế mà cụ thể là Methadone. Như vậy, Việt Nam đã bắt kịp các nước phát triển trong việc tạo ra hành lang pháp lý cho việc điều trị cai nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone, trong khi nhiều nước ở châu Á hiện vẫn chưa có hành lang pháp lý cho việc này.

VIỆT NAM NỖ LỰC KHỐNG CHẾ TỶ LỆ NHIỄM HIV DƯỚI 0,3% VÀO NĂM 2020

ThS.BS. CHU QUỐC ÂN
Phó Cục trưởng Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế
(giới thiệu)

Đó là mục tiêu chung được xác định trong Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030 (dưới đây viết tắt là Chiến lược) được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt tại Quyết định số 608/QĐ-TTg, ngày 25 tháng 5 năm 2012.

Căn cứ quan trọng nhất để xây dựng Chiến lược chính là tình hình dịch HIV/AIDS trên thế giới cũng như ở Việt Nam hiện nay và dự báo trong tương lai. Đồng thời, cũng dựa trên khả năng đáp ứng của chúng ta với dịch bệnh này.

Nội dung chính của Chiến lược phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030 được ban hành kèm theo Quyết định số 608/QĐ-TTg, ngày 25 tháng 5 năm 2012 của Thủ tướng Chính phủ bao gồm ba phần: Quan điểm, mục tiêu, nhiệm vụ và giải pháp; Các đề án thực hiện Chiến lược; Tổ chức thực hiện Chiến lược.

Về quan điểm, Chiến lược tiếp tục khẳng định, HIV/AIDS là đại dịch nguy hiểm, là mối hiểm họa đối với sức khỏe, tính mạng của con người và tương lai nòi giống của dân tộc, do vậy: Phòng, chống HIV/AIDS phải được coi là một nhiệm vụ quan trọng, lâu dài, cần có sự

phối hợp liên ngành của tất cả các cấp ủy Đảng, các Bộ, ngành, chính quyền các cấp và là bốn phận, trách nhiệm của mỗi người dân, mỗi gia đình và mỗi cộng đồng; Phòng, chống HIV/AIDS phải dựa trên nguyên tắc bảo đảm quyền con người, chống kỳ thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV; chú trọng đến phụ nữ, trẻ em, các nhóm đối tượng dễ bị lây nhiễm HIV, đồng bào dân tộc ít người và người dân sống ở vùng sâu, vùng xa, khu vực biên giới, hải đảo; Bảo đảm thực hiện cam kết của Việt Nam với cộng đồng quốc tế về phòng, chống HIV/AIDS; Kết hợp các biện pháp xã hội và biện pháp chuyên môn kỹ thuật y tế trong phòng, chống HIV/AIDS trên nguyên tắc phối hợp dự phòng với chăm sóc, điều trị toàn diện HIV/AIDS, trong đó dự phòng là chủ đạo; Nhà nước bảo đảm đầu tư các nguồn lực cho phòng, chống HIV/AIDS phù hợp với diễn biến tình hình dịch HIV/AIDS, khả năng và điều kiện phát triển kinh tế - xã hội của đất nước, đồng thời đẩy mạnh xã hội hóa đối với công tác phòng, chống HIV/AIDS.

Chiến lược xác định “Mục tiêu chung” của công cuộc phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2020 là: Khống chế tỷ lệ nhiễm HIV trong cộng đồng dân cư dưới 0,3% và làm

giảm tác động của HIV/AIDS đối với sự phát triển kinh tế - xã hội.

Để đạt được mục tiêu chung nói trên, Chiến lược đã đề ra một số mục tiêu cụ thể cần đạt được theo lộ trình, như: Tăng tỷ lệ người dân trong độ tuổi từ 15 đến 49 tuổi có hiểu biết đầy đủ về HIV/AIDS đạt 80% vào năm 2020; Tăng tỷ lệ người dân không kỳ thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV đạt 80% vào năm 2020; Giảm 50% số trường hợp nhiễm mới HIV trong nhóm nghiện chích ma túy vào năm 2015 và 80% vào năm 2020 so với năm 2010; Giảm 50% số trường hợp nhiễm mới HIV do lây truyền HIV qua đường tình dục vào năm 2015 và 80% vào năm 2020 so với năm 2010; Giảm tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con xuống dưới 5% vào năm 2015 và dưới 2% vào năm 2020; Tăng tỷ lệ người nhiễm HIV được điều trị thuốc kháng vi rút ARV đạt 80% trên tổng số người nhiễm HIV đủ tiêu chuẩn điều trị vào năm 2020.

Cùng với mục tiêu chung, mục tiêu cụ thể, Chiến lược cũng đã đưa ra “Tầm nhìn đến năm 2030” trong công tác phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam, bao gồm: Hướng tới ứng dụng các kỹ thuật mới có tính đặc hiệu cao về dự phòng, điều

PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS



LÀ BẢO VỆ BẠN VÀ GIA ĐÌNH BẠN

trị HIV/AIDS; Hướng tới can thiệp chủ động, toàn diện, tiếp cận phổ cập, nâng cao chất lượng và bảo đảm tính bền vững của công tác phòng, chống HIV/AIDS; Hướng tới tầm nhìn “ba không” của Liên hợp quốc: Không còn người nhiễm mới HIV, không còn người tử vong do AIDS và không còn kỳ thị, phân biệt đối xử với HIV/AIDS.

Theo Chiến lược, từ nay đến năm 2020, công tác phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam có 05 nhiệm vụ chính là: Tổ chức thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS tới mọi đối tượng, trong đó phải kết hợp giữa tuyên truyền các chủ trương của Đảng, chính sách, pháp luật của Nhà nước về phòng, chống HIV/AIDS với tuyên truyền về tác hại, hậu quả và các biện pháp phòng, chống HIV/AIDS;

Huy động mọi nguồn lực và sự tham gia của các cơ quan, tổ chức, đơn vị, mỗi người dân và cộng đồng vào các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS; Tổ chức triển khai các biện pháp chuyên môn kỹ thuật y tế nhằm hạn chế đến mức tối đa sự lây truyền của HIV và giải quyết các vấn đề liên quan đến sức khỏe người bệnh AIDS; Kết hợp chặt chẽ hoạt động phòng, chống HIV/AIDS với các hoạt động phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm; Thực hiện các cam kết và tổ chức thực hiện có hiệu quả các hoạt động hợp tác quốc tế về phòng, chống HIV/AIDS.

Để đảm bảo việc thực thi trên thực tế các mục tiêu, nhiệm vụ đã đề ra, Chiến lược đã xác định 9 nhóm giải pháp chủ yếu, bao gồm các nhóm giải pháp về chính trị và xã hội; về pháp luật, chế độ chính

sách; về dự phòng lây nhiễm HIV; về điều trị, chăm sóc người nhiễm HIV; về giám sát dịch HIV/AIDS, theo dõi và đánh giá các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS; về nguồn tài chính; về nguồn nhân lực; về cung ứng thuốc, thiết bị và Nhóm giải pháp về hợp tác quốc tế.

Có 4 đề án thực hiện Chiến lược, bao gồm: Đề án dự phòng lây nhiễm HIV; Đề án chăm sóc, hỗ trợ, điều trị toàn diện HIV/AIDS; Đề án tăng cường năng lực hệ thống phòng, chống HIV/AIDS và Đề án giám sát dịch tễ học HIV/AIDS, theo dõi và đánh giá chương trình phòng, chống HIV/AIDS.

Một nội dung quan trọng của Chiến lược đó là phân tổ chức thực hiện. Theo đó, Ủy ban Quốc gia phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn

ma túy, mại dâm chỉ đạo và tổ chức kiểm tra, đôn đốc thực hiện Chiến lược; chỉ đạo việc phối hợp thực hiện các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS với phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm. Bộ Y tế là cơ quan thường trực giúp Chính phủ, Ủy ban quốc gia phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm triển khai thực hiện Chiến lược. Ủy ban nhân dân cấp tỉnh xây dựng và tổ chức thực hiện Chiến lược tại địa phương. Thủ tướng Chính phủ đã phân công cụ thể trách nhiệm cho các bộ, cơ quan ngang bộ, cơ quan thuộc Chính phủ trong việc chủ động xây dựng và triển khai thực hiện kế hoạch phòng, chống HIV/AIDS theo chức năng, nhiệm vụ được giao và theo đặc thù của ngành, đơn vị mình; chủ động đầu tư ngân sách hợp lý cho công tác này.

Thủ tướng Chính phủ giao Ủy ban Nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương chịu trách nhiệm trực tiếp chỉ đạo, triển khai thực hiện các nhiệm vụ, giải pháp và đề án thực hiện Chiến lược trên địa bàn tỉnh, thành phố; xây dựng và xác lập các mục tiêu phòng, chống HIV/AIDS trong kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội của tỉnh, thành phố. Ngoài nguồn ngân sách Trung ương cấp, các địa phương chủ động đầu tư ngân sách, nhân lực, cơ sở vật chất cho chương trình phòng, chống HIV/AIDS. Tập trung chỉ đạo các cơ quan, tổ chức ở địa phương phối hợp chặt chẽ triển khai thường xuyên, đồng bộ và có hiệu quả các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV; tổ chức tốt việc

chăm sóc, điều trị hỗ trợ người nhiễm HIV.

Để việc thực hiện Chiến lược có hiệu quả, đạt được các mục tiêu đề ra, Thủ tướng Chính phủ đề nghị Mặt trận Tổ quốc Việt Nam và các tổ chức chính trị - xã hội, tổ chức xã hội - nghề nghiệp tích cực tham gia triển khai thực hiện Chiến lược này theo chức năng, nhiệm vụ trong phạm vi hoạt động của mình; phối hợp với Bộ Y tế và các Bộ, ngành liên quan khác tăng cường năng lực, hỗ trợ triển khai các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS của các tổ chức xã hội, tổ chức phi chính phủ tham gia hoạt động phòng, chống HIV/AIDS...

Có thể nói, trong bối cảnh

hiện nay, việc Thủ tướng Chính phủ phê duyệt và ban hành “Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030” có ý nghĩa vô cùng quan trọng đối với công cuộc phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam trong thập kỷ này và trong những năm tiếp theo. Với những quan điểm, mục tiêu, nhiệm vụ và giải pháp có tính tổng thể, dài hạn, Chiến lược sẽ bảo đảm cho công tác phòng, chống HIV/AIDS ở nước ta đạt hiệu quả cao, bền vững; ngăn chặn và từng bước đẩy lùi dịch HIV/AIDS, góp phần vào sự nghiệp chăm sóc sức khỏe nhân dân, xây dựng và phát triển đất nước ■



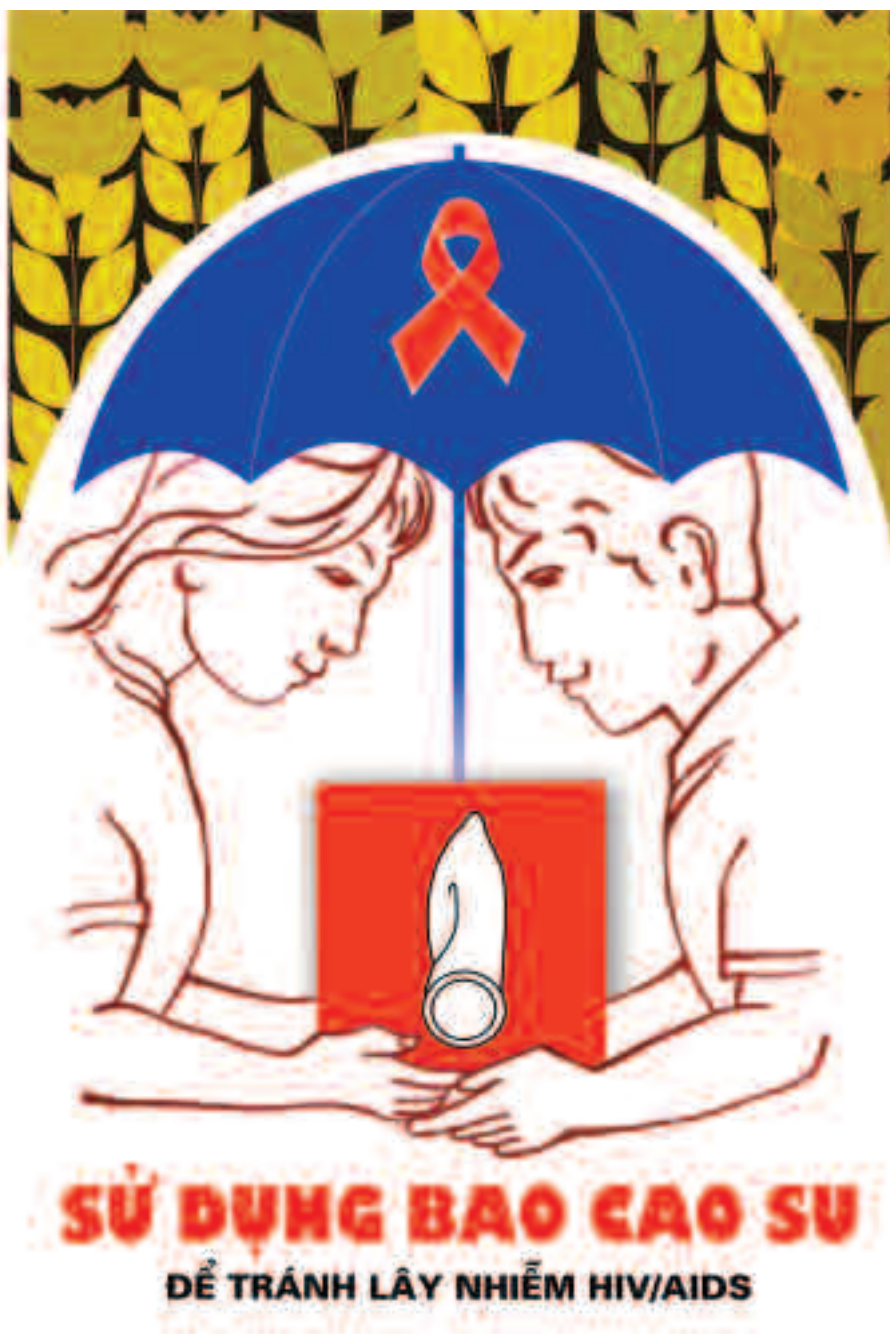
ĐẨY MẠNH THỰC HIỆN GIẢM TÁC HẠI LIÊN QUAN ĐẾN **HIV/AIDS**

GS.TSKH. PHẠM MẠNH HÙNG
Phó Chủ tịch chuyên trách Hội đồng khoa học
các cơ quan Đảng Trung ương

Trước sự phát triển nhanh chóng của đại dịch HIV/AIDS, người ta đã đưa ra một nhóm giải pháp quan trọng nhằm mục đích giảm bớt sự lây lan của HIV. Nhóm giải pháp này có tên gọi là: Giảm tác hại (Harm reduction). Việt Nam đã có những hoạt động đẩy mạnh việc thực hiện nhóm giải pháp này để hạn chế sự lây lan HIV/AIDS trong cộng đồng. Trong Quyết định số 36/2004/QĐ-TTg về việc phê duyệt Chiến lược Quốc gia phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020, Thủ tướng Chính phủ đã khẳng định: “Đẩy mạnh các biện pháp can thiệp giảm tác hại” là một trong “các hoạt động ưu tiên đối với công tác phòng chống HIV/AIDS trong thời gian tới”.

1. Tại sao lại phải tiến hành nhóm giải pháp “Giảm tác hại”?

Trên thế giới cũng như ở nước ta, sự bùng nổ đại dịch HIV/AIDS gắn liền với sự xuất hiện việc tiêm chích heroin và



mại dâm, đặc biệt là tiêm chích heroin. Vì nhiều lý do, nhiều người nghiện đã dùng chung bơm kim tiêm để chích heroin mà không dùng riêng bơm kim tiêm cho mỗi người. Đó là cách làm lây lan rất nhanh chóng HIV trong nhóm nghiện chích heroin. Việc lây lan nhanh chóng trong nhóm nghiện chích heroin đã làm cho nhóm này trở thành nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất trong số những người nhiễm HIV (khoảng 60%). Bên cạnh đó, mại dâm cũng là một nhóm nguy cơ cao làm lây lan HIV nhanh.

Theo một báo cáo của Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, có khoảng 138.000 người nghiện có đăng ký tại Việt Nam vào năm 2007 (chưa kể 30.000 người nghiện trong các cơ sở do Bộ Công an quản lý), trong số này, tỷ lệ nghiện heroin bằng đường tiêm chích lên đến 90% tại nhiều tỉnh, thành phố⁽¹⁾. Ngoài ra chưa có những giải pháp thật sự hữu hiệu trong cai nghiện ma túy, tỷ lệ tái nghiện sau khi tập trung lao động cải tạo còn rất cao (tới 70% - 90% các trường hợp cai nghiện). Gần đây, các công trình nghiên cứu y học về nghiện ma túy đã cho thấy việc nghiện ma túy không thể xem đơn thuần là một tệ nạn xã hội mà nó cần được xem thêm như là một bệnh có liên quan đến phản xạ có điều kiện. Vì vậy, cách nhìn nhận và thái độ của cộng đồng với người nghiện ma túy cũng cần có thay đổi sao cho mềm dẻo và phù hợp hơn để vừa giúp họ từ bỏ nghiện ma túy và vừa tìm cách bảo vệ họ không bị lây nhiễm HIV/AIDS khi họ chưa từ bỏ được ma túy. Điều này cũng giống như câu hỏi: làm gì để không đổ nhà gây chết người trong khi loài người chưa

loại bỏ được bạo lực hoặc động đất? Như vậy xuất xứ chính của “Giảm tác hại” là việc bảo vệ an toàn cho cộng đồng những người chưa bị nhiễm HIV/AIDS, làm sao để không lây lan và không để tăng thêm các trường hợp nhiễm HIV/AIDS trong cộng đồng.

Một câu hỏi khác được đặt ra là: mại dâm chưa được tiêu diệt tận gốc trong khi HIV/AIDS còn lây lan do quan hệ tình dục không an toàn, thì làm gì đây để HIV/AIDS không hay ít lan tràn ra cộng đồng, trước hết trong nhóm người hay có quan hệ tình dục không an toàn? Trong thời gian gần đây, quan hệ tình dục đồng giới giữa nam giới và nam giới (quan hệ tình dục đồng giới nam) bắt đầu xuất hiện và tăng lên một cách đáng lo ngại tại một số thành phố lớn ở nước ta (theo một phỏng đoán dựa trên điều tra thì tại thành phố Hồ Chí Minh có khoảng 20.000 người, Hà Nội có khoảng 10.000 người). Do cách giao cấu qua đường miệng và đặc biệt qua đường hậu môn, nên dễ dàng chảy máu và lây lan HIV từ người đã nhiễm sang người chưa nhiễm. Quan hệ tình dục đồng giới nam là nguyên nhân hàng đầu trong lây lan HIV tại một số nước Nam Mỹ. Tại thành phố Hồ Chí Minh, theo một điều tra, tỷ lệ nhiễm HIV trong số này là 8%⁽²⁾. Như vậy, phải coi vấn đề an toàn trong quan hệ tình dục là vấn đề ưu tiên và cũng phải biết giúp đỡ, hướng dẫn những người dễ có quan hệ tình dục không an toàn để họ không bị lây nhiễm HIV/AIDS. Do đó giải pháp phân phát bao cao su rộng rãi được áp dụng.

Ngoài ra, xuất xứ của “Giảm tác hại” còn ở chỗ: số lượng

những người nhiễm HIV/AIDS hiện nay không còn ít và không còn khu trú tại một nơi. Tính đến ngày 30/6/2010 cả nước có 176.436 người nhiễm HIV đang còn sống (số được báo cáo), trong đó có 41.239 bệnh nhân AIDS còn sống và đã có 47.466 người chết do AIDS. Đến nay, thành phố Hồ Chí Minh vẫn là địa phương có tổng số người nhiễm HIV cao nhất nước (25,9% các trường hợp trong cả nước), kể đến là Hà Nội, Hải Phòng, Sơn La, Thái Nguyên, Nghệ An, An Giang, Bà Rịa - Vũng Tàu... Trong 6 tháng đầu năm 2010, cả nước có 4.812 trường hợp nhiễm HIV mới được phát hiện, 1.881 trường hợp bệnh nhân AIDS và 620 trường hợp tử vong⁽³⁾. Toàn quốc có tới 70,51% xã/phường, 97,53% quận/huyện và 63/63 tỉnh/thành phố đã phát hiện người nhiễm HIV⁽⁴⁾. Cộng đồng những người nhiễm HIV/AIDS muốn được hoà nhập và sống chung, lao động trong xã hội. Họ cũng cần biết tình trạng nhiễm HIV/AIDS của bản thân họ, trao đổi và học hỏi nhau về kinh nghiệm sống, cần sự tư vấn và hỗ trợ của xã hội về cách sống (kể cả cách quan hệ tình dục, cách sinh đẻ...), cách làm việc... Muốn hay không thì những người nhiễm HIV/AIDS đã trở thành một nhóm cộng đồng trong xã hội, họ cần được xã hội quan tâm và bảo vệ họ trong những ngày tháng còn được sống. Cộng đồng chưa bị nhiễm HIV/AIDS không thể làm ngơ trước những nguyện vọng chính đáng của họ. Như vậy, sự xuất hiện các giải pháp “Giảm tác hại” cũng còn là biểu hiện sự chăm lo quyền lợi của những người nhiễm HIV/AIDS.

Ngoài các lý do trên, việc

áp dụng các giải pháp “Giảm tác hại” còn liên quan đến hai việc sau: Một là, trong tương lai gần, việc dùng bơm kim tiêm để tiêm thuốc điều trị sẽ trở thành phổ biến do sự gia tăng của bệnh tiểu đường typ II. Vào những năm tới, khoảng 6-8% dân số sẽ bị bệnh tiểu đường typ II. Chắc chắn vào lúc đó chương trình bơm kim tiêm sạch cho những bệnh nhân bị bệnh này cũng sẽ được đặt ra để họ tiêm nội tiết tố insulin. Hai là, ngoài HIV/AIDS, một bệnh khác là viêm gan C (hepatitis C) cũng là một bệnh nguy hiểm (nguyên nhân chính gây ra ung thư gan) và bệnh này cũng lây lan bằng đường máu. Các giải pháp “Giảm tác hại” ngoài làm giảm lây lan HIV/AIDS còn hạn chế lây lan viêm gan C.

2. Nội dung của nhóm giải pháp “Giảm tác hại”

Tại tiết 15 Điều 2 Luật phòng chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) do Quốc hội Nước Cộng hoà Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam Khoá XI ban hành trong kỳ họp thứ 9 (họp từ ngày 16/5 đến ngày 29/6/2006) đã giải thích rõ: “Các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV bao gồm tuyên truyền, vận động, khuyến khích sử dụng bao cao su, bơm kim tiêm sạch, điều trị các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế và các biện pháp can thiệp giảm tác hại khác nhằm tạo điều kiện cho việc thực hiện các hành vi an toàn để phòng ngừa lây nhiễm HIV”.

Các nước thường áp dụng các giải pháp sau đây trong nhóm giảm tác hại:

- Tuyên truyền giáo dục trao đổi kinh nghiệm thông qua giáo

dục đồng đẳng nhằm giảm thiểu khó khăn và nâng cao chất lượng cuộc sống của những người nhiễm HIV/AIDS. Hình thức này giúp những người nhiễm HIV/AIDS không né tránh và mạnh dạn hơn trong tiếp xúc với cộng đồng.

- Tổ chức xét nghiệm tự nguyện, giấu tên và tư vấn: giúp người nhiễm HIV/AIDS biết thực trạng nhiễm HIV/AIDS của họ để họ nhận được lời khuyên về nhiều mặt trong sinh hoạt, chữa bệnh, kể cả sinh hoạt tình dục, sức khoẻ sinh sản...

- Hướng dẫn dùng bơm kim tiêm sạch, phân phối bơm kim tiêm dùng một lần, huỷ bơm kim tiêm an toàn. Tổ chức các địa điểm cung cấp (bán hoặc phân phát) bơm kim tiêm cho những người nghiện ma tuý đã đăng ký và thu hồi bơm kim tiêm đã sử dụng, không vứt bừa bãi bơm kim tiêm sau khi sử dụng.

- Phòng tránh các bệnh lây lan qua đường sinh dục bằng phân phát bao cao su: bao cao su được phân phối rộng rãi cho những ai cần sử dụng, vừa có tác dụng phòng các bệnh lây qua đường tình dục, vừa phòng lây nhiễm HIV/AIDS.

- Hướng dẫn và tổ chức sử dụng liệu pháp thay thế heroin (bằng methadone...) hoặc liệu pháp đối kháng heroin (bằng naltrexon).

Khi nói tới nhóm giải pháp “Giảm tác hại”, chúng ta cần lưu ý một số điểm sau đây:

- Không nên hiểu là “Giảm tác hại” chỉ có một giải pháp và nên thực hiện đồng thời một số giải pháp để chúng hỗ trợ nhau.

- Không nên nghĩ rằng các giải pháp này chỉ có lợi cho những nơi đã có nhiều trường hợp nhiễm HIV/AIDS. Ngay cả

những nơi có ít trường hợp nhiễm HIV/AIDS cũng tiến hành các giải pháp này sớm hơn bao nhiêu thì càng dễ ngăn chặn được sự lây lan HIV/AIDS bấy nhiêu.

- Đã xuất hiện những lo lắng cho rằng các giải pháp trên, nhất là giải pháp cung cấp bơm kim tiêm dùng một lần và cung cấp bao cao su có làm tăng hành vi tiêm chích ma tuý và mại dâm hay không? Các trung tâm khoa học lớn trên thế giới đã nghiên cứu và khẳng định không có bằng chứng cho thấy các giải pháp “Giảm tác hại” làm tăng tần xuất tiêm chích heroin và mại dâm. Những cuộc điều tra dư luận trong dân chúng gần đây do Ban Tư tưởng - Văn hóa Trung ương (nay là Ban Tuyên giáo Trung ương) tiến hành cũng cho thấy trên 70% số người được hỏi cho rằng những giải pháp này không phải là nguyên nhân làm tăng số người nghiện. Kết quả điều tra nhận xét của nhân dân tại một số điểm ở Lạng Sơn đã áp dụng biện pháp phân phát bơm kim tiêm cũng cho thấy tương tự.

- Nếu dùng methadone để thay thế heroin sẽ mang lại những lợi ích sau: methadone sử dụng bằng đường uống thay cho heroin bằng đường tiêm; methadone rẻ hơn nhiều so với heroin nên làm giảm rất nhiều các tội phạm hình sự liên quan đến heroin; methadone không gây tăng liều như heroin, tỷ lệ tái nghiện heroin rất thấp...

3. Những thuận lợi và khó khăn khi tiến hành nhóm giải pháp “Giảm tác hại” ở Việt Nam

- Chúng ta đã có những cơ sở pháp lý để thực hiện nhóm giải pháp này: Trong Quyết định số 36/2004/QĐ-TTg ký ngày



13/3/2004 về phê duyệt “Chiến lược Quốc gia phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020”⁽⁵⁾, Chính phủ Việt Nam đã nêu rõ quan điểm như sau: “Đẩy mạnh các biện pháp can thiệp giảm tác hại” là một trong “các hoạt động ưu tiên đối với công tác phòng chống HIV/AIDS trong thời gian tới”. Trong phần mục tiêu cụ thể, bản quyết định đã chỉ ra: “Khống chế lây nhiễm HIV/AIDS từ nhóm nguy cơ tạo ra cộng đồng thông qua việc triển khai đồng bộ các biện pháp can thiệp giảm tác hại: thực hiện các biện pháp can thiệp đối với tất cả các đối tượng có hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS; 100% tiêm chích an toàn và sử dụng

bao cao su trong quan hệ tình dục có nguy cơ”. Quyết định của Thủ tướng cũng nêu rõ: “Tăng cường tuyên truyền về chương trình can thiệp giảm tác hại nhằm tạo môi trường thuận lợi cho việc thực hiện các biện pháp can thiệp. Triển khai chương trình can thiệp giảm tác hại một cách đồng bộ bao gồm: chương trình bơm kim tiêm sạch, chương trình bao cao su. Nghiên cứu kinh nghiệm quốc tế để xây dựng và áp dụng các mô hình triển khai chương trình bơm kim tiêm sạch, chương trình bao cao su và các chương trình can thiệp khác ở Việt Nam”. Đặc biệt, Điều 21 Luật phòng chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở

người (HIV/AIDS) do Quốc hội nước Cộng hoà Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam Khoá XI ban hành trong kỳ họp thứ 9 (họp từ ngày 16/5 đến ngày 29/6/2006) đã quy định: “Các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV được triển khai trong các nhóm đối tượng có hành vi nguy cơ cao thông qua các chương trình, dự án phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội”⁽⁶⁾.

- Trong xã hội, tính đồng thuận trong tiến hành các giải pháp giảm tác hại ngày càng cao. Nhiều cuộc hội thảo về chủ đề này đã được tổ chức để nhìn nhận tầm quan trọng cũng như kinh nghiệm của việc thực hiện “Giảm tác hại”. Đáng chú ý nhất là Hội thảo do Ban Tư tưởng - Văn hóa Trung ương (nay là Ban Tuyên giáo Trung ương) tổ chức. Hội thảo đã có văn bản gửi tới Ban Bí thư Trung ương Đảng đề nghị cần khẩn trương nghiên cứu và cho phép thực hiện các giải pháp này⁽⁷⁾. Nhìn chung, trong dư luận đã bắt đầu thấy sự cần thiết của các giải pháp “Giảm tác hại”.

- Việc triển khai thí điểm giảm tác hại đã thu được kết quả. Tại một số tỉnh, lãnh đạo đã sớm cho phép tiến hành thí điểm như Lạng Sơn, Cao Bằng, Lai Châu, Điện Biên... và đã thu được những kết quả ban đầu rất đáng khích lệ. Ví dụ như dự án phân phát bơm kim tiêm cho các đối tượng nghiện chích ma túy tại Lạng Sơn, Hà Giang do ngành Y tế thực hiện với sự tài trợ của tổ chức Ford; tại Thanh Hoá và Bắc Giang, Hà Nội do ngành Y tế thực hiện với sự giúp đỡ của Viện Burnet (Australia). Những năm gần đây, Chính phủ đã kiên quyết chỉ đạo và đẩy mạnh việc

thực hiện giảm tác hại ở các địa phương. Đến năm 2009, Chương trình trao đổi bơm kim tiêm đã triển khai tại 382 huyện trên 60 tỉnh/thành phố. Đã có 103.269 đối tượng nghiện chích heroin tham gia chương trình, số bơm kim tiêm sạch phát miễn phí trong 9 tháng đầu của năm 2009 là 16.517.518 chiếc (tính trung bình là 160 bơm kim tiêm/người). Chương trình khuyến khích sử dụng bao cao su đã được triển khai tại 2.110 xã của 363 huyện trong 57 tỉnh/thành phố (chỉ còn 6 tỉnh là Cao Bằng, Lào Cai, Hưng Yên, Kon Tum, Đắk Nông, Bình Phước chưa triển khai). Riêng trong 9 tháng đầu năm 2009 tổng số bao cao su phát miễn phí cho các đối tượng có hành vi nguy cơ cao là 13.690.464 chiếc⁽⁸⁾.

- Đặc biệt gần đây, Chính phủ đã cho phép thực hiện thí điểm việc dùng methadone tại thành phố Hồ Chí Minh, Hà Nội, Hải Phòng. Những kết quả thu được tại các nơi thí điểm này đã cho thấy: tính đến cuối năm 2009 có 1.735 bệnh nhân tham gia điều trị tại 6 cơ sở điều trị methadone của Hải Phòng và thành phố Hồ Chí Minh. Thành phố Hà Nội là nơi thí điểm thứ ba, đã bắt đầu triển khai. Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng heroin giảm xuống hết sức rõ rệt (chỉ còn 12,5% bệnh nhân có kết quả xét nghiệm heroin dương tính vào tháng thứ 9 sau điều trị). Tỷ lệ mắc chứng trầm cảm, bi quan giảm từ 33,9% trước khi điều trị xuống còn 3,5%. Tỷ lệ bệnh nhân kiếm được việc làm ngày càng tăng. Tỷ lệ phạm tội hình sự và vi phạm pháp luật trước điều trị là 40%, sau 9 tháng điều trị chỉ còn 3%. Hiện nay Chính phủ đang chỉ đạo triển khai tiếp

chương trình này và phấn đấu đến 2015 có khoảng 80.000 người nghiện tham gia chương trình. Gần đây nhất, Cần Thơ đã khai trương cơ sở điều trị methadone cho những người nghiện heroin.

Tuy vậy, trong thời gian tới tiếp tục cần tạo một sự đồng thuận mạnh mẽ hơn trong các văn bản quy phạm pháp luật về “Giảm tác hại” để mọi địa phương và mọi ngành vững tâm vận dụng và thực hiện các giải pháp này. Các địa phương cần tổ chức làm thí điểm và nhân rộng các mô hình tốt, tránh tình trạng làm qua loa, hình thức và không để ý đến hiệu quả. Việc trao đổi kinh nghiệm giữa các địa phương đã triển khai với các địa phương có ý định hay bắt đầu triển khai là một việc rất cần thiết. Kinh nghiệm của Lạng Sơn đã cho thấy sau một thời gian thực hiện can thiệp giảm tác hại, phải tổ chức đánh giá kết quả bằng việc xác định các chỉ số trong đó có tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm mới nghiện chích. Những chỉ số này sẽ làm củng cố tính đúng đắn và hiệu quả của chương trình. Cuối cùng, cần nhận thức rằng thông tin - giáo dục - truyền thông phải nhằm đi đến thay đổi hành vi của mọi người trong cộng đồng xã hội. Ngoài việc thay đổi hành vi của những người thuộc các nhóm nguy cơ cao như đã kể trên, điều này còn bao hàm cả sự thay đổi hành vi của xã hội nói chung trong đó sự thay đổi hành vi của các cấp lãnh đạo trong việc cho phép, ủng hộ và tạo thuận để các giải pháp “Giảm tác hại” được triển khai có một ý nghĩa hết sức quan trọng. Vì vậy, tăng cường sự lãnh đạo của các cấp ủy Đảng và chính quyền các cấp

là một nhân tố quan trọng nhất, đặc biệt nhất trong việc tạo ra sự thống nhất liên ngành về nhận thức cũng như hành động về “Giảm tác hại”.

Hiện nay Việt Nam đã có nhiều người nhiễm HIV/AIDS, nhưng chưa lây lan rộng ra cộng đồng mà còn giới hạn trong một số nhóm đối tượng có nguy cơ cao. Trong nhóm có nguy cơ cao, đáng quan ngại nhất là nhóm tiêm chích heroin và nhóm mại dâm. Vì vậy, cùng với tăng cường các giải pháp tuyên truyền, truyền thông giáo dục phòng chống HIV/AIDS, việc tiến hành sớm các giải pháp “Giảm tác hại” là một biện pháp can thiệp tốt nhất để hạn chế và giảm sự lây lan HIV/AIDS trong các nhóm có nguy cơ cao và không để HIV/AIDS lây lan ra cộng đồng ■

(1) Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội: “Báo cáo kết quả công tác cai nghiện phục hồi và một số mô hình cai nghiện có hiệu quả giai đoạn 2001 - 2006” tại hội nghị “Tổng kết công tác cai nghiện phục hồi và xây dựng xã phường lành mạnh không có tệ nạn xã hội giai đoạn 2001 - 2006” ngày 17/8/2007.

(2) Nguyễn Anh Tuấn: “Tỷ lệ nhiễm và các hành vi nguy cơ lây truyền HIV trên những người quan hệ tình dục đồng giới nam tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2004”. Luận án Tiến sỹ y khoa bảo vệ tại Viện Vệ sinh dịch tễ học Trung ương năm 2006.

(3) Bộ Y tế: Báo cáo Công tác phòng, chống HIV/AIDS 6 tháng đầu năm 2010 và trọng tâm kế hoạch 6 tháng cuối năm 2010. [Http://www.vaac.gov.vn](http://www.vaac.gov.vn).

(4) Bộ Y tế: Báo cáo Công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2009. [Http://www.vaac.gov.vn](http://www.vaac.gov.vn).

(5) Chính phủ: Chiến lược quốc gia về phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020.

(6) Quốc hội Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam Khoá XI kỳ họp thứ 9: “Luật phòng chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS)”.

(7) Trung tâm Nghiên cứu dư luận xã hội, Ban Tư tưởng Văn hoá Trung ương: “Lợi ích của các biện pháp giảm tác hại nghiện ma túy”.

(8) Bộ Y tế: Báo cáo Công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2009. [Http://www.vaac.gov.vn](http://www.vaac.gov.vn).



XÃ HỘI HÓA VÀ ĐA DẠNG HÓA CÔNG TÁC TRUYỀN THÔNG PHÒNG CHỐNG HIV/AIDS

Với trách nhiệm là Tiểu ban Thông tin- Giáo dục- Truyền thông phòng chống HIV/AIDS Bộ Y tế, trong những năm qua, Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương đã phát huy vai trò đầu mối, phối hợp và triển khai có hiệu quả công tác truyền thông phòng chống HIV/AIDS theo hướng xã hội hóa và đa dạng hóa.

BS. ĐẶNG QUỐC VIỆT
Trưởng Tiểu ban Thông tin- Giáo dục- Truyền thông
phòng chống HIV/AIDS, Bộ Y tế

Dịch HIV/AIDS và công tác phòng chống

Năm 1981, một loại mầm bệnh mới được phát hiện trên trái đất của chúng ta. Đó là HIV. HIV là vi rút gây ra bệnh AIDS- một căn bệnh truyền nhiễm nguy hiểm, lây từ người sang người với tốc độ nhanh và

đã nhanh chóng trở thành đại dịch. Đại dịch HIV/AIDS đã tác động sâu sắc tới sự phát triển kinh tế- xã hội nói chung và ảnh hưởng nặng nề tới sức khỏe và tính mạng của con người nói riêng. Theo báo cáo của UNAIDS công bố ngày 23/11/2011, dịch HIV/AIDS đã

được phát hiện ở tất cả các quốc gia và vùng lãnh thổ trên thế giới. Lũy tích từ trường hợp nhiễm HIV được phát hiện đầu tiên tại Mỹ năm 1981, đến nay, thế giới đã phát hiện khoảng 65 triệu người nhiễm HIV, trong đó có trên 34 triệu người nhiễm HIV còn sống và

trên 30 triệu người đã chết vì AIDS. Một số quốc gia ở châu Phi bị HIV/AIDS tàn phá nặng nề, bởi vì nhóm đối tượng bị HIV/AIDS tác động mạnh nhất là lứa tuổi trẻ cũng là lực lượng lao động chính của mỗi gia đình và của cả quốc gia.

Ba mươi mốt năm qua cũng là khoảng thời gian mà các quốc gia trên thế giới và các nhà khoa học trên toàn cầu, đã tiêu tốn nhiều thời gian và tiền bạc, đầu tư nhiều sức lực và trí tuệ, nhằm tìm ra những phương cách hữu hiệu nhất để ngăn chặn sự lây lan của vi rút HIV và giảm thiểu tác hại do AIDS gây ra. Nhưng đến nay, thế giới vẫn chưa tìm ra được loại vắc xin đặc hiệu để phòng căn bệnh này và cũng chưa tìm ra được loại thuốc đặc hiệu để trị căn bệnh này. Vì vậy, công tác thông tin- giáo dục- truyền thông vẫn là vũ khí hiệu quả nhất trong công cuộc chống lại đại dịch HIV/AIDS hiện nay.

Việt Nam cũng nằm trong bối cảnh chung của thế giới. Kể từ trường hợp nhiễm HIV được phát hiện lần đầu tiên vào tháng 12/1990, tại thành phố Hồ Chí Minh, đến nay, dịch HIV/AIDS đã được phát hiện ở 100% tỉnh, thành phố, trên 98% số quận, huyện và gần 80% số xã, phường trong cả nước. Hai mươi năm qua cũng là khoảng thời gian mà Đảng và Nhà nước ta luôn quan tâm, chỉ đạo, lãnh đạo công tác phòng chống HIV/AIDS. Hệ thống tổ chức phòng chống HIV/AIDS được kiện toàn từ trung ương đến tuyến huyện. Mạng lưới phòng chống HIV/AIDS được phát triển tới các cơ quan, ban,

ngành đoàn thể từ trung ương tới cơ sở. Năm 2004, Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020, trong đó có 9 Chương trình hành động thì Chương trình hành động số một là: Thông tin- giáo dục- truyền thông thay đổi hành vi phòng chống HIV/AIDS. Năm 2005, Ban Bí thư Trung ương Đảng đã ra Chỉ thị số 54-CT/TU về việc tăng cường phòng chống HIV/AIDS. Năm 2006, Quốc hội đã ban hành Luật phòng chống HIV/AIDS. Vừa qua, Thủ tướng Chính phủ đã ra Chỉ thị số 16 và phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn đến 2030, Quốc hội phê duyệt Chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống HIV/AIDS. Các cơ quan, ban, ngành, đoàn thể từ trung ương tới cơ sở, trong đó ngành y tế đóng vai trò nòng cốt đã triển khai thực hiện đồng bộ nhiều giải pháp nhằm ngăn chặn sự lây lan của vi rút HIV và giảm thiểu tác hại do AIDS gây ra. Công tác phòng chống HIV/AIDS đã đạt được nhiều thành tựu quan trọng, trong đó có chỉ tiêu giảm số người nhiễm HIV mới dưới 0,3% dân số. Nhưng đến nay, dịch HIV/AIDS ở nước ta vẫn diễn biến phức tạp do chưa kiểm soát được tình trạng tiêm chích ma túy và nạn mại dâm. Và ở nước ta, công tác thông tin- giáo dục- truyền thông cũng là vũ khí hiệu quả nhất trong công cuộc chống lại dịch HIV/AIDS hiện nay.

Xã hội hóa và đa dạng

hóa công tác truyền thông phòng chống HIV/AIDS

Thực hiện chủ trương trên, trong những năm qua, Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương đã chủ trì, phối hợp với Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế và các cơ quan, đơn vị có liên quan triển khai thực hiện có hiệu quả 5 loại hình truyền thông chủ yếu sau đây:

1. Truyền thông trực tiếp

Trong công tác truyền thông phòng chống HIV/AIDS, các hoạt động truyền thông trực tiếp thông qua đội ngũ tuyên truyền viên tại cộng đồng đóng vai trò hết sức quan trọng trong việc tiếp cận các nhóm đối tượng có hành vi nguy cơ cao, cung cấp thông tin, giúp họ có kiến thức, tiến tới có ý thức để thực hiện việc thay đổi hành vi phòng lây nhiễm HIV cho bản thân, gia đình và cộng đồng, đồng thời giảm thiểu tác hại do AIDS gây ra cho gia đình, cộng đồng và xã hội. Từ năm 2008-2010, Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương đã phối hợp với Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế và Sở Y tế 63 tỉnh, thành phố phát động và tổ chức Hội thi Tuyên truyền viên giỏi phòng, chống HIV/AIDS trên địa bàn cả nước. Hội thi được tổ chức thành 4 cấp. Hội thi cấp xã cho đối tượng là tất cả nhân viên y tế thôn bản và tuyên truyền viên phòng chống HIV/AIDS của xã. Hội thi cấp huyện cho đối tượng là các thí sinh được lựa chọn từ hội thi cấp xã. Mỗi tỉnh/thành phố chọn một huyện/quận để tổ chức hội thi điểm. Ba thí sinh giỏi nhất hội thi cấp

huyện/quận đại diện cho tỉnh/thành phố tham dự Hội thi cấp cụm. Các tỉnh/thành phố đoạt giải nhất tại 12 cụm thi trong cả nước tham dự Chung kết toàn quốc Hội thi Tuyên truyền giỏi phòng chống HIV/AIDS năm 2010, tổ chức tại Hà Nội vào ngày 28/11/2010. Đây là một trong 10 hoạt động quốc gia nhân sự kiện 20 năm Việt Nam đương đầu với đại dịch HIV/AIDS.

2. Truyền thông gián tiếp

Phát huy thế mạnh của truyền thông gián tiếp thông qua các phương tiện thông tin đại chúng, nhất là trên sóng phát thanh và sóng truyền hình, trong 2 năm 2010 và 2011, Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương đã phối hợp với Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế và Đài Truyền hình Việt Nam (Ban biên tập Truyền hình cáp và VTV Cần Thơ) phát động và tổ chức 4 Hội thi Phóng sự Truyền hình Phòng chống HIV/AIDS cho 63 tỉnh, thành phố trong cả nước: các tỉnh miền núi phía Bắc, các tỉnh/thành phố đồng bằng Bắc bộ và Bắc Trung bộ, các tỉnh Nam Trung bộ và Tây Nguyên và các tỉnh/thành phố Nam bộ.

Năm 2012, Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương đã phối hợp với Cục Phòng chống HIV/AIDS, Bộ Y tế và Đài Tiếng nói Việt Nam (VOV2) phát động và tổ chức 2 Liên hoan Phát thanh Phòng chống HIV/AIDS cho 32 tỉnh/thành phố phía Bắc (từ Đà Nẵng trở ra): các tỉnh miền núi phía Bắc và các tỉnh/thành phố đồng bằng Bắc bộ và Bắc Trung bộ. Dự kiến, năm 2013, sẽ phát động và tổ chức Liên

hoan Phát thanh Phòng chống HIV/AIDS cho 31 tỉnh/thành phố phía Nam (từ Quảng Nam trở vào).

3. Truyền thông trực quan

Bên cạnh việc sản xuất các pano, áp phích phục vụ các hoạt động và đặc biệt là Hội nghị 20 năm Phòng chống HIV/AIDS tại Việt Nam, năm 2011, Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương đã phối hợp với Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế phát động và tổ chức Cuộc thi Sáng tác Áp phích Phòng chống HIV/AIDS. Ban tổ chức đã nhận được 113 tác phẩm dự thi của các tác giả chuyên và không chuyên đang công tác trong và ngoài ngành Y tế. Ban Giám khảo đã lựa chọn được 29 tác phẩm để trao giải, gồm 02 giải Nhất, 04 giải Nhì, 06 giải Ba và 17 giải Khuyến khích. Để phát huy hiệu quả của Cuộc thi, Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương đã biên soạn và in cuốn Catalogue 29 tác phẩm đoạt giải, gửi kèm theo đĩa mềm các tác phẩm đoạt giải cho Trung tâm Truyền thông GDSK và Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS các tỉnh/ thành phố cùng các cơ quan có liên quan.

4. Truyền thông mô hình

Trong hai năm 2009 và 2010, Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương đã phối hợp với Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế và Sở Y tế tỉnh Ninh Bình triển khai xây dựng mô hình Can thiệp truyền thông phòng chống HIV/AIDS có sự tham gia của cộng đồng, tại xã Gia Sinh, huyện Gia Viễn, tỉnh Ninh Bình. Năm 2011, Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương đã phối hợp

với Cục Phòng chống HIV/AIDS, Bộ Y tế và Sở Y tế tỉnh Vĩnh Phúc tiếp tục xây dựng mô hình (nêu trên) tại xã Tiên Sơn, thành phố Vĩnh Yên, tỉnh Vĩnh Phúc. Phát huy thành quả và kinh nghiệm xây dựng mô hình cấp xã, năm 2012, Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương đã phối hợp với Cục Phòng chống HIV/AIDS, Bộ Y tế và Sở Y tế tỉnh Hưng Yên triển khai mô hình (nêu trên) quy mô cấp huyện tại huyện Tiên Lữ, tỉnh Hưng Yên.

5. Truyền thông sự kiện

Phát huy vai trò của cơ quan đầu mối về truyền thông của Bộ Y tế, Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương đã phối hợp với Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế và các cơ quan liên quan tổ chức nhiều sự kiện cấp quốc gia phục vụ các hoạt động phòng chống HIV/AIDS như: Tháng hành động Quốc gia phòng chống HIV/AIDS hằng năm, Hội nghị 20 năm phòng chống HIV/AIDS tại Việt Nam, Chiến dịch Quốc gia sử dụng bao cao su phòng chống HIV/AIDS, Tháng cao điểm phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con...

Thay cho lời kết

Đánh giá vai trò của truyền thông trong công tác phòng chống HIV/AIDS, tại Hội nghị 20 năm Phòng chống HIV/AIDS tại Việt Nam, đồng chí Nguyễn Thị Doan, Ủy viên Ban Chấp hành Trung ương Đảng, Phó Chủ tịch Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam nói: Hai mươi năm qua, nước ta đã đạt được nhiều thành tựu quan trọng trong công tác phòng chống HIV/AIDS, trong đó truyền thông đóng góp một nửa ■

VIỆT NAM SẼ “DƯ THỪA” KHOẢNG 2,3 ĐẾN 4,3 TRIỆU NAM GIỚI TRONG TƯƠNG LAI

Thông tin dự báo trên được đưa ra tại Hội thảo Quốc gia về mất cân bằng giới tính khi sinh diễn ra tại Hà Nội ngày 3/11/2012.

Ở Việt Nam, tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh diễn ra muộn, nhưng tốc độ gia tăng nhanh. Tỷ số giới tính khi sinh năm 1999 là 107 bé trai/100 bé gái, năm 2006 là 109 bé trai/100 bé gái và trong những năm gần đây, tỷ số giới tính khi sinh vẫn tiếp tục tăng cao, năm 2012 là 112,3 bé trai/100 bé gái. Mất cân bằng giới tính khi sinh xảy ra ở cả thành thị và nông thôn. Một trong những nguyên nhân của tình trạng này là việc lạm dụng tiến bộ khoa học công nghệ để lựa chọn giới tính khi mang thai.

Các chuyên gia lo ngại, nếu không có sự can thiệp quyết liệt và tích cực nhằm giảm tốc độ gia tăng mất cân bằng giới tính khi sinh thì tỉ số giới tính khi sinh của nước ta có thể tiếp tục tăng lên khoảng 125 vào năm 2020 và tiếp tục duy trì ở mức này cho đến năm 2050. Điều này có nghĩa, Việt Nam sẽ “dư thừa” khoảng 2,3-4,3 triệu nam giới trong tương lai. Tình trạng này sẽ dẫn đến những hệ lụy khó lường về xã hội, an ninh và trật tự an toàn xã hội, ảnh hưởng tiêu cực đến cuộc sống của cá nhân, gia đình và là tai họa đối với sự phát triển bền vững của đất nước, dân tộc.

Phó Thủ tướng Nguyễn Thiện Nhân khẳng định, dù khó có thể giảm nhanh mất cân bằng giới tính khi sinh trong thời gian tới nhưng chúng ta vẫn phải thực hiện quyết liệt bằng nhiều biện pháp đồng bộ. Bên cạnh những nỗ lực của cả hệ thống chính trị, công tác truyền thông vận động cần được đẩy mạnh; từng bước vận động người dân giảm tư tưởng “trọng nam, khinh nữ”; giáo dục con cái có trách nhiệm với cha mẹ không phân biệt con trai, con gái. Tăng cường về quy mô và tập trung nâng cao chất lượng cho lực lượng cộng tác viên cơ sở. Ngành Y tế phối hợp với ngành Giáo dục đưa giáo dục giới tính vào các chương trình sinh hoạt chuyên đề để ngay từ khi còn ngồi ghế nhà trường, các em học sinh sẽ có những nhìn nhận đúng đắn hơn về giới và bình đẳng giới. Phó Thủ tướng cũng nhấn mạnh, cần có Chỉ thị của Ban Bí thư về vấn đề mất cân bằng giới tính khi sinh ■

TĂNG QUYỀN LỢI TỐI ĐA, HẠN CHẾ THẤP NHẤT SỰ CHI TRẢ TỪ TIỀN TÚI CỦA NGƯỜI BỆNH

Bộ Y tế đề xuất 11 nội dung cần sửa đổi, bổ sung của Luật Bảo hiểm y tế dự kiến trình Quốc hội vào năm 2013 nhằm mục đích tăng tỉ lệ người dân tham gia bảo hiểm y tế để đảm bảo lộ trình thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân. Nguyên tắc là tăng quyền lợi tối đa, hạn chế thấp nhất sự chi trả từ tiền túi của người bệnh. Đồng thời, tăng cường chất lượng dịch vụ y tế để người dân được tiếp cận nhiều hơn, không phải tìm đến dịch vụ ngoài quyền lợi của mình.

Tại Hội nghị Tổng kết 3 năm thực hiện Luật Bảo hiểm y tế và định hướng nội dung sửa đổi, bổ sung Luật Bảo hiểm y tế do Bộ Y tế tổ chức ngày 6/11 tại Hà Nội, các chuyên gia cho rằng, nhằm đảm bảo lộ trình bảo hiểm y tế toàn dân, cần quy định phải tham gia bảo hiểm y tế đầy đủ cho toàn bộ thành viên trong hộ gia đình thì mới được hỗ trợ mức đóng. Hiện nay, số người tự nguyện tham gia bảo hiểm y tế còn thấp, đa số người tham gia bảo hiểm y tế là những người mắc bệnh mạn tính, bệnh phải chi phí điều trị cao. Kinh nghiệm của các nước trên thế giới chỉ ra rằng, việc tham gia theo hộ gia đình là một cách thức tối ưu để thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân. Bên cạnh đó, đề xuất sửa đổi quy định về thời điểm có hiệu lực của thẻ trong những trường hợp không tham gia liên tục; thay đổi mức hưởng chi trả bảo hiểm khi khám trái tuyến.

Theo báo cáo của Vụ Bảo hiểm Y tế, sau 3 năm triển khai thực hiện Luật Bảo hiểm Y tế, tỉ lệ bao phủ tham gia bảo hiểm y tế đã đạt khoảng 60% dân số. Người tham gia bảo hiểm y tế đã được tiếp cận dịch vụ tất cả các tuyến y tế theo nhu cầu chăm sóc sức khỏe và bệnh tật ■

VI PHẠM HÀNH CHÍNH VỀ AN TOÀN VỆ SINH THỰC PHẨM CÓ THỂ BỊ PHẠT ĐẾN 100 TRIỆU ĐỒNG

Lần đầu tiên một nghị định riêng về xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực an toàn thực phẩm được ban hành. Nghị định quy định rõ mức phạt tối đa với hành vi vi phạm an toàn thực phẩm là 100 triệu đồng.

Hành vi sử dụng thịt chưa qua kiểm dịch thú y phạt từ 3-5 triệu đồng. Hành vi sử dụng nguyên liệu không bảo đảm an toàn thực phẩm hoặc không rõ nguồn gốc, xuất xứ để sản xuất, chế biến thực phẩm phạt từ 10-15 triệu đồng. Mức phạt tăng lên 15 - 20 triệu nếu sử dụng thịt động vật chết do bệnh, dịch bệnh hoặc chết không rõ nguyên nhân, buộc phải tiêu hủy theo yêu cầu của cơ quan có thẩm quyền để sản xuất, chế biến thực phẩm.

Hành vi sử dụng phụ gia thực phẩm, chất hỗ trợ chế biến thực phẩm không rõ nguồn gốc, xuất xứ để sản xuất, chế biến thực phẩm; sử dụng phụ gia thực phẩm, chất hỗ trợ chế biến thực phẩm ngoài danh mục được phép sử dụng để sản xuất, chế biến thực phẩm phạt tiền từ 15-20 triệu đồng. Hành vi sử dụng phụ gia thực phẩm, chất hỗ trợ chế biến có chứa chất độc hại hoặc sử dụng phụ gia là chất độc hại để sản xuất, chế biến thực phẩm bị phạt tiền từ 20-40 triệu đồng. Hành vi sử dụng hóa chất bị cấm sử dụng trong sản xuất, chế biến thực phẩm bị phạt tiền từ 30-50 triệu đồng.

Hành vi quảng cáo thực phẩm sai sự thật, gây nhầm lẫn đối với người tiêu dùng, quảng cáo thực phẩm có công hiệu thay thế thuốc chữa bệnh... sẽ bị phạt từ 20 - 30 triệu đồng...

Ngoài phạt tiền, tùy theo tính chất, mức độ mà người vi phạm phải chịu các hình thức bổ sung như: tước quyền sử dụng Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm, Giấy tiếp nhận bản công bố hợp quy...

Nghị định quy định xử lý vi phạm hành chính về an toàn thực phẩm vừa được Chính phủ ban hành có hiệu lực thi hành từ ngày 25/12/2012 ■

MỖI NGÀY, 11 TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI TỬ VONG VÌ VIÊM PHỔI

Nhân Ngày thế giới Phòng chống Viêm phổi 12/11/2012, ông Jesper Moller, Phó Đại diện Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc tại Việt Nam cho biết, viêm phổi là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu đối với trẻ em ở Việt Nam. Mỗi ngày, có tới 11 trẻ em dưới 5 tuổi tử vong vì viêm phổi.

Nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu có thể giảm tỉ lệ nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp và viêm phổi tới 15 lần nhưng ở Việt Nam tỷ lệ bà mẹ nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ lại thấp nhất trong khu vực Đông Nam Á. Đáng tiếc là, ở Việt Nam, chỉ có 5% các bà mẹ và người chăm sóc trẻ nắm được các dấu hiệu nguy hiểm của viêm phổi và chỉ có 68% trẻ em có triệu chứng viêm phổi được điều trị bằng kháng sinh. Trong khi, hiện nay Việt Nam chưa có chương trình quản lý viêm phổi dựa vào cộng đồng - một chương trình rất quan trọng đối với trẻ em, đặc biệt là trẻ em sống ở khu vực miền núi xa xôi dễ bị viêm phổi nhất.

Kế hoạch Hành động Toàn cầu về Phòng chống Viêm phổi (GAPP) do Tổ chức Y tế Thế giới và Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc ban hành năm 2009 nêu rõ, tử vong do viêm phổi ở trẻ em có thể được giảm đi 2/3 nếu 3 can thiệp y tế trẻ em (nuôi con bằng sữa mẹ, tiêm chủng và quản lý ca, kể cả việc cung cấp kháng sinh phù hợp) được nhân rộng nhằm tiếp cận 90% trẻ em toàn thế giới ■

CAM KẾT BẢO ĐẢM GIẢM SỰ KHÔNG CÔNG BẰNG TRONG TIẾP CẬN PHỔ CẬP CÁC DỊCH VỤ CHĂM SÓC Y TẾ

Ngày 26/11, tại Hà Nội, Bộ Y tế và cơ quan Liên hợp quốc tại Việt Nam đã tổ chức Hội nghị quốc gia: “Đánh giá tình hình thực hiện Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ liên quan đến y tế và đáp ứng của Việt Nam đối với chiến lược toàn cầu sức khỏe phụ nữ và trẻ em”.

Với sự nỗ lực và đầu tư, Việt Nam đã đạt được những thành tựu to lớn trong chăm sóc sức khỏe và bảo vệ sức khỏe của người dân, hướng đến các mục tiêu phát triển thiên niên kỷ liên quan đến y tế. Việt Nam bước đầu đã thành công trong công cuộc giảm nghèo, nâng cao sức khỏe bà mẹ và trẻ em với tỷ lệ tử vong ở bà mẹ trong thời gian qua đã giảm từ 233/100.000 ca đẻ sống (năm 1990) xuống còn 69/100.000 ca đẻ sống (năm 2009); tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh đã giảm từ 44,4/1.000 ca đẻ sống (năm 1990) xuống còn 14/1.000 ca đẻ sống (năm 2011). Việt Nam đã có nhiều nỗ lực trong việc phòng chống HIV/AIDS. Năm 2011 có 19.500 ca nhiễm mới HIV mỗi năm, giảm 30% so với năm 2001 và cũng có rất nhiều tiến bộ quan trọng trong một số hoạt động phòng chống dịch bệnh như lao, sốt rét, vệ sinh môi trường...

Tuy nhiên, vẫn còn sự khác biệt và khoảng cách trong việc chăm sóc sức khỏe người dân giữa các vùng, miền trong cả nước. Tỷ lệ trẻ em suy dinh dưỡng thấp còi vẫn còn cao, ở mức 32%. Tỷ suất chết mẹ ở 62 huyện nghèo nhất cao gấp 5 lần tỷ suất trung bình của cả nước. Tỷ suất chết trẻ em tại những tỉnh khó khăn cao gấp từ 5-6 lần so với một số tỉnh, thành phát triển hơn...

Bộ Y tế và cơ quan Liên hợp quốc tại Việt Nam đã cam kết bảo đảm giảm sự không công bằng trong tiếp cận phổ cập các dịch vụ chăm sóc y tế vào năm 2015, đặc biệt trong nhóm dân số dễ bị tổn thương. Bộ Y tế và cơ quan Liên hợp quốc tại Việt Nam cũng đưa ra thông điệp kêu gọi sự gia tăng nỗ lực để thúc đẩy đạt được tiến trình mục tiêu phát triển thiên niên kỷ liên quan đến y tế nhằm phổ cập các dịch vụ chăm sóc y tế vào năm 2015. ■

LÀNG “THAY ĐỔI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG”

Đó là tên của “ngôi làng” được dựng lên tại công viên Thống nhất Hà Nội từ ngày 6 - 14/11/2012 nhằm hưởng ứng Ngày Đái tháo đường thế giới với mục tiêu thay đổi nhận thức và hành động về bệnh đái tháo đường. “Ngôi làng” đã thu hút được sự quan tâm của đông đảo người dân. Tại đây, người dân đã được tư vấn miễn phí về bệnh đái tháo đường; thử đường huyết cho người có nguy cơ mắc bệnh; tư vấn dinh dưỡng cho những trường hợp có đường huyết cao. Chương trình do Bộ Y tế, Bệnh viện Nội tiết Trung ương và Hội Chữ thập đỏ Việt Nam tổ chức.

Phát biểu tại lễ khai trương Làng “Thay đổi bệnh đái tháo đường”, Thứ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thị Xuyên cho biết, bệnh đái tháo đường, đặc biệt là đái tháo đường typ 2 là căn bệnh xảy ra âm thầm, đôi khi chỉ một sự tình cờ khi đi khám sức khỏe hoặc một lý do nào đó bệnh mới được phát hiện, chính vì vậy, bệnh thường được phát hiện chậm, khi phát hiện bệnh đã nặng gây ra nhiều biến chứng để lại những hậu quả tổn hại cho sức khỏe. Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới, 80-90% người mắc bệnh chưa được chẩn đoán ở các nước có thu nhập thấp, tỷ lệ này là 30% ở các nước có thu nhập cao. Bệnh đái tháo đường đang có xu hướng gia tăng, đặc biệt tăng nhiều ở các nước mới phát triển trong đó có Việt Nam. Ngày nay, quan niệm đái tháo đường là bệnh của người giàu không còn phù hợp, nó xảy ra ở tất cả các nước, mọi châu lục và mọi tầng lớp nhân dân không phân biệt giàu nghèo.

Năm 2012, khẩu hiệu mà Liên đoàn Đái tháo đường thế giới đưa ra là “Phòng chống bệnh đái tháo đường là bảo vệ tương lai của bạn”. Đây chính là thông điệp nhắc nhở chúng ta hãy lắng nghe cơ thể, tự quan tâm, chăm sóc bản thân, đẩy lùi bệnh đái tháo đường. ■

KHÔNG CÓ BIỆN PHÁP KHỐNG CHẾ TRIỆT ĐỂ, CÚM A(H5N1) CÓ NGUY CƠ BÙNG PHÁT

Tại Hội thảo truyền thông nguy cơ về bệnh cúm A(H5N1) diễn ra ngày 22/11, Phó Cục trưởng Cục Y tế Dự phòng Trần Thanh Dương cho biết, nguy cơ dịch cúm A(H5N1) tiếp tục bùng phát trên gia cầm cũng như ảnh hưởng đến người hoàn toàn có thể xảy ra trong những năm tới nếu các cơ quan chức năng không có các biện pháp khống chế triệt để. Nguy cơ này không chỉ tồn tại ở các đàn gia cầm, thủy cầm chưa được tiêm phòng trong nước mà còn từ việc buôn bán, sử dụng gia cầm bị bệnh.

Hiện nay, theo thông báo của Cục Thú y (Bộ Nông nghiệp và Phát triển Nông thôn), Việt Nam vẫn lẻ tẻ xảy ra các vụ dịch cúm A(H5N1) trên gia cầm ở các địa phương. Việt Nam cũng đã phát hiện ra nhánh C của vi rút cúm A(H5N1), tuy nhiên vẫn chưa ghi nhận sự lây lan của vi rút mới này sang người.

Theo thống kê của Cục Y tế Dự phòng, từ đầu năm 2012 đến nay, dịch cúm A(H5N1) vẫn xuất hiện rải rác trên cả gia cầm và trên người. Năm 2012 đã ghi nhận 4 trường hợp mắc cúm A(H5N1), trong đó có 2 trường hợp tử vong. Nguyên nhân các trường hợp nhiễm cúm A(H5N1) ở Việt Nam có tỷ lệ tử vong cao là do chủng vi rút này lưu hành ở trong nước có độc lực cao và đa phần các trường hợp mắc bệnh này nhập viện muộn.

Để phòng bệnh, Cục Y tế Dự phòng khuyến cáo người dân khi thấy có các biểu hiện như sốt cao đột ngột trên 39°C hay thấy đau ngực, ho, khó thở, đau đầu, đau cổ, mệt thì cần đến ngay các cơ sở y tế để khám và điều trị ■

HỢP BAN CHỈ ĐẠO PHONG TRÀO VỆ SINH YÊU NƯỚC NÂNG CAO SỨC KHỎE NHÂN DÂN

Ngày 5/12/2012, tại Hà Nội, Ban Chỉ đạo Phong trào Vệ sinh yêu nước nâng cao sức khỏe nhân dân đã họp dưới sự chủ trì của Thứ trưởng Bộ Y tế kiêm Phó trưởng ban Thường trực Nguyễn Thanh Long.

Phát biểu khai mạc cuộc họp, Thứ trưởng Nguyễn Thanh Long đã nhấn mạnh ý nghĩa và tầm quan trọng của việc phát động Phong trào Vệ sinh yêu nước nâng cao sức khỏe nhân dân. Phát động Phong trào Vệ sinh yêu nước nâng cao sức khỏe nhân dân là làm sống lại một phong trào có ý nghĩa mà Bác Hồ đã từng rất tâm huyết.

Cuộc họp đã thông qua dự thảo Quy chế hoạt động của Ban Chỉ đạo và dự thảo về Hướng dẫn kế hoạch triển khai Phong trào Vệ sinh yêu nước nâng cao sức khỏe nhân dân. Dự thảo chỉ rõ mục tiêu của Phong trào là nhằm nâng cao nhận thức và đề cao trách nhiệm của các cấp chính quyền, đoàn thể, tổ chức chính trị - xã hội, từng gia đình và toàn xã hội trong việc triển khai các hoạt động vệ sinh nâng cao sức khỏe, từ đó xây dựng phong trào bền vững, dựa vào dân và do dân thực hiện; tăng cường sự tham gia phối hợp chặt chẽ, đồng bộ của các cấp, ngành, các tầng lớp nhân dân và tăng cường sự hợp tác quốc tế đối với công tác vệ sinh nâng cao sức khỏe; hưởng ứng Cuộc vận động “Học tập và làm theo tấm gương đạo đức Hồ Chí Minh” và Chương trình Xây dựng nông thôn mới; góp phần đảm bảo thực hiện tốt các mục tiêu, chỉ tiêu về vệ sinh của các chiến lược, chương trình, phong trào có liên quan.

Ban Chỉ đạo Phong trào vệ sinh yêu nước nâng cao sức khỏe nhân dân được thành lập theo Quyết định số 4703/QĐ - BYT ngày 28/11/2012 của Bộ Y tế do Bộ trưởng Nguyễn Thị Kim Tiến làm Trưởng ban cùng 41 thành viên là cán bộ các đơn vị, cục, vụ khác có liên quan ■

NĂM 2015, CẢ NƯỚC CẦN 444.500 NHÂN LỰC Y TẾ

Đến năm 2015, ước tính nhu cầu nhân lực y tế của nước ta cần tới 444.500 người (thời điểm hiện nay cần bổ sung là 14.252 người), trong đó bác sỹ là 29.500 người; dược sỹ là 15.550 người và điều dưỡng (đại học và trung cấp) là 57.270 người.

Theo Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo (Bộ Y tế), Việt Nam cũng như nhiều nước trên thế giới đang đối mặt với các thách thức về nhân lực y tế bị thiếu hụt, mất cân đối về cơ cấu và phân bố vùng miền... “Quy hoạch phát triển nhân lực y tế giai đoạn 2012-2020” tập trung vào việc phát triển nhân lực y tế đủ về số lượng, chất lượng, cơ cấu và phân bố hợp lý, đồng thời nâng cao năng lực quản lý điều hành nhân lực y tế; xây dựng chế độ, chính sách môi trường làm việc và chế độ đãi ngộ hợp lý cho nhân lực y tế, đặc biệt là ở các vùng miền núi, khó khăn, vùng có nhiều đồng bào dân tộc thiểu số và một số lĩnh vực kém có sức hút nguồn nhân lực. Ngành Y tế phấn đấu đến năm 2020 sẽ có 52 nhân viên y tế (tất cả các chuyên ngành)/10.000 dân; 10 bác sỹ/10.000 dân; 20 điều dưỡng/10.000 dân...; thành lập 2 trường Đại học Khoa học sức khỏe tại Hà Nội và TP. Hồ Chí Minh trên cơ sở trường Đại học Y Hà Nội và Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh...

Cả nước hiện có 26 cơ sở đào tạo nhân lực y tế trình độ đại học, 74 trường cao đẳng, 44 trường trung cấp và dạy nghề ■

ĐẢM BẢO TIẾP CẬN KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH LÀ BẢO VỆ QUYỀN CON NGƯỜI

Với thông điệp “Chủ động lựa chọn, chứ không phải lựa chọn ngẫu nhiên: Kế hoạch hóa gia đình, quyền và sự phát triển của con người”, Báo cáo Tình trạng Dân số thế giới 2012 khẳng định: Kế hoạch hóa gia đình mang lại những lợi ích to lớn cho phụ nữ, gia đình và các cộng đồng trên toàn thế giới.

Theo báo cáo, nhờ có kế hoạch hóa gia đình nên mọi người được lựa chọn số con mong muốn và khoảng cách giữa các lần sinh con, chính vì thế phụ nữ và con cái của họ sống khỏe mạnh hơn và lâu hơn. Ước tính, nếu có thêm 120 triệu phụ nữ được tiếp cận dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, thì số trẻ sơ sinh tử vong trong năm đầu tiên của cuộc đời sẽ giảm đi khoảng 3 triệu. Báo cáo cũng kêu gọi các chính phủ, các tổ chức xã hội, các cơ quan cung cấp dịch vụ y tế và cộng đồng phải có trách nhiệm trong việc bảo vệ quyền được tiếp cận tới dịch vụ kế hoạch hóa gia đình cho tất cả phụ nữ bao gồm phụ nữ trẻ và chưa kết hôn.

Ở Việt Nam, theo điều tra của Tổng cục thống kê thực hiện năm 2010 cho thấy, nhu cầu chưa được đáp ứng về phương tiện tránh thai của phụ nữ đã kết hôn là 11,2% và 34,3% đối với phụ nữ chưa kết hôn. Nhu cầu chưa được đáp ứng về các biện pháp tránh thai hiện đại là 29,4% đối với phụ nữ đã kết hôn và 50,4% đối với phụ nữ chưa kết hôn. Do vậy, số trường hợp mang thai ngoài ý muốn vẫn tăng đáng kể, đặc biệt trong nhóm thanh niên và người chưa kết hôn.

Thứ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Viết Tiến khẳng định, đảm bảo tiếp cận kế hoạch hóa gia đình là bảo vệ quyền con người. Cần phải thu hẹp khoảng cách giữa cung và cầu của dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, cần phải tập trung trước hết tới nhóm dân số dễ bị tổn thương nhất - phụ nữ nghèo, phụ nữ nông thôn, thanh niên, thanh niên chưa kết hôn, người di cư và người dân tộc thiểu số ■

75% TRƯỜNG HỢP TỬ VONG Ở TRẺ SINH NON CÓ THỂ PHÒNG TRÁNH

Hàng năm, thế giới có khoảng 15 triệu trẻ em bị sinh non, trong đó có 1,1 triệu trẻ sinh non tử vong. Có nghĩa, cứ 30 giây lại có 1 trẻ sinh non qua đời. Sinh non trở thành nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ sơ sinh và là nguyên nhân thứ 2 gây tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi. Điều đáng nói là, 75% trường hợp tử vong này có thể tránh được. Theo PGS.TS. Ngô Minh Xuân, Chủ tịch Hội Chu sinh và Sơ sinh thành phố Hồ Chí Minh, Trưởng khoa Sơ sinh Bệnh viện Từ Dũ, Việt Nam nằm trong 42 nước có tỷ lệ trẻ em tử vong cao nhất thế giới, ước tính khoảng 63.000 trẻ em tử vong hàng năm, trong đó có hơn một nửa là trẻ sơ sinh. Cứ 1,2 triệu trẻ em Việt Nam ra đời thì có tới hơn 100.000 trẻ bị sinh non, chiếm khoảng 10%.



Những đứa trẻ được sinh ra vào thời điểm thai nhi nhỏ hơn 37 tuần tuổi được coi là sinh non. Nguyên nhân dẫn đến tình trạng trẻ sinh non có thể do sức khỏe sinh sản người mẹ (tử cung dị dạng, u xơ tử cung, hở tử cung, viêm âm đạo...), sức khỏe thai nhi (song thai, đa thai, nhiễm độc thai, dư ối, vỡ ối...). Trẻ sinh non thường có nguy cơ mắc các bệnh về đường hô hấp, tiêu hóa, thị giác và hệ miễn dịch kém. Để tránh sinh non, trong thai kỳ, bà mẹ cần chú ý bảo vệ sức khỏe, dinh dưỡng đầy đủ và tránh lao động quá sức.

Bắt đầu từ năm 2011, ngày 17/11 hàng năm được chọn là Ngày thế giới Vì trẻ sinh non. Năm 2012 là năm đầu tiên Ngày thế giới Vì trẻ sinh non diễn ra tại Việt Nam do Hội Chu sinh và Sơ sinh thành phố Hồ Chí Minh tổ chức ■

PHẤN ĐẤU 100% TRƯỜNG MẦM NON VÀ PHỔ THÔNG CÓ ĐỦ NƯỚC SẠCH, NHÀ TIÊU HỢP VỆ SINH VÀO NĂM 2015

Ngày 6/11, tại Hà Nam, Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Y tế, Bộ Nông nghiệp và Phát triển Nông thôn, Sở Giáo dục và Đào tạo Hà Nam phối hợp tổ chức Lễ mít tinh và ra quân triển khai Chương trình mục tiêu quốc gia nước sạch và vệ sinh môi trường trong trường học giai đoạn 2012-2015.

Ở một số địa phương, các công trình nước và nhà tiêu trong trường học được xây dựng không đồng bộ, chưa đúng quy cách, chưa phù hợp với từng độ tuổi của học sinh và chưa đảm bảo vệ sinh, an toàn cho học sinh. Việc triển khai thực hiện Chương trình nước sạch và vệ sinh môi trường trong trường học có ý nghĩa chiến lược lâu dài, nhằm góp phần hình thành thói quen văn minh, giữ gìn vệ sinh cá nhân, sử dụng nguồn nước sạch, rửa tay với xà phòng đúng cách, sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh, tạo môi trường xanh - sạch - đẹp trong trường học.

Để đạt được mục tiêu 100% trường mầm non và phổ thông có đủ nước sạch và đủ nhà tiêu hợp vệ sinh vào năm 2015, các địa phương cần phấn đấu, gia tăng nguồn đầu tư; tăng cường giáo dục kỹ năng sử dụng, bảo quản công trình cấp nước và vệ sinh trường học cho học sinh và giáo viên...■

HOA QUẢ SỬ DỤNG CHẤT BẢO QUẢN ĐỘC HẠI: “BOM NỔ CHẬM” PHÁ HOẠI SỨC KHỎE GIÀNH GIẢI NHẤT

“Hoa quả sử dụng chất bảo quản độc hại: “Bom nổ chậm” phá hoại sức khỏe” - là thông điệp truyền thông về nội dung an toàn vệ sinh thực phẩm mạnh mẽ và trực diện mà tác phẩm giành giải Nhất Cuộc thi sáng tác áp phích “An toàn vệ sinh thực phẩm” năm 2012 muốn gửi tới tất cả các đối tượng từ người chế biến, sản xuất đến tiêu dùng thực phẩm. Đây là tác phẩm của tác giả Nguyễn Tuấn Khởi (Công ty VTC Online, Tam Trinh, Hà Nội).

Cuộc thi sáng tác áp phích “An toàn vệ sinh thực phẩm” năm 2012 do Trung tâm Truyền thông giáo dục sức khỏe Trung ương phối hợp với Cục An toàn thực phẩm (Bộ Y tế) tổ chức. Lễ tổng kết và trao giải Cuộc thi đã diễn ra trong không khí trang trọng và đầm ấm vào ngày 28/11/2012.

Phát biểu tại Lễ tổng kết và trao giải, PGS.TS Nguyễn Thanh Long, Thứ trưởng Bộ Y tế nhấn mạnh, an toàn vệ sinh thực phẩm là vấn đề được Bộ Y tế đặc biệt quan tâm vì nó liên quan trực tiếp đến sức khỏe người dân. Bếp ăn tập thể tại khu công nghiệp không đảm bảo vệ sinh, gà nhập lậu... là những vấn đề nổi cộm đáng lo ngại trong thời gian gần đây. Hiện nước ta có đến 500.000 cơ sở sản xuất, chế biến, kinh doanh thực phẩm, do đó, truyền thông nâng cao ý thức, trách nhiệm của chủ cơ sở sản xuất và sự hiểu biết của người tiêu dùng là hết sức cấp thiết, góp phần phòng chống các bệnh lây truyền qua đường thực phẩm, nâng cao sức khỏe nhân dân.

Sau 3 tháng phát động, Ban tổ chức Cuộc thi đã nhận được 133 tác phẩm của các họa sỹ và các nhà thiết kế chuyên, không chuyên trên toàn quốc. Ban Giám khảo đã chấm và lựa chọn được 30 tác phẩm có chất lượng nghệ thuật cao, nội dung rõ ràng để trao giải, bao gồm: 01 giải Nhất trị giá 10.000.000 đồng; 03 giải Nhì trị giá



5.000.000 đồng/giải; 06 giải Ba và 20 giải Khuyến khích. Đánh giá về các tác phẩm đoạt giải, BSKL. Đặng Quốc Việt, Giám đốc Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương, Trưởng Ban tổ chức Cuộc thi cho biết, các tác phẩm đoạt giải đã đáp ứng được yêu cầu của Ban tổ chức cuộc thi như: hướng tới chủ đề an toàn vệ sinh thực phẩm, bao gồm các nội dung: Bảo đảm an toàn vệ sinh thực phẩm trong chế biến; bảo đảm an toàn vệ sinh thực phẩm trong kinh doanh; bảo đảm an toàn vệ sinh thực phẩm trong tiêu dùng. Các tác phẩm cũng phù hợp với bản sắc dân tộc; chuyển tải được ý tưởng cụ thể cho đối tượng cụ thể; hình ảnh quen thuộc, hấp dẫn với đối tượng; hình ảnh minh họa phù hợp với nội dung thông điệp; dùng từ ngữ dễ hiểu, dễ nhớ, dễ gây ấn tượng.

Các tác phẩm đoạt giải sẽ được in khổ A0, in thành các pano cỡ lớn để treo tại Lễ phát động Tháng hành động Quốc gia về an toàn vệ sinh thực phẩm năm 2013 sắp tới. Đồng thời, sẽ in thành sách kèm theo đĩa gửi tới Trung tâm Truyền thông GDSK và Chi cục An toàn thực phẩm các tỉnh, thành phố để tham khảo và nhân rộng.

TRUNG TÂM ĐÀO TẠO NGUỒN NHÂN LỰC DƯỢC HÀNG ĐẦU CẢ NƯỚC

Ngày 19/11, trường Đại học Dược Hà Nội đã long trọng tổ chức lễ đón nhận Huân chương Độc lập hạng Nhì của Chủ tịch nước trao tặng và kỷ niệm 30 năm ngày Nhà giáo Việt Nam. Đến dự lễ kỷ niệm có GS.TS. Nhà giáo ưu tú Nguyễn Thị Doan, Ủy viên Ban Chấp hành Trung ương Đảng, Phó Chủ tịch Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam; PGS.TS Nguyễn Thị Kim Tiến, Ủy viên Ban Chấp hành Trung ương Đảng, Bộ trưởng Bộ Y tế.

PGS.TS. Nguyễn Đăng Hòa - Phó Hiệu trưởng Đại học Dược Hà Nội cho biết, với đội ngũ trí thức gồm 15 phó giáo sư, 138 tiến sĩ và thạc sĩ, 136 cán bộ trình độ đại học, trong 5 năm qua (2005-2011), nhà trường đã đào tạo 2.408 dược sĩ đại học, 07 dược sĩ chuyên khoa cấp II, 146 dược sĩ chuyên khoa cấp I, 341 thạc sĩ dược học, 30 tiến sĩ dược học và 1.355 lượt cán bộ dược được bổ túc hoặc đào tạo lại theo các chuyên đề... Hiện nay, Trường có 47 nghiên cứu sinh, 256 sinh viên cao học, 379 học viên chuyên khoa cấp II và cấp I, trên 4.400 sinh viên đại học, cao đẳng. Đặc biệt, trường có lớp cao học liên khu vực Mekong với hơn 30 học viên của ba nước Việt Nam, Lào, Campuchia liên kết đào tạo với ba trường đại học của Cộng hòa Pháp cấp bằng thạc sĩ khoa học Dược châu Âu. Trường đang trình duyệt Dự án “Xây dựng Trường Đại học Dược Hà Nội thành trường đại học chuyên ngành trọng điểm quốc gia và ngang tầm khu vực vào năm 2020”.

Song song với công tác đào tạo, trường Đại học Dược Hà Nội cũng đặc biệt chú trọng công tác nghiên cứu khoa học. Từ năm 2005-2011, Trường đã triển khai nghiên cứu 103 đề tài cấp cơ sở, 29 đề tài cấp bộ và 06 đề tài cấp Nhà nước. Hiện đã nghiệm thu chính thức 53 đề tài

trong đó có 05 đề tài đạt xuất sắc và 48 đề tài đạt loại khá. Ngoài ra, Nhà trường cũng tham gia nhiều hội nghị khoa học, tổ chức một số hội thảo về đào tạo cán bộ dược và nghiên cứu khoa học, tham gia góp ý xây dựng Luật Dược Việt Nam, tham gia biên soạn Dược điển Việt Nam, Dược thư Việt Nam... Ngoài ra, Trường Đại học Dược Hà Nội còn hỗ trợ, giúp đỡ xây dựng các khoa Dược của các trường đại học Y- Dược trên toàn quốc và mở rộng mối quan hệ, hợp tác với nhiều tổ chức quốc tế, các trường đại học trên thế giới.

Tại buổi lễ, Bộ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thị Kim Tiến ghi nhận những nỗ lực của lãnh đạo, cán bộ, giáo viên nhà trường trong thời gian qua và nhấn mạnh: là Trung tâm đào tạo nguồn nhân lực dược hàng đầu cả nước, Đại học Dược Hà Nội cần thực hiện tốt các nhiệm vụ: xây dựng chiến lược, giải pháp tổng thể mở rộng quy mô, loại hình đào tạo trên cơ sở đảm bảo chất lượng đào tạo; xây dựng cơ sở vật chất nhà trường, đặc biệt là cơ sở tại tỉnh Bắc Ninh, đảm bảo chức năng trung tâm đào tạo trọng điểm trong tương lai. Bộ trưởng Bộ Y tế cũng đánh giá cao những thành tích của Trường Đại học Dược Hà Nội trong tổ chức quản lý hoạt động giáo dục, đào tạo, chú trọng đào tạo đội ngũ cán bộ vừa hồng vừa chuyên; phát triển hợp tác quốc tế, duy trì tìm kiếm nguồn lực để phát triển nhà trường...

Ghi nhận những đóng góp to lớn của trường Đại học Dược Hà Nội, thay mặt Đảng, Nhà nước, Phó Chủ tịch nước Nguyễn Thị Doan đã trao tặng Huân chương Độc lập hạng Nhì cho Nhà trường và Huân chương Lao động cho các cá nhân và tập thể có nhiều đóng góp tích cực cho sự nghiệp giáo dục và chăm sóc sức khỏe nhân dân. Bộ trưởng Bộ Y tế cũng đã tặng Bằng khen cho các tập thể, cá nhân của Nhà trường ■

KHUYẾN CÁO CỦA BỘ Y TẾ VỀ PHÒNG, CHỐNG LÂY NHIỄM VI RÚT HANTA

Ngày 28/11/2012, Cục Y tế Dự phòng, Bộ Y tế đã có Thông báo số 1373/TB-DP về trường hợp bệnh nhân nhiễm vi rút Hanta do chuột cắn tại TP. Hồ Chí Minh.

Bệnh nhân đã xuất viện ngày 25/10/2012 với tình trạng sức khỏe hồi phục tốt. Cục Y tế Dự phòng cho biết, bệnh nhân nam, 55 tuổi, cư trú tại 99AT Trần Văn Đang, tổ 52, khu phố 4, phường 9, quận 3, TP. Hồ Chí Minh. Ngày 9/9/2012, bệnh nhân bị chuột cắn. Đến ngày 12/10/2012, bệnh nhân có triệu chứng sốt cao đột ngột, liên tục nhưng không ho, không đau họng và không tức ngực. Bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện bệnh Nhiệt đới TP. Hồ Chí Minh vào ngày 17/10/2012 trong tình trạng tỉnh táo, có ít tử ban. Kết quả xét nghiệm huyết thanh học tại đây cho thấy, bệnh nhân dương tính với vi rút Hanta. Đến ngày 25/10/2012, bệnh nhân xuất viện, sức khỏe hồi phục tốt. Điều tra dịch tễ cho thấy, khu vực bệnh nhân sinh sống có rất nhiều chuột (trung bình 9 con/hộ gia đình).

Thông báo của Cục Y tế Dự phòng nêu rõ: Đây là bệnh lây truyền từ động vật sang người do loài gặm nhấm (chủ yếu là chuột) bị nhiễm vi rút cắn hoặc do hít phải các chất thải của chuột có chứa vi rút. Vi rút Hanta có thể gây hội chứng sốt xuất huyết kèm suy thận với các triệu chứng chính như sốt cao đột ngột, buồn nôn, đau bụng, giảm huyết áp, có dấu hiệu nổi ban trên da, phù mắt, bí tiểu và sau đó là đa niệu. Ngoài ra, vi rút Hanta còn gây sốt xuất huyết hội chứng phổi với các triệu chứng chính như sốt đột ngột, ớn lạnh, nhức đầu, rối loạn đường tiêu hóa, suy hô hấp đột ngột và hạ huyết áp. Bệnh không lây từ người bệnh sang người lành. Một số ít trường hợp có biểu hiện lâm sàng nặng với hội chứng phổi hoặc hội chứng suy thận cấp có thể tử vong ■

Để chủ động phòng chống lây nhiễm vi rút Hanta sang người, Cục Y tế Dự phòng, Bộ Y tế khuyến cáo mạnh mẽ người dân thực hiện tốt một số biện pháp sau:

- 1. Tránh tiếp xúc với chuột và chất thải của chúng. Sử dụng ủng cao su khi đi đến những nơi có chuột sinh sống, ngủ màn để tránh bị chuột cắn.**
- 2. Khi tiếp xúc với chuột, bắt chuột hoặc khi vệ sinh khu vực có chuột phải đeo khẩu trang, mang găng tay cao su và rửa tay bằng xà phòng sau khi tiếp xúc.**
- 3. Dùng hóa chất sát khuẩn thông thường để vệ sinh nơi có chuột .**
- 4. Giữ vệ sinh, gọn gàng nơi ở, nơi làm việc để làm giảm sự phát triển của chuột.**
- 5. Xác chuột phải đốt hoặc bỏ vào túi nilon 2 lớp và chôn ở độ sâu tối thiểu 50cm.**
- 6. Thức ăn phải được đậy kín, không cho chuột tiếp xúc với thức ăn của người và gia súc.**
- 7. Nếu có hiện tượng sốt liên quan đến chuột cắn hoặc tiếp xúc với chuột/chất thải của chuột cần đến ngay cơ sở y tế để khám và điều trị kịp thời.**

THỰC HIỆN MỤC TIÊU CỦA CHIẾN LƯỢC QUỐC GIA PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS



Ban Thường vụ Trung ương Hội Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam
nhiệm kỳ 2012-2017

PHÚC TRÍ

Vừa qua, tại Hà Nội, Hội Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam đã tổ chức Đại hội Đại biểu toàn quốc lần thứ II, nhiệm kỳ 2012-2017. Đại hội đã bầu ra 38 đồng chí vào Ban Chấp hành Trung ương Hội Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam nhiệm kỳ 2012-2017; 3 đồng chí vào Ban Kiểm tra; 15 đồng chí trong Ban Thường vụ và PGS.TS. Trần Thị Trung Chiến tiếp tục được bầu lại làm Chủ tịch Hội nhiệm kỳ 2012-2017 cùng 4 đồng chí Phó Chủ tịch Hội.

Chung tay cùng cộng đồng trong cuộc chiến phòng, chống HIV/AIDS

Được thành lập từ năm 2007, đến nay Hội Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam có gần 130 hội viên tổ chức và trên 1.000 hội viên cá nhân. Việc phát triển mạng lưới tổ chức Hội trong thời gian qua đã thu hút được sự tham gia của các cơ quan chính phủ, phi chính phủ, tổ chức quốc tế, mạng lưới người sống chung với HIV/AIDS... đưa Hội phát triển theo đúng hướng của một tổ chức phi chính phủ mang tầm cỡ Quốc gia, đảm bảo việc tham gia có hiệu quả vào chương trình phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam.

Chung tay cùng cộng đồng trong cuộc chiến phòng, chống HIV/AIDS, Hội Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam đã triển khai nhiều hoạt động cộng đồng có ý nghĩa như phối hợp với các đơn vị tổ chức các lớp đào tạo điều dưỡng viên sơ cấp; các lớp tập huấn, nâng cao kiến thức pháp luật và kỹ năng phòng, chống HIV/AIDS cho 1.345 học viên tại 17 tỉnh, thành phố; biên soạn một bộ tài liệu hoàn chỉnh với 12 bài giảng; trực tiếp tham gia giảng dạy; tổ chức tặng quà cho trẻ em chịu ảnh hưởng bởi HIV/AIDS và các trẻ mồ côi nhân ngày tết thiếu nhi (1/6), tổ chức sự kiện truyền thông “Nối vòng tay với những bà mẹ mang thai sống chung với HIV” nhân ngày Thế giới phòng chống HIV/AIDS...

Theo PGS.TS Trần Thị Trung Chiến, Chủ tịch Hội Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam, bước sang nhiệm kỳ 2012-2017, Hội sẽ tập trung phát triển mạng lưới tổ chức, hội viên của Hội ở cấp cơ sở. Phối hợp với các cơ quan quản lý Nhà nước để tuyên truyền, vận động tất cả cộng đồng xã hội cùng tham gia vào công cuộc phòng, chống HIV/AIDS. Tổ chức nhiều lớp tập huấn nâng cao kiến thức pháp luật, kỹ năng phòng chống HIV cho các đối tượng là nhân viên y tế, cán bộ các Hội phụ nữ, Đoàn thanh niên, Hội nông dân... tại các địa phương.

Nhân rộng mô hình “Nhân viên chăm sóc đồng đẳng HIV/AIDS”

Với sự đồng cảm và chia sẻ sâu sắc, tính nhân văn cao cả với cộng đồng người sống chung với HIV/AIDS, trong thời gian tới, Hội sẽ tiếp cận nhiều hơn nữa với đối tượng có nguy cơ cao và những đối tượng bị thiệt thòi, ảnh hưởng bởi HIV. Phối hợp với các địa phương tăng cường và mở rộng việc đào tạo những người nhiễm HIV còn sức khỏe, có trình độ văn hóa từ lớp 10 trở lên để cung cấp kiến thức chăm sóc người nhiễm HIV, kỹ năng chăm sóc nhiễm trùng cơ hội, cách sử dụng thuốc, tư vấn về phòng, chống HIV... Sau 6 tháng đào tạo, họ sẽ trở thành những “nhân viên chăm sóc đồng đẳng” có trình độ sơ cấp về điều dưỡng, trực tiếp tham gia chăm sóc cho những người nhiễm HIV/AIDS tại cộng đồng, các khoa lâm sàng và tại các gia đình có người nhiễm... Đây là việc làm nhân đạo, góp phần xóa bỏ kỳ thị với người nhiễm HIV và tạo việc làm cho họ, đem lại niềm tin, niềm phấn khởi vì còn được cống hiến và giúp ích cho xã hội. Hiện nay, mô hình này đang được nhiều tổ chức trong và ngoài nước, các ban ngành ở Trung ương và địa phương đánh giá cao và được coi là kinh nghiệm để bạn bè quốc tế tham khảo.

Ngoài ra, Hội sẽ phối hợp với Cục Phòng, chống HIV/AIDS; Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo Bộ Y tế với sự tài trợ của Quỹ Toàn cầu Phòng, chống HIV/AIDS để tiếp tục nhân rộng mô hình này, đồng thời tiến hành biên soạn hoàn chỉnh và xuất bản bộ “Tài liệu đào tạo nhân viên chăm sóc đồng đẳng HIV/AIDS”.

PGS.TS Trần Thị Trung Chiến cũng cho biết, cuộc vận động “ba tự” (tự tin, tự giác, tự lập) mà Hội đang thực hiện không chỉ thu hút những người nhiễm HIV thực hiện, mà sẽ lôi cuốn cả các cấp ủy Đảng, chính quyền và các đoàn thể, các tổ chức chính trị xã hội nghề nghiệp đứng ra giúp đỡ những người chung sống với HIV... đồng thời góp phần thực hiện mục tiêu của Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030 ■



BÀN VỀ PHÒNG Y TẾ VÀ QUẢN LÝ NHÀ NƯỚC VỀ Y TẾ TRÊN ĐỊA BÀN HUYỆN

HOÀNG TRÚC

Vừa qua, Bộ Y tế tổ chức hai hội nghị tại Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh bàn 4 nội dung: Sơ kết công tác y tế 9 tháng năm 2012; Xây dựng kế hoạch năm 2013; Xây dựng quy hoạch phát triển hệ thống y tế đến năm 2020 và định hướng đến năm 2030; Góp ý Đề án phát triển y tế biển, đảo Việt Nam đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030. Nội dung được các đại biểu thảo luận sôi nổi nhất là Quy hoạch, trong đó, vấn đề tồn tại hay không tồn tại Phòng Y tế huyện và vấn đề quản lý nhà nước (QLNN) về y tế trên địa bàn huyện là “nóng” và “nhạy cảm” nhất. Một vấn đề liên quan tới tổ chức, một vấn đề có liên quan tới chức năng nhưng lại có mối quan hệ chặt chẽ với nhau. Để trả lời thấu đáo hai vấn đề

nêu trên, chúng ta phải giải đáp hai câu hỏi: Ai thực hiện chức năng QLNN về y tế trên địa bàn huyện? và cơ quan nào giúp “Ai” thực hiện chức năng QLNN về y tế trên địa bàn huyện?

Tình hình QLNN về y tế trên địa bàn huyện từ năm 1975 đến nay:

Giai đoạn 1975-1997 (thực hiện NQ15/CP): Giai đoạn này chia thành 3 thời kỳ:

- Thời kỳ 1975-1988: Theo Nghị quyết 15/CP ngày 14/01/1975 của Chính phủ, chức năng QLNN về y tế trên địa bàn huyện bao gồm: Giám sát việc thực hiện quy hoạch và kế hoạch phát triển sự nghiệp y tế; phối hợp với các ban, ngành chức năng trong huyện để thực hiện nhiệm vụ thanh tra chuyên ngành y tế, khi có vấn đề liên

quan tới các ngành khác, đề xuất với UBND huyện thành lập thanh tra liên ngành để thực hiện nhiệm vụ; giám sát việc thực hiện nhiệm vụ chuyên môn, kỹ thuật, nghiệp vụ và các chương trình y tế; giám sát thực hiện việc sử dụng và thanh quyết toán các nguồn kinh phí y tế và công tác kinh tế y tế theo các quy định hiện hành của Nhà nước; giám sát việc tổ chức và sử dụng có hiệu quả nguồn nhân lực y tế; tham mưu giúp UBND huyện chỉ đạo hoạt động của các ngành, các cấp, các tổ chức xã hội và các đoàn thể nhân dân tham gia công tác y tế trên địa bàn toàn huyện.

Để thực hiện chức năng trên, Thông tư số 42/BYT-TT ngày 06/11/1976 của Bộ Y tế hướng dẫn thực hiện NQ15/CP

quy định ở huyện có Phòng Y tế và các đơn vị trực thuộc là bệnh viện huyện, đội vệ sinh phòng dịch- chống sốt rét... Phòng Y tế giúp UBND huyện thực hiện chức năng QLNN về y tế trên địa bàn. Trong nền kinh tế kế hoạch tập trung và cơ chế bao cấp, mô hình Phòng Y tế là phù hợp đã thực hiện tốt nhiệm vụ trên.

- Thời kỳ 1988-1991: Từ năm 1986, thực hiện đường lối đổi mới, mô hình tổ chức Phòng Y tế không còn phù hợp nữa, bởi vì, bộ máy công kênh kém hiệu quả; lực lượng ít lại phân tán (nhiều cán bộ gián tiếp vì đơn vị nào cũng có văn thư, kế toán, thủ quỹ...); trang thiết bị vừa thiếu lại lạc hậu, xuất hiện nhiều bất cập trong phối hợp hoạt động giữa các đơn vị... Khắc phục tình trạng trên, ngày 25/5/1988, Bộ Y tế ban hành Công văn số 2521/TC hướng dẫn làm thí điểm tổ chức và hoạt động của Trung tâm Y tế huyện, thị trên cơ sở sáp nhập các đơn vị y tế hiện có trên địa bàn huyện thành một đơn vị thống nhất. Trung tâm có các phòng chức năng, các đội dự phòng, các khoa lâm sàng và cận lâm sàng. Trung tâm có một ban lãnh đạo thống nhất, một con dấu và một tài khoản duy nhất.

Với mô hình này, Trung tâm Y tế huyện vừa thực hiện nhiệm vụ chuyên môn, kỹ thuật vừa giúp UBND huyện thực hiện chức năng QLNN về y tế trên địa bàn. Và thực tế đã chứng

minh, mô hình tổ chức Trung tâm Y tế huyện là phù hợp trong thời kỳ chuyển đổi từ nền kinh tế kế hoạch sang nền kinh tế thị trường.

- Thời kỳ 1991-1997: Trong quá trình vận hành mô hình Trung tâm Y tế huyện đã xuất hiện câu hỏi: Trung tâm Y tế huyện vừa giúp UBND huyện thực hiện chức năng QLNN, vừa thực hiện nhiệm vụ chuyên môn, có phải vừa đá bóng vừa thổi còi không? Để giải đáp câu hỏi trên, ngày 23/2/1991, Bộ Y tế ban hành Công văn số 958/BYT-TC gửi UBND các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, trong đó đưa ra 3 phương án tổ chức bộ phận giúp UBND huyện thực hiện chức năng QLNN về y tế trên địa bàn: giao cho Phòng Y tế huyện (ở những nơi vẫn còn Phòng Y tế); giao cho Trung tâm Y tế huyện (nơi không còn Phòng Y tế); bố trí 1-2 chuyên viên thuộc Phòng Văn xã của UBND huyện.

Ở đa số các địa phương, trong quyết định thành lập Trung tâm Y tế huyện, UBND tỉnh giao cho Trung tâm Y tế huyện giúp UBND huyện thực hiện chức năng QLNN về y tế. Có một số địa phương, lúc đầu bố trí 2 chuyên viên thuộc Phòng Văn xã để giúp UBND huyện thực hiện chức năng QLNN về y tế trên địa bàn, nhưng sau một thời gian hoạt động không hiệu quả, UBND huyện giao nhiệm vụ này cho Trung tâm Y tế huyện. Riêng thành phố Hồ Chí Minh, thành

lập Trung tâm Y tế nhưng vẫn duy trì Phòng Y tế thì Phòng Y tế thực hiện nhiệm vụ này.

QLNN là vấn đề rất nhạy cảm nên liên Bộ đã rất thận trọng trong quá trình xây dựng và trình Chính phủ văn bản về hệ thống tổ chức y tế địa phương, cụ thể như sau:

- Năm 1996, khi xây dựng dự thảo nghị định trình Chính phủ về hệ thống tổ chức y tế địa phương (khi ban hành là Nghị định 01), Bộ Y tế đã tiến hành khảo sát, đánh giá hiệu quả hoạt động của Trung tâm Y tế huyện, trong đó có tiêu chí khảo sát việc giao cho cơ quan nào giúp UBND huyện thực hiện chức năng QLNN về y tế trên địa bàn huyện? Có 154/168 (91,66%) ý kiến trả lời đồng ý giao nhiệm vụ này cho Trung tâm Y tế huyện, chỉ có 5/168 (2,98%) ý kiến đồng ý giao cho cán bộ thuộc Phòng Văn xã và 9/168 (5,36%) không trả lời. Không có ý kiến nào đề nghị giao cho Phòng Y tế.

- Thực hiện ý kiến chỉ đạo của Chính phủ, tháng 01/1997, Bộ Y tế và Ban Tổ chức Cán bộ Chính phủ (nay là Bộ Nội vụ) đã tổ chức lấy ý kiến của lãnh đạo UBND và lãnh đạo Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương về dự thảo nghị định nêu trên, trong đó có việc giao cho Trung tâm Y tế huyện giúp UBND huyện thực hiện chức năng QLNN về y tế trên địa bàn. Có 39/40 (97,50%) ý kiến của lãnh đạo UBND tỉnh và 54/55 (98,18%) ý kiến của lãnh đạo Sở

Y tế đồng ý với dự thảo.

- Tiếp đó, tháng 8/1997, Bộ Y tế và Ban Tổ chức Cán bộ Chính phủ lại lấy ý kiến của một số UBND cấp huyện về nội dung này, kết quả là có 188/191 (98,43%) ý kiến của lãnh đạo UBND huyện đồng ý giao cho Trung tâm Y tế huyện giúp UBND huyện thực hiện chức năng QLNN về y tế trên địa bàn.

- Thẩm định lần cuối dự thảo nghị định, cuối năm 1997, Đoàn công tác của liên Bộ Tư pháp và Bộ Y tế lại tiến hành khảo sát 27 huyện của 7 tỉnh là Bắc Giang, Bắc Ninh, Thanh Hoá, Nghệ An, Hà Tĩnh, Quảng Nam, Đắk Lắk và Sở Y tế Ninh Bình. Lãnh đạo UBND các huyện (thuộc 7 tỉnh trên) và Sở Y tế Ninh Bình được khảo sát đều khẳng định: Không có tổ chức hay cá nhân nào giúp UBND huyện thực hiện chức năng QLNN về y tế trên địa bàn tốt hơn Trung tâm Y tế huyện.

Giai đoạn 1998-2004 (thực hiện NĐ01/CP):

Ngày 3/1/1998, Chính phủ ban hành Nghị định 01/CP về hệ thống tổ chức y tế địa phương, trong đó quy định: “Trung tâm Y tế huyện là tổ chức thuộc Sở Y tế, chịu sự quản lý, chỉ đạo và hướng dẫn, thanh tra, kiểm tra của Giám đốc Sở Y tế về chuyên môn, nghiệp vụ, kinh phí, nhân lực y tế; chịu sự quản lý, chỉ đạo của UBND huyện (quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh) trong việc xây dựng kế hoạch phát triển y tế của huyện để trình cơ quan có

thẩm quyền và chịu trách nhiệm tổ chức thực hiện kế hoạch đó sau khi được phê duyệt.

Trung tâm Y tế huyện thực hiện các nhiệm vụ phòng bệnh, chữa bệnh, bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em và nhiệm vụ chuyên môn, kỹ thuật về kế hoạch hoá gia đình; chỉ đạo, hướng dẫn và kiểm tra các mặt hoạt động chuyên môn, nghiệp vụ đối với các Trạm Y tế cơ sở; bồi dưỡng chuyên môn, nghiệp vụ cho cán bộ y tế cơ sở; phối hợp với các ngành, đoàn thể trong huyện tham gia vào các hoạt động chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân; giúp UBND huyện thực hiện kiểm tra việc chấp hành pháp luật trong hoạt động y tế nhà nước và các cơ sở hành nghề y, dược trên địa bàn”.

Như vậy, Nghị định 01 đã khẳng định rõ: Mô hình Trung tâm Y tế huyện, cơ chế quản lý theo ngành (Sở Y tế quản lý Trung tâm Y tế huyện) và Trung tâm Y tế huyện giúp UBND huyện thực hiện chức năng QLNN về y tế trên địa bàn. Đa số các Trung tâm Y tế huyện trong cả nước đã thực hiện tốt cả nhiệm vụ chuyên môn và nhiệm vụ giúp UBND huyện thực hiện chức năng QLNN về y tế trên địa bàn.

Tuy nhiên, còn một số Trung tâm Y tế huyện do quá chú trọng vào chuyên môn mà chưa coi trọng nhiệm vụ giúp UBND huyện thực hiện chức năng QLNN về y tế. Nguyên nhân chủ yếu là do chưa có sự phân công

rõ ràng ai trong Ban Giám đốc và bộ phận nào chịu trách nhiệm chính trong việc thực hiện nhiệm vụ này (Thông tư liên tịch số 02 hướng dẫn thực hiện Nghị định số 01 cũng không quy định rõ vấn đề này). Hầu hết cán bộ lãnh đạo Trung tâm Y tế huyện thích làm chuyên môn hơn (khám bệnh, kê đơn, mổ...) để vừa phát huy được nghề nghiệp lại có thêm thu nhập (trích từ viện phí, BHYT...). Đặc biệt, từ khi có Nghị định 10, rồi Nghị định 43 giao quyền tự chủ cho cơ sở y tế, thì vấn đề này càng bộc lộ rõ hơn. Ngoài ra, một bộ phận cán bộ quản lý y tế các cấp có phòng mạch tư, không những “tiết kiệm” thời gian làm việc tại nhiệm sở để về làm tư, mà còn tìm cách “lách văn bản” để kiếm lời, vì vậy, họ không còn tâm trí và động lực để mà quản lý tốt.

Giai đoạn 2004 đến nay (thực hiện NĐ172/CP và NĐ14/CP):

Thực hiện Nghị định 172 và Nghị định 14, Trung tâm Y tế huyện chia tách thành 3 đơn vị, trong đó Phòng Y tế trực thuộc UBND huyện, giúp UBND huyện thực hiện chức năng QLNN về y tế trên địa bàn. Hiệu lực hoạt động của Phòng Y tế rất thấp, nguyên nhân do thiếu cán bộ, thiếu thông tin và thiếu sự phối hợp với các đơn vị y tế trên địa bàn... Để đánh giá khách quan năng lực quản lý của Phòng Y tế, xin xem bảng sau:

- So sánh giữa Phòng Y tế hai thời kỳ:

Tiêu chí so sánh	Phòng Y tế (NĐ172 và NĐ14)	Phòng Y tế (NQ15)
<i>Tổ chức</i>	Chỉ có 01 phòng y tế	Có phòng và các đơn vị trực thuộc là bệnh viện, các đội dự phòng...
<i>Nhân lực</i>	Có 3-5 cán bộ, trong đó có từ 1 đến 2 bác sỹ	Có gần 100 cán bộ, trong đó có hàng chục bác sỹ
<i>Trình độ chuyên môn</i>	Yếu vì phòng hoạt động độc lập, không gắn với điều trị, dự phòng	Tốt vì phòng có các đơn vị chuyên môn phòng bệnh, chữa bệnh hỗ trợ
<i>Năng lực QLNN</i>	Bình thường, vì chưa được đào tạo về QLNN	Bình thường, vì chưa được đào tạo về QLNN
<i>Thiết bị chuyên môn</i>	Hầu như không có	Có của các đơn vị trực thuộc
<i>Kỹ thuật</i>	Yếu, vì cán bộ không được rèn luyện	Tốt, vì giao cho các đơn vị chuyên môn thực hiện
<i>Phương tiện</i>	Không có ô tô riêng	Có ô tô riêng (của bệnh viện)
<i>Kinh phí</i>	Kinh phí hành chính khoán theo định mức	Kinh phí hành chính khoán theo định mức
<i>Mối quan hệ</i>	Khó vì phòng là y tế tuyến huyện lại quản lý 2 đơn vị y tế tuyến tỉnh là bệnh viện và trung tâm y tế dự phòng tỉnh	Dễ vì phòng là y tế tuyến huyện chỉ quản lý các đơn vị trực thuộc cũng là y tế tuyến huyện (bệnh viện, các đội dự phòng...)
<i>Tính phức tạp của đối tượng quản lý</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Có y tế công, bán công, y tế tư - KCB có thu viện phí, giảm phí, miễn phí, có BHYT - Còn có các dự án từ nguồn tài trợ, vốn vay... - Nhiều nguồn kinh phí - Nhiều dịch bệnh mới, lây lan trong và ngoài nước - Dịch vụ y tế tư nhân đa dạng - Dịch vụ ăn uống phát triển tràn lan, ATTP quá phức tạp 	<ul style="list-style-type: none"> - Chỉ có y tế công - KCB không có thu phí, giảm phí, miễn phí, chưa có BHYT - Hoạt động dự phòng bằng các chương trình y tế - Một nguồn kinh phí - Dịch bệnh ít, lây lan trong nước là chủ yếu - Chưa có dịch vụ y tế tư nhân - Dịch vụ ăn uống chưa phát triển nên ATTP chưa phức tạp

Nhận xét: Qua bảng so sánh trên cho thấy, Phòng Y tế chỉ phù hợp trong thời kỳ bao cấp mà không phù hợp trong thời kỳ đổi mới.

Một số ý kiến ghi chép ở hội nghị tại thành phố Hồ Chí Minh về vấn đề này:

BS. Trương Văn Kính, Giám đốc Sở Y tế tỉnh Bà Rịa- Vũng Tàu- địa phương vừa tái sáp nhập Bệnh viện huyện vào Trung tâm Y tế huyện đề xuất, nên giao cho Trung tâm Y tế huyện tham mưu giúp UBND huyện thực hiện chức năng QLNN về y tế trên địa bàn huyện.

BS. Trương Hoài Phong, Giám đốc Sở Y tế tỉnh Sóc Trăng nói: Phòng Y tế huyện chỉ có 4 cán bộ cũng chiếm một căn nhà mà hầu như không làm gì. Ở tuyến huyện chỉ nên có một Trung tâm Y tế là đủ.

Giám đốc Sở Y tế Quảng Nam Nguyễn Văn Hai: là tỉnh đi đầu thực hiện Nghị định 172 (có lẽ chỉ sau Phú Thọ), nhưng sau một thời gian hoạt động không hiệu quả, đã nhập cả 3 đơn vị y tế tuyến huyện thành Trung tâm Y tế huyện như mô hình theo Nghị định 01.

BS. Ngô Văn Tấn, Giám đốc Sở Y tế tỉnh Bến Tre đề nghị, chỉ nên có một Trung tâm Y tế ở tuyến huyện là đủ. Tuy nhiên, cần phải có đánh giá mô hình hiện tại để có cơ sở khách quan cho việc kiện toàn sắp tới.

Thứ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thanh Long: Hiện nay trên địa bàn huyện có tới 5

đơn vị y tế, chủ trương chung của Lãnh đạo Bộ là sẽ gom dần lại, còn gom như thế nào, gom đến đâu và lộ trình ra sao thì Bộ lấy ý kiến các cơ quan, đơn vị có liên quan. Sau khi Bộ Y tế và Ban Tuyên giáo Trung ương đánh giá 10 năm thực hiện Chỉ thị 06, Bộ sẽ đề nghị Bộ Chính trị có nghị quyết cho phép Bộ Y tế tổ chức ngành dọc từ Bộ tới xã.

PGS.TS. Nguyễn Thị Kim Tiến, Ủy viên Trung ương Đảng, Bộ trưởng Bộ Y tế: Bộ Y tế sẽ đề nghị bỏ Phòng Y tế huyện. Để đạt mục đích này, sắp tới Bộ Y tế sẽ đề nghị sửa Luật tổ chức HĐND và UBND.

Từ các thông tin, phân tích và qua bảng so sánh nêu trên, câu hỏi thứ nhất: Ai thực hiện chức năng QLNN về y tế trên địa bàn huyện đã được giải đáp. Đó là UBND huyện.

Và câu hỏi thứ hai: Cơ quan nào giúp UBND huyện thực hiện chức năng QLNN về y tế trên địa bàn huyện có hiệu quả nhất. Đó là Trung tâm Y tế huyện.

Thay cho lời kết

Ý kiến của các đồng chí lãnh đạo đồng thời là những người đứng đầu cơ quan QLNN về y tế 3 cấp (Bộ- Tỉnh- Huyện) của ngành Y tế cơ bản là thống nhất đề nghị không tổ chức Phòng Y

tế huyện. Có thể coi đó là quyết tâm chính trị của ngành Y tế. Là phóng viên báo chí và thực hiện chức năng phản biện xã hội, tôi ủng hộ đề xuất của ngành Y tế và đề nghị Quốc hội cùng các vị đại biểu Quốc hội quan tâm và ủng hộ để ngành Y tế thực hiện tốt nhiệm vụ bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân- nguồn lực quan trọng nhất trong sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc. Tôi cũng biết rằng, sửa Luật là một điều khó, nhưng nếu chúng ta có quyết tâm và thấm nhuần lời dạy của Bác Hồ: "...việc gì có lợi cho dân thì phải hết sức làm...", chắc chắn chúng ta sẽ làm được ■



KINH NGHIỆM TỔ CHỨC VÀ HOẠT ĐỘNG QUẢN LÝ SỨC KHỎE TẠI THÁI LAN

ThS.BS. NGUYỄN XUÂN CHIẾN
Chuyên viên chính Vụ Tổ chức cán bộ, Bộ Y tế

Ở Thái Lan có ba cấp chính quyền địa phương tương ứng với ba cấp đơn vị hành chính địa phương là tỉnh (changwat), huyện (amphoe hoặc king amphoe) và xã (tambon). Các cơ sở y tế khám-chữa bệnh ở địa phương cũng được thiết lập tương đương các cấp hành chính. Như vậy, về mô hình tổ chức chính quyền địa phương và hệ thống y tế địa phương của Thái Lan và Việt Nam có nét tương đồng.

Tuy là một nước có nền

kinh tế phát triển hơn, nhu cầu khám, chữa bệnh của người dân cao hơn nước ta nhưng các bệnh viện lớn ở Bangkok không gặp hiện tượng quá tải bệnh nhân, trong khi tỷ lệ bác sỹ/10.000 dân của Thái Lan chỉ bằng khoảng 1/2 Việt Nam.

Điểm đáng chú ý nhất là tổ chức y tế ở cấp xã (tambon) được gọi là Trung tâm y tế (Health center) (tương đương với Trạm y tế ở nước ta) đã và đang hoạt động một cách hiệu quả:

1. Cơ sở hạ tầng: Trung

tâm y tế được kiến trúc xây dựng gồm: Một ngôi nhà 2 tầng diện tích mặt bằng khoảng 150-200m², diện tích sử dụng khoảng 300-400m²; tầng trên là phòng họp và phòng làm việc của Giám đốc và Phó giám đốc Trung tâm; tầng dưới gồm 5 phòng: Phòng sơ, cấp cứu; Phòng tiếp nhận bệnh nhân và quản lý hồ sơ sức khỏe- Kết hợp với truyền thông-giáo dục sức khỏe; Phòng khám; Phòng quản lý và cấp phát thuốc; Phòng lấy bệnh phẩm và quản lý các

kit/test.

2. Nhân lực của Trung tâm với số lượng từ 8 đến 10 người, cơ cấu chuyên môn chủ yếu là điều dưỡng, kỹ thuật viên (không có y sỹ, bác sỹ như ở Việt Nam).

3. Hoạt động của Trung tâm y tế với 5 nhiệm vụ chủ yếu: Quản lý sức khỏe; Khám bệnh; Cấp phát thuốc, theo dõi bệnh nhân điều trị ngoại trú theo đơn thuốc của bác sỹ; Truyền thông giáo dục sức khỏe; Cấp cứu bệnh nhân.

Điểm khác biệt về hoạt động của Trung tâm y tế của Thái Lan và Trạm y tế xã, phường của Việt Nam là: Không có giường lưu trú và phòng sản; Chẩn đoán nhanh ngộ độc thực phẩm sử dụng các bộ kit/test để phân loại sơ bộ nguyên nhân; Hoạt động quản lý sức khỏe.

4. Quản lý sức khỏe

Quản lý sức khỏe là việc khám, lập hồ sơ sức khỏe cho từng cá nhân trên địa bàn hành chính của Trung tâm y tế chịu trách nhiệm, phân loại theo từng nhóm sức khỏe cộng đồng, bao gồm: Nhóm sức khỏe bình thường, không có bệnh; Nhóm sức khỏe có dấu hiệu bệnh cần kiểm tra, theo dõi định kỳ; Nhóm có bệnh, tật: phải gửi đến các cơ sở y tế chuyên sâu điều trị hoặc điều trị ngoại trú (thường xuyên phải theo dõi, uống thuốc định kỳ), khám kiểm tra tình trạng bệnh định kỳ hàng ngày, hàng tuần

hoặc hàng tháng.

Hồ sơ sức khỏe được lập và quản lý đồng thời theo 2 cách thức: Hồ sơ điện tử và Hồ sơ giấy (phân loại theo nhóm bệnh bằng các màu sắc bìa hồ sơ hết sức khoa học và thuận tiện cho quản lý).

5. Lợi ích của công tác quản lý sức khỏe

- Thứ nhất: Bảo đảm quyền lợi của người dân được chăm sóc sức khỏe, được chủ động khám và phát hiện bệnh sớm (không như ở nước ta người dân có thói quen tự chữa bệnh khi không khỏi mới đến cơ sở y tế khám).

- Thứ hai: Hoạt động y tế cơ sở mang tính chủ động phòng bệnh, thể hiện rõ trách nhiệm với sức khỏe người dân trên địa bàn sinh sống của y tế cơ sở. Nâng cao chất lượng hoạt động của Trung tâm y tế nói chung và kiến thức chuyên môn của từng cán bộ y tế nói riêng.

- Thứ ba: Chủ động phòng và điều trị sớm những bệnh không lây nhiễm đang có xu hướng gia tăng của đất nước phát triển công nghiệp như: Tim mạch, rối loạn chuyển hóa, tâm thần kinh... bệnh nhân có cơ hội thường xuyên tiếp xúc và được cán bộ y tế tư vấn: ăn uống, tập luyện, sinh hoạt... để phòng ngừa bệnh tật và giảm nhẹ tình trạng bệnh.

- Thứ tư: Tiết kiệm thời gian, chi phí cho bệnh nhân khi đến cơ sở khám- chữa bệnh

do người bệnh được quản lý sức khỏe; nhân viên y tế đã có các thông tin về bệnh sử nên được tư vấn đúng, giới thiệu đúng đến địa chỉ cần thiết để khám phát hiện bệnh và điều trị nếu mắc bệnh. (Hiện nay đại đa số bệnh nhân tự đến các cơ sở khám bệnh rất dễ bị lạm dụng xét nghiệm, tư vấn dùng thuốc đắt tiền không cần thiết, đặc biệt là bị lôi kéo, lừa gạt đến các phòng khám tư nhân; nhiều bệnh nhân phải đến khám ở nhiều cơ sở y tế, phát hiện ra bệnh nhưng không có tiền mua thuốc hoặc không có đủ tiền đóng viện phí).

- Thứ năm: Làm giảm tình trạng quá tải các bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến trung ương do hiện nay các cơ sở y tế chuyên sâu lẽ ra chỉ khám và điều trị bệnh ở tuyến dưới không có đủ điều kiện về trang thiết bị và trình độ, kỹ năng giải quyết thì lại phải tiếp nhận, khám phát hiện bệnh cho một số lượng rất lớn bệnh nhân vượt tuyến. Bệnh viện ở tuyến 3 nhưng đang tiếp nhận khám, chữa bệnh cho bệnh nhân của cả 3 tuyến tạo nên sự quá tải cục bộ, trong khi đó nhiều bệnh viện ở tuyến 1 và tuyến 2 có công suất sử dụng giường bệnh rất thấp.

Làm giảm bệnh nhân tự phát đến các cơ sở khám, chữa bệnh chuyên sâu gây tình trạng lộn xộn, mất an ninh trật tự (trộm cắp, móc túi, lừa đảo, cò mồi...) đang diễn ra ở hầu hết

các bệnh viện tuyến Trung ương và một số bệnh viện tuyến tỉnh ở các đô thị lớn.

** Những điểm mạnh, điểm yếu của hoạt động của y tế cơ sở nước ta hiện nay*

- Điểm mạnh: Hệ thống tổ chức các cơ quan y tế nước ta theo 4 cấp hành chính khá hoàn chỉnh ở 63 tỉnh, thành phố. Y tế cơ sở của nước ta có số lượng cán bộ y tế ở mức khá so với các nước trong khu vực. Tỷ lệ xã có bác sỹ khoảng 65 - 67%. Trạm y tế xã là đơn vị y tế gần dân nhất có nhiều năm kinh nghiệm triển khai thực hiện các chương trình y tế.

- Điểm yếu: Cơ sở hạ tầng, trang thiết bị của Trạm y tế nghèo nàn, thiếu thốn, không đồng bộ, cách thức làm việc còn thủ công, hệ thống sổ sách ghi chép phức tạp. Bác sỹ công tác ở Trạm y tế chủ yếu có kiến thức về y tế công cộng trong khi việc khám, chẩn đoán bệnh hiện nay yêu cầu cao về kinh nghiệm, kiến thức, kỹ năng lâm sàng. Hầu hết cán bộ y tế cơ sở chưa được trang bị và sử dụng công nghệ thông tin trong quản lý. Kinh phí chi cho Trạm y tế thấp nên không được trang bị máy tính và phần mềm quản lý (trừ một số tỉnh có dự án đã trang bị đồng bộ cho các Trạm y tế). Chức năng, nhiệm vụ của Trạm y tế, Trung tâm y tế chưa được ban hành. Xu hướng biến động nhân lực y tế (chủ yếu là bác sỹ và dược sỹ đại học) đang chuyển từ nông

thôn ra thành thị, từ tuyến dưới lên tuyến trên, từ lĩnh vực dự phòng sang lĩnh vực khám chữa bệnh đang gia tăng làm cho sự thiếu hụt nhân lực y tế ở cơ sở ngày càng rõ ở các tỉnh còn khó khăn về kinh tế, xã hội, giao thông...

Ý kiến đề xuất

- Từ thực tiễn công tác quản lý sức khỏe ở Thái Lan và hiệu quả trong việc triển khai đẩy mạnh khám, chữa bệnh tại y tế cơ sở làm giảm đáng kể sự quá tải bệnh nhân ở tuyến trên của tỉnh Thừa Thiên-Huế và sự xuất hiện loại hình “Gói chăm sóc sức khỏe gia đình tại cộng đồng” của một số công ty đang tiến hành triển khai ở những khu chung cư cao cấp tại Hà Nội, TP. Hồ Chí Minh, hoạt động quản lý sức khỏe là việc làm cần thiết để đáp ứng nhu cầu chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân ở cộng đồng.

- Quản lý sức khỏe tại y tế cơ sở là cách làm mới thuộc công tác y tế dự phòng chủ động, tích cực phòng ngừa bệnh tật, quản lý bệnh tật. Quan niệm đó thay đổi khái niệm y tế dự phòng chỉ là phòng chống dịch bệnh của Trung tâm y tế dự phòng và Trạm Y tế trước đây và hiện nay.

- Đồng bộ các chương trình y tế đang được tiến hành ở cộng đồng hiện nay như chương trình phòng chống lao, phòng chống HIV/AIDS,

chương trình phòng chống bướu cổ, chương trình phòng chống sốt rét, chương trình tiêm chủng mở rộng... cần thiết phải thống nhất sử dụng công nghệ thông tin trong quản lý tại y tế cơ sở.

- Do cách làm mới cần có kiến thức mới, kỹ năng mới, cách thức tổ chức thực hiện mới và sự đầu tư về kinh phí mua sắm vật tư, trang thiết bị nên hoạt động quản lý sức khỏe tại cộng đồng cần thí điểm triển khai thực hiện, kết hợp nghiên cứu, học tập kinh nghiệm của nước ngoài đã và đang triển khai. Cán bộ y tế cơ sở cần được đào tạo phương pháp quản lý mới và đào tạo liên tục nâng cao kiến thức kỹ năng quản lý để có khả năng thực hiện nhiệm vụ.

- Thực hiện công tác cử cán bộ luân phiên từ tuyến trên xuống tuyến dưới, đặc biệt là từ tuyến huyện xuống tuyến xã cần đổi mới cách thức tổ chức và hoạt động của Trạm y tế xã để Trạm Y tế là địa chỉ tin cậy, gần dân nhất cung cấp dịch vụ chăm sóc, bảo vệ sức khỏe nhân dân, là nơi lưu trữ các thông tin đầy đủ nhất hồ sơ sức khỏe của từng người dân trên địa bàn và có trách nhiệm “xếp hàng” cho bệnh nhân có nhu cầu đến các cơ sở y tế chuyên sâu khám, chữa bệnh khi cần thiết, góp phần cải thiện dần tình trạng đổ dồn đến các cơ sở y tế tuyến 3 như hiện nay ■

GHÉP TẾ BÀO GỐC ĐỒNG LOẠI THÀNH CÔNG CHO BỆNH NHÂN UNG THƯ MÁU GIAI ĐOẠN CUỐI



GS.TS. Nguyễn Anh Trí, Viện trưởng Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương chụp ảnh cùng bệnh nhân Hoàng Thị Diệu Thuần

UYÊN THẢO

Cánh cửa hy vọng của sự sống tưởng như đã khép lại với bệnh nhân Hoàng Thị Diệu Thuần, tác giả cuốn tự truyện “Như hoa hướng dương”, sau 7 năm chiến đấu kiên cường với căn bệnh ung thư máu. May mắn cuối cùng đã mỉm cười với Diệu Thuần khi ca ghép tế bào gốc cho cô tại Viện Huyết

học - Truyền máu Trung ương đã thành công bước đầu.

Hoàng Thị Diệu Thuần (25 tuổi, Quỳnh Hợp, Nghệ An) là cô gái được biết đến với nghị lực sống mãnh liệt và tinh thần lạc quan yêu đời. Tháng 9/2005, năm đầu tiên bước vào cổng trường Đại học Quốc gia Hà Nội cũng là thời điểm Diệu

Thuần phát hiện mắc bệnh. Từ đó, cuộc sống của cô gắn liền với giường bệnh, thuốc men và những đợt truyền hóa chất. Dù mỗi ngày đối diện với cơn đau thể xác giằng xé của căn bệnh ung thư máu nhưng Diệu Thuần vẫn hi vọng và khao khát được sống như bao người. Trong những tháng ngày đầu

tranh với bệnh tật, Diệu Thuần đã viết nên cuốn tự truyện “Như hoa hướng dương” với những dòng tự sự, những vần thơ và cả những dòng nhật kí.

Thuần không phải trường hợp đầu tiên được ghép tế bào gốc đồng loại tại Viện

Huyết học - Truyền máu Trung ương nhưng là một ca đặc biệt và khó.

Bệnh nhân mắc ung thư máu thể bệnh mà Thuần mắc chỉ có thể sống tối đa

5 năm, nhưng Thuần đã chung sống với bệnh suốt 7 năm.

Diệu Thuần bị bệnh Lơxêmi kinh dòng bạch cầu hạt, một dạng ung thư máu hay còn gọi là bệnh máu trắng.

Đặc trưng của bệnh là tổn thương nhiễm sắc thể đặc hiệu PH1, do đột biến gen. Trải qua 7 năm điều trị, đặc biệt trong 2 năm điều trị bằng thuốc nhắm đích - loại thuốc mới và tốt nhất trên thế giới để điều trị ung thư máu, bệnh vẫn

không có nhiều tiến triển, kết quả vẫn dương tính với tế bào ung thư. Ghép tế bào gốc là biện pháp điều trị tối đa và cơ hội duy nhất của Thuần. Tuy nhiên, ghép tế bào gốc đồng loại tỷ lệ thành công 60-70%, tỷ lệ biến chứng cũng lên đến 30%. Việc tìm người cho tế bào gốc phù hợp với tất cả các tiêu chuẩn không phải đơn giản. Thường chỉ có khoảng 10% bệnh nhân có khả năng ghép được.

Anh trai của Diệu Thuần là người đã sẵn sàng hiến tế bào gốc cho em gái. Thời điểm, Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương quyết định nhận thực hiện ca ghép tế bào gốc cho Diệu Thuần cũng là lúc Diệu Thuần gặp được một nhà văn Israel nhận lời giúp đỡ cô qua đất nước này để điều trị bằng phương pháp ghép tế bào gốc. Tuy nhiên, chỉ số giữa người cho và người nhận đạt 5/6 allen, chưa phải là chỉ số lý tưởng cho yêu cầu cấy ghép (chỉ số 6/6 allen là chỉ số tương đồng hoàn toàn, an toàn cho việc cấy ghép). Bệnh của Diệu Thuần lại không mấy khả quan nên việc đưa Thuần sang Israel không được chấp nhận.

Thạc sĩ Bạch Quốc Khánh, Phó Viện trưởng Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương chia sẻ, chỉ đạt 5/6 allen, thời gian mắc bệnh quá lâu (7 năm), cơ thể yếu (chỉ được 37kg), lại có vi rút viêm gan C nên Viện rất dè dặt trong vấn

“Căn bệnh ung thư ác nghiệt đã đeo đuổi em những năm tháng tuổi trẻ tươi đẹp nhất. Em chống chọi lại nó bằng tất cả sức vóc gầy gò và trái tim quả cảm. Hãy dành chút thời gian để đọc hết những trang tự sự, những dòng nhật ký, những bài thơ tha thiết này. Quý vị, những ai đang đau khổ, tuyệt vọng, đang phải chịu đựng sự giày vò của bệnh tật sẽ tìm được sự đồng cảm, sẻ chia, tìm được nguồn động viên vô giá. Những ai khỏe mạnh, may mắn và đủ đầy nhưng trót lãng quên dù chỉ là giây phút, sẽ tìm được sự ấm áp, chân thật của Tinh Người” (Trích Lời giới thiệu cuốn sách “Như hoa hướng dương” của Hoàng Thị Diệu Thuần)



đề tiên lượng thành công của ca ghép. Nhưng nếu không tiến hành ghép thì nguy cơ bệnh sẽ diễn biến sang giai đoạn mới, ung thư máu thể cấp tính. 100% bệnh nhân tử vong sớm trong 6 tháng, không thể điều trị được.

Theo đúng kế hoạch, ngày 15/9/2012, Diệu Thuần chính thức bước vào giai đoạn ghép tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương, với lượng tế bào gốc được hiến tặng từ người anh ruột. Bệnh nhân được hội chẩn với chuyên gia Mỹ và trước hội đồng khoa học của Viện. Quá nhiều chông gai và khó khăn nhưng thật diệu kỳ, sau ca ghép 15 ngày, kết quả xét nghiệm cho thấy trong cơ thể bệnh nhân có xuất hiện các mảnh ghép mới. Sau 30 ngày ghép, các xét nghiệm tủy đều cho kết quả khả quan như: các chỉ số tế bào máu đã trở lại gần như bình thường, đặc biệt xét nghiệm về tổn thương di truyền như cấy nhiễm sắc thể tủy PH1 âm tính; sinh học phân tử PCR gen bệnh âm tính; thể khảm (chuyển đổi tế bào gốc của người hiến và bệnh nhân - thường gọi là Chimerism) đạt 100%. Như vậy, sau 7 năm chiến đấu với bệnh, những tế bào ung thư máu đã biến mất hoàn toàn khỏi cơ thể Diệu Thuần.

Ngày 9/11/2012, Thuần được xuất viện nhưng vẫn tiếp tục điều trị bằng thuốc ức chế miễn dịch để chống thải ghép.

Đồng thời, trong 3 tháng đầu định kỳ kiểm tra 2 tuần một lần, sau đó là hàng tháng. Sau 6 tháng ổn định bệnh nhân sẽ được dùng thuốc và sẽ chỉ theo dõi các xét nghiệm. GS.TS. Nguyễn Anh Trí, Viện trưởng Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương đánh giá, ca ghép cho bệnh nhân Hoàng Thị Diệu Thuần đã thành công bước đầu. Nếu trong thời gian tiếp theo xét nghiệm mà kết quả vẫn âm tính thì khả năng chữa khỏi là 80-90%. Sau 5 năm nữa có thể khẳng định, bệnh nhân hoàn toàn khỏi bệnh, trở lại cuộc sống bình thường. Kinh phí điều trị cho Thuần là 260 triệu đồng, rẻ hơn khoảng 10 lần so với việc đi chữa ở Singapore hay Mỹ. Trong đó, bảo hiểm đã thanh toán 180 triệu.

Theo các bác sỹ Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương, ung thư máu chiếm khoảng 50% trong các bệnh về máu. Trước đây, bệnh nhân ung thư máu thường điều trị hóa chất liều cao, liều càng cao thì hiệu quả càng tốt, nhưng nó là con dao 2 lưỡi. Việc ghép tế bào gốc giúp giảm tác dụng phụ và vẫn đạt tối đa tác dụng chính. Đặc

Tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương, đội ngũ nhân lực, phương pháp điều trị, trang thiết bị được đầu tư ngang tầm với các nước trong khu vực và thế giới, mức chi phí thấp hơn nhiều so với điều trị tại nước ngoài. Nếu điều trị ghép tế bào gốc ở nước ngoài sẽ mất khoảng 100.000-150.000 đô la Mỹ, trong khi tại Việt Nam chỉ khoảng 12.000-13.000 đô la Mỹ.

biệt, nếu bệnh nhân ung thư máu chỉ điều trị hóa chất liều cao thì có thể kéo dài sự sống thêm 5 năm đạt 30%, còn dùng phương pháp ghép tế bào gốc thì bệnh nhân sống được thêm 5 năm đạt 60%. Từ năm 2006 đến nay, Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương đã thực hiện trên 50 ca ghép tế bào gốc với hai hình thức ghép: ghép tế bào gốc tự thân và ghép tế bào gốc đồng loại. Ghép tế bào gốc tự thân để điều trị cho các bệnh như: đa u tủy xương, u lympho ác tính và ghép tế bào gốc đồng loại để điều trị các bệnh như: Loxêmi cấp, Loxêmi kinhdòng bạch cầu hạt, hội chứng rối loạn sinh tủy, suy tủy xương, đái huyết sắc tố niệu kịch phát ban đêm... Tỷ lệ thành công đạt trên 75%. Phương pháp ghép tế bào gốc đã đem lại cơ hội sống cho nhiều bệnh nhân bệnh máu ■

Bộ trưởng Vũ Văn Cẩn:

DÂY CÔNG VUN ĐẮP MÔ HÌNH VÀ HOÀN THIỆN LÝ LUẬN KẾT HỢP QUÂN DÂN



Chân dung Bác sỹ Vũ Văn Cẩn

BS. ĐẶNG QUỐC VIỆT

Giám đốc Trung tâm Truyền thông GDSKTƯ

Ngay sau khi Cách mạng Tháng Tám thành công, nhiệm vụ quan trọng hàng đầu của Đảng và Nhà nước là phải xây dựng lực lượng vũ trang nhân dân để đối phó với thù trong, giặc ngoài, bảo vệ chính quyền nhân dân còn non trẻ và bảo vệ thành quả cách mạng. Xuất phát từ yêu cầu của cuộc kháng chiến chống thực dân Pháp, theo đề nghị của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng và Bộ trưởng Bộ Y tế, ngày 24/11/1945, Chủ tịch Chính phủ lâm thời nước Việt Nam Dân chủ Cộng hoà Hồ Chí Minh đã ký Sắc lệnh số 66 cho phép Bộ Y tế được quyền trưng dụng các bác sỹ, dược sỹ vào làm việc trong các cơ quan y tế của Bộ Y tế và Bộ Quốc phòng. Quan niệm của Người về một nền y học Việt Nam cũng phải bao gồm cả Dân y và Quân y trong mối kết hợp chặt chẽ và yêu cầu: “Y tế và Quân y đều cố gắng làm việc... cần phải đoàn kết chặt chẽ, cộng tác mật thiết...”. Chủ tịch Hồ Chí Minh là người đã đặt nền móng cho công tác kết hợp và mô hình kết hợp Quân Dân y cách mạng.

Kết hợp Quân Dân y là một tất yếu lịch sử

Lịch sử dựng nước và giữ nước của dân tộc ta là một pho sử bằng vàng, trong đó lịch sử chống ngoại xâm là những trang sử vẻ vang nhất và chói

lọi nhất. Chính hoàn cảnh lịch sử ấy đã đòi hỏi phải có lực lượng vũ trang nhân dân làm lực lượng nòng cốt của cuộc chiến tranh nhân dân bảo vệ Tổ quốc. Lực lượng vũ trang nhân dân là con em của nhân dân, từ nhân dân mà ra, vì nhân dân phục vụ. Cũng chính hoàn cảnh đó đã dẫn đến một tất yếu phải có người làm công tác y tế trong lực lượng vũ trang (sau đây gọi chung là Quân y), do vậy Quân y cũng từ Dân y mà ra.

Kết hợp Quân Dân y là một yêu cầu lịch sử trong thời chiến khi mà toàn dân, toàn quân ta đồng tâm, hiệp lực, đoàn kết để đánh đuổi quân xâm lược ra khỏi bờ cõi, giữ toàn vẹn lãnh thổ thiêng liêng của dân tộc. Kết hợp Quân Dân y là một lĩnh vực trong chiến lược kết hợp Quân Dân. Kết hợp Quân Dân y còn là một đòi hỏi tự nhiên của sự nghiệp cách mạng Việt Nam, của bản sắc văn hoá dân tộc Việt Nam. Thực hiện sự kết hợp này, cả Quân y và Dân y không những hoàn thành xuất sắc nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe nhân dân và các lực lượng vũ trang, một nhiệm vụ hết sức nặng nề nhưng rất vẻ vang, mà còn là điều kiện thuận lợi để cả Quân y và Dân y không ngừng phát triển và trưởng thành.

Dưới sự lãnh đạo của Đảng Cộng sản Việt

Nam và Hồ Chủ tịch, cách mạng Việt Nam đã phát triển lên tầm cao mới cả về lượng về chất, đã giành được những thắng lợi quan trọng mang tầm vóc lịch sử như: Cách mạng Tháng Tám thành công, đưa nước ta từ thuộc địa của Pháp không có tên trên bản đồ thế giới thành một nước độc lập, nhân dân ta từ kiếp nô lệ làm thuê lên làm chủ đất nước; Chiến thắng lịch sử Điện Biên Phủ đã đánh đuổi thực dân Pháp xâm lược ra khỏi nước ta, đánh đổ chủ nghĩa Thực dân cũ, giải phóng hoàn toàn miền Bắc; Chiến dịch lịch sử Hồ Chí Minh toàn thắng, đánh đuổi đế quốc Mỹ xâm lược ra khỏi nước ta, đánh đổ chủ nghĩa Thực dân mới, giải phóng hoàn toàn miền Nam, thống nhất Tổ quốc, cả nước đi lên Chủ nghĩa xã hội. Trong thời kỳ này việc kết hợp Quân Dân y còn là tất yếu khách quan bắt nguồn từ đường lối chính trị cũng như đường lối quân sự, đường lối chiến tranh nhân dân và quốc phòng toàn dân của Đảng và Nhà nước, nhằm thực hiện thắng lợi mục tiêu cao đẹp của chế độ ta: “Sức khỏe là vốn quý nhất của mỗi con người và của toàn xã hội, là nhân tố quan trọng trong sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc. Chúng ta phấn đấu để mọi người đều được chăm sóc sức khỏe”.

Kết hợp Quân Dân y trong quá trình cách mạng là sự kết hợp của hai bộ phận có cùng một nguồn gốc, có cùng một mục đích là chăm sóc sức khỏe nhân dân và các lực lượng vũ trang cách mạng trong sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc. Vì vậy, kết hợp Quân Dân y là một sự kết hợp toàn diện, lâu dài và vững chắc.

Bác sỹ Vũ Văn Cẩn với công tác kết hợp Quân Dân y

Tháng 12/1945, Bộ trưởng Bộ Y tế đã quyết định thành lập Ban Y tế Vệ quốc đoàn toàn quốc và cử bác sỹ Vũ Văn Cẩn làm Giám đốc đầu tiên. Tháng 3/1946, Chủ tịch Hồ Chí Minh đã ký Sắc lệnh số 34, tổ chức lại bộ máy Bộ Quốc phòng, thành lập các Cục trong Bộ Quốc phòng, trong đó có Cục Quân y; Sắc lệnh số 35 cử các Cục trưởng trong Bộ Quốc phòng và Bác sỹ Vũ Văn Cẩn được cử giữ chức Cục trưởng Cục Quân y đầu tiên. Ngày 16/4/1946, Bộ Quốc phòng ban hành Nghị định số 12/NĐ quy định nhiệm vụ và bộ máy Cục Quân y, ngày đó được coi là ngày

thành lập Cục Quân y và là Ngày truyền thống của ngành Quân y.

Với cương vị Cục trưởng Cục Quân y, bác sỹ Vũ Văn Cẩn đã có nhiều cống hiến quan trọng không những góp phần hoàn thành nhiệm vụ chính trị của ngành Quân y mà còn đẩy công vận đắp mô hình kết hợp Quân Dân y gắn với các hoạt động của ngành Y tế nói chung và ngành Quân y nói riêng. Tháng 12/1946, kháng chiến toàn quốc bùng nổ, với khẩu hiệu: “Tất cả cho tiền tuyến”, “Tất cả để chiến thắng”, ngành Y tế đã huy động toàn lực cho Quân y, từ cán bộ đến thuốc men, dụng cụ, phương tiện. Để phát huy hiệu quả của lực lượng Dân y cũng như Quân y trong hoàn cảnh còn thiếu cán bộ, thuốc men, phương tiện, ngày 21/01/1947, Bộ Quốc phòng và Bộ Y tế đã triệu tập hội nghị liên tịch tại Việt Bắc thống nhất một số vấn đề sau:

Một là: Xây dựng một chương trình phối hợp công tác giữa Quân y với Dân y trong các lĩnh vực sử dụng và điều động cán bộ, nhân viên, phân phối thuốc men, dụng cụ hiện có, đặt tại mỗi Kỳ một Ủy ban liên Bộ Quốc phòng- Bộ Y tế để điều hành việc phối hợp hoạt động. Ủy ban liên Bộ ở Bắc kỳ do y sỹ Vũ Đình Tung đại diện Dân y và bác sỹ Vũ Văn Cẩn đại diện Quân y phụ trách. Ủy ban ở Trung kỳ do y sỹ Nguyễn Kinh Chi đại diện Dân y và bác sỹ Trương Tấn Lập đại diện Quân y phụ trách. Riêng Nam kỳ đã có Sở Quân Dân y nên không thành lập Ủy ban này.

Hai là: Thống nhất nguyên tắc sắp xếp cán bộ. Đối với cán bộ chuyên môn đang tòng sự và được xếp vào ngạch y tế sẽ ở lại làm việc trong các cơ sở Dân y, còn những người hành nghề tư, sinh viên y khoa sẽ do Cục Quân y trưng dụng.

Ba là: Đặt tại mỗi Khu ở Bắc kỳ và Trung kỳ một Ban Giám đốc Quân Dân y Khu để điều hoà sự phối hợp công việc giữa Quân y và Dân y trong khu, dưới sự lãnh đạo của Ủy ban liên Bộ Quốc phòng- Bộ Y tế. Ban Giám đốc Quân Dân y Khu có hai người: Giám đốc Khu Y tế đại diện cho Dân y, Quân y Vụ trưởng đại diện cho Quân y.

Trong quá trình hoạt động, giữa Quân y và Dân y luôn có sự trao đổi thông tin, kinh nghiệm và thường xuyên hỗ trợ để giải quyết những khó khăn trong công việc. Các hội nghị lớn của Quân

y có đại diện Dân y tham dự và ngược lại các cuộc họp hàng năm của Bộ Y tế có đại diện Cục Quân y. Đặc biệt, tại Hội nghị Quân y toàn quân lần thứ 9 (16/02/1951) là Hội nghị lớn nhất của ngành Quân y từ khi thành lập đã được bác sỹ Hoàng Tích Trý, Bộ trưởng Bộ Y tế và bác sỹ Tôn Thất Tùng, Thứ trưởng Bộ Y tế đến dự và đóng góp nhiều ý kiến quan trọng.

Trong suốt cuộc kháng chiến trường kỳ chống thực dân Pháp, Quân y và Dân y là một, Quân y là một bộ phận không thể tách rời của ngành Y tế cả nước. Khi Quân đội cần, cán bộ y tế mặc áo lính và trở thành chiến sỹ Quân y, ngược lại khi nhân dân cần, chiến sỹ Quân y cởi bỏ áo lính và trở thành cán bộ y tế. Đó là truyền thống dân tộc, thể hiện mối quan hệ gắn bó đã có từ hàng nghìn năm nay. Quân y và Dân y được giao nhiệm vụ riêng nhưng trên thực tế các cơ sở Quân y thường nhận khám chữa bệnh, cấp cứu cho nhân dân nơi đóng quân và ngược lại các cơ sở Dân y cũng sẵn sàng tiếp nhận và cứu chữa thương binh, bệnh binh khi cần thiết.

Năm 1954, Sở Quân Dân y Nam bộ tổ chức hội nghị kiểm điểm công tác kết hợp Quân Dân y và đề ra phương hướng cho những năm tới. Mục tiêu của hội nghị là: Bồi dưỡng sức dân và đẩy mạnh kháng chiến, kiến quốc. Hội nghị tập trung vào một số vấn đề chủ yếu thể hiện mối quan hệ chặt chẽ giữa Quân y và Dân y: Quân y lo cho bộ đội để bảo vệ nhân dân; Dân y lo cho nhân dân để bổ sung cho bộ đội; Nhân dân bị dịch sẽ lây sang bộ đội; Nhân dân mạnh khoẻ là lực lượng bổ sung cho bộ đội.

Khi giữ cương vị Bộ trưởng Bộ Y tế, bác sỹ Vũ Văn Cẩn đã có nhiều đóng góp rất lớn đối với sự nghiệp xây dựng và phát triển ngành Y tế Việt Nam. Ông đặc biệt quan tâm đầu tư để phát triển ngành Quân y lớn mạnh đáp ứng yêu cầu ngày càng cao của cuộc đấu tranh giải phóng ở miền Nam và chống chiến tranh phá hoại ở miền Bắc. Trong kháng chiến chống Mỹ, sự kết hợp Quân y và Dân y ngày càng được hoàn thiện cả về lý luận và hình thức tổ chức.

Trong điều kiện thời bình, công tác kết hợp Quân Dân y phát triển toàn diện trên tất cả các lĩnh vực, nhưng thể hiện rõ nhất trong lĩnh vực

phòng chống dịch bệnh, cấp cứu và cứu chữa nạn nhân khi có thiên tai, thảm họa... và đặc biệt là chăm sóc sức khoẻ nhân dân vùng cao, vùng sâu, vùng xa, biên giới, hải đảo và vùng dân tộc thiểu số.

Phát triển và hoàn thiện mô hình kết hợp Quân Dân y

Ngày 19/4/1988, Chủ tịch Hội đồng Bộ trưởng ra Chỉ thị số 109/CT Về công tác y tế Quân đội và ngày 15/9/1988, liên Bộ Y tế- Bộ Quốc phòng ban hành Thông tư liên bộ số 09/TT-LB Quy định việc tổ chức Ban Quân Dân y, việc kết hợp Quân Dân y phòng chống dịch và thu nhận người bị thương, bị bệnh và nhiều văn bản khác.

Quán triệt chủ trương của Đảng và Nhà nước, phát triển tư tưởng Hồ Chí Minh về kết hợp Quân Dân y, phát huy thành quả xây dựng và phát triển mô hình kết hợp Quân Dân y của các cán bộ y tế tiền nhiệm trong đó có bác sỹ Vũ Văn Cẩn, tại Hội nghị kết hợp Quân Dân y toàn quốc lần thứ Nhất năm 1990 và lần thứ Hai năm 1995, lãnh đạo hai Bộ Y tế và Bộ Quốc phòng đã thống nhất hình thành Chương trình y tế số 12 “Kết hợp Quân Dân y xây dựng nền quốc phòng toàn dân và phục vụ sức khoẻ nhân dân”, với mô hình kết hợp ở 4 cấp trung ương, tỉnh, huyện, xã và những nội dung hoạt động cơ bản là tham gia củng cố y tế cơ sở, phòng chống dịch bệnh, khám chữa bệnh và đào tạo cán bộ y tế. Hiện nay, Bộ Y tế bố trí dự án Quân dân y kết hợp, do Phòng Y tế Quốc phòng (Vụ Kế hoạch- Tài chính) làm thường trực.

Qua lịch sử đấu tranh với thiên nhiên, chống ngoại xâm và nhất là thực tiễn hơn nửa thế kỷ đấu tranh cách mạng dưới sự lãnh đạo của Đảng, Chính phủ và Hồ Chủ tịch, có thể khẳng định rằng, chủ trương kết hợp Quân Dân y trong công tác chăm sóc sức khoẻ nhân dân và các lực lượng vũ trang là đúng đắn, phù hợp với điều kiện của ngành Y tế nước ta, phát huy hiệu quả trong sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc, đồng thời đánh giá cao vai trò của các tổ chức và cá nhân đã có nhiều đóng góp vào việc xây dựng, phát triển và hoàn thiện mô hình kết hợp Quân Dân y, trong đó có cá nhân bác sỹ Vũ Văn Cẩn- người đã có nhiều năm giữ cương vị Cục trưởng Cục Quân y và Bộ trưởng Bộ Y tế ■

HỎI ĐÁP



BỆNH UNG THƯ

TS. BÙI DIỆU

Giám đốc Bệnh viện K Trung ương

HỎI:

Thưa bác sỹ, những nguyên nhân nào gây nên bệnh ung thư?
Chúng ta có thể làm gì để phòng tránh căn bệnh này?

TRẢ LỜI:

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA BỆNH UNG THƯ

Qua nhiều nghiên cứu dịch tễ học, các nhà khoa học đã phát hiện ra chỉ có dưới 10% bệnh ung thư phát sinh do các rối loạn từ bên trong cơ thể, gồm các rối loạn nội tiết, tổn thương có tính di truyền (các yếu tố nội sinh), những nguyên nhân này thường không thay đổi được. Ngược lại, có đến hơn 80% bệnh ung thư phát sinh có liên quan đến yếu tố môi trường sống, bao gồm: lối sống thiếu khoa học, các thói quen, tật xấu như hút thuốc, uống rượu, chế độ dinh dưỡng không an toàn, hợp lý, quan hệ tình dục không an toàn... Thêm vào đó là một số yếu tố liên quan nghề nghiệp và ô nhiễm môi trường, gọi chung là các yếu tố ngoại sinh (từ bên ngoài cơ thể), các yếu tố này có thể thay đổi được.

1. Các yếu tố có thể thay đổi được:

Các nhà khoa học chia các yếu tố có thể thay đổi được này thành các nhóm chính sau:

* **Nhóm các tác nhân hóa học:**

- **Thuốc lá:** Hút thuốc lá

được kể đến hàng đầu, đây là nguyên nhân của 30% trong tổng số các loại ung thư ở người, bao gồm ung thư phổi, thanh quản, thực quản, khoang miệng, bàng quang, tụy, dạ dày. Trong khói thuốc không chỉ có chất nicotine ảnh hưởng đến hệ tim mạch mà còn có trên 40 loại hóa chất khác nhau gây ung thư. Hút thuốc ở người tuổi càng



trẻ, thời gian hút càng dài, số lượng hút trong một ngày càng nhiều thì càng có nguy cơ cao.

Ở Việt Nam, hút thuốc lá, ăn trầu thuốc cũng là yếu tố nguy cơ cao gây ung thư phổi và ung thư khoang miệng. Nếu người hút thuốc có kèm theo nghiện rượu thì nguy cơ mắc ung thư càng cao hơn nữa. Người đang hút thuốc mà bỏ hút thì nguy cơ gây ung thư sẽ giảm dần theo thời gian. Sau 5 năm ngừng hút thì nguy cơ bị ung thư phổi giảm 50%, sau 10 năm ngừng hút thì nguy cơ còn không đáng kể, gần như người không hút.

Những người không hút thuốc nhưng sống cùng với người hút thuốc thì cũng có nguy cơ mắc các loại bệnh liên quan đến hút thuốc lá như bệnh tim mạch, hô hấp và ung thư như chính người hút, nhất là đối với phụ nữ và trẻ em. Đây được gọi là hút thuốc thụ động.

- Chế độ ăn uống không hợp lý và ô nhiễm thực phẩm:

Chế độ ăn nhiều chất mỡ động vật, ít chất xơ làm tăng nguy cơ mắc ung thư đại - trực tràng và ung thư vú. Ngược lại, chế độ ăn ít chất béo, nhiều rau, hoa quả và các ngũ cốc dạng nguyên hạt, có thể làm giảm nguy cơ mắc các loại ung thư.



Các chất bảo quản thực phẩm, các chất nhuộm màu thực phẩm có nguồn gốc hóa học, các chất trung gian chuyển hóa và sinh ra từ thực phẩm bị nấm mốc, lên men là nguyên nhân gây ra nhiều loại ung thư đường tiêu hóa như ung thư dạ dày, ung thư gan, ung thư đại tràng... Ước tính yếu tố này gây ra đến 35% trong tổng số các loại ung thư.

Thịt hun khói, cá muối, các loại mắm và dưa muối, cà muối, nhất là dưa khú có nhiều muối nitrat, nitrit và nitrosamine là các chất gây ung thư thực quản và dạ dày. Gạo và lạc là 2 loại thực phẩm dễ bị nấm mốc *Aspergillus Flavus* xâm nhiễm và tiết ra một loại chất độc là Aflatoxin, chất này gây ra ung thư gan nguyên phát.

- Ô nhiễm môi trường:

Ở nước ta, thuốc trừ sâu diệt cỏ dùng phổ biến trong nông nghiệp là yếu tố nguy cơ gây ung thư vú và một số loại ung thư khác. Bên cạnh đó, hậu quả của chất độc màu da cam (dioxin) do Mỹ rải xuống trong chiến tranh đã để lại hậu quả nặng nề không những gây nên các dị tật bẩm sinh mà còn là yếu tố nguy cơ tiềm ẩn gây nhiều bệnh ung thư. Các nhà khoa học Mỹ đã nghiên cứu và kết luận chất dioxin làm tăng tỷ lệ ung thư gan, máu, hạch, phần mềm.

Một tác nhân gây ung thư nữa là các hóa chất sử dụng trong công nghiệp. Ước tính nhóm nguyên nhân này gây ra khoảng 2-8% trong tổng số các loại ung thư. Các loại ung thư nghề nghiệp do tiếp xúc trực tiếp trong môi trường lao động với da, hệ thống hô hấp và tiết niệu.

*** Nhóm các tác nhân vật lý:**

- Bức xạ ion hóa:

Bức xạ ion hóa như tia Rơnghen, phát ra từ máy chiếu chụp X-quang, các chất phóng xạ dùng trong y học và một số ngành khoa học, có khả năng gây tổn thương gen và sự phát triển tế bào. Loại nguyên nhân này chiếm 3% trong số các trường hợp ung thư. Tác động của tia phóng xạ gây ung thư ở người phụ thuộc vào một số đặc điểm của tiếp xúc như: tuổi (tuổi càng nhỏ, nhất là khi còn là bào thai thì mối nguy hiểm càng tăng cao); liều lượng

(tiếp xúc với càng nhiều chất phóng xạ thì nguy cơ mắc ung thư càng cao); cơ quan bị tiếp xúc (các cơ quan nhạy cảm với tia phóng xạ là tuyến giáp, tủy xương).

- Tia cực tím: Tia cực tím có trong ánh sáng mặt trời cũng là tác nhân gây ung thư da. Những người thường xuyên phải làm việc ngoài trời thiếu phương tiện che nắng có nguy cơ mắc ung thư da cao hơn ở những vùng da hở, nhiều nhất là da vùng đầu, mặt. Vì vậy, không nên tắm nắng dưới nắng hè gay gắt có nhiều tia cực tím và không nên tắm nắng quá nhiều.

- Nhiễm vi rút, vi khuẩn: Một số vi rút, vi khuẩn có thể gây ung thư:

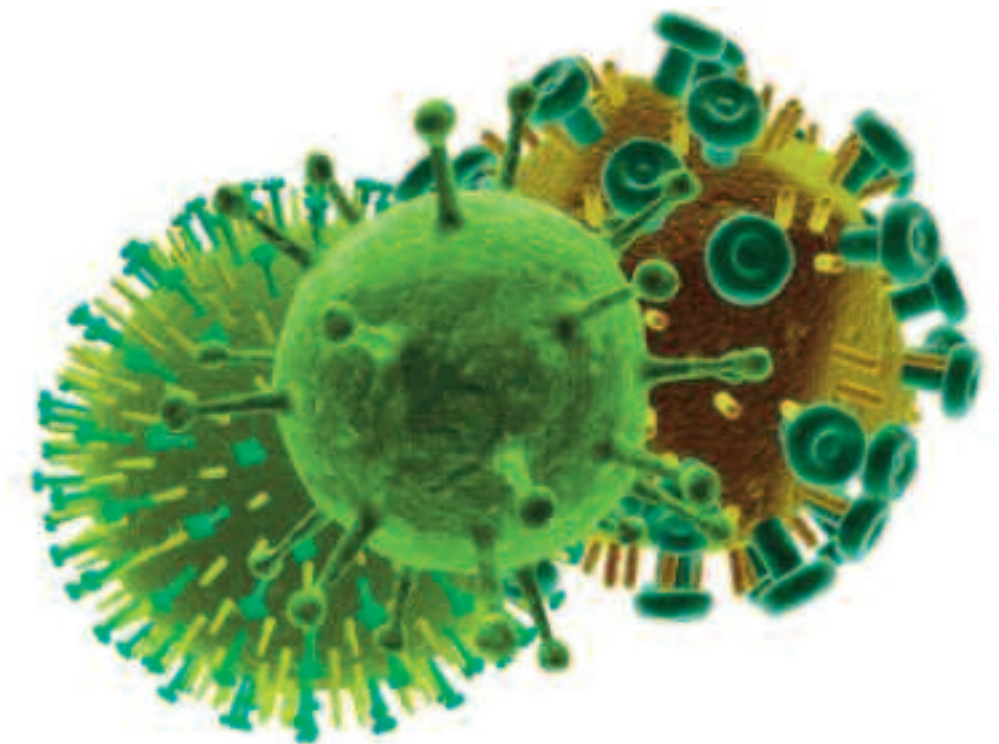
Vi rút Epstein-Barr (EBV): có liên quan đến ung thư vòm mũi họng, ung thư hạch lymphô, gặp nhiều ở các nước châu Á, châu Phi.

Vi rút viêm gan B: là nguyên nhân gây ung thư gan nguyên phát. Sau khi thâm nhập vào cơ thể nó gây viêm gan cấp, có trường hợp bệnh nhẹ thoáng qua, tiếp theo là thời kỳ viêm gan mạn tính tiến triển kéo dài không có triệu chứng, dẫn đến xơ gan và ung thư gan.

Vi rút gây u nhú ở người (Papiloma Human Vi rút- HPV): là nguyên nhân gây đến 70% ung thư tử cung ở phụ nữ. Vi rút này lây truyền qua đường tình dục.

Vi khuẩn Helicobacter Pylori (HP): là loại vi khuẩn có vai trò quan trọng trong gây viêm loét dạ dày-tá tràng và ung thư dạ dày.

Như vậy, ung thư không phải do một nguyên nhân gây ra mà có thể do rất nhiều nguyên nhân tùy theo mỗi loại ung thư, trong số đó, hút thuốc và chế độ dinh dưỡng không hợp lý là 2 nhóm nguyên nhân quan trọng nhất, gây nhiều loại ung thư nhất. Hạn chế tiếp xúc với các tác nhân gây ung thư là biện pháp phòng bệnh ung thư hiệu quả và kinh tế nhất trong chiến lược phòng chống ung thư ở mọi quốc gia.

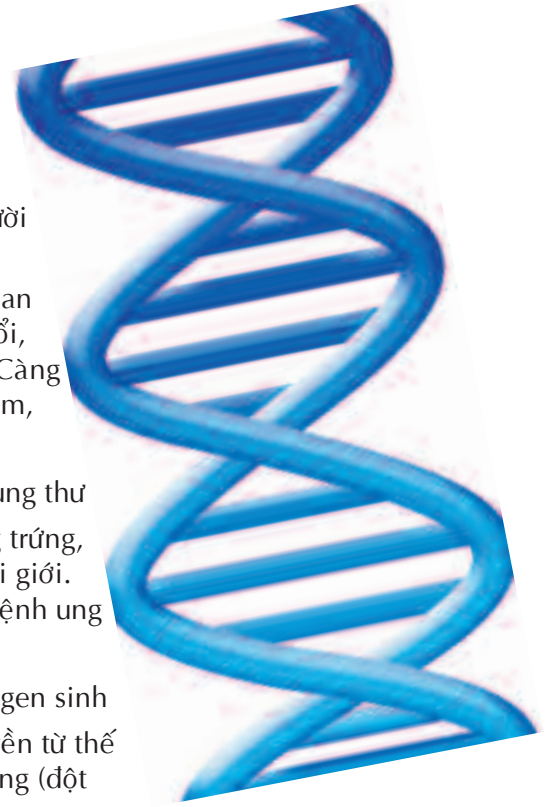


2. Các yếu tố không thay đổi được

*** Tuổi:** Nhìn chung đa phần ung thư hay gặp ở người lớn tuổi. Rất nhiều loại ung thư có tỷ lệ mắc tăng nhanh sau lứa tuổi 40 và đỉnh điểm là sau 60. Lý do là càng nhiều tuổi, thời gian tiếp xúc, tích lũy các yếu tố nguy cơ càng nhiều. Càng nhiều tuổi, tế bào sinh sôi nhiều lần càng dễ có sai sót gen khi phân chia. Càng nhiều tuổi, sức đề kháng của cơ thể chống lại bệnh tật càng giảm, ung thư càng dễ phát sinh.

*** Giới:** Nam giới hay mắc ung thư tuyến tiền liệt, ung thư dương vật, tinh hoàn; nữ hay mắc ung thư vú, cổ tử cung, buồng trứng, nhau thai, âm hộ... đó là những bộ phận sinh dục đặc trưng mỗi giới. Hoạt động nội tiết của mỗi giới cũng ảnh hưởng đến mắc các bệnh ung thư khác nhau.

*** Gen di truyền:** Con người có đến hơn 40 gen sinh ung thư và các gen ức chế ung thư. Có một số gen có thể di truyền từ thế hệ này sang thế hệ khác. Khi các gen đó bị tổn thương bất thường (đột biến) người đó dễ mắc một loại ung thư nào đó ■



CÓ THỂ PHÒNG ĐƯỢC NHIỀU LOẠI UNG THƯ

Từ việc hiểu biết các nguyên nhân gây ung thư, trong đó chủ yếu là do các nguyên nhân từ bên ngoài tác động vào cơ thể con người và có thể thay đổi được, khoa học đã chứng minh nếu tránh hoặc giảm thiểu tiếp xúc với các tác nhân sinh ung thư trên, có thể phòng được nhiều loại ung thư. Ví dụ:

- Không hút thuốc lá, thuốc lào và hít phải khói thuốc, để phòng ung thư phổi, nhiều loại ung thư đường hô hấp, tiêu hoá không chỉ cho bản thân người hút mà cho nhiều người xung quanh.
- Dinh dưỡng hợp lý, ăn nhiều rau xanh, hoa quả tươi, hạn chế ăn mỡ động vật, đồ ăn rán quá cháy, không ăn thực phẩm mốc, bị ô nhiễm thuốc trừ sâu, thuốc tăng trọng, phẩm màu, hoá chất bảo quản... để phòng ung thư đường tiêu hoá, ung thư vú, tuyến tiền liệt...
- Hạn chế sử dụng rượu bia phòng ung thư gan.
- Sinh đẻ kế hoạch và tình dục an toàn phòng ung thư cổ tử cung.
- Tiêm vắc xin phòng viêm gan B phòng ung thư gan, vắc xin HPV phòng ung thư cổ tử cung.
- Tránh tia nắng gắt phòng ung thư da.
- Thực hiện tốt các biện pháp an toàn lao động, phòng bệnh ung thư nghề nghiệp do môi trường độc hại phòng được nhiều loại ung thư.
- Luyện tập thể dục thể thao, tăng cường sức đề kháng, tăng cường hệ miễn dịch để cơ thể có khả năng chủ động phòng chống ung thư và nhiều bệnh tật khác.



CÁT BỤI

VƯƠNG TÂM

Vậy là gần sáu tháng nay, trung úy Tùng ăn cùng Dũng, ngủ cùng Dũng một phòng và đã phải an ủi hấn bằng những bài hát của Trịnh Công Sơn, rồi những ván cờ, cả những trang tiểu thuyết để đưa hấn vào giấc ngủ. Nhiều đêm hấn mơ hoảng loạn, gào lên trong từng cơn sợ hãi vì cơ thể đau quằn quại, thế là Tùng lại thức trắng theo với bao khó nhọc để giữ cho Dũng không được tự sát hoặc không có sự cố gì xảy ra.

Hấn là một tên phạm nhân đã bị tuyên án tù 10 năm vì tội buôn bán và tàng trữ ma túy. Nhưng kể từ khi phát hiện hấn đã bị mắc căn bệnh AIDS ở giai đoạn cuối thì mọi chuyện lại trở nên khác biệt. Hấn được hoãn thi hành án, sau một thời gian điều trị đặc biệt và sẽ trở về gia đình để sống nốt những ngày tháng cuối cùng. Giờ đây, Dũng chỉ còn hy vọng duy nhất và còn sót lại là được cha mẹ đón

về trông nom cái thân gầy còm tàn tạ này.

Bình minh. Rồi tiếng chuông đồng hồ đã điểm theo đúng như giấy thông báo tới gia đình. Tám giờ. Đột nhiên, tiếng chuông điện thoại reo lên.

Tiếng nói khá gấp gáp của đồng chí chỉ huy vang lên:

- Đồng chí Tùng trông coi phạm nhân cẩn thận nhé. Có sự biến rồi đó.

- Thưa anh có chuyện gì thế ạ?

Tiếng đồng chí trực ban lại vang lên:

- Bố mẹ phạm nhân Dũng đã từ chối, không đón con về nữa. Họ đã làm đơn đề nghị cho người con trai của mình chờ chết tại khu điều trị chứ quyết không đón về nhà.

Tùng giật mình thấy lạ:

- Vậy ta xử lý thế nào ạ?

- Đồng chí hãy tiếp tục làm nhiệm vụ, tránh mọi sự kích động cho phạm nhân. Mọi

chuyện còn được ban chỉ huy trại giam họp bàn và quyết định sau. Trước mắt cần bảo đảm sự an toàn cho phạm nhân...

Tùng cố nén tiếng thở dài bật ra từ lồng ngực để cố trấn tĩnh lại. Có lẽ khi biết tin, chẳng cứ Dũng mà ngay đến Tùng cũng thấy bị sốc, vì quá bất ngờ với cách xử sự của gia đình Dũng. Họ từ chối vì lý do gì? Một gia đình giàu có nhưng tình người thật cạn kiệt. Tùng vội vã chạy vào phòng điều trị đặc biệt. Anh mở cửa trước hai con mắt mở to đến kinh ngạc của Dũng.

- Họ đã không đến phải không, thưa cán bộ?

Dũng chơi với 2 nắm tay đấm lên đầu và cố gắng gào thét nhưng hụt hơi. Dũng run run đứng dậy, rồi bất ngờ quỳ xuống trước mặt Tùng, chấp tay lạy. Miệng nói khản thiết:

- Họ đã bỏ tôi, xin các anh công an đừng bỏ tôi. Khi tôi

chết mong các anh lo mai táng cho tôi, không cần họ nữa.

Trong khoảnh khắc, Tùng bất ngờ bị Dũng đẩy bật ra rồi định lao đầu vào tường. Nhưng Tùng kịp thời xoạc chân ngăn Dũng lại, làm hắn ngã sấp ngay xuống chưa kịp hành động theo ý muốn. Ngay lập tức Tùng xốc tên Dũng lên rồi kéo hắn lên giường. Tùng trấn tĩnh nói:

- Anh không được làm liều. Chúng tôi đã hết lòng vì anh và tạo điều kiện cho gia đình.

Dũng cố nói trong cơn tức giận:

- Vì sao anh không để tôi chết đi cho xong. Các anh cũng đỡ khổ vì tôi. Hãy xử tôi đi và bắn tôi ngay đi. Càng sớm càng tốt!

Dũng cố vùng vằng nhưng không thoát khỏi được cánh tay rắn như sắt của Tùng. Ngay lập tức Dũng được các y bác sỹ đưa trở lại giường bệnh và cắm ống kim tiếp nước vào tay hắn.

Tùng ngồi lặng lẽ trên ghế với bao ý nghĩa xáo trộn trong đầu. Thì ra đứng trước cái chết của con người mới hay mọi sự thật được phơi bày. Đến ngay cả sự nhân đạo của pháp luật

dành cho phạm nhân như Dũng, cũng không được cha mẹ hắn đón nhận thì thật phũ phàng làm sao. Tùng đột nhiên như linh cảm thấy có điều gì đó bất thường trong ánh mắt của Dũng khi nhìn mình. Đôi mắt ấy không còn cảm giác u tối nữa mà như muốn nói điều gì vậy. Ánh sáng đôi mắt của người sắp chết sao lại ám ảnh đến vậy. Dũng thì thảo:

- Tôi muốn viết một lá thư gửi đến bố mẹ tôi được không?

Tối đến, bữa ăn của Dũng cũng chẳng được là bao, chỉ với hai thìa cơm, hắn đã bị nghẹn nấc lên rồi buồn bặt. Tùng đem giấy bút đến cho hắn và nói rằng, hắn hãy viết tất cả những ý nghĩ cuối cùng trong đầu mình ra giấy và anh ngồi đợi. Dũng run run viết lên những nét chữ nguệch ngoạc. Có lẽ đó là những nét chấm phá cuối cùng của một thân tàn ma dại đang từ từ về cõi chết:

"Thưa bố mẹ!

Khi bố mẹ nhận được lá thư này cũng là lúc con đã trở thành nắm tro tàn nơi nghìn trùng xa thẳm. Con đau hành hạ con từng đêm và từng đêm.

Nhiều đêm con vẫn hằng mơ bên vòng tay gia đình như hồi thơ trẻ. Ôi! Giá như con không chạy theo những đồng tiền như bẩn, giá như con không sống như nhuốc. Và ước gì con một ngày được bố mẹ đón con về. Giờ đây con chỉ còn biết ở trên cõi đời này, điều lớn lao duy nhất còn sót lại là tình người. Vậy mà con chỉ còn biết bầu víu vào tình cảm của những người xa lạ. Họ không ghét bỏ con như bố mẹ, họ không kỳ thị con như bố mẹ. Vậy là con như tia lửa đã tắt trong đồng tro tàn. Mà đồng tro tàn ấy đã nguội lạnh và bay tứ tán theo chiều gió. Những hạt bụi tro tàn giờ đây đã trở về cõi hư vô. Và dù có hạt nào vương lại trên bàn tay bố mẹ thì đừng vứt đi. Hãy đón nhận nó. Đừng ghét bỏ nó nhé. Vì đó là con mà, con trai của bố mẹ...

Dũng"

Khi Tùng thấy tiếng động lạ, giật mình quay lại thì thấy Dũng đã gục xuống bàn viết. Tùng thở dài thương cảm cho một thân phận đã chết trong cô đơn ■



Mẹo vặt

HÀNH TÂY

Hành tây là một loại thực phẩm được sử dụng để chế biến thành nhiều món ăn hàng ngày. Hành Tây có vị ngọt, thơm và thường được dùng cho các món chiên xào... và được rất nhiều người ưa chuộng. Tuy nhiên, không phải ai cũng biết đến công dụng của hành tây. Sau đây “mẹo vặt” xin giới thiệu một số công dụng của hành tây trong chữa bệnh, đời sống sinh hoạt dành cho bạn.

1. Trong chữa bệnh

Chữa mất ngủ: Nếu thường xuyên bị mất ngủ, bạn có thể đặt một vài miếng hành thái nhỏ ở bên cạnh gối, bạn có thể có giấc ngủ ngon lành.

Khi bị cảm: Bỏ hành tây cắt nhỏ vào nấu chín, uống lúc còn nóng, cơ thể ra mồ hôi sẽ hạ nhiệt sốt.

Khi bị mụn nhọt: Hành tây rửa sạch, giã nhuyễn đắp giúp làm dịu da, sát khuẩn, tan sưng, chống đau trong các trường hợp mụn nhọt, chín mé, chân bị nứt nẻ, vết thương lở loét, ong hoặc rệp đốt.

Chữa tắc mũi: Bạn có thể nhét vào trước mũi một mảnh hành tây, lập tức mũi sẽ thông thoáng; hiệu quả nhanh hơn nhiều so với một số loại thuốc thông thường.

Điều trị huyết áp cao: Khi

huyết áp cao, lấy nắm vỏ hành nấu với lít nước, khi còn lại một nửa thì uống, huyết áp sẽ hạ.

2. Trong chế biến thức ăn

Chống vỡ thịt cá hấp: Cá thường vỡ bị nát sau khi hấp dù bạn đã rất cố gắng nâng niu bỏ ra đĩa. Giờ đây, bạn chỉ cần cắt vài khoanh hành xắt mỏng lót phía dưới sẽ giúp món cá hấp của bạn thơm hơn và quan trọng là sẽ chín đều, không bị vỡ.

Khử mùi khê: Bạn lỡ tay nấu nồi cơm bị khê, tất nhiên là cơm khét thì không thể cứu vãn được, nhưng ít nhất bạn cũng có thể phi tang được mùi khê khó chịu trong nhà bằng cách cho ít hành tây xắt lát vào nồi rồi đập dập lại. Mùi khê sẽ biến mất, không ám vào lớp cơm ngon phía trên.

3. Trong sinh hoạt

Xua muỗi: Cắt đôi củ hành tây hoặc vò nhẹ rồi để cạnh giường ngủ, những loại côn trùng như ruồi, muỗi sẽ không dám đến gần.

Ngăn ruồi đậu lên thức ăn: Rửa sạch thực phẩm, để ráo nước, đặt vài cọng hành tây đã rửa sạch lên trên, ruồi sẽ tránh xa.

Rửa đồ bằng đồng: Cắt một miếng hành tây xắt muối vào đem đánh rửa các loại đồ bằng đồng có thể làm cho đồ vật đó

được sạch sẽ.

Rửa nồi bị cháy do sữa: Sữa bị nấu cháy trong nồi, cạo rửa không sạch, bạn có thể cho một ít hành tây vào nồi nấu chín, sau đó đem rửa rất dễ dàng.

Khử mùi sơn: Khi mùi sơn nồng nặc, bạn đặt miếng hành tây bên cạnh, mùi của hành tây hết và mùi sơn cũng hết.

Xử lý dao bị gỉ: Cắt đôi củ hành tây, chà mặt cắt lên phần dao gỉ, vết gỉ sét sẽ biến mất.

Làm sạch dụng cụ làm bếp: Lấy rễ hành tây chà lên bề mặt đồ dùng bám dầu mỡ, đặc biệt với đồ đồng, thiếc sẽ rất sáng đẹp

Thay nước rửa kính: Cắt đôi củ hành tây, lấy mặt cắt chà lên cửa kính. Sau đó, dùng vải khô lau thật nhanh trước khi nước hành khô, mặt kính sẽ bóng loáng như mới ■



TIỀM ẨN NGUY CƠ TỪ CHỢ “SUNG SƯỚNG”

Hàng C. một con phố trong nội đô Hà Nội, lâu nay nổi tiếng với các loại thuốc và dụng cụ phục vụ nhu cầu... phòng the. Cho dù không ít lần, cơ quan chức năng và chính quyền địa phương ra quân truy quét ở đây nhưng mọi chuyện đâu lại vào đó. Nguy hiểm hơn cả là những tai họa về sức khỏe luôn rình rập những người sử dụng khi thứ hàng... “sung sướng” đều không rõ nguồn gốc ở đây.

TRUNG KIÊN



Một số mặt hàng được bày bán tại Hàng C.

“Hàng độc” bán như... rau

Càng về khuya, con phố nhỏ này càng tấp nập, nhộn nhịp. Cứ khoảng mười phút lại có vài ba tốp nam thanh, nữ tú tiến về phía những người bán thuốc mệt dọc ven đường. Không cần mặc cả, họ rút tiền, lấy thuốc rồi nhanh chóng cho xe lao nhanh về phía cuối đường. Trong vai người đi tìm “dược phẩm” cho quý ông, chúng tôi được một người phụ nữ bán hàng nước đưa ra một mẹt hàng hỗn độn các loại thuốc. Người phụ nữ bán nước lên giọng, ở đây loại gì cũng có, từ loại dành cho thể hệ 8X, 9X đến các loại “ông uống bà khen”.

Chưa kịp định thần trước lời tiếp thị đầy hấp dẫn, người phụ nữ bán nước chỉ tay vào mẹt hàng rồi nói, hiện nay, giới trẻ hay mua và sử dụng loại thuốc con ruồi, viên sỏi bọt, thuốc bột Taiguofen, chai xịt nóng. Thuốc hiệu con ruồi của Nhật giá vừa phải khoảng 100.000 đồng/chai, thuốc không màu, không mùi, không vị, lại dễ pha chế. Còn loại FlyD5 của Úc này, chỉ 15 phút sau sẽ phát huy ngay công dụng với đối tác. Mặc dù rất nhiều loại thuốc ở đây được quảng cáo là hàng xịn, ngoại nhập nhưng khi chúng tôi được mục sở thị nhiều loại thuốc thì chẳng có một dòng chữ nào hướng dẫn sử dụng, cũng như số đăng ký nhập khẩu. Có chăng chỉ là những dòng chữ nước ngoài nhằng nhịt.

Không chỉ buôn bán những loại thuốc phục vụ dân chơi mà ở khu vực phố Hàng C. còn rất nhiều hàng bán các loại “đồ chơi”, thậm chí là hàng độc cho nhiều đối tượng dân chơi. Lôi trong một cái túi vải nhàu nát ra một đồng bao cao su, người phụ nữ bán nước cho biết, ở đây có đủ loại hình 12 con giáp em thích loại nào, nếu không chi còn cả hàng bi, hàng gai. Đặc biệt, không chỉ có đồ dùng cho nam giới mà “hàng” dành riêng cho phụ nữ cũng không ít mà theo như nhiều người bán hàng ở đây cho biết các loại “hàng độc” ở đây có thể giúp các quý bà, quý cô kéo dài thời gian sung sướng lên tới vài tiếng đồng hồ.

Hiểm họa rình rập

Theo quy định của Bộ Y tế, các thuốc chữa rối loạn cương dương kiểu Viagra, Cialis là thuốc kê đơn bán theo chỉ định của bác sĩ và phải được bán tại những cơ sở kinh doanh được được ngành Y tế cấp phép. Thế nhưng ở con phố này, các loại thuốc này lại được bày bán công khai tại những mẹt hàng thuốc di động, chẳng khác gì người ta bán mớ rau ngoài chợ mà không gặp bất kỳ sự ngăn cấm nào. Người mua vẫn cứ mua mà chẳng cần quan tâm tới tác dụng thật sự đến đâu. Ngay trên nhãn mác của những viên thuốc đặc biệt này, ngoài hình ảnh cô gái trong tư thế “kiểu mời gọi” chỉ toàn chữ nước ngoài nhoè nhoẹt, chẳng thể tìm đâu ra chỉ

dẫn từ phía nhà sản xuất.

GS.TS Trần Quán Anh, một trong những chuyên gia đầu ngành về Nam học chia sẻ: Trong nam học nhiều loại bệnh rất cần một số thuốc để điều trị, hỗ trợ phục hồi. Tuy nhiên, trong điều trị cần có chỉ định và theo dõi của bác sĩ. Các loại thuốc điều trị đều phải trải qua giai đoạn thực nghiệm lâm sàng, qua đó mới cho kết quả điều trị tích cực. Đã không ít bệnh nhân phải nhập viện điều trị, thậm chí là “hàng họ” hỏng hắc do lạm dụng nhiều loại thuốc “sung sướng” có xuất xứ... phố Hàng C.

Trong khi đó, ông Nguyễn Việt Cường, Chánh thanh tra Sở Y tế Hà Nội cho biết: Những đối tượng bán thuốc tân dược ở vỉa hè phố Hàng C. đều là những đối tượng hành nghề không phép. Sở Y tế Hà Nội đã phối hợp với chính quyền và các lực lượng chức năng ở địa phương nhiều lần kiểm tra, truy quét nhưng vẫn chưa thể xoá bỏ triệt để. Một phần do các đối tượng này trà trộn với nhóm người buôn bán các mặt hàng khác nên rất khó phát hiện. Mặt khác, sau những lần xử phạt vi phạm hành chính các đối tượng tái phạm với mức độ ngày càng tinh vi. Họ không bày bán công khai mà luôn ẩn núp khi gặp khách có nhu cầu mới ghép mối mua bán, trong khi đó chế tài xử phạt lại thấp nên chưa đủ sức răn đe ■

PHÓNG SỰ ẢNH



Truyền thông, y tế, tư vấn sàng lọc bệnh lao miễn phí cho cộng đồng tại Hà Nội



Nhân viên y tế tư vấn cho bệnh nhân lao tại Bệnh viện Lao và bệnh Phổi Thái Bình



Khám cho bệnh nhân lao tại Bệnh viện Phổi Trung ương



Khám điều trị cho bệnh nhân lao tại
Bệnh viện Phổi Trung ương



Nhân viên y tế khám, điều trị
và chăm sóc bệnh nhân lao tại
Bệnh viện Lao và bệnh Phổi
tỉnh Tiền Giang



Luyện tập phục hồi chức năng cho bệnh
nhân lao tại Bệnh viện Phổi Trung ương



MẶC CẢM - RÀO CẢN TRONG

CÔNG TÁC PHÒNG CHỐNG LAO

MINH PHÚ

Việc phát hiện và điều trị lao muốn đạt được hiệu quả thì một trong những việc cần làm là phải xóa bỏ được sự mặc cảm của chính họ đối với căn bệnh này. Tuy nhiên, gốc rễ của vấn đề lại xuất phát từ tâm lý xã hội.

Trên thế giới, mỗi năm có khoảng 3 triệu người chết vì bệnh lao và khoảng 1,4 triệu người mắc mới. Tại Việt Nam, 44% dân số nhiễm lao, mỗi năm có hơn 20.000 người chết và khoảng 230.000 người mắc mới.

Các chuyên gia y tế khẳng định, lao là bệnh lây qua đường hô hấp nên khả năng lây lan rất lớn nhưng hoàn toàn có thể chữa khỏi nếu người bệnh được phát hiện sớm và tuân thủ đúng phác đồ điều trị. Trong những năm qua, mặc dù công tác truyền thông, vận động luôn được chú trọng, nhưng nhận thức người dân còn nhiều hạn chế, dẫn đến tình trạng người bệnh và gia đình của họ vẫn còn mang nặng tâm lý tự ti, mặc cảm. Đây là một trong những rào cản lớn trong công tác phát hiện và điều trị cho bệnh nhân mắc lao.

“Tôi sợ hàng xóm biết sẽ không đến chơi nữa”

Bà Trương Thị T., 77 tuổi ở thị trấn Thanh Nê, huyện Kiến

Xương, tỉnh Thái Bình mắc lao đã 5 tháng nay. Sau 2 tháng điều trị tấn công, bà được về nhà tiếp tục giai đoạn điều trị phục hồi. Ở vùng thuần nông này, nhà sát nhà, tình làng nghĩa xóm tối lửa tắt đèn có nhau, hàng ngày những bạn già vẫn đến chơi với bà T. nhưng tuyệt nhiên không một người nào biết bà mắc lao đang trong giai đoạn điều trị. Bà T. tâm sự: “Bị bệnh thì mình chịu vậy chứ không dám nói cho ai biết. Nói ra hàng xóm biết họ sẽ sợ, rồi những người bạn già sẽ không đến chơi nữa, con cháu ở xa, một mình bà lủi thủi thì buồn lắm. Từ ngày bị bệnh bà cũng không dám đi đâu, không chợ búa dù sức bà vẫn có thể đi được”. Nhưng rồi bà phấn chấn hẳn khi nói về sức khỏe: “Các cô cán bộ y tế xã thi thoảng lại đến thăm hỏi, động viên bà uống thuốc đều bệnh sẽ khỏi. Bà cũng thấy yên tâm, giờ thấy sức khỏe tốt lên nhiều. Bà ăn được, không còn ho nữa, cũng không còn sợ

bệnh lao như trước nhưng vẫn nhờ các cô ấy giữ kín họ. Nếu có ai hỏi vì sao hay đến nhà bà thì chỉ nói là thấy bà neo đơn nên đến động viên thôi". Đây chỉ là một trong những ví dụ điển hình của tâm lý mặc cảm, giấu bệnh của bệnh nhân lao ở Thái Bình.

Tại xã Nam Cao, huyện Kiến Xương, chị Nguyễn Thị Mỹ - cán bộ y tế xã cho biết, trung bình một năm, Nam Cao chỉ gửi được khoảng 30-40 người đi xét nghiệm đờm trên huyện, trong khi dân số của xã gần 7.000 người. Bác sỹ Đặng Phi Hùng, Trưởng phòng Chỉ đạo tuyến Bệnh viện Lao và bệnh Phổi Thái Bình cho rằng: "Số người được xét nghiệm đờm ở Nam Cao phải là 240 người mới hợp lý". Tuy nhiên, chị Mỹ cho rằng, không thể ép các bệnh nhân họ đi xét nghiệm được. Thậm chí, nghi lao đến "99%" người bệnh cũng không đi vì sợ bị kết luận giấy trắng mực đen là nhiễm lao. Thông thường người dân lén lút chạy chữa từ các cơ sở y tế tư nhân.

Cần xóa bỏ tâm lý mặc cảm, giấu bệnh ra khỏi cộng đồng

Có lẽ tâm lý mặc cảm, giấu bệnh lao đã tồn tại từ lâu trong mỗi người dân như chính sự tồn tại của căn bệnh này. Tâm lý ấy có thể xuất phát từ góc độ xã hội nhưng cũng có thể nằm ở phía cá nhân, nó ăn sâu trong tiềm thức của mỗi con người. Đây được coi là một rào cản gây

ảnh hưởng rất lớn đến công tác phát hiện và điều trị bệnh lao trong toàn xã hội. Bản thân người mắc bệnh có thể có hiểu biết về lao, có thể ý thức được sự nguy hiểm của bệnh. Tuy nhiên họ lại bị ám ảnh rằng bản thân sẽ bị cộng đồng xa lánh, hắt hủi, hoặc không cũng bị cô lập, đơn độc trong môi trường gia đình, làng xã. Chính sự mặc cảm, tự ti đó sẽ đẩy người mắc bệnh đến hành vi cố tình giấu bệnh, không đi khám đến khi bệnh trở nặng, buộc phải điều trị. Khi điều trị, người bệnh lại thiếu tự giác dẫn đến việc bỏ trị hoặc điều trị không đến nơi đến chốn. Xuất phát từ tâm lý sợ hãi, muốn lảng tránh, không dám đối mặt với căn bệnh. Không ít bệnh nhân cho rằng bỏ trị là cách họ khẳng định bản thân không mắc bệnh hoặc đã chữa khỏi. Người bệnh không biết rằng hành vi của mình là nguy cơ cho chính bản thân, đồng thời là nguyên nhân lây nhiễm lao cho cộng đồng nói chung và cho chính những người thân trong gia đình nói riêng. Và gây khó khăn cho việc điều trị lao cũng như kiểm soát lao trong cộng đồng.

Về vấn đề này, bà Hoàng Thị Lanh, cán bộ chuyên trách Chương trình phòng chống lao của Trung tâm Y tế huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình cho rằng: "Nhận thức của người dân còn hạn chế, mặc dù có người bị bệnh rồi nhưng họ vẫn không công nhận rằng mình mắc bệnh

lao. Người bệnh còn nhiều mặc cảm, dù phương tiện truyền thông đại chúng tuyên truyền nhiều. Điều này ảnh hưởng đến chất lượng điều trị và khiến nhiều bệnh nhân bị kháng thuốc".

Việc phát hiện và điều trị lao muốn đạt được hiệu quả thì một trong những việc cần làm là phải xóa bỏ được sự mặc cảm của người dân đối với căn bệnh này. Tuy nhiên, gốc rễ của vấn đề lại xuất phát từ tâm lý xã hội. Bản thân người mắc lao trước đó cũng giống như nhiều người khác có thể có những nhận thức sai lệch về bệnh lao dẫn đến sự kỳ thị, phân biệt về căn bệnh và người mắc bệnh này. Cho nên, khi không may có bệnh, họ bị ám ảnh bởi định kiến xã hội, càng dẫn đến tâm lý mặc cảm, giấu bệnh, thu mình lại. Vì vậy, muốn xóa bỏ mặc cảm thì cần xóa bỏ tâm lý phân biệt, kỳ thị của toàn xã hội về bệnh lao.

Tiến sỹ Nguyễn Thị Kim Liên, Phó Giám đốc Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương cho rằng, để công tác phòng chống lao hiệu quả thì một trong những việc cần làm là phải có sự phân tích, tìm nguyên nhân gây ra những rào cản trong việc phát hiện và điều trị bệnh lao. Giúp người bệnh không còn tâm lý e sợ, giấu bệnh thì công tác truyền thông cần rộng và sâu hơn nữa để giảm áp lực kỳ thị từ cộng đồng lên bệnh nhân lao ■

ƯỚC MƠ CỦA EM

NGUYỄN DUYÊN

Trung tâm Truyền thông GDSK Bắc Giang

“Lớn lên, con thích làm cô giáo ạ!” - đó là ước mơ của bé N.T.H, 5 tuổi ở Yên Mỹ (huyện Lạng Giang, tỉnh Bắc Giang). Nhìn dáng vẻ thanh mảnh, nhanh nhẹn, đôi mắt đen láy to tròn tinh nghịch của H. không ai nghĩ em đang mang trong mình căn bệnh thế kỷ - HIV/AIDS. Tôi đã gặp em cùng bà nội tại Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS tỉnh Bắc Giang vào ngày nhận thuốc điều trị HIV.

Năm 2008, trong lần sinh nở thứ 2, mẹ H. bất ngờ phát hiện mình bị nhiễm HIV. Tin mẹ H. bị nhiễm HIV làm cả nhà bàng hoàng, lo lắng. Trong ba bố con, chỉ có H. không may bị lây nhiễm từ mẹ. Nói đến đây, bà nội H. ôm chặt đứa cháu vào lòng, hai mắt đỏ hoe.

Từ ngày phát hiện mình bị nhiễm HIV, mẹ của H. ngày càng tiêu tụy. Năm 2009, căn bệnh đã đưa chị rời xa gia đình, để lại 2 đứa con thơ cho chồng và ông bà nội. Gánh nặng đè lên vai bà nội H. khi cùng lúc con dâu mất, chồng bà lại bị tai biến liệt nửa người. Chồng ốm, cháu bệnh đã làm kinh tế gia đình bà suy sụp. Nếu như trước đây gia đình bà thuộc hàng khá giả trong thôn thì nay bà đã phải làm đơn để được hộ nghèo, mong giảm bớt phần nào chi phí thuốc thang cho hai ông cháu.

Như bao đứa trẻ khác cùng

lứa ở vùng quê này, 3 tuổi, H. được bà cho đến học tại Trường mầm non Yên Mỹ. Nhưng niềm vui chỉ kéo dài được một tuần. Sự có mặt của em ở ngôi trường này đã vấp phải sự phản đối của không ít phụ huynh. Đi học về, H. hỏi bà: “Các bạn bảo con là sida? Con bị sida hả bà?”. Thế là sau 1 kỳ học đầu, bà đã tự nguyện cho H. ở nhà để tránh những lời kỳ thị của mọi người. Ở nhà được bà dạy hát, dạy múa nhưng thấy các bạn cùng tuổi gần nhà đi học, H cũng muốn được đến trường. H. không ngừng hỏi bà “Con không được đi học ạ?”. Lòng bà quặn đau, nhìn cháu xót xa: “Bao giờ con lớn được 4 tuổi bà đưa đến trường gặp cô, gặp bạn, giờ ở nhà trông ông cho bà đi làm chứ”. Nghe lời bà, H. lúc nào cũng ngoan ngoãn, lễ phép.

Sang năm học 2011-2012, nhà trường, chính quyền cũng như các đoàn thể đã chủ động tổ chức vận động tuyên truyền cho các bậc phụ huynh. Cuối cùng “mưa dầm thấm đất”, các bậc phụ huynh đã chấp nhận cho H. đến trường. Kết thúc năm học, H. đã đạt danh hiệu “Cháu ngoan Bác Hồ”. Ở nhà, H. được bà nội hết lòng yêu thương, chăm sóc; ở trường, em được học hành, được cô giáo dạy hát, dạy múa và nô đùa cùng các bạn.

N.T. P, 7 tuổi và mẹ (ở xã

Liên Sơn, huyện Tân Yên) đều bị nhiễm HIV từ bố. Bố mất, chỉ còn hai mẹ con sống dựa vào nhau. Giờ đây, cuộc sống của em và mẹ là những tháng ngày sống chiến đấu với bệnh tật. Không chỉ vất vả lo miếng cơm manh áo, lo tiền thuốc thang mà còn phải đối mặt với điều tiếng của hàng xóm láng giềng. Nhưng được sự vận động, giúp đỡ của các ban, ngành, đoàn thể ở địa phương, mẹ con P. đã không cô độc. Hàng ngày, em vẫn được cấp sách đến trường, được thầy cô và bạn bè yêu thương. Mẹ P. tự hào cho biết, năm học vừa qua, P. đã đạt danh hiệu học sinh giỏi. P. chính là động lực và nghị lực để chị sống tiếp những ngày tháng còn lại. Chị nói: “Mình còn sống ngày nào hãy sống cho ra sống, sống có ý nghĩa, sống vì ước mơ của con”. Ước mơ của P. là học thật giỏi để trở thành nhà thiết kế thời trang và trang điểm cô dâu.

Mỗi ước mơ của trẻ thơ là một thế giới lung linh, huyền ảo mà ở đó các em được thỏa sức tưởng tượng, thỏa sức thể hiện. Bản thân các em không có lỗi, không có tội. Hãy chung tay hành động vì trẻ em nhiễm HIV. Hãy giang rộng cánh tay để các em có cơ hội tiếp tục học tập, hòa nhập cộng đồng ■

GIÁM SÁT CÔNG TÁC TRUYỀN THÔNG PHÒNG CHỐNG HIV/AIDS TẠI LAI CHÂU

Nhân Tháng hành động Quốc gia và Ngày Thế giới phòng, chống HIV/AIDS, ngày 7/12/2012, Đoàn công tác của Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương do BSCKI. Đặng Quốc Việt, Giám đốc Trung tâm, Trưởng tiểu ban thông tin-giáo dục truyền thông phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế dẫn đầu đã làm việc với Sở Y tế tỉnh Lai Châu. Tiếp và làm việc với đoàn có TTND.BS. Nguyễn Công Huân, Giám đốc Sở Y tế Lai Châu.



Hiện nay, Lai Châu có số người nhiễm HIV còn sống là 1.790 người (chiếm 0,45% dân số tỉnh), số bệnh nhân AIDS đã chết là 573 người. Năm 2012, với sự chỉ đạo của Sở Y tế, Trung tâm Truyền thông GDSK Lai Châu phối hợp với Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tỉnh và các cơ quan liên quan của tỉnh Lai Châu thực hiện các hoạt động truyền thông phòng, chống HIV/AIDS với nhiều hình thức khác nhau: 94 lần trên hệ thống phát thanh; 23 lần trên hệ thống truyền hình, 157 lần truyền thông lưu động; tổ chức nhiều buổi truyền thông trực tiếp theo nhóm đối tượng cho 102.066 lượt người; truyền thông qua sinh hoạt câu lạc bộ cho 3.183 lượt người; triển khai các cụm pano, cấp phát nhiều áp phích, tranh gấp, bản tin... về phòng, chống HIV/AIDS cho 7/7 huyện, thị trong tỉnh.

Phát biểu tại buổi làm việc, BS. Đặng Quốc Việt ghi nhận và đánh giá cao những kết quả mà ngành Y tế Lai Châu đã đạt được trong công tác truyền thông phòng, chống HIV/AIDS trong thời gian qua mặc dù còn nhiều khó khăn, thách thức trong việc kiểm soát và phòng, chống lây nhiễm HIV/AIDS do địa bàn rộng, mật độ dân số thưa, dân trí thấp, sự phức tạp của dân di biến động, khí hậu khắc nghiệt... Tuy nhiên, tỷ lệ người tiêm chích ma túy tại Lai Châu vẫn còn cao. BS. Đặng Quốc Việt đề nghị, năm 2013, ngành Y tế Lai Châu tạo điều kiện để công tác truyền thông, triển khai Phong trào toàn dân tham gia phòng, chống HIV/AIDS tại cộng đồng dân cư tốt hơn nữa; huy động cộng đồng và hệ thống chính trị vào cuộc; triển khai đầy đủ, hiệu quả các loại hình truyền thông góp phần giảm bên vững tỷ lệ lây nhiễm mới HIV/AIDS trên địa bàn tỉnh.

BS. Nguyễn Công Huân mong muốn có nhiều hơn nữa sự hỗ trợ từ tuyến Trung ương để Lai Châu làm tốt công tác phòng, chống HIV/AIDS. Giám đốc Sở Y tế Lai Châu cũng nhấn mạnh, công tác truyền thông phải đi trước một bước và là nhiệm vụ quan trọng của ngành Y tế Lai Châu, đồng thời đề nghị trong thời gian tới, Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương cử cán bộ lên tập huấn cho Lai Châu về công tác truyền thông phòng, chống HIV/AIDS và công tác viết tin, bài...

Trước đó, Đoàn đã tới thăm, giám sát công tác truyền thông GDSK tại Trạm Y tế Nậm Loỏng và Trung tâm Y tế Dự phòng thị xã Lai Châu ■

30.000 DẤU VÂN TAY CAM KẾT THAM GIA PHÒNG CHỐNG HIV/AIDS

“30.000 dấu vân tay cam kết tham gia phòng, chống HIV/AIDS” là chiến dịch của Tháng hành động quốc gia phòng, chống AIDS năm 2012 do Ủy ban Phòng chống AIDS thành phố Hồ Chí Minh, Thành đoàn thành phố Hồ Chí Minh và chùa Pháp Bảo phối hợp tổ chức. Sự kiện này nhằm thể hiện quyết tâm của thành phố trong việc cam kết ba không: Không còn người nhiễm mới HIV; không còn kỳ thị phân biệt đối xử; không còn người chết vì AIDS.

Hoạt động thu thập dấu vân tay diễn ra từ ngày 19 đến 28/11 tại một số trường đại học, cao đẳng, trung học phổ thông... trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh. Các dấu vân tay sẽ được trưng bày tại buổi mít tinh hưởng ứng Ngày Thế giới phòng, chống AIDS 1/12 ■

KHAI TRƯƠNG PHÒNG KHÁM CHỮA BỆNH CHỮ THẬP ĐỎ

Nhân dịp kỷ niệm 66 năm Ngày thành lập Hội Chữ thập đỏ Việt Nam, ngày 22/11/2012, tại huyện Đông Anh, thành phố Hà Nội, Trung ương Hội Chữ thập đỏ Việt Nam tổ chức Lễ khai trương Phòng khám, chữa bệnh Chữ thập đỏ Đông Anh.

Phòng khám Chữ thập đỏ Đông Anh gồm 22 phòng khám chức năng với nhiều trang thiết bị y tế hiện đại như máy xét nghiệm sinh hóa, siêu âm, điện tim, máy điện châm... và hơn 200 mặt hàng thuốc và vật tư y tế. Phòng khám tổ chức khám chữa bệnh tại chỗ và lưu động. Đồng thời, tăng cường vận động nguồn lực để đẩy mạnh khám chữa bệnh theo chế độ miễn, giảm chi phí đối với những đối tượng có hoàn cảnh đặc biệt khó khăn ở địa phương; phấn đấu đến năm 2013 tổ chức khám cho các đối tượng chính sách và người có hoàn cảnh khó khăn. Tất cả các đối tượng đến khám, chữa bệnh đều được giảm từ 10 đến 20% chi phí. Sự ra đời của phòng khám có ý nghĩa thiết thực trong việc chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân địa phương, giúp họ được tăng cường tiếp cận với các dịch vụ y tế hiện đại và có ý thức hơn trong việc bảo vệ sức khỏe của chính mình ■

ĐỒNG NAI: KHỞI CÔNG XÂY DỰNG BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH GIAI ĐOẠN 2

Ngày 1/12/2012, tỉnh Đồng Nai đã tổ chức lễ khởi công xây dựng Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai giai đoạn 2 với diện tích sàn là 70.000m² với 1 tầng hầm và 18 tầng lầu, tổng vốn xây dựng giai đoạn này là 1.260 tỷ đồng, đầu tư theo hình thức xã hội hóa. Dự kiến sau khi hoàn thành, Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai sẽ có quy mô 1.400 giường bệnh, với chất lượng dịch vụ sau khi đưa vào sử dụng tương đương với các bệnh viện lớn trong khu vực Đông Nam Á. Đây là bệnh viện vệ tinh quan trọng ở khu vực Đông Nam bộ, nhằm giải quyết tình trạng quá tải cho các bệnh viện Thành phố Hồ Chí Minh.

Trước đó, giai đoạn 1 của bệnh viện đa khoa Đồng Nai được xây dựng với quy mô 700 giường bệnh với tổng mức đầu tư là 2.000 tỷ đồng từ nguồn ngân sách của địa phương. Giai đoạn 1 của công trình gồm 2 tầng hầm, 14 tầng lầu và một sân đỗ trực thăng. Hiện công trình đã xây dựng xong phần thô, đang trong quá trình hoàn thiện. Dự kiến quý 2/2014, giai đoạn 1 của Bệnh viện sẽ hoàn thành và đưa vào sử dụng.

Theo Công ty cổ phần Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai, giai đoạn 2 của tổ hợp Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai dự kiến sẽ thi công trong thời gian 30 tháng, đến năm 2015 công trình sẽ hoàn thành. Khi đưa vào sử dụng, tổ hợp bệnh viện đa khoa sẽ có 41 khoa, trong đó có 1 khoa khám và điều trị ngoại trú, 28 khoa điều trị nội trú, 12 khoa nghiệp vụ kỹ thuật và 3 trung tâm gồm: pháp y, giám định y khoa và trung tâm chẩn đoán y khoa. Ngoài ra, Bệnh viện còn có các khu dịch vụ khách sạn bệnh viện, dịch vụ cấp cứu bằng trực thăng và khu nghỉ ngơi cho người nhà bệnh nhân ■

NAM ĐỊNH: NHIỀU KẾT QUẢ KHẢ QUAN TRONG KIỂM SOÁT COPD VÀ HEN PHẾ QUẢN

Nằm trong Chương trình mục tiêu quốc gia y tế giai đoạn 2012-2015, Dự án Phòng chống bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) được triển khai tại Nam Định từ năm 2011 đến nay đã đem lại nhiều kết quả khả quan, việc phát hiện và điều trị bệnh có nhiều bước tiến quan trọng.

Dưới sự hỗ trợ của dự án, Phòng khám quản lý COPD và hen phế quản đã được thành lập tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định với hệ thống máy đo chức năng hô hấp hiện đại. Mạng lưới bác sỹ, nhân viên y tế tham gia phòng chống COPD và HPQ được xây dựng đến tận tuyến huyện, xã bao gồm 37 người.

Hiện tại, số lượng bệnh nhân mắc COPD và HPQ được phát hiện và vào khám, điều trị tại Nam Định ngày một tăng ở tất cả các cơ sở y tế từ tuyến huyện đến tuyến tỉnh. Mỗi năm trung bình có khoảng 300 bệnh nhân mắc COPD và hen phế quản được quản lý và điều trị tại Khoa Khám bệnh của Bệnh viện Đa khoa tỉnh.



Hoạt động phát triển mạng lưới quản lý COPD và hen phế quản ngày càng đi sâu vào cộng đồng, người dân được tư vấn, giáo dục sức khỏe và phòng chống COPD và hen phế quản ngày càng cao từ đó làm giảm tỷ lệ mắc bệnh, tỷ lệ tử vong do bệnh và tăng tỷ lệ khám sàng lọc ở các cụm dân cư ở các huyện, thành phố trên địa bàn toàn tỉnh. Các phòng quản lý tư vấn và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản ở các bệnh viện tuyến huyện được mở rộng, tạo điều kiện thuận lợi cho người dân tiếp cận với các dịch vụ chẩn đoán bệnh.

Dự án đã góp phần thay đổi nhận thức của người dân về COPD và hen phế quản, giúp nâng cao kiến thức chuyên môn nghiệp vụ của đội ngũ cán bộ y tế về căn bệnh này, là yếu tố quan trọng cải thiện từng bước giảm tỷ lệ người mắc và chết do COPD và hen phế quản tại Nam Định ■

HÀ TĨNH: BẾ GIẢNG LỚP ĐÀO TẠO NHÂN VIÊN Y TẾ THÔN BẢN

Chiều 29/11/2012, Trung tâm Y tế Dự phòng Thạch Hà, tỉnh Hà Tĩnh phối hợp với Trường Cao đẳng Y tế Hà Tĩnh tổ chức bế giảng lớp Đào tạo nhân viên Y tế thôn bản lần thứ 3 năm 2012.

Khai giảng từ ngày 31/7/2012, qua 3 tháng đào tạo, 51 học viên đến từ 3 huyện Thạch Hà, Cẩm Xuyên, Vũ Quang đã được cung cấp các kỹ năng tư vấn, truyền thông giáo dục sức khỏe, vệ sinh phòng bệnh, an toàn thực phẩm, chăm sóc, bảo vệ sức khỏe bà mẹ, trẻ em và người ốm tại nhà, công tác dân số - kế hoạch hóa gia đình, thực hành sơ cấp cứu ban đầu và giải quyết những vấn đề thường gặp ở cộng đồng liên quan đến sức khỏe. Với mục tiêu khi trở về địa phương, đội ngũ nhân viên y tế thôn bản sẽ có những kỹ năng cơ bản tuyên truyền góp phần giúp người dân thay đổi hành vi có lợi cho sức khỏe, đồng thời vận động cộng đồng dân cư cùng tham gia vào các chương trình mục tiêu y tế quốc gia được triển khai tại địa phương.

Sau khi hoàn thành khóa học 100% học viên được công nhận tốt nghiệp, trong đó 08 học viên có thành tích xuất sắc trong học tập được nhà trường khen thưởng ■

Yên Bái là một trong 5 địa phương có tỷ lệ người nhiễm HIV/AIDS cao nhất cả nước với hơn 4.200 trường hợp. Trước tình hình đó, tỉnh Yên Bái đã có nhiều biện pháp phòng chống và ngăn chặn đại dịch. Một trong những hoạt động góp phần đem lại nhiều kết quả khả quan là xây dựng và duy trì được nhiều mô hình phòng chống HIV/AIDS tại cộng đồng.

GÓP PHẦN THAY ĐỔI NHẬN THỨC TỪ HOẠT ĐỘNG MÔ HÌNH CÂU LẠC BỘ

HÒA NGUYỄN

Hiện nay, trên địa bàn tỉnh Yên Bái có 39 câu lạc bộ dành cho người nhiễm HIV/AIDS và thân nhân của họ, có mặt ở hầu khắp các huyện, thị xã, thành phố trong tỉnh. Điển hình trong đó là các Câu lạc bộ Đồng cảm và Hoa ban trắng ở thành phố Yên Bái, Câu lạc bộ Niềm tin, Hoa Hướng dương ở Thị xã Nghĩa Lộ và huyện Văn Chấn...

Được thành lập từ năm 2009, Câu lạc bộ Đồng Cảm ở phường Yên Thịnh, thành phố Yên Bái đã trở nên thân thuộc, thành điểm tựa tinh thần cho những người nhiễm HIV/AIDS. Thành viên tham gia Câu lạc bộ từng là những người bi quan nhất, đau khổ nhất, nhưng đến nay, họ đã tự tin hòa nhập cuộc sống. Không những biết chăm lo cho bản thân, họ còn là

những tuyên truyền viên tận tụy trong truyền thông phòng chống HIV/AIDS ở cộng đồng. Duy trì sinh hoạt đều đặn thông qua nhiều hoạt động như tìm hiểu kiến thức về phòng lây nhiễm HIV/AIDS, phát tài liệu, tờ rơi cho cộng đồng, động viên người có nguy cơ cao đến với các dịch vụ tư vấn, xét nghiệm tự nguyện, giới thiệu người nhiễm đến các dịch vụ y tế và chăm sóc người nhiễm HIV... Chị Phan Thị Dương, Chủ tịch Hội Phụ nữ phường, Chủ nhiệm Câu lạc bộ cho biết, ban đầu mọi người còn giấu bệnh, không ai chịu tham gia Câu lạc bộ, có những lúc tưởng chừng phải bỏ cuộc, nhưng Ban Chủ nhiệm đã không quản công sức thực hiện tuyên truyền vận động theo phương châm “mưa dầm thấm

lâu” nên đến nay đã có 30 thành viên tham gia sinh hoạt thường xuyên.

Chị Hà Thị Hiêm, dân tộc Thái, ở bản Chao Hạ, xã Nghĩa Lợi, thị xã Nghĩa Lộ đã đau đớn đến tột cùng khi biết chồng nhiễm HIV và rời ra đi, để lại cho chị con thơ và bố mẹ già. Nhưng rồi nước mắt vui dần theo ngày tháng, chị phải gắng gượng để lo cho cái gia đình đã mất đi trụ cột. Nghèo đói và nguy cơ nhiễm bệnh cứ thường trực, nhiều lúc chị tưởng như không thể gượng nổi. Cũng như chị Hiêm, hàng chục phụ nữ khác trong xã Nghĩa Lợi cũng rơi vào hoàn cảnh tương tự. Đó là thời điểm “Làng AIDS” trong những ngày đen tối nhất, luôn vang vang những tiếng khóc ai oán. Cuộc sống khổ đau đó chỉ

thực sự có lối ra khi năm 2005, Câu lạc bộ Thân nhân người nhiễm HIV/AIDS xã Nghĩa Lợi ra đời. Tham gia Câu lạc bộ, những thân nhân người nhiễm HIV được hướng dẫn cách thức phòng chống lây nhiễm, chăm sóc người bệnh, được giúp đỡ về tinh thần và cả vật chất để vững tin bước tiếp.

Chị Hà Thị Vân, Chủ nhiệm Câu lạc bộ cho biết, ngày mới thành lập, không có nơi sinh hoạt, chị lấy ngay nhà mình làm trụ sở. Đó là những ngày khó khăn nhất, nhọc nhằn nhất vì những người nhiễm HIV/AIDS đều giấu mình, không muốn lộ diện. Khi ấy chị Vân và các đồng nghiệp đã phải chộp từng cơ hội để tiếp xúc với những người phụ nữ trong gia đình người nhiễm HIV, tuyên truyền cho họ hiểu khi tham gia Câu lạc bộ là tìm ra lối thoát cho gia đình mình, từ đó những thân nhân này trực tiếp làm công tác tư tưởng đối với con em. Đến nay, Câu lạc bộ đã có 35 thành viên tham gia. Câu lạc bộ sinh hoạt định kỳ 2 lần một tháng, cập nhật cho các thành viên những kiến thức về HIV/AIDS, tự giác công khai khi đã bị nhiễm bệnh, tránh sự phân biệt kỳ thị và lây nhiễm trong cộng đồng. Trong thời gian qua, Câu lạc bộ đã hỗ trợ 10 trường hợp làm hồ sơ được thuốc uống tại bệnh viện, 6 trường hợp hoàn cảnh khó khăn được Ủy ban Nhân dân thị xã Nghĩa Lộ cho hưởng trợ cấp từ 120.000 đến 180.000 đồng/người/tháng. Đồng thời, vận động quyên góp đưa các

trường hợp nghi nhiễm HIV đi xét nghiệm và chăm sóc các cháu nhỏ dưới 6 tháng tuổi có mẹ bị nhiễm HIV/AIDS...

Để phát huy tính hiệu quả của mô hình, duy trì hoạt động của Câu lạc bộ, bà Hà Thị Vân chia sẻ: “Mong muốn lớn nhất của chúng tôi - những người làm công tác này là làm sao nhận được hỗ trợ của nhà nước về kinh phí để Câu lạc bộ hoạt động thường xuyên hơn. Đồng thời, với tư cách là Chủ nhiệm câu lạc bộ, tôi mong muốn được đi tập huấn những kỹ năng cơ bản để về tuyên truyền cho bà con trong thôn bản”.

Theo số liệu của Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS tỉnh Yên Bái, hiện nay, các câu lạc bộ phòng chống HIV/AIDS tại cộng đồng đã thu hút gần 1.000 thành viên sinh hoạt thường xuyên, số người được các câu lạc bộ quan tâm, chia sẻ, giúp đỡ, động viên và tuyên truyền lên tới hàng chục nghìn người. Các Câu lạc bộ này đều nhận được sự quan tâm, phối hợp, đỡ đầu của các ban, ngành trong tỉnh, được nhiều tổ chức, cá nhân hảo tâm ủng hộ nên có điều kiện để duy trì hoạt động hiệu quả, thực sự trở thành nòng cốt trong phòng chống HIV/AIDS, góp phần cùng các cơ quan chuyên môn đẩy lùi HIV/AIDS ra khỏi cộng đồng.

Đây cũng chính là một trong những hướng trọng tâm trong công tác phòng chống HIV/AIDS của tỉnh Yên Bái trong thời gian tới. Bà Triệu Thị Bích An, Giám đốc Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS tỉnh

Yên Bái cho biết: “Trong thời gian tới, Yên Bái tập trung nâng cao chất lượng hoạt động của các câu lạc bộ. Tiếp tục phát huy vai trò đỡ đầu của hệ thống chính trị ở mỗi địa phương về hoạt động điều hành, chỉ đạo các mô hình câu lạc bộ nói riêng. Huy động và tận dụng các nguồn lực để hỗ trợ cho hoạt động của các câu lạc bộ. Tổ chức các hoạt động nâng cao năng lực quản lý và chuyên môn cho các thành viên nòng cốt trong các câu lạc bộ”.

Có thể nói, những câu lạc bộ này thực sự góp phần làm đổi thay nhận thức của cộng đồng về HIV/AIDS và cách phòng chống. Sự kỳ thị, xa lánh hầu như đã không còn, thay vào đó là sự quan tâm, chia sẻ với những người mắc căn bệnh thế kỷ này ■



770M NGÁ7

HƯƠNG CHÈ

THÁI SƠN

Theo lời giới thiệu của chị Lý Thị Hiền, Chủ nhiệm Câu lạc bộ Hương Chè (phường Quyết Thắng, Thị xã Lai Châu), chúng tôi đến thăm gia đình chị Lò Thị Lún, một hội viên có hoàn cảnh khó khăn nhất Câu lạc bộ. Trong căn nhà cấp 4 mới dựng còn ngổn ngang, bẽ bộn, bốn mẹ con chị đang chuẩn bị bữa cơm chiều đạm bạc. Cô con gái lớn mới 12 tuổi đã tỏ rõ mình là người chị cả tháo vát, từ việc trông nom các em đến phụ giúp mẹ đảm đương việc nhà... Nhìn cháu bé gầy gò xanh xao tất bật giúp mẹ và hai đứa em lít nhít, mắt hau hấu, ngáo ngơ bên mâm cơm đạm bạc... chúng tôi đều thấy khoé mắt cay nóng, thương cảm. Chị Lún tâm sự: “Từ ngày anh bị bắt, cuộc sống của bốn mẹ con càng thêm khó khăn, nhiều lúc thiếu gạo phải đi vay. Người thương thì cho vay nhưng có nhiều người không cho vì vay vì gia đình có người bị đi tù, vì nghiện”.

Khác với gia đình chị Lún, gia đình chị Đồng Thị Luyện, ở tổ 1, phường Quyết Thắng lại là một điển hình cần được nhân rộng trong việc không kỳ thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV và thành

viên trong gia đình. Trao đổi với chúng tôi, chị Đồng Thị Luyện, cho biết, anh Hoàn (chồng chị) là con út trong một gia đình có 5 anh chị em. Trước đây, anh là người con ngoan, hiếu thảo và khỏe mạnh, đi làm thuê tại công trường xây dựng. Vì một

phút nông nổi của tuổi trẻ, anh đua đòi với bạn bè, ban đầu là chơi thử heroin, với suy nghĩ đơn giản “Thử một lần đâu có hại gì!”... và rồi anh nhiễm HIV.

Ngày biết mình bị nhiễm HIV, anh Hoàn đã suy sụp và buồn xuôi. Từ một chàng trai khôi ngô, khỏe mạnh, anh Hoàn trở nên hom hem, kiệt quệ. Thể trạng suy nhược, tư tưởng chán nản, mọi người xa lánh... Nhìn những người bạn nghiện ngập, tiêm chích lần lượt ra đi, anh càng dày vò, ân hận vì sự

nông nổi của mình. Đã có những lúc anh nghĩ đến cái chết để giải thoát cho chính mình và gia đình. Nhưng được gia đình, chính quyền địa phương và hàng xóm giúp đỡ, anh đã vượt qua mặc cảm. Giờ đây, hàng ngày anh tìm niềm vui với đàn gà, mảnh vườn. Thỉnh thoảng, hàng xóm láng giềng sang chơi, cho anh chùm quả chín, mớ rau tươi, tán

*Là
một tỉnh miền núi,
vùng cao, biên giới Tây
Bắc, Lai Châu đang từng ngày
thay da đổi thịt, phát huy tiềm
năng nội lực, phát triển kinh tế - xã
hội, xóa đói giảm nghèo. Trên con
đường đổi mới, hội nhập và phát
triển, cùng với những thuận lợi là
bao khó khăn đặt ra để ngăn
chặn các tệ nạn xã hội như
ma tuý, mại dâm...*

gấu với anh đôi ba câu chuyện... Anh cảm thấy mình vẫn còn được làm một “con người” đúng nghĩa, được hoà nhập với cộng đồng và dần xoá đi mặc cảm như một gánh nặng để vượt lên số phận.

Cùng tham gia buổi sinh hoạt với các chị em Câu lạc bộ Hương Chè, chúng tôi cảm nhận được nghị lực và bầu nhiệt huyết của các chị em hội viên. Nếu không được giới thiệu trước, không ai nghĩ đây là buổi sinh hoạt của những chị em có hoàn cảnh đặc biệt. Câu lạc bộ Hương Chè được thành lập và chính thức đi vào hoạt động từ tháng 5 năm 2011, với sự tham gia của 62 chị em có hoàn cảnh “đặc biệt”.

Mỗi người một hoàn cảnh, một số phận khác nhau, nhưng trong ngôi nhà chung, trong tổ ấm tình thương này, họ là những chị em thân thiết, là điểm tựa, chỗ dựa tinh thần của nhau. Họ trở thành những tuyên truyền viên tích cực, xuất sắc trong công tác phòng chống HIV/AIDS, phòng chống bạo lực gia đình của phường.

Sự tham gia nhiệt tình của các hội viên trong câu lạc bộ đã giúp cho công tác tuyên truyền phòng chống HIV/AIDS, sự kỳ thị, phân biệt đối xử đối với người nhiễm HIV/AIDS của phường Quyết Thắng đã có những chuyển biến rõ nét. Chị Lý Thị Hiền, Chủ tịch Câu lạc bộ Hương Chè, cho biết: “Qua các buổi sinh hoạt, mọi người có điều kiện để trao đổi, tâm sự với nhau, cùng nhau vượt qua khó khăn trong cuộc sống. Ví như chị Lún, kể từ khi tham gia sinh hoạt với Câu lạc bộ, chị luôn nhận được sự quan tâm, chia sẻ của các chị em khác. Chị được giới thiệu và bảo lãnh để trông trẻ. Công việc này

đã giúp cho các con chị có tiền ăn học, cuộc sống được cải thiện và đặc biệt hơn nữa là mọi người đã không còn xa lánh mẹ con chị như trước đây.

Chị Đồng Thị Luyện giờ đã là một trong những tuyên truyền viên xuất sắc nhất của Câu lạc bộ. Chị tham gia Câu lạc bộ không phải chỉ vì gia đình mình có người nhiễm HIV mà điều quan trọng, chị muốn chia sẻ những khó khăn, những kinh nghiệm chăm sóc người nhiễm HIV với chị em trong Câu lạc bộ, với cộng đồng xã hội. Chị tâm sự: Từ ngày tham gia Câu lạc bộ bản thân tôi và gia đình đã tìm lại được niềm vui. Hoạt động của Câu lạc bộ rất thiết thực và có ý nghĩa với cộng đồng. Xin cảm ơn Câu lạc bộ đã mang lại niềm vui, niềm tin cho các chị em có hoàn cảnh gia đình như tôi.

Thành công của Câu lạc bộ Hương Chè đã mang lại niềm vui, niềm tin, niềm hy vọng vào cuộc sống tốt đẹp cho chị em có hoàn cảnh đặc biệt, cho những gia đình có người nhiễm HIV và bản thân người nhiễm HIV. Những mô hình như thế này có ý nghĩa lớn đối với công tác phòng, chống HIV/AIDS bởi chính những con người cụ thể, những hoàn cảnh thực tế, với trải nghiệm của chính người trong cuộc. Họ đã là những người, những tuyên truyền viên có tiếng nói đồng cảm, thuyết phục nhất trong công tác phòng, chống HIV/AIDS của phường Quyết Thắng, thị xã Lai Châu nói riêng và toàn tỉnh Lai Châu nói chung.

Chia tay chị em trong Câu lạc bộ, đọng lại trong chúng tôi là những tình cảm ấm áp của tình người, tình đời, của những tấm lòng bao dung, nhân hậu... ■



TÂM CHÂN TÌNH CỦA NGƯỜI THẦY THUỐC

PHAN THANH HẢI

Trung tâm Truyền thông GDSK Quảng Trị

Ngày nắng hay ngày mưa, người ta vẫn thấy chị Hoàng Thị Tịnh, cán bộ Trạm Y tế phường 2, thành phố Đông Hà (Quảng Trị) cần mẫn, trầm lặng và kiên trì đến những điểm “nóng” về ma túy trên địa bàn, tiếp xúc với những đối tượng nghiện hút để tuyên truyền kiến thức phòng lây nhiễm HIV/AIDS và phát bơm kim tiêm sạch, bao cao su miễn phí, góp phần giảm nguy cơ lây nhiễm HIV trong cộng đồng.

Trong cơn mưa tầm tã, ánh mắt và gương mặt chị vẫn sáng lên niềm vui khi nhanh tay kiểm tra một điểm đặt bơm kim tiêm sạch và bao cao su miễn phí. “Hết rồi em ạ. Hôm thứ sáu, chị mới đặt vào thùng 20 bơm kim tiêm sạch. Các đối tượng nghiện đã ngày càng nâng cao ý thức trong việc dùng bơm kim tiêm, giảm một phần lo ngại việc lây truyền HIV/AIDS trong cộng đồng”, chị mừng rỡ thông báo.

Là một cán bộ y tế phụ trách mảng sản phụ khoa, gần 7 năm trước, chị Tịnh được giao nhiệm vụ làm tuyên truyền HIV/AIDS. Như một cơ duyên, chị đến với công việc này bằng tất cả lương tâm của một người thầy thuốc. Hàng ngày, chị cần mẫn, trầm lặng và kiên trì đến những điểm “nóng” về ma túy trên địa bàn, tiếp xúc với những đối tượng nghiện hút để tuyên truyền kiến thức phòng lây nhiễm HIV/AIDS và phát bơm kim tiêm sạch, bao cao su miễn phí. Chị tâm sự: “Làm công tác tuyên truyền phòng chống HIV không phải một sớm một chiều mà thành công. Đến với công việc này, mỗi người cần có lòng quyết tâm, hướng đến lợi ích cộng đồng và sẵn sàng đối mặt với những khó khăn”.

Cách đây hơn 1 năm, khi “bắt tay” đảm nhận nhiệm vụ đặt hộp bơm kim tiêm và bao cao su sạch cung cấp miễn phí cho các đối tượng nghiện ma túy, chị đã vấp phải sự phản đối gay gắt của những người xung quanh. Họ cho rằng, chị tiếp tay cho các đối tượng nghiện, coi đó là hành động “nối giáo cho giặc”. Không nản chí, chị đã tìm cách tuyên truyền, giải thích rõ về việc làm của mình, cũng như những lợi ích mang lại cho cộng đồng. Sau khi hiểu ra, nhiều người đã nhiệt tình ủng hộ chị, cùng góp sức tuyên

truyền về sử dụng bơm kim tiêm sạch.

Việc tiếp cận với đối tượng nghiện để tuyên truyền dùng bơm kim tiêm và bao cao su sạch cũng gặp nhiều trở ngại. Họ chưa hiểu tác hại của việc dùng chung bơm kim tiêm nên vẫn vô tư sử dụng. Để gặp và tư vấn trực tiếp cho đối tượng này rất khó bởi họ thường hoạt động lén lút, ngại tiếp xúc với cơ quan chức năng, trạm y tế. Bằng kinh nghiệm và lòng kiên trì, chị Tịnh luôn tìm cách phù hợp để tiếp cận với mỗi đối tượng.

Chị kể cho chúng tôi về các đối tượng nghiện mà chị đã trực tiếp gặp. N.T.A. là đối tượng chị ấn tượng nhất. A. nghiện từ nhiều năm nay, chị khó tiếp cận được do đối tượng thường xuyên lẩn tránh. Sau khi tìm hiểu rõ gia cảnh của A, chị Tịnh đã chọn vợ A. làm cầu nối. Bằng sự quan tâm chân thành như người thân trong gia đình, chị tìm cách trò chuyện, tâm sự với A. Qua những buổi gặp gỡ, chị Tịnh khéo léo tuyên truyền về việc sử dụng bơm kim tiêm sạch trong tiêm chích ma túy. Dần dần, A. cũng nhận ra lợi ích của dùng bơm kim tiêm sạch và thực hiện. Đặc biệt, A. đã quyết tâm từ bỏ con đường nghiện ngập, tập trung chăm lo cho gia đình.

Chị Tịnh đã trở thành một người cô, người chị gần gũi với khá nhiều người nghiện ma túy trên địa bàn. Họ tìm đến chị, lắng nghe chị tư vấn về sử dụng bơm kim tiêm sạch và quan hệ tình dục an toàn. Tấm chân tình của chị Tịnh đã giúp nhiều đối tượng tỉnh ngộ, dần nhận ra sai lầm của bản thân và có hướng sửa đổi, phấn đấu từ bỏ “nàng tiên nâu” để tu chí làm ăn, trở thành người có ích cho xã hội. Chia sẻ về những việc làm của chị Tịnh, ông Nguyễn Đức Chiến, khu phố trưởng khu phố 2, phường 2 khẳng định: “Chính những việc làm trầm lặng của chị Tịnh đã góp sức cùng cộng đồng hạn chế tình trạng lây nhiễm HIV/AIDS, nhất là trong nhóm người nghiện ma túy và gái mại dâm”.

“Với phương châm “cho đi không cần nhận lại” song thực tế, tôi đã nhận được rất nhiều từ công việc này, đó là niềm vui khi được góp một phần nhỏ làm giảm khả năng lây lan HIV/AIDS trong cộng đồng”, chị Tịnh tâm sự ■

THỰC TRẠNG CÔNG TÁC NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CỦA TRUNG TÂM TRUYỀN THÔNG GDSK CÁC TỈNH PHÍA BẮC NĂM 2011

TS. Nguyễn Thị Kim Liên, ThS. Lý Thu Hiền, CN. Nguyễn Thị Lý,
CN. Nguyễn Thanh Hồng, CN. Nguyễn Thị Hồng Lụa, CN. Nguyễn Thị Nhà Đan
Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương

Tóm tắt nghiên cứu

Với mục tiêu mô tả thực trạng hoạt động nghiên cứu khoa học (NCKH) của các Trung tâm Truyền thông GDSK miền Bắc, Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương đã tiến hành nghiên cứu đề tài: Thực trạng công tác nghiên cứu khoa học của Trung tâm Truyền thông GDSK các tỉnh phía Bắc năm 2011. Đề tài được tiến hành từ tháng 6 đến tháng 11/2011 trên 274 đối tượng là lãnh đạo và cán bộ chuyên môn của Trung tâm Truyền thông GDSK 25 tỉnh/thành miền Bắc, đồng thời thu thập các đề tài nghiên cứu do các đơn vị này thực hiện trong 3 năm 2008-2010. Kết quả nghiên cứu cho thấy trong 3 năm từ 2008 -2010, trung bình mỗi Trung tâm Truyền thông GDSK thực hiện 1,44 đề tài, tập trung vào các đánh giá hoạt động truyền thông của địa phương, nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) về các vấn đề sức khỏe đang được quan tâm. Bên cạnh các nghiên cứu có chất lượng, nhiều báo cáo nghiên cứu còn sơ sài; thiếu tóm tắt, tổng quan, bàn luận; trình bày tài liệu tham khảo chưa đúng; phương pháp nghiên cứu chưa chặt chẽ. Kết quả nghiên cứu cũng cho biết chỉ có 27,4% cán bộ đã từng được tập huấn về NCKH; 95,6% có nhu cầu đào tạo thêm; 19,3% đã từng đề xuất đề tài nghiên cứu và 31% đã từng tham gia NCKH; 96,4% gặp khó khăn khi làm NCKH, với các khó khăn chủ yếu là thiếu kinh phí (81%), năng lực cán bộ yếu (67,9%).

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm qua, hoạt động truyền thông GDSK đã góp phần tích cực vào sự thành công chung trong công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân. Trong tương lai, truyền thông GDSK cần có những hình thức và cách tiếp cận phù hợp để đáp ứng với tình hình mới. Một trong những giải pháp được Đảng và Chính phủ ta xác định trong Nghị quyết 46-NQ/TW của Bộ chính trị về Công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới là “đẩy mạnh nghiên cứu khoa học”. Theo Quyết định 911/1999/QĐ-BYT ngày 31 tháng 3 năm 1999 của Bộ trưởng Bộ Y tế, một trong những nhiệm vụ của các Trung tâm Truyền thông GDSK tuyến tỉnh là tham gia và tổ chức công tác NCKH về truyền thông GDSK trên địa bàn. Với mong muốn tìm hiểu thực trạng công tác NCKH của các Trung tâm Truyền thông GDSK các tỉnh miền Bắc, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu: “Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến công tác NCKH của Trung tâm Truyền thông GDSK các tỉnh miền Bắc năm 2011”.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, kết hợp thu thập thông tin bằng phương pháp định lượng và định tính.

2.2. Đối tượng của nghiên cứu: cán bộ (không kể bảo vệ, lái xe, văn thư) của Trung tâm Truyền thông GDSK 25 tỉnh miền Bắc, lãnh đạo Sở Y tế;

báo cáo NCKH do các Trung tâm Truyền thông GDSK các tỉnh miền Bắc thực hiện trong 3 năm (2008 - 2010).

2.3. Phương pháp chọn mẫu: Chọn toàn bộ 274 cán bộ 25 Trung tâm Truyền thông GDSK các tỉnh miền Bắc để thu thập số liệu định lượng. Ngoài ra, chọn chủ đích Trung tâm Truyền thông GDSK 3 tỉnh/thành phố là Hà Nội, Hưng Yên, Lạng Sơn, mỗi tỉnh phỏng vấn sâu 01 lãnh đạo Sở Y tế, 01 lãnh đạo đơn vị và thảo luận nhóm với 05 cán bộ.

2.4. Thu thập số liệu: Phiếu tự điền được gửi đến các bộ 25 Trung tâm Truyền thông GDSK các tỉnh phía Bắc. Thảo luận nhóm, phỏng vấn sâu lãnh đạo sở Y tế, lãnh đạo và cán bộ Trung tâm Truyền thông GDSK 3 tỉnh/thành phố Hà Nội, Lạng Sơn, Hưng Yên. Rà soát 15 báo cáo nghiên cứu do các Trung tâm Truyền thông GDSK miền Bắc thực hiện trong 3 năm (2008-2010).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của cán bộ tham gia các hoạt động chuyên môn của 25 Trung tâm Truyền thông GDSK miền Bắc là 35,8, trong đó, từ 30 - 49 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (58,0%). Đa số cán bộ được đào tạo từ các trường Y/dược (37,9%) và báo chí (27,2%). Cán bộ có trình độ đại học và trên đại học chiếm đa số (71,5%). Số năm công tác trung bình trong ngành truyền thông là 6,2 năm. 66,1% số cán bộ được hỏi tham gia lấy tin, viết bài, làm phóng sự; 38,0% tham gia xây dựng kế hoạch, chỉ có 19% tham gia làm NCKH.

3.2. Thực trạng hoạt động NCKH của Trung tâm Truyền thông GDSK các tỉnh phía Bắc

97,8% cán bộ cho rằng hoạt động NCKH là cần thiết với công tác Truyền thông GDSK. “Thực ra NCKH rất có giá trị... Nghiên cứu giúp mình biết được rõ đối tượng, hình thức truyền thông nào là phù hợp với họ, cách đưa thông điệp như thế nào là tốt nhất ” (phỏng vấn sâu lãnh đạo Trung tâm Truyền thông GDSK Hưng Yên).

Tuy nhiên, hoạt động NCKH chưa được quan tâm đúng mức. 19/25 Trung tâm đã thành lập Hội đồng khoa học (HĐKH). Thái Bình là tỉnh thành lập HĐKH sớm nhất (năm 2001) và gần đây nhất là Bắc Ninh (năm 2011). Nhiều tỉnh miền núi phía Bắc không có HĐKH như Lào Cai, Bắc Cạn, Điện Biên, Cao Bằng, Hà Giang.

16/25 Trung tâm không dành kinh phí cố định từ hoạt động hàng năm của đơn vị cho hoạt động NCKH (chiếm 64,0%). 100% những trung tâm có

dành kinh phí cho hoạt động NCKH đều cho rằng kinh phí đó không đủ để thực hiện NCKH. “Trong 2 năm vừa qua, chỉ tiêu kế hoạch hàng năm có dành kinh phí cho NCKH. Tuy nhiên nguồn kinh phí theo quy định của tài chính khoảng 1% tổng kinh phí ngân sách hàng năm cho công tác nghiên cứu. Trong quá trình xây dựng kế hoạch đề tài NCKH thì kinh phí này thì không đủ đáp ứng nhu cầu.” (thảo luận nhóm cán bộ Trung tâm Truyền thông GDSK Lạng Sơn). “Lãnh đạo đơn vị cũng ủng hộ lắm nhưng tiền không có, chỉ ủng hộ về mặt tinh thần thôi, ví dụ như có đơn vị nào mời làm thì lãnh đạo hoàn toàn ủng hộ” (thảo luận nhóm cán bộ Trung tâm Truyền thông GDSK Hà Nội).

Hoạt động NCKH còn chưa mạnh, số lượng và chất lượng đề tài còn hạn chế. Trong 3 năm 2008-2010, trung bình một Trung tâm Truyền thông GDSK thực hiện 1,44 đề tài, nhiều nhất là Trung tâm Truyền thông GDSK Ninh Bình (4 đề tài), có đơn vị không có đề tài nào như Phú Thọ, Vĩnh Phúc, Lào Cai. 77,8% số đề tài thực hiện từ nguồn kinh phí thường xuyên của đơn vị. Hầu hết các nghiên cứu gửi về áp dụng phương pháp mô tả cắt ngang, định lượng kết hợp định tính. Nội dung nghiên cứu tập trung vào đánh giá các hoạt động truyền thông, đánh giá hiệu quả của các sản phẩm truyền thông, nghiên cứu KAP của người dân trên địa bàn về những vấn đề sức khỏe nổi cộm. Bên cạnh các nghiên cứu có chất lượng, nhiều nghiên cứu viết sơ sài, thiếu tổng quan, mục tiêu nghiên cứu không rõ ràng, không có sự liên hệ giữa kết quả nghiên cứu và khuyến nghị, trình bày tài liệu tham khảo chưa đúng quy định...

3.3. Thực trạng và năng lực thực hiện NCKH của các cán bộ Trung tâm Truyền thông GDSK các tỉnh miền Bắc

31% cán bộ các Trung tâm Truyền thông GDSK đã từng tham gia làm NCKH. 76,5% tham gia vào hoạt động thu thập số liệu, xây dựng đề cương nghiên cứu (57,6%), phân tích số liệu (44,7%), viết báo cáo nghiên cứu (43,5%).

19,3% cán bộ đã từng đề xuất đề tài NCKH, trong đó có 44,4% được chấp nhận. Lý do không đề xuất đề tài bao gồm: chưa đủ tự tin để thực hiện đề tài (56,2%), nguồn kinh phí hạn chế (40,6%), không chọn được đề tài phù hợp (23,9%), cho rằng NCKH là không cần thiết (4,1%).

Tỷ lệ các cán bộ tự đánh giá năng lực thực hiện NCKH của mình theo từng nội dung ở mức độ trung bình cao nhất (38,0% đến 49,6%), tiếp đến

Hoạt động NCKH của các tỉnh trong 3 năm 2008-2010

Tỉnh	Thành lập HĐKH	Số đề tài thực hiện	Tỉnh	Thành lập HĐKH	Số đề tài thực hiện
Hải Dương	Có (2003)	1	Cao Bằng	Chưa	1
Hải Phòng	Có (2000)	1	Hà Giang	Chưa	1
Hà Nội	Có (2010)	2	Vĩnh Phúc	Có (2010)	0
Bắc Giang	Có	1	Lai Châu	Có (2008)	1
Nam Định	Có (2005)	2	Hưng Yên	Có (2006)	1
Quảng Ninh	Chưa	1	Sơn La	Có (2006)	1
Hòa Bình	Có (2007)	2	Thái Bình	Có (2001)	2
Yên Bái	Có (2007)	3	Phú Thọ	Chưa	0
Lào Cai	Chưa	0	Bắc Ninh	Có (2011)	1
Bắc Cạn	Chưa	2	Hà Nam	Có (2005)	2
Điện Biên	Chưa	1	Ninh Bình	Có (2008)	4
Tuyên Quang	Có (2007)	2	Lạng Sơn	Có (2009)	1
Thái Nguyên	Có	2			
Giá trị trung bình: 1,44; min: 0; max: 4					

là mức độ khá (từ 24,1% đến 33,2%). Một trong các nguyên nhân của thực trạng này là do chưa được đào tạo.

Chỉ có 27,4% đối tượng nghiên cứu đã từng được tham gia các khóa tập huấn về NCKH. Đa số được học tại trường đại học (73,3%). Gần 50% được đào tạo cách thời điểm phỏng vấn trên 2 năm.

“Đa số anh em chưa được đào tạo, chủ yếu là tự mày mò học tập các form, mẫu nghiên cứu qua mạng nên chất lượng nghiên cứu chưa thực sự tốt...” (phỏng vấn sâu lãnh đạo Trung tâm Truyền thông GDSK Hưng Yên). “Cán bộ không ổn định, một số anh em học xong lại xin chuyển đi chỗ khác. Tưởng có bộ máy có thể làm được thì lại chuyển đi chỗ khác nên lại tìm người khác, lại phải đào tạo lại, ít nhiều có ảnh hưởng đến hoạt động chuyên môn của đơn vị cũng như NCKH” (thảo luận nhóm cán bộ Trung tâm Truyền thông GDSK Lạng Sơn).

95,6% số cán bộ cho rằng cần phải mở thêm các khóa tập huấn về NCKH. Thời gian mở lớp 3-5 ngày được cho là phù hợp (48,7%).

4. KẾT LUẬN

- Hoạt động NCKH của Trung tâm Truyền

thông GDSK các tỉnh miền Bắc còn nhiều hạn chế: Số lượng nghiên cứu không nhiều (1,44 đề tài/trung tâm/3 năm). Chất lượng các nghiên cứu chưa tốt (phương pháp nghiên cứu chưa chặt chẽ; báo cáo nghiên cứu sơ sài; thiếu tóm tắt, tổng quan, bàn luận; trình bày tài liệu tham khảo chưa đúng).

- Sự tham gia và năng lực thực hiện NCKH của cán bộ còn hạn chế: 19,3% đã từng đề xuất đề tài, 31% đã từng tham gia NCKH. Điểm trung bình đánh giá năng lực thực hiện NCKH thấp (20,1 và 24,4/40 điểm).

5. KHUYẾN NGHỊ

- Các Trung tâm Truyền thông GDSK phía Bắc cần dành kinh phí thường xuyên cho hoạt động NCKH.

- Nâng cao năng lực thực hiện NCKH cho cán bộ Trung tâm Truyền thông GDSK thông qua mở các khóa đào tạo với thời gian mở lớp phù hợp 3-5 ngày.

- Tăng cường tham gia NCKH thông qua việc thực hiện các đề tài có quy mô nhỏ và vừa phù hợp với nguồn kinh phí và năng lực của cán bộ hoặc phối hợp các đơn vị khác thực hiện NCKH ■

MỸ: SỬ DỤNG NHIỀU THUỐC KHÁNG SINH ĐẨY NHANH QUÁ TRÌNH KHÁNG THUỐC

Sử dụng quá nhiều thuốc kháng sinh có thể đẩy nhanh quá trình kháng thuốc ở bệnh nhân trong quá trình điều trị bệnh. Đây là cảnh báo của Trung tâm Kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Mỹ (CDC) cùng hơn 25 tổ chức chăm sóc sức khỏe khác của nước này trong một chiến dịch y tế chung nhằm ngăn chặn tình trạng kháng thuốc đang ngày càng gia tăng tại Mỹ.

Các chuyên gia của Trung tâm Kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Mỹ cho biết nếu không có các giải pháp đúng đắn và kịp thời, bệnh nhân sẽ gặp tình trạng kháng thuốc sớm hơn trước kia, khi các loại thuốc kháng sinh đang dần mất đi tác dụng ngay cả đối với các bệnh truyền nhiễm phổ biến nhất.

Trung tâm Kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Mỹ cũng nhấn mạnh rằng thói quen sử dụng thuốc kháng sinh cần phải được thay đổi, đồng thời yêu cầu các bác sỹ hạn chế việc kê đơn thuốc kháng sinh tràn lan, cũng như đảm bảo rằng các bệnh nhân uống đúng loại thuốc kháng sinh vào đúng thời điểm và đúng liều lượng ■

CUỘC CHIẾN CHỐNG HIV/AIDS TOÀN CẦU ĐẠT BƯỚC TIẾN ĐÁNG KHÍCH LỆ

Theo báo cáo của Chương trình phòng chống HIV/AIDS thuộc Liên hợp quốc (UNAIDS), từ năm 2001 đến nay, số trường hợp nhiễm mới vi rút HIV trên toàn thế giới đã giảm đáng kể so với các giai đoạn trước đó. Theo các chuyên gia của Chương trình phòng chống HIV/AIDS của Liên hợp quốc, năm 2011, nhờ có nguồn đầu tư tài chính thỏa đáng cho hoạt động phòng chống HIV/AIDS nên số trường hợp tử vong do căn bệnh này đã giảm được nửa triệu ca so với năm 2005 (tương đương với 24%), xuống còn 1,7 triệu ca. Tuy nhiên, hiện vẫn có tới 0,6% dân số toàn cầu mang trong người loại vi rút chết người này, đặc biệt tại một số khu vực ở châu Phi như Nam sa mạc Xahara, nơi hiện có tới 4% thanh thiếu niên đang phải sống chung với căn bệnh thế kỷ HIV/AIDS.

Tổ chức phòng chống AIDS của Liên hợp quốc cũng kêu gọi các nước phối hợp, hành động và tài trợ nhằm phòng chống HIV/AIDS hiệu quả trong bối cảnh tăng trưởng kinh tế đang làm thay đổi nhanh chóng trật tự toàn cầu ■

NGA: CẤY GHÉP THÀNH CÔNG MẪU VAN TIM NHÂN TẠO MỚI NHẤT THẾ GIỚI

Các chuyên gia phẫu thuật tim của Nga đã cấy ghép thành công mẫu van tim nhân tạo mới nhất thế giới do các nhà khoa học nước này tự nghiên cứu và chế tạo. Đây là ca phẫu thuật đầu tiên trên thế giới về cấy ghép mẫu van tim mới này và đã diễn ra thành công.

Hãng tin Nga Ria Novosti ngày 25/11 dẫn lời giáo sư Sergei Nikonov từ Trung tâm khoa học phẫu thuật tim - mạch mang tên Bakulev thuộc Viện Hàn lâm Y học Nga, cho biết ca phẫu thuật cấy ghép gặp rất nhiều vấn đề phức tạp, song dưới sự chỉ đạo của chuyên gia tim mạch, viện sỹ Leo Bokerya, ca phẫu thuật đã thành công. Chiết van tim nhân tạo được coi là tốt nhất thế giới này đã được cấy ghép cho một phụ nữ, 63 tuổi, bị bệnh van động mạch chủ nặng.

Theo giáo sư Nikonov, mẫu van tim nói trên có thể được cấy ghép cho người lớn bị bệnh van động mạch chủ nặng, tuy nhiên nó thực sự lý tưởng đối với những bệnh nhân nhỏ tuổi. Ước tính, mỗi năm ở Nga có khoảng 125 nghìn người cần tiến hành những ca phẫu thuật tương tự ■

WHO ĐẨY MẠNH BIỆN PHÁP PHÒNG THUỐC TÂN DƯỢC GIẢ

Sau 3 ngày họp (19-21/11/2012), Hội nghị quốc tế của WHO về phòng ngừa và kiểm soát thuốc giả kết thúc đã ra tuyên bố kêu gọi đẩy mạnh hợp tác quốc tế và tăng cường khả năng của các nước trong cuộc chiến phòng chống tân dược giả. Đây là Hội nghị đầu tiên cấp toàn cầu của WHO về kiểm soát tân dược giả.

Hội nghị đã nhận định vấn nạn thuốc giả giờ đây đã mang tính xuyên quốc gia, đòi hỏi có sự phối hợp trên phạm vi toàn cầu để đối phó hiệu quả thực trạng này. Các đại biểu đã đề ra một kế hoạch làm việc, trong đó cam kết xác định các biện pháp cho phép phòng ngừa và kiểm soát thuốc giả nhằm bảo đảm người dân có điều kiện tiếp cận nguồn thuốc an toàn và có chất lượng. Hội nghị cũng đã quyết định thành lập một ủy ban toàn cầu, gồm đại diện các nước thuộc từng khu vực của WHO để theo dõi thực hiện kế hoạch nêu trên. Các đại biểu đã trao đổi kinh nghiệm, xác định sự cần thiết cũng như những trở ngại trong việc đấu tranh chống thuốc giả, đồng thời đưa ra những khuyến cáo về chính sách nhằm đối phó hiệu quả vấn đề này.

Theo thống kê, khoảng 10% lượng thuốc đang lưu hành trên thế giới là giả. Thuốc giả tuy có nhiều dạng khác nhau, nhưng có điểm chung là việc sử dụng chúng đều dẫn đến thất bại trong điều trị bệnh, làm tăng độc tính, tăng nguy cơ kháng thuốc và thậm chí có thể gây tử vong cho người dùng ■

THỦY TINH THỂ NHÂN TẠO MỚI: HY VỌNG CHO NHỮNG NGƯỜI BỊ HỎNG THỦY TINH THỂ

Các nhà khoa học Mỹ vừa cho biết, họ đã tạo ra một loại thủy tinh thể nhân tạo mới có thể cấy ghép vào mắt người để thay thế thủy tinh thể thật bị đục hay bị hỏng.

Thủy tinh thể này có cấu tạo gần giống thủy tinh thể tự nhiên của con người. Nó có thể uốn cong hoặc khúc xạ ánh sáng ở nhiều mức độ khác nhau. Nhà nghiên cứu Michael Pointing, thuộc Trường đại học Case Western Reserve ở Cleveland (Mỹ) cho biết, mắt người là một thấu kính GRIN (tức là những đoạn thủy tinh hình trụ khúc xạ). Khi ánh sáng đi từ mặt trước đến mặt sau của thấu kính, nó sẽ bị khúc xạ ở các mức độ khác nhau. Đó là cách kiểm soát đường đi của ánh sáng mà không cần phụ thuộc vào cơ cấu quang học phức tạp. Thủy tinh thể nhân tạo cũng có thể “bắt chước” cơ chế này. Một bản sao thủy tinh thể của mắt người là bước đầu chứng minh khả năng tạo ra một hệ thống vật liệu mang tính “tương hợp sinh học” với con người, giúp nâng cao công nghệ cấy ghép quang học ■

HÀNG NĂM CÓ HƠN 3 TRIỆU NGƯỜI TỬ VONG DO BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

WHO vừa công bố số liệu: hàng năm, hơn 3 triệu người trên thế giới tử vong do bệnh đái tháo đường. Con số này dự kiến tăng lên 2/3 vào năm 2030 do dân số đang già hóa và phong cách sống không lành mạnh của nền kinh tế hiện đại. Theo WHO, khoảng 350 triệu người trên thế giới đang phải chung sống với bệnh tiểu đường và 80% trong số họ tại các nước đang phát triển. Chính phủ các nước trên thế giới đang đưa ra nhiều biện pháp giúp bảo vệ công dân của mình khỏi các nguy cơ mắc bệnh tiểu đường như ăn uống không điều độ, ít vận động, lạm dụng rượu... Nhiều quốc gia cũng đang thực hiện các chiến dịch nâng cao nhận thức của người dân về bệnh đái tháo đường, cung cấp thông tin cần thiết về bệnh đái tháo đường cũng như chăm sóc và điều trị cho những bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường ■



SỐNG LÀNH MẠNH, CHUNG THỦY[?]
PHÒNG CHỐNG HIV/AIDS

