BỘ Y TẾ

CHIẾN LƯỢC QUỐC GIA PHÒNG CHỐNG BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM

GIAI ĐOẠN 2015 - 2025

NATIONAL STRATEGY FOR THE PREVENTION AND CONTROL OF NONCOMMUNICABLE DISEASES, PERIOD 2015-2025

HÀ NỘI - 2015

MỤC LỤC - INDEX

1. Quyết định 376/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ banh hành Chiến lược quốc gia phòng chống bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015-2025.

2. Decision No. 376/QĐ-TTg of Prime Minister to approve the National Strategy for prevention and control of NCD, period 2015-2025.

3. Chiến lược quốc gia phòng chống bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015-2025 bản đầy đủ.

4. The National Strategy for prevention and control of NCD, period 2015-2025 (Full version).

THỦ TƯỚNG CHÍNH PHỦ

Số: 376/QĐ-TTg

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Hà Nội, ngày 20 tháng 3 năm 2015

QUYẾT ĐỊNH

Phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác, giai đoạn 2015 - 2025

THỦ TƯỚNG CHÍNH PHỦ

Căn cứ Luật Tổ chức Chính phủ ngày 25 tháng 12 năm 2001;

Căn cứ Chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2020 và tầm nhìn đến 2030;

Xét đề nghị của Bộ trưởng Bộ Y tế,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác, giai đoạn 2015-2025 (sau đây gọi tắt là Chiến lược) với các nội dung sau:

I. QUAN ĐIỂM

1. Các bệnh ung thư, bệnh tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác (sau đây gọi chung là các bệnh không lây nhiễm) ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe cộng đồng và sự phát triển kinh tế xã hội của đất nước do số người mắc bệnh nhiều, bệnh gây tàn tật và tử vong cao. Phòng, chống các bệnh không lây nhiễm hiệu quả sẽ hạn chế số người mắc bệnh này trong cộng đồng, ngăn chặn tàn tật, tử vong sớm và giảm quá tải tại các bệnh viện.

2. Phòng, chống các bệnh không lây nhiễm là trách nhiệm của các cấp, các ngành và của mỗi người dân, trong đó các cấp chính quyền trực tiếp chỉ đạo, ngành Y tế là nòng cốt.

3. Kiểm soát nguy cơ gây bệnh như hút thuốc lá, lạm dụng đồ uống có cồn, dinh dưỡng không hợp lý, thực phẩm không an toàn, thiếu hoạt động thể lực, cùng với chủ động giám sát, phát hiện bệnh sớm, điều trị, quản lý liên tục và lâu dài tại cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu là yếu tố quyết định hiệu quả trong phòng, chống các bệnh không lây nhiễm.

4. Nguồn lực đầu tư cho hoạt động phòng, chống các bệnh không lây nhiễm được huy động từ nhiều nguồn, trong đó ngân sách Nhà nước tập trung vào kiểm soát yếu tố nguy cơ, dự phòng, giám sát, phát hiện bệnh sớm.

II. MỤC TIÊU

1. Mục tiêu chung

Khống chế tốc độ gia tăng tiến tới làm giảm tỷ lệ người mắc bệnh tại cộng đồng, hạn chế tàn tật và tử vong sớm do mắc các bệnh không lây nhiễm, trong đó ưu tiên phòng, chống các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản nhằm góp phần bảo vệ, chăm sóc, nâng cao sức khỏe của nhân dân và phát triển kinh tế, xã hội của đất nước.

2. Mục tiêu cụ thể và chỉ tiêu đến năm 2025

a) Mục tiêu 1: Nâng cao nhận thức của các cấp chính quyền và hiểu biết của người dân trong phòng, chống các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản.

Chỉ tiêu:

- 100% Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương có kế hoạch và đầu tư kinh phí triển khai thực hiện Chiến lược tại địa phương;

- 70% người trưởng thành hiểu biết về bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản, ảnh hưởng đối với sức khỏe cộng đồng, kinh tế, xã hội của đất nước, cũng như các nguyên tắc phòng, chống các bệnh này.

b) Mục tiêu 2: Giảm thiểu các hành vi nguy cơ chính gây mắc các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản.

Chỉ tiêu:

- Giảm 30% tỷ lệ hút thuốc ở người trưởng thành so với năm 2015; giảm tỷ lệ hút thuốc ở nhóm vị thành niên xuống còn 3,6%;

- Giảm 10% tỷ lệ uống rượu, bia ở mức có hại ở người trưởng thành so với năm 2015; giảm tỷ lệ có uống rượu, bia ở nhóm vị thành niên xuống còn 20%;

- Giảm 30% mức tiêu thụ muối trung bình/người/ngày ở người trưởng thành so với năm 2015;

- Giảm 10% tỷ lệ thiếu hoạt động thể lực ở người trưởng thành so với năm 2015.

c) Mục tiêu 3: Hạn chế sự gia tăng tỷ lệ người tiền bệnh, mắc bệnh, tàn tật và tử vong sớm tại cộng đồng do các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản.

Chỉ tiêu:

- Khống chế tỷ lệ bị thừa cân béo phì (BMI≥25) dưới 15% ở người trưởng thành; khống chế tỷ lệ thừa cân béo phì dưới 10% ở trẻ em;

- Khống chế tỷ lệ có cholesterol máu cao (>5,0 mmol/L) dưới 35% ở người trưởng thành;

- Khống chế tỷ lệ bị tăng huyết áp dưới 30% ở người trưởng thành;

- 50% số người bị tăng huyết áp được phát hiện; 50% số người phát hiện bệnh được quản lý, điều trị theo hướng dẫn chuyên môn;

- Khống chế tỷ lệ bị tiền đái tháo đường dưới 16% ở người 30-69 tuổi;

- Khống chế tỷ lệ đái tháo đường dưới 8% ở người 30-69 tuổi;

- 50% số người bị bệnh đái tháo đường được phát hiện; 50% số người phát hiện bệnh được quản lý, điều trị theo hướng dẫn chuyên môn;

- 50% số người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính được phát hiện ở giai đoạn sớm; 50% số người phát hiện bệnh được điều trị theo hướng dẫn chuyên môn;

- 50% số người bệnh hen phế quản được phát hiện và điều trị ở giai đoạn sớm, 50% số người bệnh hen phế quản được điều trị đạt kiểm soát hen trong đó 20% đạt kiểm soát hoàn toàn;

- 40% số người mắc một số bệnh ung thư được phát hiện ở giai đoạn sớm (đối với những bệnh ung thư nếu được phát hiện sớm có giá trị nâng cao hiệu quả điều trị);

- Giảm 20% tỷ lệ tử vong trước 70 tuổi do các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính so với năm 2015.

d) Mục tiêu 4: Nâng cao năng lực và hiệu quả trong dự phòng, giám sát, phát hiện, điều trị, quản lý bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác.

Chỉ tiêu:

- 90% cơ sở y tế dự phòng bảo đảm cung cấp các dịch vụ thiết yếu phòng chống bệnh không lây nhiễm theo quy định;

- 90% cán bộ y tế thực hiện công tác phòng, chống bệnh không lây nhiễm được đào tạo, tập huấn về dự phòng, giám sát, phát hiện, điều trị, quản lý theo quy định;

- 90% cơ sở y tế xã, phường, thị trấn và tương đương (sau đây gọi chung là y tế xã) có đủ trang thiết bị y tế cơ bản và thuốc thiết yếu theo quy định về chức năng, nhiệm vụ, phục vụ dự phòng, giám sát, phát hiện, điều trị, quản lý theo hệ thống đối với bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản phù hợp.

III. GIẢI PHÁP

1. Giải pháp về chính sách, pháp luật và phối hợp liên ngành

a) Tăng cường thực thi, bổ sung và hoàn thiện các chính sách, quy định pháp luật về kiểm soát yếu tố nguy cơ và thúc đẩy các yếu tố tăng cường sức khỏe để phòng, chống bệnh không lây nhiễm:

- Quán triệt, triển khai thực hiện Luật Phòng, chống tác hại của thuốc lá, Luật Bảo vệ môi trường, Luật An toàn thực phẩm, Chính sách quốc gia phòng, chống tác hại của lạm dụng đồ uống có cồn đến năm 2020 và các văn bản quy phạm pháp luật liên quan khác; xây dựng, trình cấp có thẩm quyền ban hành các văn bản quy phạm pháp luật về phòng chống lạm dụng đồ uống có cồn; tăng cường quản lý, bổ sung hoàn thiện những quy định của pháp luật và cảnh báo những ảnh hưởng đến sức khỏe đối với các thực phẩm chế biến sẵn, nước ngọt, phụ gia thực phẩm, đặc biệt là các sản phẩm dành cho trẻ em;

- Nghiên cứu, đề xuất, bổ sung các quy định về kiểm soát quảng cáo, chính sách thuế phù hợp nhằm giảm sử dụng thuốc lá, đồ uống có cồn, nước ngọt, thực phẩm chế biến sẵn và một số sản phẩm khác có nguy cơ gây bệnh không lây nhiễm;

- Đề xuất, bổ sung các chính sách nhằm khuyến khích sản xuất, cung cấp và tiêu thụ các thực phẩm an toàn, dinh dưỡng có lợi cho sức khỏe; tạo điều kiện cho người dân tiếp cận, sử dụng không gian công cộng, cơ sở luyện tập thể dục, thể thao; phát triển giao thông công cộng, giao thông phi cơ giới.

b) Hoàn thiện, bổ sung cơ chế phối hợp liên ngành từ Trung ương đến địa phương cùng với đẩy mạnh huy động các tổ chức, cá nhân và cộng đồng tham gia để triển khai thực hiện Chiến lược.

c) Rà soát, bổ sung, hoàn thiện văn bản quy phạm pháp luật để hoạt động phòng, chống các bệnh không lây nhiễm được thực hiện thống nhất theo hệ thống từ Trung ương đến địa phương; bảo đảm thuốc và vật tư cho công tác dự phòng, khám sàng lọc, phát hiện sớm, điều trị, theo dõi và quản lý lâu dài người bệnh tại y tế cơ sở.

d) Nghiên cứu, đề xuất chính sách khuyến khích cung cấp dịch vụ dự phòng, quản lý điều trị bệnh không lây nhiễm tại cộng đồng thông qua y tế tư nhân, bác sỹ gia đình, đặc biệt đối với vùng sâu, vùng xa.

2. Giải pháp về truyền thông và vận động xã hội

a) Sử dụng mạng lưới thông tin truyền thông từ Trung ương tới địa phương để tuyên truyền, phổ biến, vận động các cấp, các ngành, đoàn

thể và người dân thực hiện các chủ trương, chính sách, pháp luật, các hướng dẫn, khuyến cáo về phòng, chống bệnh không lây nhiễm.

b) Nghiên cứu, xây dựng và cung cấp các chương trình, tài liệu truyền thông về phòng, chống bệnh không lây nhiễm phù hợp với phương thức truyền thông và các nhóm đối tượng.

c) Vận động xây dựng cộng đồng nâng cao sức khỏe phù hợp với từng vùng miền và từng nhóm đối tượng, trong đó chú trọng trường học nâng cao sức khỏe, nơi làm việc vì sức khỏe và thành phố vì sức khỏe.

d) Đề xuất phát động phong trào toàn dân thực hiện lối sống tăng cường sức khỏe gắn với phòng, chống các bệnh không lây nhiễm.

3. Giải pháp tăng cường hệ thống cung cấp dịch vụ và chuyên môn kỹ thuật y tế

a) Tổ chức hệ thống dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị, quản lý các bệnh không lây nhiễm từ Trung ương đến cấp xã trong cả nước.

- Xây dựng, ban hành các hướng dẫn về chuyên môn nghiệp vụ cho công tác dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị, quản lý bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản phù hợp với chức năng nhiệm vụ và phân tuyến kỹ thuật của các cơ sở y tế;

- Các cơ sở y tế dự phòng, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (công lập và ngoài công lập) từ Trung ương đến cấp xã tổ chức các hoạt động dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị, quản lý các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản phù hợp chức năng, nhiệm vụ theo quy định;

- Phối hợp, lồng ghép khám phát hiện bệnh không lây nhiễm trong các hoạt động khám sức khỏe định kỳ, quản lý sức khỏe tại các trường học, cơ quan, xí nghiệp.

b) Tăng cường phát hiện, điều trị, quản lý tại trạm y tế xã và cộng đồng cho người mắc bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác theo quy định, bảo đảm cung cấp dịch vụ quản lý, theo dõi và chăm sóc liên tục cho người bệnh.

- Nghiên cứu tổ chức các hình thức phát hiện, điều trị, quản lý bệnh không lây nhiễm phù hợp tại tuyến xã, trước mắt triển khai phát hiện, điều trị dự phòng và điều trị duy trì theo chỉ định của tuyến trên, từng bước tiến tới tự quản lý điều trị được một số bệnh không lây nhiễm ở những trạm y tế đủ điều kiện;

- Cung cấp đủ thuốc thiết yếu cho điều trị bệnh tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và một số bệnh không lây nhiễm khác ở tuyến xã theo quy định.

c) Tăng cường hiệu quả hoạt động của lĩnh vực y tế dự phòng trong kiểm soát yếu tố nguy cơ và các tình trạng tiền bệnh để dự phòng các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản.

- Ban hành các hướng dẫn chuyên môn và triển khai các can thiệp phòng, chống tác hại của thuốc lá, lạm dụng đồ uống có cồn, bảo đảm dinh dưỡng hợp lý, giảm ăn muối, tăng cường hoạt động thể lực tại các cơ sở giáo dục, nơi làm việc và tại cộng đồng; phát hiện sớm, quản lý, tư vấn và điều trị dự phòng đối với người thừa cân béo phì, tăng huyết áp, tăng đường máu, rối loạn mỡ máu và có nguy cơ tim mạch; thực hiện mô hình nâng cao sức khỏe phòng, chống các bệnh không lây nhiễm;

- Triển khai thực hiện hiệu quả công tác tiêm vắc xin phòng ung thư; bảo đảm trẻ dưới 1 tuổi được tiêm đủ liều vắc xin viêm gan B, từng bước mở rộng triển khai dịch vụ tiêm phòng HPV để phòng ung thư cổ tử cung cho phụ nữ trong độ tuổi tiêm phòng và các loại vắc xin khác nếu có;

- Hướng dẫn, hỗ trợ, kiểm tra, giám sát hoạt động dự phòng, phát hiện sớm, điều trị, quản lý và tự quản lý điều trị bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản tại trạm y tế xã và cộng đồng theo quy định. Nâng cao năng lực cho Trung tâm y tế huyện để thực hiện việc quản lý, hỗ trợ kỹ thuật cho tuyến xã;

- Tăng cường hỗ trợ chuyên môn kỹ thuật cho các hoạt động liên ngành có liên quan trong phòng, chống bệnh không lây nhiễm tại cộng đồng.

d) Củng cố hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để cung cấp các dịch vụ toàn diện, chuyên sâu và kỹ thuật cao cho chẩn đoán, điều trị bệnh nhân mắc bệnh không lây nhiễm, đồng thời hỗ trợ chuyên môn cho tuyến dưới, bảo đảm việc phát hiện bệnh sớm, điều trị hiệu quả và quản lý bệnh nhân liên tục và lâu dài.

- Nâng cấp, hoàn thiện các cơ sở chẩn đoán, điều trị bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản;

- Triển khai các biện pháp sàng lọc phù hợp, hiệu quả để tăng cường phát hiện sớm và quản lý điều trị các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản;

- Hoàn thiện và thực hiện gói dịch vụ cho mỗi tuyến bảo đảm hệ thống quản lý điều trị liên tục cho người mắc bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản.

4. Giải pháp về nguồn lực

a) Phát triển nguồn nhân lực

- Sắp xếp, bố trí nhân lực các tuyến cho phòng, chống các bệnh không lây nhiễm;

- Bổ sung, cập nhật nội dung đào tạo về phòng, chống bệnh không lây nhiễm trong các chương trình đào tạo của các trường trung cấp, cao đẳng và đại học y; chú trọng các chương trình đào tạo bác sỹ gia đình, cử nhân y tế công cộng, cử nhân điều dưỡng và dinh dưỡng tiết chế;

- Đào tạo, nâng cao năng lực cho cán bộ trong các lĩnh vực liên quan đến kiểm soát các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm của các Bộ, ngành;

- Tăng cường đào tạo nâng cao năng lực phòng, chống bệnh không lây nhiễm cho đội ngũ cán bộ y tế phù hợp với yêu cầu nhiệm vụ của từng tuyến. Bảo đảm đào tạo và đào tạo liên tục để cập nhật kiến thức, kỹ năng phòng chống bệnh không lây nhiễm;

- Ưu tiên đào tạo lại cán bộ y tế xã, y tế trường học, y tế cơ quan, xí nghiệp và y tế thôn bản thông qua chương trình đào tạo toàn diện và lồng ghép phòng, chống các bệnh không lây nhiễm nhằm bảo đảm cung cấp dịch vụ trong dự phòng, quản lý điều trị và chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế và cộng đồng;

- Có cơ chế phù hợp để khuyến khích cán bộ y tế xã tham gia các hoạt động phát hiện sớm, giám sát và quản lý điều trị các bệnh không lây nhiễm tại cộng đồng.

b) Nguồn lực tài chính

Nguồn kinh phí thực hiện bao gồm:

- Nguồn ngân sách Nhà nước tập trung cho hoạt động kiểm soát yếu tố nguy cơ, dự phòng, giám sát và phát hiện sớm bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản;

- Nguồn bảo hiểm y tế;

- Nguồn xã hội hóa;

- Nguồn hợp pháp khác.

c) Thuốc và trang thiết bị

- Tăng cường đầu tư, nâng cấp trang thiết bị, cơ sở vật chất cho hoạt động giám sát, dự phòng, phát hiện, chẩn đoán sớm, điều trị, quản lý các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản.

- Bảo đảm cung ứng thuốc và vật tư thiết yếu cho chẩn đoán, điều trị các bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã được bảo hiểm y tế chi trả.

- Bảo đảm cung ứng vắc xin, sinh phẩm cho dự phòng một số bệnh ung thư có vắc xin phòng bệnh.

5. Giải pháp về nghiên cứu, theo dõi và giám sát

a) Nâng cao năng lực, đẩy mạnh nghiên cứu khoa học trong lĩnh vực phòng, chống bệnh không lây nhiễm. Thiết lập mạng lưới các cơ sở đào tạo, nghiên cứu chuyên sâu về bệnh không lây nhiễm có sự tham gia của các trường, các viện. Tăng cường sử dụng thông tin

và bằng chứng khoa học trong xây dựng chính sách, lập kế hoạch, chương trình, dự án về phòng chống bệnh không lây nhiễm, đặc biệt là các can thiệp tại cộng đồng.

b) Xây dựng hệ thống giám sát bệnh không lây nhiễm lồng ghép trong hệ thống thông tin y tế quốc gia để theo dõi, dự báo, giám sát yếu tố nguy cơ, số mắc bệnh và tử vong, đáp ứng của hệ thống y tế và hiệu quả các biện pháp phòng, chống bệnh không lây nhiễm.

- Cập nhật và hoàn thiện bộ chỉ số quốc gia, quy trình, công cụ giám sát thống nhất áp dụng trên toàn quốc, kết hợp kiện toàn hệ thống thu thập thông tin báo cáo về bệnh không lây nhiễm;

- Định kỳ tổ chức điều tra quốc gia về yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm sử dụng quy trình và bộ công cụ chuẩn hóa để thu thập, theo dõi, giám sát mức độ và chiều hướng của các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm trong cộng đồng;

- Nghiên cứu, đề xuất, triển khai giám sát tử vong tại cộng đồng trên cơ sở thu thập thông tin từ hệ thống thống kê tử vong của trạm y tế xã. Tăng cường chất lượng và mức độ bao phủ của mạng lưới ghi nhận ung thư, nghiên cứu triển khai hệ thống ghi nhận đột quỵ. Thu thập đầy đủ các thông tin về mắc và tử vong do bệnh không lây nhiễm từ hệ thống báo cáo thống kê bệnh viện;

- Tăng cường tổ chức giám sát, đánh giá các hoạt động trong phòng, chống bệnh không lây nhiễm, tiến độ thực hiện Chiến lược và các chính sách liên quan của các Bộ, ngành;

- Đề xuất xây dựng cơ sở dữ liệu quốc gia về bệnh không lây nhiễm, thống nhất đầu mối để quản lý và công bố các thông tin, dữ liệu về bệnh không lây nhiễm. Tăng cường áp dụng công nghệ thông tin trong quản lý, kết nối giữa các tuyến để hỗ trợ chăm sóc, theo dõi bệnh nhân liên tục và lâu dài.

6. Giải pháp tăng cường hợp tác quốc tế

a) Chủ động tích cực hợp tác với các quốc gia, các viện, trường và các hiệp hội trong khu vực và trên thế giới trong nghiên cứu, đào tạo để phát triển và nâng cao chất lượng nguồn nhân lực phục vụ cho công tác phòng, chống bệnh không lây nhiễm.

b) Tăng cường hợp tác toàn diện với Tổ chức Y tế thế giới và các tổ chức quốc tế khác để hỗ trợ, thúc đẩy triển khai thực hiện Chiến lược; lồng ghép các dự án hợp tác quốc tế với hoạt động của Chiến lược nhằm thực hiện được các mục tiêu.

IV. CÁC CHƯƠNG TRÌNH, DỰ ÁN THỰC HIỆN CHIẾN LƯỢC

Xây dựng chương trình, dự án giai đoạn 2015-2020 triển khai thực hiện Chiến lược trình cấp có thẩm quyền phê duyệt, bao gồm:

1. Dự án truyền thông, vận động xã hội phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác, giai đoạn 2015-2020.

- Cơ quan chủ trì: Bộ Y tế.

- Cơ quan phối hợp: Bộ Thông tin và Truyền thông, các Bộ, ngành, cơ quan, tổ chức có liên quan và Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;

2. Dự án chủ động dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị, quản lý các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản, giai đoạn 2015-2020.

- Cơ quan chủ trì: Bộ Y tế.

- Cơ quan phối hợp: các Bộ, ngành, cơ quan, tổ chức có liên quan và Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;

3. Dự án quản lý, giám sát hàm lượng muối, đường, chất béo, phụ gia trong các thực phẩm chế biến sẵn và can thiệp giảm sử dụng muối tại cộng đồng để phòng, chống bệnh tim mạch, ung thư, đái tháo đường giai đoạn 2015-2020.

- Cơ quan chủ trì: Bộ Công Thương.

- Cơ quan phối hợp: Bộ Y tế, các Bộ, ngành, cơ quan, tổ chức có liên quan và Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;

4. Dự án bảo đảm dinh dưỡng hợp lý và tăng cường hoạt động thể

lực cho trẻ em, học sinh, sinh viên để nâng cao sức khỏe, dự phòng bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản giai đoạn 2015-2020.

- Cơ quan chủ trì: Bộ Giáo dục và Đào tạo

- Cơ quan phối hợp: Bộ Y tế, các Bộ, ngành, cơ quan, tổ chức có liên quan và Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;

5. Dự án tăng cường hoạt động thể lực phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản giai đoạn 2015-2020.

- Cơ quan chủ trì: Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch,

- Cơ quan phối hợp: Bộ Giao thông vận tải, Bộ Xây dựng, Bộ Y tế và các Bộ, ngành, cơ quan, tổ chức có liên quan và Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương.

Đến năm 2020, tổ chức tổng kết đánh giá kết quả triển khai thực hiện các chương trình, dự án giai đoạn 2015-2020 và xây dựng chương trình, dự án giai đoạn 2021-2025 thực hiện Chiến lược trình Thủ tướng Chính phủ phê duyệt.

V. TỔ CHỨC THỰC HIỆN

Căn cứ Chiến lược, các Bộ, ngành, Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương xây dựng kế hoạch và tổ chức triển khai thực hiện Chiến lược trong phạm vi chức năng, nhiệm vụ được phân công và định kỳ gửi báo cáo cho Bộ Y tế tổng hợp báo cáo Thủ tướng Chính phủ.

1. Bộ Y tế

a) Chủ trì, phối hợp với các Bộ, ngành liên quan, Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và các cơ quan, tổ chức để xây dựng kế hoạch, dự án, tổ chức triển khai thực hiện Chiến lược trên phạm vi cả nước.

b) Chủ trì, phối hợp với các Bộ, ngành liên quan nghiên cứu, xây dựng, ban hành theo thẩm quyền hoặc trình cấp có thẩm quyền ban hành các chính sách, văn bản quy phạm pháp luật liên quan tới phòng, chống các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản.

c) Chủ trì, phối hợp với các Bộ, ngành liên quan để xây dựng Dự án số 1, 2 của Chiến lược trình cấp có thẩm quyền phê duyệt và triển khai thực hiện.

d) Hướng dẫn, kiểm tra, giám sát việc thực hiện Chiến lược. Định kỳ tổng hợp báo cáo Thủ tướng Chính phủ tình hình triển khai và kết quả thực hiện Chiến lược.

đ) Chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính và các cơ quan liên quan nghiên cứu, trình cấp có thẩm quyền quyết định thành lập Quỹ Nâng cao sức khỏe cộng đồng (trên cơ sở lồng ghép với Quỹ Phòng, chống tác hại của thuốc lá) để trực tiếp hỗ trợ cho hoạt động phòng, chống bệnh không lây nhiễm.

2. Bộ Kế hoạch và Đầu tư

a) Bố trí kinh phí đầu tư để triển khai các Dự án thực hiện Chiến lược.

b) Vận động, huy động các nguồn tài trợ trong và ngoài nước cho thực hiện Chiến lược.

3. Bộ Tài chính

a) Bố trí kinh phí hoạt động phòng, chống bệnh không lây nhiễm thực hiện Chiến lược; hướng dẫn, kiểm tra và giám sát việc quản lý và sử dụng kinh phí thực hiện Chiến lược theo quy định.

b) Nghiên cứu đề xuất mức thuế phù hợp đối với các sản phẩm kinh doanh có điều kiện để hạn chế sử dụng các sản phẩm không có lợi cho sức khỏe, đồng thời có chính sách tài chính khuyến khích sản xuất và tiêu dùng các sản phẩm có lợi cho sức khỏe.

4. Bộ Công Thương

a) Tăng cường quản lý về kinh doanh thuốc lá, đồ uống có cồn và các sản phẩm khác nhằm ngăn chặn tối đa yếu tố nguy cơ gây mắc bệnh không lây nhiễm từ các sản phẩm này.

b) Phối hợp với các Bộ, ngành liên quan rà soát, sửa đổi, ban hành theo thẩm quyền các văn bản quy phạm pháp luật quy định về dán nhãn minh bạch sản phẩm, in thông tin cảnh báo sức khỏe trên các sản phẩm thuốc lá, đồ uống có cồn và các sản phẩm khác có yếu tố nguy cơ gây bệnh không lây nhiễm.

c) Chủ trì, phối hợp với Bộ Y tế và các Bộ, ngành liên quan để xây dựng dự án số 03 của Chiến lược trình cấp có thẩm quyền phê duyệt và triển khai thực hiện.

5. Bộ Tài nguyên và Môi trường

a) Phối hợp với Bộ Y tế tổng hợp, theo dõi và đánh giá các yếu tố môi trường có tác động đến sức khỏe và bệnh tật của con người, trong đó có bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản; đề xuất và tổ chức thực hiện các giải pháp giám sát, giảm thiểu các yếu tố này.

b) Đẩy mạnh thực thi Luật Bảo vệ môi trường, bổ sung hoàn thiện các quy định pháp luật nhằm giảm thiểu tối đa các yếu tố nguy hại đến sức khỏe nhân dân nói chung và gây bệnh không lây nhiễm nói riêng theo thẩm quyền, để thực hiện mục tiêu của Chiến lược.

6. Bộ Giáo dục và Đào tạo

a) Triển khai các hoạt động truyền thông, giáo dục thay đổi hành vi về dinh dưỡng phù hợp với từng lứa tuổi và tăng cường hoạt động thể lực cho trẻ em, học sinh, sinh viên để dự phòng các bệnh không lây nhiễm; lồng ghép nội dung phòng, chống các yếu tố nguy cơ gây bệnh không lây nhiễm trong hoạt động ở các cấp học.

b) Chủ trì, phối hợp với Bộ Y tế và các Bộ, ngành liên quan để xây dựng Dự án số 4 của Chiến lược, trình cấp có thẩm quyền phê duyệt và triển khai thực hiện.

7. Bộ Giao thông vận tải

Tăng cường quản lý, kiểm soát các phương tiện giao thông cơ giới thải ra môi trường các chất có nguy cơ gây bệnh không lây nhiễm theo quy định; nghiên cứu, đề xuất các giải pháp phát triển giao thông công cộng và hạ tầng cơ sở cho giao thông phi cơ giới.

8. Bộ Xây dựng

a) Chủ trì, phối hợp với các Bộ, ngành liên quan rà soát, bổ sung các quy định pháp luật, các đồ án quy hoạch cũng như tăng cường công tác thanh tra, kiểm tra công tác phát triển đô thị nhằm bảo đảm không gian sống và cơ sở vật chất cho các hoạt động thể lực, nâng cao chất lượng sống cho cư dân đô thị.

b) Có cơ chế chính sách phù hợp nhằm khuyến khích việc sử dụng vật liệu an toàn, thân thiện với môi trường trong các dự án xây dựng.

9. Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch

a) Chủ trì xây dựng và ban hành các quy định pháp luật nhằm tăng cường cơ sở vật chất cho thể dục, thể thao quần chúng; phát động các chương trình, phong trào rèn luyện thể dục thể thao trong cộng đồng.

b) Chủ trì, phối hợp với các Bộ, ngành liên quan để xây dựng Dự án số 5 của Chiến lược trình cấp có thẩm quyền phê duyệt và triển khai thực hiện.

10. Bộ Thông tin và Truyền thông

a) Phối hợp với Bộ Y tế, chỉ đạo và tổ chức các hoạt động thông tin, truyền thông về phòng, chống các bệnh không lây nhiễm và các yếu tố nguy cơ gây bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản.

b) Phối hợp với Bộ Y tế và các Bộ, ngành liên quan để xây dựng Dự án số 1 của Chiến lược, trình cấp có thẩm quyền phê duyệt và triển khai thực hiện.

11. Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn

Chủ trì và phối hợp với các Bộ, ngành liên quan tăng cường quản lý, thanh tra, giám sát bảo đảm thực phẩm sạch, nước sạch nông thôn; kiểm soát dư lượng phân bón, các chất tăng trưởng, chất kháng sinh, thuốc bảo vệ thực vật trong các sản phẩm nông nghiệp.

12. Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội

a) Phối hợp với các Bộ, ngành liên quan tăng cường quản lý, thanh tra, giám sát bảo đảm môi trường làm việc nâng cao sức khỏe cho người lao động, giảm thiểu các yếu tố nguy cơ gây bệnh không lây nhiễm.

b) Phối hợp với Bộ Y tế trong việc tổ chức khám sức khỏe định kỳ, khám sàng lọc, nhằm phát hiện sớm, quản lý điều trị và phục hồi chức năng cho người lao động mắc bệnh không lây nhiễm.

13. Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương

a) Chịu trách nhiệm xây dựng kế hoạch và chỉ đạo triển khai Chiến lược tại địa phương.

b) Bố trí đủ ngân sách, nhân lực, cơ sở vật chất để triển khai thực hiện Chiến lược tại địa phương.

c) Kiểm tra, giám sát, báo cáo tiến độ và kết quả việc thực hiện Chiến lược.

14. Các Bộ, cơ quan ngang Bộ, cơ quan thuộc Chính phủ

Triển khai thực hiện các nội dung của Chiến lược liên quan đến lĩnh vực phụ trách.

15. Thành lập Ban chỉ đạo quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm trên cơ sở hợp nhất các ban chỉ đạo hiện có của các chương trình, hoạt động trong lĩnh vực phòng, chống bệnh không lây nhiễm để thống nhất tập trung đầu mối chỉ đạo. Ban chỉ đạo quốc gia do Bộ trưởng Bộ Y tế làm Trưởng ban với sự tham gia của đại diện các Bộ, ngành, đoàn thể, tổ chức xã hội liên quan, có trách nhiệm xây dựng và tổ chức triển khai kế hoạch thực hiện Chiến lược này. Văn phòng thường trực giúp việc Ban chỉ đạo đặt tại Bộ Y tế.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành.

Điều 3. Các Bộ trưởng, Thủ trưởng cơ quan ngang Bộ, Thủ trưởng cơ quan thuộc Chính phủ, Chủ tịch Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và các tổ chức, cá nhân có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:
- Thủ tướng, các Phó Thủ tướng Chính phủ;
- Các Bộ, cơ quan ngang Bộ, cơ quan thuộc Chính phủ;
- Văn phòng Trung ương và các Ban của Đảng;
- Văn phòng Tổng Bí thư;
- Văn phòng Chủ tịch nước;
- Hội đồng Dân tộc và các Ủy ban của Quốc Hội;
- Văn phòng Quốc hội;
- Ủy ban Trung ương Mặt trận Tổ quốc Việt Nam;
- Cơ quan Trung ương của các đoàn thể;
- UBND các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;
- Cơ quan đại diện Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) tại Việt Nam;
- VPCP: BTCN, các PCN, Trợ lý TTg, TGĐ Cổng TTĐT, các Vụ, Cục;
- Lưu: Văn thư, KGVX (3b).ĐXC.168

KT.THỦ TƯỚNG
PHÓ THỦ TƯỚNG

(Đã ký)
Vũ Đức Đam

PRIME MINISTER

No: 376 /QĐ-TTg

SOCIAL REPUBLIC OF VIỆT NAM

Independence – Freedom – Happiness

Hà Nội, 20 March, 2015

DECISION

Approve the National Strategy on prevention and control of cancers, cardiovascular diseases, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, asthma and other NCDs period 2015 - 2025

PRIME MINISTER

Pursuant to the Government Organization Act at December 25, 2001;

Pursuant to the National Strategy for the Protection, Care and Improving People's health period 2011-2020 with vision to 2030;

At the request of the Minister of Health,

DECIDED

Article 1. Approve the National Strategy on prevention and control of cancers, cardiovascular diseases, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, asthma and other NCDs period 2015 - 2025 (herein after Strategy) with the following contents:

I. PRINCIPLES.

1. Cancers, cardiovascular diseases, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, asthma and other non-communicable diseases (herein after non-communicable diseases) have serious impact to the community and the development of economy and society because of their large number of patients, the high disability and mortality. The diseases can be prevented effectively to minimize morbidity, disability and mortality.
2. Prevention and control of non-communicable diseases are the responsibility of government at all levels, sectors and individuals, in which government takes leadership and health sector plays a key role.

3. Control of the main risk factors including smoking, harmful use of alcohol, unhealthy diet, unhealthy food, physical inactivity and other factors a long with active surveillance, early detection, treatment, long term and continuing management at primary health care facilities are key measures.
4. Financial resources for prevention and control of non-communicable diseases are from various sources in which the State budget is the mainly for risk factors control, prevention, surveillance and early detection of NCDs.

II. OBJECTIVE

1. Goal.

To constrain increase and aim to reduce mobidity, disability and premature death due to NCDs focusing on prevention and control of cancers, cardiovascular diseases, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease and asthma to contribute to the protection, care and promotion of people's health and the social and economic development of the country.

2. Objectives and targets to 2025

a) Objective 1: To raise awareness of government at all levels and citizens on prevention and control of cancer, cardiovascular diseases, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease and asthma

Targets:

- 100% People's Committees of provinces and cities have plans and allocate budget to implement strategy at the locals;
- 70% of adults have knowledge about cancers, cardiovascular diseases, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease and asthma, about the impact of NCDs to the community's health, to national society and economy, as well as principle of NCD prevention and control.;

b) Objective 2: To minimize behavioral risk factors of cancers, cardiovascular diseases, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease and asthma.

Targets:

- A 30% relative reduction in the prevalence of smoking among people aged 15 and older compared with 2015; reducing the prevalence of smoking among aldolescent to less than 3.6%.
- A 10% relative reduction in the prevalence of harmful use of alcohol among adult men compared with 2015; reducing the prevalence of drinking among aldolescent to less than 20%
- A 30% relative reduction in the mean salt consumption/adult/day compared with 2015;
- A 10% relative reduction in the prevalence of physical inactivity among adults, compared with 2015

c) Objective 3: To halt the increase of pre-diseases, morbidity and premature death due to cancers, cardiovascular diseases, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease and asthma.

Targets:

- To constrain the prevalence of overweight/obesity (BMI≥25) among persons aged 18+ to less than 15%; constrain the prevalence of overweight/obesity among children to less than 10%
- To constrain the prevalence of raised total cholesterol (>5.0 mmol/L) among adults to less than 35%;
- To constrain the prevalence of hypertension among adults to less than 30%; 50% of hypertensive persons are detected; 50% of detected persons are managed and treated in accordance with the guidelines;
- To constrain the prevalence of pre-diabetes among persons aged 30-69 to less than 16%, prevalence of diabetes among persons aged 30-69 to less than 8%; 50% of persons with diabetes are detected; 50% of detected diabetes are managed and treated in accordance with the guidelines.

- 50% of people with chronic obstructive pulmonary diseases are detected at an early stage; 50% of detected patients are managed and treated in accordance with the guidelines;
- 50% of people with asthma are detected and treated at an early stage; 50% of treated patients are well controled in which 20% fully achieved target treatment;
- 40% of people with some common cancers are detected at an early stage (cancers which the effectiveness of treatment can be improved if detected at early stages)
- a 20% relative reduction in premature (aged <70) death rate due to cancer, cardio-vascular diseases, diabetes and chronic obstructive pulmonary diseases compared with 2015.

d) Objective 4: To increase capacity and effectiveness of the sytems for prevention, surveillance, detection, treatment and management of cancer, cardiovascular, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, asthma and other NCDs.

Targets:

- 90% of preventive medicine facilities provide essential services for the prevention and control of NCDs as regulated;
- 90% of health staff working in the field of NCD prevention and control receive trainings on prevention, surveillance, detection, treatment and management as regulated;
- 90% of commune/ward/town health stations and equivalent health care facilities have enough essential equipments and drugs for prevention, detection, treatment and management of relevant cancers, cardiovascular diseases, diabetes, chronic obstructive pulmonary diseases and asthma in accordance with funtions and duties.

III. MEASURES.

1. Measures on policy, legislation and multi-sectoral collaboration.

a) To supplement, perfect and enhance enforcement of the policies, legal documents to control risk factors and promote healthy factors for prevention and control of NCDs:

- Fully implementing the Tobacco Control Law, Environment Protection Law, Food Safety Law, the National policy for prevention and control of harmful use of alcohol until 2020 and other relevant policy documents. Develop and submit to authorize level for the approval of the Alcohol control Law. Enhance the enforcement, supplement and complete policy documents and warning about the health impact of processed foods, soft drink, food additives, especially products for children.
- Propose, supplement regulations on controlling advertising and tax policy to reduce consumption of tobacco, alcohol, soft drink, processed food and other products that have risks of causing NCDs
- Propose, supplement policies to encourage production, provision and consumption of safe and healthy foods; the policy to facilitate people's access to and use of public spaces, sport and gymnasium facilities; promote public transportation and non-motorised transportation

b) Complete multi-sectoral collaboration mechanisms from central to locals, along with mobilize organizations, individuals and community to be involved in the implementation of the strategy.

c) Review, supplement and complete legal policies to ensure NCD prevention and control activities are performed in an uniformed system from central to local level; ensure the availability of essential medicine and equipment for prevention, early detection, treatment and long term management at grassroots' health care facilities.

d) Propose policies to encourage providing services of prevention, treament and management of NCDs at community through private sector and family doctors especially the remote and isolate areas.

2. Measure on communication and social mobilization

a) Use the network of information and communication from central to local level to communicate, disseminate, and mobilize support from government at all levels, sectors, mass organizations and individuals to implement policies, laws, guidelines and recommendations on the prevention and control of NCDs.

b) Develop and supply communication programmes and materials, on NCD prevention and control, which are suitable to communication channels and target audiences.

c) Promote the development and implementation of models of healthy communities and settings relevant to local context and population groups including models of health promoting school, healthy workplace and healthy city.

d) Propose the launching of a movement on Healthy Lifestyles for all to prevent and control NCDs.

3. Measures on strengthening service delivery systems and medical-technical guidance.

a) Organize a system for prevention, early detection, diagnostics, treatment and management of NCD from central level to commune level nationwide:

- Develop and issue technical guidelines on prevention, early detection, diagnostics and treatment, management of cancer, cardiovascular diseases, diabetes, chronic obstructive pulmonary diseases and asthma in accordance with roles and functions and technical decentralization rule applied to the health facilities.
- Preventive medicine facilities, examination and treatment facilities (public and private) from central level to the commune level organize activities on prevention, early detection, diagnistics, treatment and management of cancer, cardiovascular, diabetes, chronic obstructive pulmonary diseases and asthma in accordane with defined roles and functions.
- Coordinate and integrate the examination for detection of NCDs with regular health check and health management at schools, offices and factories.

b) Strengthening the early detection, treatment and management at CHS and the community for patients with cancer, cardiovascular diseases, diabetes, chronic obstructive pulmonary diseases, asthma and other NCDs, as per relevant regulations; ensure the provision of long term and continuing care for patients.

- Organize appropriate types of early detection, treatment and management of NCDs at the commune level; in short-term providing follow-up treatment of disease as prescribed by doctors at higher levels; step by step provide independently basic management and treatment for NCDs in those CHS that meet the requirements.
- Provide sufficient essential medicines for treatment of cardiovascular diseases, diabetes, chronic obstructive pulmonary diseases, bronchial asthma and selected other NCDs at CHS level, as per relevant regulations.

c) Strengthening the effectivenes of the activities of the system of preventive medicine on controlling of NCD risk factors and pre-disease conditions in order to prevent cancer, cardiovascular diseases, diabetes, chronic obstructive pulmonary diseases and asthma.

- Issue technical guidelines and implement effective interventions for tobacco control, alcohol control, ensuring healthy nutrition, reducing salt consumption and promoting physical activity in schools, the workplace and in the community; implement effectively early detection, management, counseling and prevention of cases with overweight and obesity, hypertension, dyslipidemia, hyperglycemia, and high-risk of cardiovascular diseases. Implement model of healthy settings for prevention and control of NCD.

- Implement effectively the vaccination for prevention of cancer; ensure that children under 1 year of age received 3 doses of hepatitis B vaccine; and gradually extended service for HPV vaccination to prevent cervical cancer for women at relevant ages and other vaccines if available.
- Support, monitor and supervise the activities of prevention, early detection, treatment, management and self-management of cancer, cardiovascular, diabetes, chronic obstructive pulmonary diseases and asthma at commune health stations and community, as per relevant regulation. Strengthen the capacity of the district health centers so as to manage and provide technical support for commune-level facilities.
- Strengthen the technical support for other inter-sectors activities for community-based NCD prevention and control activities.

d) Strengthening the system of examination and treatment facilities to provide comprehensive, advanced and high - tech services in diagnosis and treatment of patients with NCDs, and at the same time providing technical support for lower level facilities, ensuring early detection, effective treatment and continuing and long term management of NCDs.

- Upgrade and improve facilities for diagnostic and treatment of cancer, cardiovascular diseases, diabetes, chronic obstructive pulmonary diseases and asthma.
- Implement suitable and effective screening measures for early detection, treatment and management of cancer, cardiovascular diseases, diabetes, Chronic Obstructive Respiratory Diseases and asthma.
- Complete and implement benefits package for each level of the system to ensure continuity of treatment for patients with cancer, cardiovascular diseases, diabetes, chronic obstructive pulmonary diseases and asthma.

4. Measure on resources

a) Human Resource Development

- Arrange and rearrange staff at all level for prevention and control of NCDs.
- Add, update contents on prevention and control of NCDs in the curriculum of medical schools, colleges and university; give priority to training of family doctors, bachelors of public health, bachelors of nursing and bachelors of nutrition and dietetics.
- Train and build capacity for staff of other ministries and sectors in areas related to the control of NCD risk factors.
- Strengthen capacity on NCDs prevention and control for health care workers suitable for task and requirements at each level. Ensure training and continuing training to update knowledge and skills on prevention and control of NCDs.
- Give priority for re-training of health workers at CHS, at school health units, and health units at offices and factories, and villages' health workers utilizing a comprehensive and integrated training programme on NCD prevention and control so as to ensure provision of servives for prevention, management, treatment and care for NCD patient at CHS and community level.
- Provide relevant mechanism to encourage health workers at commune level to implement activities for early detection, monitoring, treatment and management of NCDs in the community.

b) Financial resources

Funding sources for implementation include:

- State budget for control of risk factors, prevention, surveillance and early detection of cancers, cardiovascular diseases, diabetes, Chronic Obstructive Respiratory Diseases and asthma.
- From health insurance;

- Socialization source;
- Other lawful source of fund;

c) Medicines and equipment

- Increase investment, upgrading equipment and facilities for surveilance, prevention, detection, early diagnosis and treatment of cancer, cardiovascular, diabetes, chronic obstructive pulmonary diseases and asthma.
- Ensure that essential drugs and supplies for diagnostics and treatment of NCDs at CHS to be covered by health insurrance.
- Ensure provision of vacines and biological products for prevention of selected types of cancer.

5. Measures on research, monitoring and surveillance

a) Strengthen capacity, promote scientific research in the field of prevention and control of NCDs. Set up a network of facilities for high – quality research and training on NCDs with the participation of universities and accademic institutes. Increase the use of information and scientific evidence in policy formulation, planning, programs and projects on prevention and control of non-communicable diseases, especially in community based interventions.

b) Build a system of non-communicable diseases surveillance integrated into the national health information system to monitor the trends of risk factors, morbidity and mortality of NCDs; response of the health system; and to evaluate the effectiveness of intervention measures.

- Update and complete the set of national indicators, protocol and tool of surveillance applied uniformly across the country, at the same time to strenthen the system for collecting information and reporting on NCDs.
- Conduct regularly national surveys on risk factors of NCDs using standardized tools and protocol to collect, track, and monitor the magnitude and trend of NCD risk factors in the community.
- Develop and implement the surveillance of NCD mortality in the community on the basis of information collected from death registration systems at CHS. Enhance the quality and coverage of cancer registry network and develop the system for stroke registry. Periodically collect information on morbidity and mortality of NCDs from reports by hospital system.
- Strenthen the monitoring and evaluation of NCD prevention and control activity, the progress of the implementation of the NCD strategy and related policies of sectors and ministries.
- Develop national database of non-communicable diseases, assign the focal point for management and publication of information and data of non-communicable diseases. To develop and strengthen the information system linking between different levels of the healthcare facilities to ensure long-term and continuing care and treament for patients.

6. Measure on strengthening International cooperation

a) Actively cooperate with countries, institutes, universities and professional associations in the region and the world in the areas of research and training for development and enhancement of quality of human resources for NCD prevention and control.

b) Build an extensive collaboration with WHO and other international organisations to promote and support the implementation of the Strategy; align international support programs with activities outlined in the Strategy in order to achieve objectives of the Strategy.

IV. PROJECTS FOR IMPLEMENTATION OF THE STRATEGY

Develop projects for the period 2015-2020 for implementing the stratery including:

1. Project on Public communication and social mobilization for the prevention and control of cancer, CVD, diabeties, COPD and asthma, period 2015- 2020.

- Lead agency: MOH
- Coordinating agencies: MOCI, related Ministries, agencies, organisations and People's Committees of provinces and citities.

2. Project on proactive prevention, early detection, diagnosis, treatment and management of cancer, CVD, diabeties, COPD and asthma and risk factors, period 2015-2020.

- Lead agency: MOH
- Coordinating agencies: related Ministries, agencies, organisations and People's Committees of provinces and citities.

3. Project on management and monitoring of salt, sugar, fat and additives in processed food and population-based intervention to reduce salt consumption to prevent NCDs, period 2015-2020.

- Lead agency: MOIT.
- Coordinating agencies: MOH, related Ministries, agencies, organisations and People's Committees of provinces and citities.

4. Project on promoting healthy nutrition and physical activity among children and students for health promotion and NCD prevention, period 2015-2020.

- Lead agency: Ministry of Education and Training
- Coordinating agencies: MOH, related Ministries, agencies, organisations and People's Committees of provinces and citities.

5. Project on promoting physical activity for the prevention of cancer, CVD, diabeties, COPD and asthma, period 2015-2020.

- Lead agency: Ministry of Culture, Sports and Tourism
- Coordinating agencies: Ministry of Transportation, Ministry of Construction, MOH and related Ministries, agencies, organisations and People's Committees of provinces and citities.

V. Operational arrangement.

Based on the Strategy, ministries, sectors and people's committees of provinces and cities develop plans to implement the Strategy in accordance with their areas of responsibilities and regularly report to Ministry of Health for synthesizing and reporting to the Prime Minister.

1. Ministry of Health

a) To take lead and coordinate with relevant ministries, sectors, People's Committees of provinces, cities and organizations and agencies to develop plans and implement the Strategy for the whole country.

b) To take lead and coordinate with relevant ministries and sectors, according to its function to propose, develop and issue or submit to competent authorities for issuing policies, legal documents related to the prevention and control of cancer, CVD, diabeties, COPD and asthma.

c) To take lead and coordinate with relevant ministries and sectors to develop Project No 1 and 2 of the Strategy and submit to competent authorities for endorcement and implement upon approval;

d) To provide guidance, supervision and monitor the implementation of the Strategy. Periodically report to the Prime Minister on the progress and results of the Strategy implementation.

e) To take lead and coordinate with Ministry of Finance and related ministries, organizations and agencies to propose competent authorities about establishment of Community Health Promotion Foundation, based on the integration with existing Tobacco Control Fund, to provide direct support for the NCD prevention and control activity

2. Ministry of Panning and Investment

a) To invest funds for implementation of the Strategy's Projects .

b) To mobilise funds from national and international sources for implementation of the Strategy.

3. Ministry of Finance

a) To allocate budget for implementation of the Strategy; provide guidance, monitoring and supervision of the management and use of funds in accordance with the current regulations.

b) To propose appropriate tax rates for reducing unhealthy products, and financial policies for promoting production and consumption of healthy ones.

4. Ministry of Industry and Trade

a) To strengthen management of production and trading of tobacco, alcoholic bevarages and other products to minimize risks of NCD from these products.

b) To coordinate with relevant ministries, sectors to review, make necessary amendments and promulgate legal documents regulating clear labelling and warnings about risk factors of NCDs on the products of tobacco, alcohol and other.

c) Take lead and collaborate with MOH and relevant Ministries, sectors to develop Action Plan No3 of the Strategy and submit to competent authorities for approval and implementation.

5. Ministry of Natural Resources and Environment

a) To coordinate with MOH to consolidate, monitor and evaluate environmental factors that have impacts on people's health and diseases including cancers, CVDs, diabeties, COPD and asthma; to make proposals and organize the implementation of measures for supervision and minimization of these factors.

b) Whithin its jurisdiction, to strengthen the implementation of Law on Environment protection, to make amendments to existing legislations to minimize risk factors to people's health in general as well as NCDs in particular in order to fulfil the objectives of the Strategy.

6. Ministry of Education and Training

a) To implement public communication and education on comprehensive nutrition and physical activities for pupils and students from kindergarten to university levels; to integrate NCD risk factors education in programmes, activities at all education level.

b) In collaboration with MOH to take lead and coordinate with relevant Ministries, sectors to develop Action Plan No4 of the Strategy and submit to competent authorities for approval and implementation.

7. Ministry of Transportation

To take lead in management and control of means of transport emitting substances causing environmental pollution; to consider and propose solutions for development of public transport system and infrastructure for non-motorized transport.

8. Ministry of Construction

a) To take lead and coordinate with relevant Ministries, sectors to review urban designs, closely supervise implementation of urban development according to approved design and plans to ensure space and infrastructure promoting physical activities, improving quality of life for urban residents.

b) Develop relevant policies to encourage utilization of safe and environmental- friendly materials in construction.

9. Ministry of Culture, Sports and Tourism

a) To take lead in development and implementation of projects, programmes to increase investment for infrastructure for public sporting activities, to initiate programmes and campaigns increasing physical activities in the communities;

b) To take lead and coordinate with relevant Ministries, sectors to develop Action Plan No 5 of the Strategy and submit to competent authorities for approval and implementation.

10. Ministry of Information and Communications

a) To take lead in the guidance and implementation of activities for provision of information, public education on prevention and control of cancer, CVD, diabeties, COPD and asthma and risk factors.

b) In collaboration with MOH to take lead and coordinate with relevant Ministries, sectors to develop Action Plan No1 of the Strategy and submit to competent authorities for approval and implementation.

11. Ministry of Agriculture and Rural Development

To take lead in the management and control of fresh foods, rural safe water provision; control of residual concentration of fertilizers, growth substances, anti-biotics and insecticides in agricultural products.

12. Ministry of Labour Invalids and Social affairs

a) Coordinate with other sectors to ensure healthy working enviroments minimizing risk factors for NCDs.

b) Collaborate with MOH in organizing regular health check up, screening for early detection, treatment and rehabilitation for workers having NCDs.

13. People's Committees of provinces, cities

a) To develop action plans and to direct the implementation of the Strategy in local areas.

b) To allocate adequate budget, human resources, and infrastructure for implementation of the Strategy in the local areas.

c) To undertake monitoring and supervision and report on progress, results of the implementation of the Strategy.

14. Ministries, Ministerial level agencies and agencies under direct Government management

To implement activities as outlined in the Strategy under their respective responsibilities.

15. To establish a National Steering committee for the prevention and con trol of NCDs on the basis of integrating existing steering committees of programmes, activities for NCDs prevention in order to unify into a single point of leadership. The National Steering committee, to be headed by the Minister of Health with representatives from Ministries, sectors, mass organization and other social political organisations, shall be responsible for development and implementation of the Strategy. The Executive Office of the National Steering committee shall support the National steering committee and shall be located in MOH.

Article 2. This Decision will be effective from the date of signing.

Article 3. Ministers, head of Ministerial level agencies, head of agencies under direct Government's management, Chairmen of People's committees of provinces, cities are liable to implement this Decision./.

Signed on behalf of Prime Minister

Deputy Prime Minister

Vu Duc Dam

CHIẾN LƯỢC QUỐC GIA PHÒNG, CHỐNG BỆNH UNG UNG THƯ, TIM MẠCH, ĐÁI THÁO ĐƯỜNG, BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH, HEN PHẾ QUẢN VÀ CÁC BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM KHÁC GIAI ĐOẠN 2015-2025

Hà Nội, 2014

MỤC LỤC

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT 3
ĐẶT VẤN ĐỀ 4
PHẦN 1. BỐI CẢNH BAN HÀNH CHIẾN LƯỢC 5
I. THÔNG TIN CHUNG VỀ BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM 5
II. GÁNH NẶNG BỆNH TẬT, TỬ VONG DO BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM. 7
1. Trên thế giới 7
2. Tại Việt Nam 8
III. THỰC TRẠNG CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY BỆNH 10
IV. TÁC ĐỘNG ĐỐI VỚI SỰ PHÁT TRIỂN KINH TẾ XÃ HỘI. 16
V. THỰC TRẠNG PHÒNG CHỐNG BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM 17
1. Công tác quản lý điều hành. 17
2. Xây dựng và thực thi các chính sách phòng chống yếu tố nguy cơ 18
3. Phòng chống bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, ung thư và bệnh phổi mạn tính 23
4. Phát triển nguồn nhân lực 28
5. Tài chính 28
6. Dược, vắc xin và trang thiết bị y tế 29
7. Hoạt động giám sát bệnh không lây nhiễm 29
VI. ĐÁNH GIÁ CÁC KHÓ KHĂN, THÁCH THỨC 31
VII. KINH NGHIỆM THẾ GIỚI PHÒNG CHỐNG BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM 33
1. Các văn kiện toàn cầu và khu vực về phòng chống BKLN 33
2. Khuyến nghị các giải pháp trong phòng chống BKLN 36
3. Khuyến nghị các mục tiêu tự nguyện toàn cầu trong phòng chống BKLN 36
4. Khuyến nghị các can thiệp tốt nhất và các can thiệp kinh tế hiệu quả cao 37
5. Kinh nghiệm của một số nước trên thế giới trong phòng chống BKLN 38
PHẦN 2. DỰ BÁO TÌNH HÌNH 40
I. DỰ BÁO TÌNH HÌNH BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM 40
II. DỰ BÁO SỰ GIA TĂNG CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY BỆNH 40
III. TỔNG HỢP THỰC TRẠNG VÀ DỰ BÁO XU HƯỚNG 42
PHẦN 3. NỘI DUNG CHIẾN LƯỢC 44
I. QUAN ĐIỂM 44
II. MỤC TIÊU 44
1. Mục tiêu chung 44
2. Mục tiêu cụ thể và chỉ tiêu đến năm 2025 44
III. GIẢI PHÁP 45
1. Giải pháp về chính sách, pháp luật và phối hợp liên ngành 45
2. Giải pháp về truyền thông và vận động xã hội 46
3. Giải pháp tăng cường hệ thống cung cấp dịch vụ và chuyên môn kỹ thuật y tế 46
4. Giải pháp về nguồn lực 47
5. Giải pháp về nghiên cứu, theo dõi và giám sát 48
6. Giải pháp tăng cường hợp tác quốc tế 48
IV. CÁC CHƯƠNG TRÌNH, DỰ ÁN THỰC HIỆN CHIẾN LƯỢC 49
V. TỔ CHỨC THỰC HIỆN 49

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

BHYT	Bảo hiểm y tế
BKLN	Bệnh không lây nhiễm
BMI	Chỉ số khối cơ thể (kg/m2)
COPD	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
CTMTQG	Chương trình mục tiêu quốc gia
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
WHO	Tổ chức Y tế thế giới
ĐTĐ	Đái tháo đường
DALY	Gánh nặng bệnh tật tử vong
PCTHTL	Phòng chống tác hại thuốc lá
PCUT	Phòng chống ung thư
TDTT	Thể dục thể thao
THA	Tăng huyết áp
YTCC	Y tế công cộng
YTDP	Y tế dự phòng

ĐẶT VẤN ĐỀ

Các BKLN chủ yếu gồm bệnh tim mạch, ung thư, ĐTĐ và COPD đang là mối đe dọa lớn nhất với sức khỏe toàn cầu, gây ra số trường hợp tử vong lớn hơn tổng số tử vong do tất cả các loại bệnh khác cộng lại. Trong tháng 9 năm 2011, Hội nghị cấp cao Đại Hội đồng Liên hợp quốc đã ra Tuyên bố chính trị khẳng định các bệnh không lây nhiễm chủ yếu gồm bệnh tim mạch, ung thư, đái tháo đường và COPD là một thách thức lớn của thế kỷ XXI, làm suy giảm sự phát triển kinh tế toàn cầu và đe dọa tiến trình thực hiện các Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ. Liên hợp quốc đã kêu gọi tất cả các quốc gia thành viên cần nỗ lực xây dựng và thực thi kế hoạch quốc gia để dự phòng và kiểm soát các BKLN nói trên.

Mặc dù rất nguy hiểm nhưng các bệnh ung thư, tim mạch, ĐTĐ, COPD và các BKLN khác có thể được phòng chống hiệu quả thông qua kiểm soát các yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia, chế độ dinh dưỡng không hợp lý và ít hoạt động thể lực cùng với việc tăng cường năng lực hệ thống y tế để phát hiện sớm, quản lý điều trị và chăm sóc người bệnh.

Việt Nam đã có nhiều nỗ lực trong phòng chống các bệnh dịch truyền nhiễm, đồng thời quan tâm đầu tư cho lĩnh vực phòng chống BKLN. Các dự án phòng chống BKLN đã được đưa vào CTMTQG về y tế. Một số văn bản luật, chính sách liên quan đã được ban hành như Luật phòng chống tác hại thuốc lá, Chính sách quốc gia phòng chống tác hại do lạm dụng đồ uống có cồn đến năm 2020. Mặc dù vậy, Việt Nam vẫn đang phải đối mặt với gánh nặng bệnh tật kép, trong khi tỷ lệ mắc và tử vong do các bệnh truyền nhiễm đã giảm, các BKLN chủ yếu gồm bệnh tim mạch, ung thư, ĐTĐ và COPD đang gia tăng nhanh, chiếm tới 73% tổng số tử vong, 66% tổng gánh nặng bệnh tật. Các BKLN nói trên như một bệnh dịch là nguyên nhân chính dẫn đến tình trạng quá tải tại các bệnh viện; gây thiệt hại, ảnh hưởng lớn đến phát triển kinh tế, xã hội của đất nước do bệnh phải điều trị suốt đời làm tăng chi phí y tế, giảm năng xuất lao động và sản phẩm xã hội, ảnh hưởng nặng nề tới sức khỏe cộng đồng.

Trước tình hình trên, việc xây dựng Chiến lược quốc gia phòng chống các bệnh ung thư, tim mạch, ĐTĐ, COPD, hen phế quản và các BKLN khác là hết sức cần thiết nhằm tăng cường hiệu quả hoạt động theo hướng toàn diện, lồng ghép, dựa vào cộng đồng và để huy động sự tham gia chủ động của các Bộ, ngành, góp phần thực hiện thành công các mục tiêu của Chiến lược chăm sóc, bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2020 và tầm nhìn đến 2030.

Phần 1
BỐI CẢNH BAN HÀNH CHIẾN LƯỢC

I. THÔNG TIN CHUNG VỀ BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM

Hiện nay, hoạt động phòng chống BKLN của Việt Nam đang tập trung vào các nhóm bệnh chính gồm: THA, bệnh tim mạch (đột quỵ, suy tim, bệnh mạch vành…), ĐTĐ, các bệnh ung thư và COPD. Đây là những BKLN có tỷ lệ mắc cao và là nguyên nhân chủ yếu gây tàn tật và tử vong ở người trưởng thành. Bên cạnh đó, những bệnh này có chung một số yếu tố nguy cơ có thể phòng, tránh được, vì vậy kiểm soát những yếu tố nguy cơ chung có thể phòng ngừa được đồng thời các bệnh. BKLN còn được gọi là "bệnh mạn tính" bởi vì quá trình hình thành bệnh diễn ra trong nhiều năm, thường là bắt đầu từ tuổi trẻ, bệnh tiến triển kéo dài, đòi hỏi việc điều trị có hệ thống và lâu dài, thậm chí cả cuộc đời.

Đối với các BKLN thường không xác định được nguyên nhân cụ thể mà chỉ có một nhóm yếu tố nguy cơ góp phần làm bệnh phát triển gồm: Yếu tố về hành vi lối sống như hút thuốc lá, lạm dụng rượu, bia, dinh dưỡng không hợp lý và ít hoạt động thể lực. Các yếu tố nguy cơ về hành vi sẽ dẫn tới các biến đổi về sinh lý/chuyển hóa (hay còn gọi là yếu tố nguy cơ trung gian/tình trạng tiền bệnh) bao gồm: THA, thừa cân béo phì, tăng đường máu và rối loạn lipid máu. Sâu xa hơn, nguyên nhân gốc rễ sự gia tăng các yếu tố nguy cơ trên liên quan đến các yếu tố môi trường, kinh tế, xã hội…

Dưới đây là một số yếu tố nguy cơ chung của các bệnh ung thư, tim mạch, ĐTĐ, bệnh phổi mạn tính:

Hút thuốc lá: Hút thuốc ước tính là nguyên nhân của 71% số trường hợp ung thư phổi; 42% số trường hợp bệnh phổi mạn tính và 10% các bệnh tim mạch[1]. Hút thuốc còn là yếu tố nguy cơ của một số bệnh nhiễm trùng như lao phổi và nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới. Nhai sợi thuốc có thể gây ra ung thư khoang miệng, THA, các bệnh tim mạch và một số bệnh lý khác. Thuốc lá không những gây tác hại cho người trực tiếp hút thuốc mà còn gây tác hại cho những người hút thuốc thụ động. Trên thế giới mỗi năm có khoảng 6 triệu người tử vong do thuốc lá, bao gồm cả do hút thuốc thụ động. Đến năm 2020 con số này sẽ tăng lên đến 7,5 triệu người, chiếm khoảng 10% tổng số tử vong toàn cầu. Thuốc lá còn gây ra những tổn hại về kinh tế cho gia đình, đói nghèo và hủy hoại môi trường.

Sử dụng rượu, bia ở mức có hại: Rượu, bia và các đồ uống có cồn khác là chất gây nghiện. Theo khuyến nghị của WHO, nếu uống thì nam giới không nên uống quá 2 đơn vị rượu/ngày[2](20g rượu nguyên chất) và nữ giới không nên uống quá 1 đơn vị rượu (10g) mỗi ngày. Tuy nhiên, mức độ sử dụng này vẫn được coi là có nguy cơ ở mức thấp với sức khỏe. Sử dụng rượu bia ở mức nguy cơ cao hơn gồm có uống ở mức có hại (Hazardous use of alcohol) và ở mức nguy hiểm. Nghiện rượu bia là tình trạng lệ thuộc vào rượu bia được đặc trưng bởi sự thèm muốn, mất kiểm soát, tăng mức độ dung nạp, ảnh hưởng đến thể chất… Nghiện rượu được liệt kê vào nhóm rối loạn hành vi và tâm thần do sử dụng các chất tác động hướng thần (F10.2- ICD-10). Sử dụng rượu, bia ở mức có hại là nguyên nhân chính hoặc là một trong những nguyên nhân gây ra hơn 200 bệnh tật và chấn thương theo phân loại bệnh tật quốc tế ICD10, trong đó 30 bệnh ngay trong tên gọi đã có từ rượu như "loạn thần do rượu" hay "rối loạn do rượu". Điều này có nghĩa là 30 bệnh này hoàn toàn có thể tránh khỏi nếu người sử dụng không uống rượu, bia ở mức có hại. Năm 2012 có 5,9% số trường hợp tử vong toàn cầu, tương đương 3,3 triệu người, là do sử dụng rượu, bia, trong đó phần lớn là hậu quả của các nhóm bệnh không lây nhiễm gồm: tim mạch, đái tháo đường (33,4%), 09 loại bệnh ung thư (12,5%), bệnh về hệ tiêu hóa (16,2%), chấn thương (25,8%) và rối loạn phát triển bào thai và các biến chứng sinh non do rượu (0,1%). Sử dụng rượu, bia ở mức có hại là nguyên nhân của 50% trường hợp tử vong do xơ gan, của 22% đến 25% trường hợp tử vong do ung thư răng miệng, hầu họng, thanh quản hay thực

[1] *WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization, 2011*

[2] *WHO 2001. The Alcohol Use Disorders Identification Test.*

quản, 30% các trường hợp tử vong vì viêm tụy. Về gánh nặng bệnh tật, năm 2012 có 5,1% số năm sống hiệu chỉnh do bệnh tật (DALYs) (tương đương với 139 triệu năm sống) mất đi do sử dụng rượu, bia. Khác với tử vong, rối loạn tâm thần kinh là nhóm bệnh gây ảnh hưởng nặng nhất (24,6%), tiếp đến là chấn thương (30,7%), bệnh tim mạch và đái tháo đường (15,5%), ung thư (8,6%), chết chu sinh (6,8%) và các bệnh lây nhiễm (15,5%).

Dinh dưỡng không hợp lý: Ăn ít rau và trái cây được quy cho là nguyên nhân của 1,7 triệu trường hợp tử vong, chiếm 2,8% tổng số tử vong trên thế giới. Ăn ít rau và trái cây ước tính là nguyên nhân của 19% số ung thư dạ dày ruột, 31% các bệnh thiếu máu tim cục bộ, và 11% số trường hợp đột quỵ. Ăn ít nhất 400 gam rau và trái cây (tương đương với 5 đơn vị chuẩn) mỗi ngày giúp phòng chống các bệnh mạn tính liên quan đến dinh dưỡng như các bệnh tim mạch, ung thư dạ dày và ung thư đại trực tràng[3]. Các bằng chứng khoa học cho thấy ăn nhiều thức ăn giàu năng lượng, ví dụ như thực phẩm chế biến sẵn có nhiều chất béo và đường, làm tăng nguy cơ béo phì và tác hại cũng giống như ăn ít rau và trái cây. Ăn thực phẩm có nhiều chất béo no (có nhiều trong mỡ động vật) và chất béo chuyển hóa (Trans fatty acid - có thể có trong thực phẩm chế biến sẵn) làm tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch và bệnh ĐTĐ. Lượng muối tiêu thụ hàng ngày là một nhân tố quan trọng ảnh hưởng đến mức huyết áp cũng như nguy cơ các bệnh tim mạch. Ăn nhiều muối là nguy cơ của đột quỵ, THA, ung thư dạ dày, suy thận, loãng xương và một số bệnh tim mạch khác. WHO khuyến cáo không nên ăn quá 5 gam muối/ngày để phòng chống các bệnh tim mạch.

Ít hoạt động thể lực: Ít hoạt động thể lực là yếu tố nguy cơ đứng hàng thứ tư của tử vong (WHO). Một người ít vận động sẽ tăng từ 20-30% nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân nếu so sánh với một người vận động cường độ vừa phải ít nhất 30 phút mỗi ngày trong hầu hết các ngày của tuần. Nếu hoạt động thể lực mức độ vừa phải 150 phút/tuần ước tính có thể giảm 30% nguy cơ bệnh tim thiếu máu cục bộ, giảm 27% nguy cơ ĐTĐ, và giảm 21-25% nguy cơ ung thư vú và ung thư đại tràng. Hoạt động thể lực còn làm giảm nguy cơ đột quỵ, THA, trầm cảm, và giúp kiểm soát cân nặng[4]. Theo khuyến cáo của WHO, nên hoạt động thể lực ít nhất 30 phút mỗi ngày, cường độ hoạt động thể lực tối thiểu ở ngưỡng trung bình, ví dụ như đi bộ nhanh và sẽ đạt được hiệu quả sức khỏe hơn nữa nếu lượng vận động hay cường độ vận động hàng ngày vượt quá ngưỡng này.

Mặc dù rất nguy hiểm nhưng BKLN có thể phòng chống hiệu quả thông qua kiểm soát các yếu tố nguy cơ (nguyên nhân) có thể phòng tránh được như hút thuốc lá, dinh dưỡng không hợp lý, ít hoạt động thể lực và lạm dụng rượu bia. Bằng chứng khoa học cho thấy nếu loại trừ được các yếu tố nguy cơ này sẽ phòng được ít nhất 80% các bệnh tim mạch, đột quỵ, ĐTĐ týp II và trên 40% các bệnh ung thư. Sâu xa hơn, chúng ta cần phải giải quyết các yếu tố kinh tế-xã hội thúc đẩy sự gia tăng của các yếu tố nguy cơ BKLN bao gồm vấn đề toàn cầu hóa, đô thị hóa, già hóa, nghèo đói, thiếu kiến thức, phong tục tập quán lạc hậu…

[3] *WHO. Global status report on alcohol and health 2014*

[4] *WHO. Preventing Chronic Disease: a vital investment. 2005, World Health Organization: Geneva.*

Hình 1: Mô tả Chuỗi nguyên nhân bệnh không lây nhiễm

Các yếu tố nguy cơ khác:

Ngoài 4 hành vi nguy cơ phổ biến có thể thay đổi được ở trên, còn những yếu tố nguy cơ quan trọng khác cần được kiểm soát hiệu quả để dự phòng các BKLN, đặc biệt là đối với dự phòng bệnh ung thư và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính:

- Nhiễm trùng mạn tính do một số loại vi rút như vi rút viêm gan B, C (gây ung thư gan), vi rút HPV (gây ung thư cổ tử cung…).

- Có nhiều yếu tố liên quan đến ô nhiễm môi trường, thực phẩm và nghề nghiệp như asbestos, benzene, arsenic, chất phóng xạ…là các tác nhân làm tăng nguy cơ mắc một số loại ung thư. Ước tính có khoảng 50 yếu tố liên quan đến công việc và nghề nghiệp là tác nhân gây ung thư[5].

[5]*WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization, 2011*

- Bên cạnh nguy cơ do hút thuốc lá, ô nhiễm không khí trong nhà và ngoài trời, bụi và hóa chất nghề nghiệp, viêm nhiễm đường hô hấp dưới thường xuyên ở trẻ em là những tác nhân quan trọng là tăng nguy cơ mắc bệnh phổi mạn tính.

II. GÁNH NẶNG BỆNH TẬT, TỬ VONG DO BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM.

1. Trên thế giới

Các BKLN hiện nay gây ra số trường hợp tử vong lớn nhất trên toàn cầu, lớn hơn tổng số tử vong do tất cả các loại bệnh khác cộng lại. Năm 2008, trong tổng số 57 triệu trường hợp tử vong trên toàn thế giới có 36 triệu (63%) là tử vong do các BKLN. Gần 80% số tử vong của các BKLN (29 triệu) xảy ra ở các nước thu nhập thấp và trung bình thấp[6].

Trong số tử vong do BKLN, tử vong chủ yếu là do các bệnh tim mạch (17 triệu người, tương ứng với 48% tử vong của các BKLN); sau đó đến ung thư (7,6 triệu người, tương ứng với 21%); và bệnh phổi mạn tính (4,2 triệu người), bao gồm hen phế quản và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). Đái tháo đường gây ra 1,3 triệu tử vong[7].

Tử vong do các BKLN đang ngày càng ở độ tuổi trẻ hơn. Theo số liệu của WHO năm 2011, đa số trường hợp tử vong sớm do BKLN trong độ tuổi từ 30-70 xảy ra ở các nước đang phát triển (chiếm 85%, tương đương khoảng 11,8 triệu người). Xác suất tử vong sớm từ 30-70 tuổi do các BKLN chính giao động từ 10% ở các nước phát triển đến 60% ở các nước đang phát triển[8].

Tử vong do các BKLN có xu hướng ngày càng tăng cao. Dự báo của WHO cho thấy trên toàn cầu, tỷ lệ tử vong do BKLN sẽ tăng 15% trong giai đoạn 2010-2020 (sẽ là khoảng 44 triệu trường hợp tử

[6]*WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization, 2011*

[7]*WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization, 2011*

[8]*World Health Organization, The Global Burden of Disease.*

vong). Khu vực có số tử vong do BKLN cao nhất vào năm 2020 là Đông Nam Á (10,4 triệu ca)[9].

Trước sự đe dọa sức khỏe trên toàn cầu, trong tháng 9 năm 2011 Hội nghị cấp cao Đại Hội đồng Liên hợp quốc đã ra Tuyên bố chính trị khẳng định các BKLN chủ yếu gồm bệnh tim mạch, ung thư, đái tháo đường và COPD là một thách thức lớn của thế kỷ XXI, làm suy giảm sự phát triển kinh tế toàn cầu và đe dọa thành tựu thực hiện các Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ[10]. Liên hợp quốc đã kêu gọi tất cả các quốc gia thành viên cần nỗ lực xây dựng và thực thi chính sách, kế hoạch quốc gia để dự phòng và kiểm soát BKLN.

2. Tại Việt Nam

Việt Nam cũng đang phải đối mặt với sự gia tăng ngày càng trầm trọng của các BKLN. Cùng với sự thay đổi cấu trúc dân số, toàn cầu hóa, đô thị hóa và di dân, thay đổi môi trường, biến đổi khí hậu và thói quen sống, mô hình bệnh tật cũng có nhiều sự thay đổi. Trong khi tỷ lệ mắc các bệnh do nguyên nhân nhiễm trùng đang giảm thì tỷ lệ mắc BKLN lại gia tăng đến mức báo động. Theo thống kê tại bệnh viện, trong khi tỷ lệ mắc bệnh truyền nhiễm giảm từ 55,5% (năm 1976) xuống còn 19,8% (năm 2010) thì tỷ lệ mắc BKLN đang tăng nhanh từ 42,6% trong năm 1976 lên tới 71,6% trong năm 2010[11].

WHO ước tính trong năm 2012 cả nước có 520.000 trường hợp tử vong do tất cả các nguyên nhân, trong đó tử vong do các BKLN chiếm tới 73% (379.600 ca). Trong số này các bệnh tim mạch chiếm 33%, ung thư chiếm 18%, COPD chiếm 7% và ĐTĐ chiếm 3%[12]. Ước tính năm 2012, gánh nặng (DALYs) của BKLN chiếm 66,2% tổng gánh nặng bệnh tật do tất cả các nguyên nhân tại Việt Nam[13].

[9]*World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 update. Geneva. 2008*

[10]*General Assembly UN (9/2011). Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*

[11]*Bộ Y tế. Niên giám thống kê y tế 2007, 2008, 2009, 2010*

[12]*World Health Organization - Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, 2014.*

[13]*WHO. Health statistics and information systems. Global Health Estimates for the years 2000–2012: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/*

Bệnh tim mạch

Trong năm 2012, gánh nặng bệnh tật (DALYs) do các bệnh tim mạch chiếm tỷ lệ lớn nhất (13,4%) trong tổng gánh nặng bệnh tật ở Việt Nam. Các bệnh tim mạch cũng chiếm tỷ lệ tử vong lớn nhất (33%) trong tổng số tử vong. Đột quỵ, nhồi máu cơ tim và bệnh tim do tăng huyết áp là 3 trong số 20 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu[14]. Theo kết quả nghiên cứu từ giám sát tử vong dựa trên chọn mẫu điểm toàn quốc năm 2009, tử vong do các bệnh mạch máu não chiếm hàng đầu (ở nam và nữ tương đương là 16,6% và 18% tổng số tử vong do mọi nguyên nhân); tử vong do thiếu máu cơ tim ở nam và nữ tương ứng là 3,7% và 3,5% trong tổng số tử vong[15].

Tăng huyết áp là một yếu tố nguy cơ chính dẫn đến các biến cố tim mạch nặng nề như đột quỵ, nhồi máu cơ tim, suy tim, suy thận và mù lòa…Trong một nghiên cứu của Nguyễn Văn Đăng và cộng sự năm 1996 cho thấy THA là nguyên nhân chính (chiếm 59,3% các nguyên nhân) gây ra tai biến mạch máu não[16]. Ước tính có khoảng 15.990 người bị liệt, tàn phế, mất sức lao động do tai biến mạch máu não hàng năm. Điều tra dịch tễ học suy tim và một số nguyên nhân chính tại các tỉnh phía bắc Việt Nam năm 2003 do Viện Tim mạch phối hợp với WHO thực hiện cho thấy nguyên nhân hàng đầu gây suy tim tại cộng đồng là do tăng huyết áp (chiếm 10,2%), sau đó là do bệnh van tim do thấp (0,8%).

Bệnh ung thư

Theo số liệu năm 2012 của WHO, gánh nặng tử vong do ung thư chiếm hàng thứ hai sau các bệnh tim mạch, ở nam và nữ tương ứng là 13,5% và 11%. Các bệnh ung thư là nguyên nhân của 18% số

[14]*WHO. Health statistics and information systems. Global Health Estimates for the years 2000–2012: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/*

[15]*Hoa N, Rao C, Hoy D, Hinh N, Chuc N, Ngo D. Mortality measures from sample-based surveillance: Evidence of the epidemiological transition in Viet Nam. Bull World Health Organ. 2012;90:764–72*

[16]*N. V. Đăng & cs. Góp phần nghiên cứu dịch tễ học tai biến mạch não trong cộng đồng và bệnh viện. Đề tài cấp Bộ Y tế đã nghiệm thu năm 1996. Trường Đại học Y Hà Nội*

trường hợp tử vong trong cả nước. Ung thư gan, ung thư phổi và khí phế quản, ung thư dạ dày và ung thư đại trực tràng nằm trong số 20 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở Việt Nam[17].

Theo số liệu thống kê thông qua mạng lưới ghi nhận ung thư, ước tính mỗi năm có 100.000-150.000 trường hợp mới mắc và khoảng 75.000 trường hợp tử vong do ung thư. Riêng năm 2010, ước tính có khoảng 126.307 trường hợp mới mắc ung thư, trong đó số mới mắc ở nam giới và nữ giới tương ứng là 71.940 và 54.367. WHO khuyến cáo rằng từ năm 2010 trở đi tại Việt Nam mỗi năm có thể có đến 200.000 trường hợp mới phát hiện ung thư và sẽ có khoảng 100.000 chết[18].

Các loại ung thư phổ biến nhất ở nam giới là phổi, dạ dày, gan, đại trực tràng, thực quản, vòm, hạch, máu, tiền liệt tuyến và khoang miệng. Ở nữ giới các loại ung thư phổ biến nhất gồm: vú, đại trực tràng, phế quản phổi, cổ tử cung, dạ dày, giáp trạng, gan, buồng trứng, hạch và máu.

Bệnh đái tháo đường

Tình hình mắc bệnh ĐTĐ tại Việt Nam đang có chiều hướng gia tăng, đặc biệt là tại các thành phố lớn, các khu công nghiệp phát triển. Vào những năm đầu 90 của thế kỷ trước, tỷ lệ ĐTĐ ở một số thành phố lớn là Hà Nội, Huế và TP. Hồ Chí Minh chỉ vào khoảng 1 – 2,5%. Đến năm 2000 một điều tra ở khu vực nội thành của 4 thành phố lớn là Hà Nội, Hải Phòng, Đà Nẵng và TP. Hồ Chí Minh cho thấy tỷ lệ ĐTĐ ở độ tuổi 30 – 64 là 4,0%. Năm 2002, Bệnh viện Nội tiết Trung ương tiến hành nghiên cứu ở một số vùng sinh thái cho thấy, tỷ lệ ĐTĐ ở độ tuổi này là 4,4% ở thành phố, 2,7% ở vùng đồng bằng, 2,2% ở vùng trung du-ven biển và 2,1% ở vùng miền núi[19]. Bệnh ĐTĐ týp II phát triển qua giai đoạn không có triệu chứng lâm sàng nên thường được phát hiện muộn. Ở Việt Nam, năm 2002 tỷ lệ ĐTĐ không được phát hiện trong cộng đồng vào khoảng 65%. Cũng do phát hiện muộn, các biến chứng của ĐTĐ đã có với một tỷ lệ đáng kể ở bệnh nhân ĐTĐ týp II ngay vào thời điểm chẩn đoán ĐTĐ.

Theo kết quả Điều tra lập bản đồ dịch tễ học ĐTĐ toàn quốc năm 2012 do Bệnh viện Nội tiết Trung ương thực hiện, tỷ lệ ĐTĐ lứa tuổi 30 – 69 là 5,4%, vùng có tỷ lệ ĐTĐ thấp nhất là Tây Nguyên (3,8%), vùng có tỷ lệ ĐTĐ cao nhất là Tây Nam Bộ (7,2%). Tỷ lệ mắc bệnh phản ảnh khá rõ tốc độ phát triển kinh tế và đời sống của người dân các vùng kinh tế khác nhau. Việt Nam là một trong những nước có tỷ lệ ĐTĐ tăng rất nhanh. Sau 10 năm, từ 2002 đến 2012, tỷ lệ bệnh ĐTĐ tăng trên 2 lần, từ 2,7% lên 5,4%. Điều tra cũng chỉ ra một thực trạng đáng quan tâm ở nước ta, tỷ lệ người bệnh mắc ĐTĐ trong cộng đồng không được phát hiện vẫn rất cao (là 63,6%) so với năm 2002 (64%).

Gánh nặng tử vong và tàn phế do ĐTĐ cũng rất lớn. ĐTĐ nằm trong số 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở nữ giới, nằm trong 10 nguyên nhân gây tàn phế hàng đầu ở cả nam và nữ giới năm 2008[14].

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Ở Việt Nam mới chỉ có một số nghiên cứu về dịch tễ học COPD được tiến hành trên quy mô nhỏ. Theo nghiên cứu của Ngô Quý Châu và cộng sự (năm 2005), tỷ lệ mắc COPD trong dân cư thành phố Hà Nội là 2%, thành phố Hải Phòng là 5,65%. Thống kê tại bệnh viện Bạch Mai cho thấy từ năm 1981-1984 bệnh nhân viêm phế quản mạn chiếm 12,1% tổng số bệnh nhân nhập khoa hô hấp; từ năm 1996-2000 tỷ lệ bệnh nhân mắc COPD vào điều trị chiếm 25,1%, đứng đầu các bệnh lý về phổi.

Theo kết quả nghiên cứu dịch tễ học ở Việt Nam của Đinh Ngọc Sỹ và cộng sự năm 2007, tỷ lệ mắc COPD trong cộng đồng dân cư từ 15 tuổi trở lên là 2,2%, trong đó nam 3,5% và nữ 1,1%. Tỷ lệ mắc COPD trong cộng đồng dân cư từ 40 tuổi trở lên là 4,2% trong đó nam 7,1% và nữ 1,9%; khu vực nông thôn 4,7%, thành thị 3,3%, miền núi 3,6%.

[17] WHO. Health statistics and information systems. Global Health Estimates for the years 2000–2012: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/

[18] http://www.vietnamplus.vn/Home/Benh-ung-thu-de-doa-suc-khoe-cong-dong-o-VN/20097/10120.vnplus

[19] Tạ Văn Bình và CS (2006). Dịch tễ học bệnh đái tháo đường ở Việt Nam. Các phương pháp điều trị và biện pháp dự phòng. NXB Y học, 2006

Tử vong do COPD cũng rất lớn, chiếm 5% tổng số tử vong do mọi nguyên nhân. COPD nằm trong số 20 nguyên nhân tử vong hàng đầu ở Việt Nam năm 2012[20].

III. THỰC TRẠNG CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY BỆNH

Các yếu tố nguy cơ của BKLN được quy cho là nguyên nhân chủ yếu gây tử vong và tàn tật ở hầu hết các quốc gia trên thế giới. Những yếu tố sau nằm trong nhóm 10 yếu tố nguy cơ hàng đầu gây gánh nặng bệnh tật và gây tử vong trên toàn cầu: tăng huyết áp, hút thuốc, ăn ít rau và trái cây, sử dụng rượu bia ở mức có hại, thừa cân béo phì, tăng đường máu, thiếu hoạt động thể lực và ăn nhiều muối[21].

Yếu tố nguy cơ của BKLN	Các BKLN chủ yếu			
	Tim mạch	Đái tháo đường	Ung thư	COPD và hen phế quản
Hành vi nguy cơ				
Hút thuốc	+	+	+	+
Dinh dưỡng không hợp lý	+	+	+	
Ít hoạt động thể lực	+	+	+	
Sử dụng rượu, bia ở mức có hại	+	+	+	
Yếu tố nguy cơ sinh/chuyển hóa				
Béo phì	+	+	+	
Tăng huyết áp	+	+	+	
Tăng đường huyết	+	+	+	
Rối loạn lipid máu	+	+	+	

Hình 2: Các yếu tố nguy cơ phổ biến của các BKLN
Nguồn: Nick Banatvala: Noncommunicable Diseases - Epidemiology and Pubic Health (Sixth International WHO IUMSP NCD Managers Seminar, May 2012).

[20]*WHO. Health statistics and information systems. Global Health Estimates for the years 2000–2012: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/*

[21]*World Health Organization, The Global Burden of Disease 2010.*

1. Hút thuốc lá

Việt Nam là một trong 15 nước có số người sử dụng thuốc lá cao nhất thế giới (khoảng 16 triệu người). Theo kết quả điều tra năm 2010, tỷ lệ hút thuốc lá ở nam giới từ 15 tuổi trở lên chỉ giảm 2% so với năm 2006, vẫn còn ở mức 47,4%, so với mục tiêu 20%. Trong số những người không hút thuốc, có 55,9% số người đang đi làm có tiếp xúc với khói thuốc tại nơi làm việc; tỷ lệ tiếp xúc thường xuyên với khói thuốc tại gia đình là 67,6%[22]. Đặc biệt, tỷ lệ hút thuốc lá của thanh thiếu niên Việt Nam vẫn ở mức cao và độ tuổi bắt đầu hút thuốc lá ngày càng trẻ. Có 43,6% nam thanh thiếu niên cho biết đã từng hút thuốc với độ tuổi trung bình khi bắt đầu hút thuốc lá là 16,9. Trong số những nam thanh niên đã từng hút thuốc, có tới 71,7% hiện nay vẫn đang hút[23].

Một nghiên cứu của Trường Đại học YTCC Hà Nội năm 2010 cho thấy nồng độ nicotin trong không khí được phát hiện ở tất cả các điểm nghiên cứu, cao nhất ở các điểm vui chơi giải trí (2.5 µg/m3 tại khu vực hút thuốc và 1.3 µg/m3 tại khu vực không hút thuốc) và cao nhất tại các trường học (0.03 µg/m3)[24].

Mỗi năm, sử dụng thuốc là nguyên nhân gây tử vong của hơn 40.000 người Việt Nam, tức là khoảng hơn 100 người trong 1 ngày. Con số này sẽ tăng lên thành 70.000 người vào năm 2030[25].

2. Sử dụng rượu, bia ở mức có hại

Trong khi mức tiêu thụ của thế giới đang chững lại thì Việt Nam là một trong số ít quốc gia có xu hướng gia tăng nhanh về mức tiêu

[22]*Điều tra toàn cầu về sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành tại Việt Nam (GATS) - 2010.*

[23]*Báo cáo chuyên đề "Sử dụng rượu, bia và thuốc lá trong thanh thiếu niên Việt Nam". SAVY2*

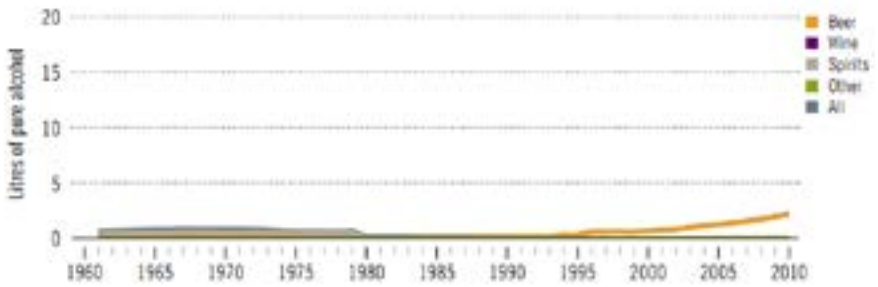
[24]*Đặng Thu Trang, Phạm Thái Hằng, Nguyễn Văn Huy (2011). Khảo sát mức độ hút thuốc lá thụ động tại các địa điểm công ở Hà Nội. Tạp chí Y tế công cộng, 21(21), 61-63*

[25]*Levy D, Bales,S, Nguyen T Lam, Nikolayev L. The role of public policies in reducing smoking and deaths caused by smoking in Vietnam: Result from the Vietnam tobaco policy simulation model. Social Sience &Medicine 60 (2006) 1819-1830.*

[26]*Báo cáo điều tra các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm ở Việt Nam năm 2009- 2010. Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Bộ Y tế. Hà Nội, 2011*

thụ đồ uống có cồn bình quân đầu người. Theo số liệu quy hoạch ngành rượu bia, nước giải khát, mức tiêu thụ rượu, bia bình quân đầu người (trên 15 tuổi) quy đổi theo rượu nguyên chất đã tăng 300% sau 10 năm từ 2001 đến 2010. Theo ước tính của WHO, năm 2010 mức tiêu thụ rượu bia bình quân đầu người của Việt Nam đã ở mức 6,6 lít, cao hơn mức trung bình của thế giới. Số liệu của các công ty nghiên cứu thị trường đồ uống có cồn quốc tế cho thấy từ năm 2010 đến nay, Việt Nam luôn nằm trong nhóm các quốc gia có mức tăng trưởng tiêu thụ bia hàng năm cao nhất, mức tăng trưởng tiêu thụ bia năm 2011 so với năm 2010 cao nhất thế giới, với 14,8%.

Đặc biệt, tình trạng sử dụng rượu, bia ở mức có hại ở nam giới và tỷ lệ sử dụng rượu, bia ở vị thành niên, thanh niên và nữ giới đang tăng nhanh và hiện ở mức cao. Theo điều tra năm 2009-2010 trong nhóm tuổi 25-64, tỷ lệ nam giới có uống ít nhất 5 đơn vị rượu/bia trong 1 ngày bất kỳ trong tuần vừa qua chiếm 25,2% . Theo Điều tra thanh thiếu niên Việt Nam, tỷ lệ sử dụng rượu, bia trong vị thành niên và thanh niên đã tăng gần 10% sau 5 năm (2003-2008). Năm 2008, tỷ lệ có sử dụng rượu, bia là 79,9% đối với nam và 36,5% đối với nữ vị thành niên, trong đó có 60,5% nam và 22% nữ cho biết đã từng say rượu/bia; tỷ lệ có sử dụng rượu, bia trong độ tuổi pháp luật không cho phép (14-17 tuổi) là 47,5%; trong độ tuổi 18-21 là 67%.



Hình 3. Tiêu thụ rượu (quản lý được) bình quân đầu người trên 15 tuổi từ 1960 đến 2010 (quy đổi thành lít cồn nguyên chất)[27]

[27] *WHO. Global status report on alcohol and health 2014*

Năm 2012, 8,3% số trường hợp tử vong cả nước có liên quan đến việc sử dụng rượu, bia[28]. Có 71,7% trường hợp tử vong do xơ gan ở nam và 36,2% trường hợp tử vong do tai nạn giao thông ở nam là do sử dụng rượu bia.

Điều tra toàn quốc ở người trưởng thành 24-64 tuổi của Viện Dinh dưỡng cho thấy nguy cơ mắc THA tăng gấp 1,6 lần ở nam giới uống trên 3 đơn vị rượu/ngày[29].

3. Dinh dưỡng không hợp lý

Tại Việt Nam, số liệu các cuộc Tổng điều tra dinh dưỡng toàn quốc trong giai đoạn 1989 – 2010 của Viện Dinh dưỡng cho thấy mức tiêu thụ rau và trái cây trung bình là khoảng 250g/người/ngày (đạt 62,5% nhu cầu khuyến nghị)[30]. Theo kết quả điều tra STEPS năm 2009-2010, có 80,4% số người trưởng thành ăn ít rau và trái cây, trong đó tỷ lệ ăn ít rau ở nữ giới và nam giới tương đương nhau[15]. Mức tiêu thụ thịt tăng 7,6 lần với 11,1g/người/ngày (1981-1985) và lên tới 84g/người/ngày (năm 2010), đặc biệt vùng đồng bằng sông Hồng và Đông Nam bộ mức tiêu thụ là 108g/người/ngày và 104g/người/ngày. Mức tiêu thụ dầu, mỡ trung bình tăng 3 lần từ 11,6g/người/ngày năm 1981-1985 lên 37,7g/người/ngày năm 2010. Như vậy, tỷ lệ protid và lipid nguồn gốc động vật trong khẩu phần ăn của người dân tăng với tỷ lệ protid động vật/protid tổng số tăng từ 26,2% năm 1981-1985 lên 41,2% năm 2010 và lipid động vật/lipid tổng số tăng từ 53,3% năm 1981-1985 lên 61,5% năm 2010, cao hơn ở khu vực thành thị so với khu vực nông thôn, và có xu hướng cao hơn tỷ lệ khuyến cáo (40% đối với protid và 60% đối với lipid). Mức tiêu thụ gạo, lương thực chính trong bữa ăn của người Việt Nam, giảm từ 458g/người/ngày xuống 397g/người/ngày năm 2000 và 373g/người/

[28] *WHO. Global information system on alcohol and health. http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1091?lang=en&showonly=GISAH, 2014*

[29] *Do HT, Geleijnse JM, Le MB, Kok FJ, Feskens EJ. National Prevalence and Associated Risk Factors of Hypertension and Prehypertension Among Vietnamese Adults. Am J Hypertens 2014. doi: 10.1093/ajh/hpu092*

[30] *Viện Dinh Dưỡng-Bộ Y tế. Tổng điều tra dinh dưỡng 2009-2010. Nhà xuất bản Y học. 2010.*

ngày năm 2010. Với sự thay đổi như trên, năng lượng khẩu phần trung bình của người dân hầu như không thay đổi ở mức 1925Kcal/người/ngày nhưng tính cân đối khẩu phần đã được cải thiện rõ rệt (tỷ lệ năng lượng từ các chất sinh năng lượng P:L:G là 11,2:6,2:82,6 năm 1985 và năm 2010 là 15,9:17,8:66,3). Chất lượng khẩu phần của người dân Việt Nam hiện nay tương đối phù hợp với chế độ dinh dưỡng hợp lý được khuyến cáo. Tuy vậy nhìn vào xu hướng tăng nhanh mức tiêu thụ các nhóm thực phẩm và chất dinh dưỡng trong giai đoạn 30 năm qua thì có thể thấy nếu không có sự can thiệp kịp thời, khẩu phần của người dẫn sẽ nhanh chóng trở nên mất cân đối với sự dư thừa các chất béo bão hòa nguồn gốc động vật, thiếu các chất dinh dưỡng có lợi và yếu tố bảo vệ nguồn gốc thực vật, dư thừa năng lượng làm tăng nguy cơ thừa cân, béo phì, THA, tim mạch, ĐTĐ, ung thư và các bệnh mạn tính khác liên quan tới dinh dưỡng.

Một số điều tra nhỏ lẻ ở các quy mô và thời điểm khác nhau cho thấy mức tiêu thụ muối/người/ngày cao gấp 2-3 lần so với khuyến cáo, khoảng từ 10-15g/ngày. Nguồn muối của khẩu phần chủ yếu từ các loại gia vị có chứa nhiều muối được cho thêm vào trong quá trình sơ chế, tẩm ướp và nấu nướng (chiếm khoảng 70-80%) và tiếp theo là các thực phẩm chế biến sẵn chứa nhiều muối[31].

4. Ít hoạt động thể lực

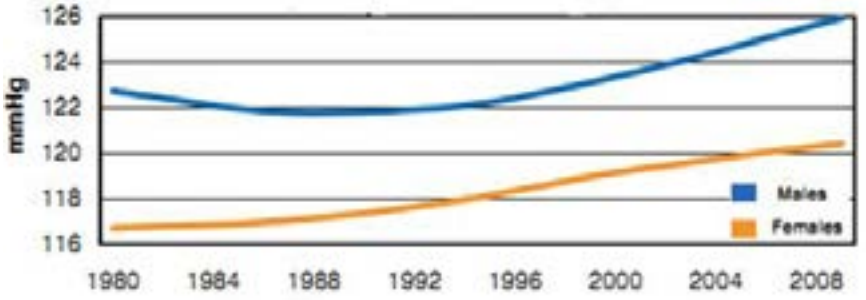
Kết quả Điều tra STEPS năm 2009-2010, tỷ lệ người trưởng thành ít vận động thể lực là 28,7% (nam giới 26,4%; nữ giới 30,8%); trong đó tỷ lệ ít hoạt động thể lực ở thành thị cao hơn ở nông thôn và tương ứng là 36,9% và 25,1%[21].

Điều tra gần đây của tổ chức Heath Bridge Canada trên 3.600 người dân Hà Nội, Huế, thành phố Hồ Chí Minh cho thấy có đến 34% người không tham gia bất kỳ hoạt động thể thao nào với các nguyên nhân chủ yếu là không có thời gian (84%), ngại dậy sớm, ngại vận động(9%) và thiếu phương tiện, địa điểm tập luyện (2%). Theo kết quả của điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên lần thứ hai năm 2009, có đến 23% hiếm khi hay không bao giờ tập thể dục thể thao, 45% "thỉnh thoảng" mới tập[32].

Một nghiên cứu theo dõi 5 năm từ 2004–2009 ở thanh thiếu niên tại thành phố Hồ Chí Minh cho thấy thời gian dành cho hoạt động thể lực giảm có ý nghĩa thống kê từ 87 phút xuống còn 50 phút/ngày. Thời gian dành cho các hoạt động tĩnh trong 5 năm đã tăng từ 512 phút lên 600 phút mỗi ngày[33].

5. Tăng huyết áp

Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc THA đang gia tăng một cách nhanh chóng. Theo thống kê, năm 1960, tỷ lệ THA ở người trưởng thành phía bắc Việt Nam chỉ là 1% và hơn 30 năm sau (1992) theo điều tra trên toàn quốc của Trần Đỗ Trinh và cộng sự thì tỷ lệ này đã 11,2%, tăng lên hơn 11 lần. Theo kết quả điều tra năm 2008, tỷ lệ tăng huyết áp ở người độ tuổi 25-64 là 25,1%[34].



Hình 4. Huyết áp tâm thu trung bình của người Việt Nam từ 1980 đến 2008[35]

[31]Viện Dinh Dưỡng. 2010. Điều tra mức tiêu thụ muối và nguồn cung cấp muối khẩu phần.

[32]Tổng cục dân số và Kế hoạch hoá gia đình – Bộ Y tế. Điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên lần thứ hai (SAVYII): Kết quả chủ yếu. Tạp chí Dân số và phát triển, số 6(111), 2010.

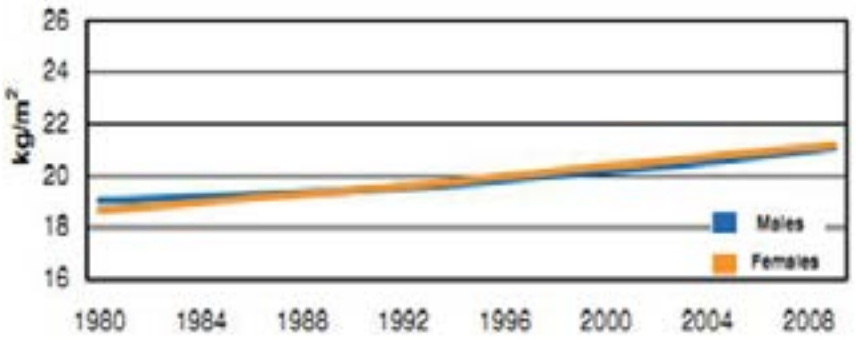
[33]Trang, N. H., T. K. Hong, et al. (2012). "Cohort profile: Ho Chi Minh City Youth Cohort--changes in diet, physical activity, sedentary behaviour and relationship with overweight/obesity in adolescents." BMJ open2(1): e000362.

[34]Phạm Gia Khải et al. Tần suất, nhận biết, điều trị & kiểm soát THA tại VN- kết quả của 1 điều tra quốc gia

[35]WHO. Noncommunicable diseases country profi les 2011.

6. Thừa cân, béo phì

Ở Việt Nam, theo Tổng điều tra dinh dưỡng năm 2000 và Tổng điều tra thừa cân béo phì ở người trưởng thành 25-64 tuổi năm 2005 do Viện Dinh dưỡng tiến hành cho thấy trong thời gian 5 năm, tỷ lệ thừa cân-béo phì (BMI ≥ 25kg/m2) và béo phì (BMI ≥ 30kg/m2) tăng gấp 2 lần tương ứng từ 3,5% và 0,2% (2000) lên 6,6% và 0,4% (2005). Tỷ lệ thừa cân-béo phì năm 2005 cao hơn so với năm 2000 ở cả khu vực thành thị (15,3% so với 10,8%) và nông thôn (5,3% so với 3,0%), tỷ lệ này ở thành thị luôn cao hơn nông thôn ở cả hai thời điểm. Nếu xét theo vùng sinh thái thì tỷ lệ thừa cân-béo phì thấp nhất ở vùng Đồng bằng sông Hồng (1,9% lên 3,3%) và vùng núi Đông Bắc Bộ (0,9% lên 3,1%); cao nhất ở vùng Đông Nam Bộ (từ 8,7% lên 15,2%) và Đồng bằng sông Cửu Long (7,4% lên 10,3%). Nếu sử dụng ngưỡng phân loại BMI khuyến nghị cho người Châu Á (BMI ≥ 23kg/m2) thì tỷ lệ thừa cân-béo phì tăng từ 11,7% lên 16,3%, trong đó khu vực thành thị tăng từ 24,5% lên 32,4% và ở khu vực nông thôn tăng từ 9,3% lên 13,8% trong giai đoạn 2000-2005. Đến năm 2010, kết quả điều tra STEPS cho thấy tỷ lệ thừa cân-béo phì ở người độ tuổi 25-64 là 26,9%, trong đó tỷ lệ ở thành thị và nông thôn tương ứng là 35,7% và 23%[15].



Hình 5. Chỉ số BMI trung bình của người Việt Nam từ 1980 đến 2008[35]

Tình trạng thừa cân-béo phì cũng đang gia tăng ở trẻ em dưới 5 tuổi. Theo số liệu Tổng điều tra dinh dưỡng năm 2000 và 2010 và số liệu giám sát dinh dưỡng hàng năm của Viện Dinh dưỡng cho thấy ở trẻ em dưới 5 tuổi, tỷ lệ thừa cân-béo phì tăng liên tục qua các năm từ 0,62% (2000) lên 3,6% (2005), 4,8% (2008) và 5,6% (2010), trong đó ở khu vực thành thị tăng từ 5,7% lên 6,5% và khu vực nông thôn tăng từ 2,2% lên 4,2% trong giai đoạn 2005-2010.

Ở trẻ 5-19 tuổi, tỷ lệ thừa cân-béo phì năm 2010 là 8,5%, ở thành thị là 18,2%, đặc biệt ở các thành phố trực thuộc trung ương là 34,5%, và ở nông thôn là 7,9%. Trong khi tỷ lệ trẻ thừa cân-béo phì không khác biệt giữa các vùng sinh thái (7-8%) thì riêng vùng Đông Nam Bộ tỷ lệ này cao gấp đôi (19%) và thấp nhất là vùng Tây Nguyên 4%. Tỷ lệ thừa cân-béo phì ở nhóm trẻ 5-19 tuổi có xu hướng giảm dần theo tuổi, cao nhất ở nhóm 5-7 tuổi (16,5%), 8-10 tuổi (13,9%) và 11-13 tuổi (8,4%) và chỉ có 2,4% ở nhóm 14-16 tuổi và 1,6% ở nhóm 17-19 tuổi.

Tuy tình trạng thừa cân-béo phì gia tăng nhanh chóng ở cả người trưởng thành và trẻ em nhưng cũng cần lưu ý rằng Việt Nam cũng như nhiều nước đang phát triển khác đang phải đương đầu với gánh nặng kép về dinh dưỡng thì tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ em và thiếu năng lượng trường diễn người trưởng thành vẫn là vấn đề có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng. Ở trẻ dưới 5 tuổi, có 29,3% (2010) và 25,9% (2013) trẻ thấp còi, trong đó có 12 tỉnh tỉ lệ này trên 35%; 17,5% (2010) và 15,3% (2013) trẻ nhẹ cân. Ở trẻ 5-19 tuổi có 24,2% trẻ nhẹ cân, 23,4% thấp còi và 16,8% gầy còm (2010). Ở người trưởng thành tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn là 17,2% (2010).

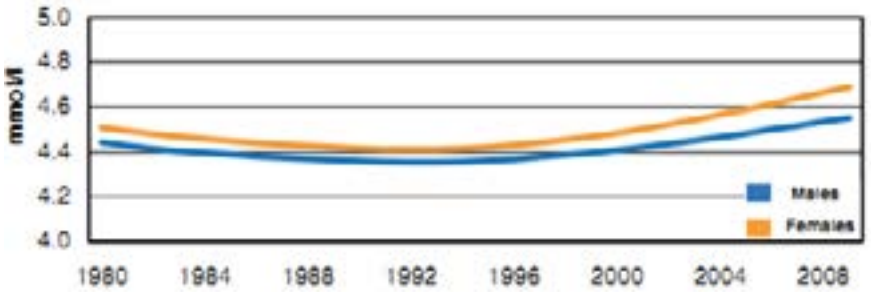
Như vậy tình trạng thừa cân-béo phì ở cả người trưởng thành và trẻ em đều đang gia tăng, đặc biệt là lứa tuổi tiểu học và cần có biện pháp kiểm soát cân nặng và phòng chống thừa cân-béo phì kịp thời và phù hợp với các nhóm đối tượng khác nhau. Các biện pháp

[36]*Ha DTP, Feskens EJM, Deurenberg P, Mai LB, Khan NC, Kok FJ. Nationwide shifts in the double burden of overweight and underweight in Vietnamese adults in 2000 and 2005: two national nutrition surveys. BMC public health 2011; 11: 62.*

phòng chống thừa cân-béo phì, nhất là dinh dưỡng hợp lý cần được triển khai ở giai đoạn sớm của chu kỳ vòng đời để giảm số trẻ thừa cân-béo phì khi còn nhỏ tiếp tục trở thành người trưởng thành thừa cân-béo phì, đồng thời giảm tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng ở giai đoạn đầu của cuộc đời cũng là góp phần giảm nguy cơ phát triển các bệnh mạn tính ở các giai đoạn sau của cuộc đời. Bên cạnh đó, các can thiệp nhằm phòng chống thừa cân-béo phì khi triển khai rộng rãi ở cộng đồng cũng cần lưu ý tránh làm gia tăng tình trạng thiếu dinh dưỡng cũng đang tồn tại phổ biến trong cộng đồng.

7. Tăng cholesterol máu

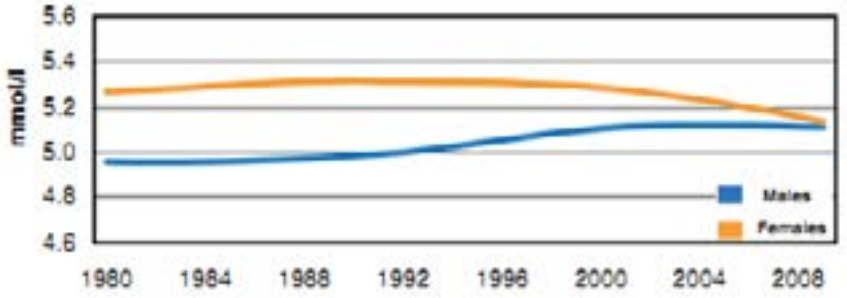
Ở người trưởng thành Việt Nam, theo kết quả điều tra STEPS 2009-2010, tỷ lệ tăng cholesterol (>5,0mmol/L) là 30,1%; trong đó tỷ lệ ở nam giới và nữ giới tương ứng là 27,8% và 32,3%[15]. Điều tra năm 2007-2008 của Viện Dinh dưỡng cũng cho thấy tỷ lệ người trưởng thành 25-74 tuổi có cholesterol máu cao là 29%, khu vực thành phố là 44,3%; tỷ lệ LDL-Cholesterol (còn gọi là Cholesterol xấu) cao là 26%, khu vực thành phố là 43,5%; tỷ lệ HDL-Cholesterol (còn gọi là Cholesterol có lợi) cao là 29,3%, khu vực thành phố 34,8%; tỷ lệ tryglycerid cao là 34,2%, khu vực thành phố là 49,3%. Như vậy tỷ lệ người trưởng thành có rối loạn lipid máu cao làm tăng tỷ lệ người có nguy cơ mắc các bệnh mạn tính không lây, đặc biệt là tim mạch, ĐTĐ.



Hình 6. Cholesterol toàn phần của người Việt Nam từ 1980 đến 2008[35]

8. Tăng đường máu

Theo kết quả sơ bộ của Điều tra lập bản đồ dịch tễ học ĐTĐ toàn quốc năm 2012 do Bệnh viện Nội tiết Trung ương thực hiện, tỷ lệ rối loạn dung nạp đường huyết tăng cao so với điều tra Quốc gia năm 2002. Tỷ lệ rối loạn dung nạp đường huyết lứa tuổi 30-69 là 12,8%. Vùng có tỷ lệ rối loạn dung nạp đường huyết thấp nhất là miền núi phía Bắc và Tây Nguyên (10,7%), vùng có tỷ lệ cao nhất là Đông Nam Bộ (17,5%).



Hình 7. Đường máu trung bình của người Việt Nam từ 1980 đến 2008[35]

IV. TÁC ĐỘNG CỦA BKLN VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ ĐỐI VỚI SỰ PHÁT TRIỂN KINH TẾ XÃ HỘI

Các BKLN (chủ yếu gồm bệnh tim mạch, đái tháo đường, ung thư và bệnh phổi mạn tính) được coi là bệnh dịch gây ra những tác động trầm trọng và rộng lớn về kinh tế, xã hội và chính trị thông qua việc làm tăng chi phí y tế, giảm năng xuất lao động và sản phẩm xã hội. Theo WHO, BKLN gây tổn thất 2-5% GDP của mỗi nước. Chúng tác động đến mọi ngành và lĩnh vực, ảnh hưởng sâu sắc đến quần thể người nghèo và dễ bị tổn thương. Diễn đàn kinh tế thế giới xếp BKLN là một trong những đe dọa chủ yếu trên toàn cầu đối với phát triển kinh tế. Mặc dù vậy, nghiên cứu gần đây cho thấy trong tổng số 22 tỷ USD của các tổ chức trợ giúp quốc tế chi cho y tế ở

[37] *Viện Dinh dưỡng. Điều tra dinh dưỡng lipid người trưởng thành 24-74 tuổi 2007-2008.*

các nước thu nhập trung bình và thấp thì chỉ có dưới 3% số tiền là chi cho phòng chống BKLN, trong khi đó BKLN chiếm tới trên 60% gánh nặng bệnh tật ở những nước này[38]. Theo ước tính, tổng số chi phí trực tiếp và gián tiếp do 5 BKLN trong năm 2010 lên tới 6300 tỷ đô la Mỹ[39]. Chính vì vậy, phòng chống BKLN là thực hiện xóa đói giảm nghèo và góp phần phát triển kinh tế, xã hội của đất nước, là trách nhiệm của Chính phủ, của tất cả các Bộ, ngành liên quan và của toàn xã hội.

Tại Việt Nam, cho đến nay chưa có các đánh giá hoặc ước tính tổng thể gánh nặng kinh tế của các BKLN. Tuy nhiên, các nghiên cứu ở các góc độ khác nhau đã phần nào phản ánh được mức độ tổn thất về kinh tế, xã hội do BKLN gây ra.

Ngay từ những năm 2005, tổn thất kinh tế do gánh nặng BKLN ước tính khoảng 20 triệu USD, chiếm 0,033% GDP hàng năm[40]. Dự báo đến năm 2015 nếu không có sự can thiệp, tổn thất tích lũy từ năm 2006 đến năm 2015 sẽ là 270 triệu USD[41].

Sự gia tăng của các BKLN gây ra sự gia tăng nhanh chóng chi phí khám chữa bệnh. Chi phí điều trị cho bệnh nhân không lây nhiễm cao trung bình gấp 40-50 lần so với điều trị các bệnh lây nhiễm do đòi hỏi kỹ thuật cao, thuốc đặc trị đắt tiền, thời gian điều trị lâu, dễ biến chứng. Theo một nghiên cứu, chi phí trực tiếp cho điều trị bệnh nhân bị ung thư vú trong vòng 5 năm khoảng 975 đô la Mỹ[42]. Theo báo cáo

[38]WHO Discussion Paper 1 - Effective approaches for strengthening multisectoral action for NCDs, World Health Organization, 2012.

[39]Bloom, D.E., Cafero, et al., (2011). The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum.

[40]Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegon M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. Lancet 2007; 370: 1929-38

[41]Minh HV, Luong DL, Giang KB, Byass P. Economic aspects of chronic disease in Vietnam. Global Health Action 2009. DOI: 10,3402/gha.v2i0. 1965

[42]Nguyen Hoang Lan, Wongsa Laohasiriwong, John Frederick Stewart, Nguyen Dinh Tung and Peter C. Coyte. Cost of treatment for breast cancer in central Vietnam. Glob Health Action 2013, 6: 18872 - http://dx.doi.org/10.3402/gha.v6i0.18872

của Quỹ Đái tháo đường quốc tế, năm 2013 ước tính chi phí y tế cho 1 bệnh nhân ĐTĐ ở Việt Nam là khoảng 127,8 đô la Mỹ và Việt Nam có khoảng 3,3 triệu người mắc bệnh ĐTĐ[43], như vậy nếu chăm sóc điều trị cho toàn bộ số bệnh nhân này thì mỗi năm sẽ tiêu tốn khoảng 419 triệu đô la Mỹ, tương đương với khoảng 8.400 tỷ đồng.

Đối với thuốc lá, hiện nay còn thiếu các số liệu đánh giá cập nhật về tác động, ảnh hưởng đối với kinh tế, xã hội do thuốc lá gây ra. Ước tính số tiền chi cho thuốc lá tại Việt Nam năm 2007 là 14.000 tỉ đồng, các hộ nghèo tại Việt Nam phải tiêu tốn 5% thu nhập của gia đình vào thuốc lá[44]. Theo nghiên cứu của Trường Đại học Y Hà Nội, ước tính chi phí chăm sóc và điều trị cho 3 căn bệnh do sử dụng thuốc lá gây ra (bệnh ung thư phổi, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và nhồi máu cơ tim) là hơn 2.304 tỷ đồng năm 2007[43].

Đối với rượu bia, theo số liệu của Bộ Công Thương, riêng trong năm 2013 Việt Nam tiêu thụ 3 tỷ lít bia (tương đương gần 3 tỷ USD) và gần 68 triệu lít rượu. Tỷ lệ tăng trưởng năm 2013 so với 2012 tăng 11,8% đối với tiêu thụ bia và 7% đối với tiêu thụ rượu.

V. THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG PHÒNG CHỐNG BKLN TẠI VIỆT NAM

1. Công tác quản lý điều hành.

Ngày 17 tháng 6 năm 2002, Thủ tướng Chính phủ ban hành Quyết định số 77/2002/QĐ-TTg phê duyệt Chương trình phòng chống một số BKLN giai đoạn 2002-2010 với mục tiêu chung là giảm tỷ lệ mắc và tử vong của các bệnh tim mạch, ung thư, ĐTĐ và rối loạn sức khỏe tâm thần (động kinh, trầm cảm). COPD chưa được đưa vào

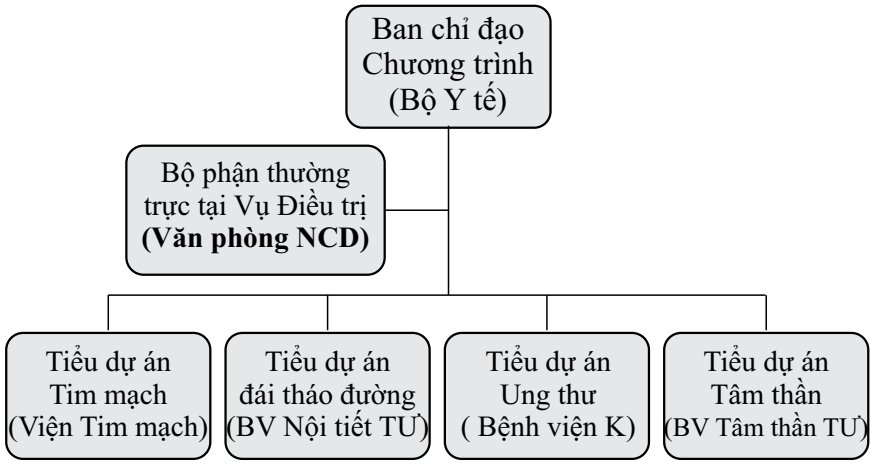
[43]IDF. Diabetes Atlas 2013.

[44]Chương trình phòng chống tác hại thuốc lá. Hướng dẫn xây dựng nơi làm việc không khói thuốc. 2012

[43] Hana Ross, Dang Vu Trung and Vu Xuan Phu.The costs of smoking in Vietnam: the case of inpatient care (Chi phí cho thuốc lá tại Việt Nam: trường hợp điều trị nội trú). Tobacco Control No 16, 2007

mục tiêu phòng chống của Chương trình.

Để điều phối hoạt động của Chương trình, ngày 28/01/2003 Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Quyết định số 449/2003/QĐ-BYT về việc "Thành lập Ban chỉ đạo Chương trình phòng chống một số BKLN giai đoạn 2002-2010". Thành phần tham gia là đại diện của các vụ, cục, bệnh viện/viện chuyên khoa đầu ngành liên quan. Bộ Y tế cũng đã thành lập 4 Tiểu ban chỉ đạo chuyên môn về các lĩnh vực Tim mạch, Đái tháo đường, Ung thư và Sức khoẻ tâm thần hoạt động dưới sự chỉ đạo của Ban chỉ đạo. Các viện/bệnh viện đầu ngành liên quan là Viện Tim mạch, Bệnh viện Nội tiết Trung ương, Bệnh viện K, Bệnh viện Tâm thần Trung ương I được giao làm đầu mối cho các Tiểu ban tương ứng.



Hình 8. Sơ đồ tổ chức chương trình phòng chống một số BKLN

Trong giai đoạn từ 2003 đến 2010, Ban chỉ đạo Chương trình phòng chống một số BKLN đã có một số lần được củng cố, kiện toàn, tuy nhiên về cơ bản thành phần của Ban chỉ đạo vẫn chủ yếu là các cơ quan đơn vị trong ngành y tế. Từ khi thành lập đến nay, Chương trình đã xây dựng một số chính sách và văn bản pháp quy về phòng chống BKLN như đề án bổ sung CTMTQG; xây dựng chương trình phòng chống ung thư, sức khỏe tâm thần, THA, ĐTĐ, COPD… vào CTMTQG.

Nhằm tiếp tục tăng cường cho hoạt động phòng, chống BKLN, từ năm 2001 cho đến nay, Thủ tướng Chính phủ đã có các Quyết định ban hành Danh mục các CTMTQG trong đó có các dự án phòng chống BKLN theo các giai đoạn. Ngày 4 tháng 9 năm 2012, Thủ tướng Chính phủ đã ký Quyết định số 1208/QĐ-TTg phê duyệt CT-MTQG y tế giai đoạn 2012-2015 trong đó có 5 dự án phòng chống BKLN gồm dự án phòng chống THA, ĐTĐ, ung thư, COPD và hen phế quản, chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng. Trên cơ sở Quyết định của Thủ tướng Chính phủ, Ban quản lý của từng dự án được thành lập để điều hành các hoạt động. Đầu mối quản lý các dự án được đặt tại các Bệnh viện Trung ương tương ứng và thành viên các ban quản lý chỉ giới hạn trong ngành y tế:

- Ban chỉ đạo Dự án phòng chống ung thư đã được thành lập vào năm 2008. Đến năm 2013 đã có 37 tỉnh tham gia dự án và thành lập Tiểu ban điều hành dự án.

- Ban điều hành Dự án phòng chống THA được thành lập vào năm 2009 bao gồm 25 thành viên đặt văn phòng thường trực tại Viện Tim mạch, bệnh viện Bạch Mai. Đã thành lập Ban chủ nhiệm chương trình phòng, chống THA tại 63 tỉnh/thành phố, thành lập đơn vị phòng chống THA đặt tại các bệnh viện tỉnh/thành phố của 63 tỉnh/ thành phố và các đơn vị phòng chống THA tuyến quận/huyện.

- Ban điều hành Dự án ĐTĐ được thành lập, cơ quan đầu mối là Bệnh viện Nội tiết Trung ương, ngoài nhiệm vụ quản lý và điều phối dự án còn có nhiệm vụ hỗ trợ kỹ thuật và cơ sở vật chất cho các đơn vị khác. Mạng lưới phòng chống ĐTĐ được xây dựng trên cơ sở hệ thống dự phòng phòng chống các rối loạn thiếu iốt trước đây. Tuy nhiên cho tới thời điểm hiện tại, mô hình phòng chống các rối loạn thiếu iốt - ĐTĐ và các bệnh nội tiết tại các tỉnh vẫn chưa được thống nhất.

- Ban điều hành dự án Phòng chống COPD được thành lập theo Quyết định số 483/QĐ-BVBM ngày 30 tháng 5 năm 2011 với đầu mối là Bệnh viện Bạch Mai tổ chức, điều hành việc triển khai dự án. Đến hết năm 2013 đã triển khai dự án tại 25 tỉnh, thành phố.

Một số khó khăn tồn tại trong công tác quản lý điều hành:

- Quyết định số 77/2002/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt chương trình phòng chống một số BKLN giai đoạn 2002 – 2010 đến nay đã hết hiệu lực; các dự án phòng chống BKLN thuộc CTMTQG giai đoạn 2012-2015 sắp kết thúc, vì vậy cần có một văn bản chỉ đạo tổng thể của Chính phủ cho giai đoạn tiếp theo.

- Ban chỉ đạo phòng chống BKLN mới chỉ trong phạm vi Bộ Y tế, còn chưa có sự phối hợp, chỉ đạo liên ngành trong phòng, chống BKLN (ngoại trừ Chương trình phòng chống tác hại thuốc lá) nên hoạt động chủ yếu giới hạn trong ngành y tế. Cơ cấu ban chỉ đạo gồm 4 tiểu ban điều trị, còn thiếu các cấu phần về dự phòng, giám sát BKLN và yếu tố nguy cơ.

- Các chương trình, dự án hiện nay còn phân tán, chưa được thống nhất quản lý, điều phối. Các dự án CTMTQG triển khai theo ngành dọc, riêng lẻ cho từng bệnh và có đầu mối điều phối là các bệnh viện Trung ương, vì vậy có xu hướng tập trung cho phát hiện, quản lý điều trị bệnh.

2. Xây dựng và thực thi các chính sách phòng chống yếu tố nguy cơ

a) Phòng chống tác hại thuốc lá

Hoạt động PCTHTL bắt đầu được đưa vào chính sách quốc gia ở Việt Nam từ năm 2000 với Nghị quyết số 12/2000/NQ-CP của Chính phủ phê duyệt "Chính sách quốc gia phòng, chống tác hại của thuốc lá giai đoạn 2000 -2010". Việt Nam đã phê chuẩn Công ước khung về kiểm soát thuốc lá của WHO vào năm 2004. Hoạt động PCTHTL ở Việt Nam bước sang một giai đoạn mới khi Luật PC-THTL được Quốc hội thông qua ngày 18/6/2012 và bắt đầu có hiệu lực từ 01/5/2013. Đây là văn bản có tính chất pháp lý cao nhất đối với hoạt động PCTHTL ở Việt Nam. Trên cơ sở đó, Bộ Y tế đã chủ trì và phối hợp với các Bộ, ngành có liên quan xây dựng và trình phê duyệt các văn bản hướng dẫn thực hiện Luật PCTHTL theo thẩm quyền quy định.

Các chính sách, chiến lược về PCTHTL tại Việt Nam trong thời gian qua về cơ bản đã bao gồm các nhóm can thiệp theo khuyến cáo của WHO gồm:

- Các chính sách nhằm giảm cầu sử dụng thuốc lá: Áp thuế tiêu thụ đặc biệt đối với thuốc lá; bảo vệ người dân trước khói thuốc lá, cấm hút thuốc lá nơi công cộng; cấm quảng cáo, khuyến mại, tiếp thị và tài trợ thuốc lá; cảnh báo tác hại của thuốc lá; thông tin, giáo dục, truyền thông phòng chống tác hại của thuốc lá; chính sách về cai nghiện thuốc lá.

- Các chính sách liên quan đến việc quản lý cung cấp thuốc lá: Quản lý sản xuất, kinh doanh, xuất nhập khẩu thuốc lá; quản lý bán lẻ thuốc lá; quy định các tiêu chuẩn kỹ thuật của thuốc lá.

- Chính sách bảo đảm thực hiện các hoạt động PCTHTL: Quy định về việc xử phạt vi phạm pháp luật về PCTHTL; cơ chế tài chính cho hoạt động PCTHTL.

Để điều phối hoạt động, Ban chủ nhiệm Chương trình PCTHTL (VINACOSH) được thành lập từ năm 1989 và cơ cấu lại vào năm 2001 theo Quyết định số 467/QĐ-TTg ngày 17/4/2001 của Thủ tướng Chính phủ. Văn phòng thường trực VINACOSH đặt tại Bộ Y tế, có nhiệm vụ tham mưu giúp việc cho Ban Điều hành Chương trình. Thành viên Ban chủ nhiệm gồm Lãnh đạo của 13 Bộ, ngành và Chủ nhiệm chương trình là Bộ trưởng Bộ Y tế. Có 6 Bộ, ngành, 36 tỉnh, thành phố và 10 tổ chức đoàn thể đã xây dựng Kế hoạch triển khai PCTHTL, thành lập Ban chỉ đạo ngành, địa phương.

Về thông tin, giáo dục, truyền thông, Chương trình đã tổ chức các hội thảo, hội nghị, nói chuyện phổ biến Luật PCTHTL, mít tinh hưởng ứng ngày thế giới không thuốc lá, tuần lễ quốc gia không

thuốc lá. Tuyên truyền trên các phương tiện thông tin đại chúng như: VTV1, O2TV, Thông tấn xã Việt Nam, VOV giao thông, báo viết và báo mạng. Cung cấp hàng chục ngàn cuốn sách giới thiệu, hỏi đáp về Luật PCTHTL, hàng trăm ngàn tờ rơi, tranh áp phích, hàng trăm đĩa DVD tuyên truyền. Phát động chiến dịch truyền thông: nhắn tin qua điện thoại và truy cập website tuyên truyền; thi sáng tác cổ động "Cuộc sống không khói thuốc lá"…

Để thực hiện môi trường không khói thuốc, các mô hình thí điểm đã được xây dựng và triển khai như xây dựng thành phố không khói thuốc tại một số tỉnh gồm Hạ Long, Thái Nguyên, Hà Nội, Huế, Đà Nẵng, Hội An, Nha Trang và Tiền Giang; xây dựng môi trường công sở không khói thuốc trong các ngành Y tế, Giáo dục, Công an,...; tổ chức cuộc vận động xây dựng "trường học thân thiện" của ngành Giáo dục.

Việt Nam đã thực hiện in cảnh báo hình ảnh trên vỏ bao bì thuốc từ 01/8/2013. Thực hiện cấm quảng cáo thuốc lá trên các phương tiện thông tin đại chúng, cấm tài trợ thuốc lá tại các sự kiện văn hoá, thể thao. Việt Nam được đánh giá là một trong 7 nước đạt kết quả cao nhất trong cấm toàn diện việc quảng cáo, tiếp thị, khuyến mại và tài trợ thuốc lá.

Nhằm góp phần kiểm soát nguồn cung thuốc lá, Bộ Công thương đã ban hành Quyết định số 2332/QĐ-BCT phê duyệt Quy hoạch mạng lưới kinh doanh bán buôn sản phẩm thuốc lá trên phạm vi toàn quốc giai đoạn đến năm 2020; đồng thời tăng cường phối hợp phòng chống buôn lậu thuốc lá, nhất là ở các cửa khẩu biên giới.

Một số khó khăn, tồn tại:

- Thuế tiêu thụ đặc biệt với thuốc lá vẫn chưa hợp lý, chiếm chưa tới 45% giá bán lẻ sau thuế (WHO khuyến cáo 65-80%). Chế tài xử phạt vi phạm chưa đủ sức răn đe, chồng chéo nhiệm vụ và khó khả thi. Quy hoạch mạng lưới kinh doanh bán buôn thuốc lá giai đoạn đến năm 2020 do Bộ Công thương phê duyệt chưa gắn với các mục tiêu PCTHTL.

- Phối hợp liên ngành chưa chặt chẽ và hiệu quả. Các địa phương chủ yếu ban hành văn bản và tổ chức một số hoạt động bề nổi…Chính quyền các cấp, người đứng đầu cơ quan, tổ chức chưa chú trọng triển khai Luật. Tuyên truyền về Luật PCTHTL ở các địa phương vẫn còn hạn chế. Nhận thức về Luật và ý thức chấp hành pháp luật của một bộ phận cán bộ và nhân dân chưa cao. Thanh tra, kiểm tra, giám sát thực thi Luật PCTHTL, nhất là với quy định cấm hút thuốc lá tại các địa điểm cấm hút thuốc chưa nghiêm.

- Các vi phạm pháp luật PCTHTL vẫn diễn ra thường xuyên: Vi phạm trong quảng cáo tại các điểm bán thuốc lá vẫn còn phổ biến. Kiểm soát mua bán thuốc lá chưa chặt chẽ, không kiểm soát được việc bán thuốc cho người dưới 18 tuổi, thuốc lá lậu trôi nổi và mua dễ dàng. Hút thuốc lá tại các trụ sở, cơ quan, địa điểm công cộng vẫn diễn ra phổ biến mà không bị xử phạt; chưa bảo đảm khu vực riêng cho người hút thuốc lá.

- Tỷ lệ hút thuốc lá vẫn còn ở mức cao. Việt Nam nằm trong nhóm 15 nước có người hút thuốc lá cao nhất thế giới. Tỷ lệ hút thuốc lá của thanh thiếu niên vẫn cao với độ tuổi bắt đầu hút ngày càng trẻ. Hút thuốc lá thụ động vẫn còn rất phổ biến tại các cơ quan, trường học, điểm giao thông công cộng và tại nhà.

- Việc tổ chức triển khai các biện pháp tư vấn, cai nghiện vẫn chưa được quan tâm đúng mức. Chưa xây dựng được các mô hình tư vấn, cai nghiện thuốc lá có hiệu quả.

b) Phòng chống sử dụng dượu bia ở mức có hại

Từ năm 1954, Việt Nam đã ban hành Sắc lệnh kiểm soát sản xuất và sử dụng rượu. Đã có hơn 40 văn bản quy phạm pháp luật liên qua trong đó có một số Luật quy định về sản xuất, kinh doanh, tiêu thụ và sử dụng rượu, bia (Luật Thanh niên, Luật phòng chống bạo lực gia đình, Luật Thương mại, Luật Quảng cáo..). Nhiều Nghị định, Thông tư đã được ban hành như Nghị định 94/2012/NĐ-CP quy định về sản xuất, kinh doanh rượu; Thông tư 39/2012/TT-BCT quy định chi tiết

một số điều của Nghị định số 94/2012/NĐ-CP của Chính phủ về sản xuất, kinh doanh rượu; Thông tư số 160/2013/TT-BTC Hướng dẫn việc in, phát hành, quản lý và sử dụng tem đối với sản phẩm rượu nhập khẩu và rượu sản xuất để tiêu thụ trong nước.

Gần đây nhất, ngày 12/02/2014, Thủ tướng Chính phủ đã ký Quyết định số 244/QĐ-TTg về "Chính sách quốc gia phòng chống tác hại của lạm dụng rượu, bia và đồ uống có cồn khác đến năm 2020", trong đó nêu rõ quan điểm "Nhà nước không khuyến khích người tiêu dùng sử dụng rượu, bia và đồ uống có cồn khác". Chính sách Quốc gia xác định những định hướng chung nhằm tạo nên sự đồng bộ trong các quy định thuộc mọi lĩnh vực thuộc đời sống xã hội về phòng chống tác hại của lạm dụng rượu, bia góp phần vào sự phát triển bền vững của đất nước. Dự thảo Luật về vấn đề này cũng đang được xây dựng, dự kiến trình Quốc hội trong thời gian tới.

Các chính sách, chiến lược trong lĩnh vực phòng chống lạm dụng rượu, bia có thể được phân chia thành các nhóm sau:

- Chính sách giảm cầu rượu, bia: Áp thuế tiêu thụ đặc biệt đối với rượu, bia (thuế cho rượu dưới 20 độ là 25%; rượu trên 20 độ và bia chai là 45% (trước ngày 1/1/2013) và 50% kể từ ngày 01/01/2013); cấm quảng cáo sản phẩm rượu có độ cồn từ 15 độ trở lên.

- Chính sách về kiểm soát cung rượu, bia: Hạn chế sự sẵn có của rượu, bia bán lẻ; cấm bán sản phẩm rượu cho người dưới 18 tuổi, bán rượu bằng máy tự động và bán rượu qua internet; về quản lý sản xuất, nhập khẩu, kinh doanhrượu, bia, đặc biệt chú trọng đến vệ sinh an toàn thực phẩm trong sản xuất rượu bia.

- Chính sách liên quan đến giảm tác hại của sử dụng rượu, bia: Truyền thông phòng chống tác hại của sử dụng rượu, bia; cấm uống rượu,bia trong giờ làm việc và say rượu nơi công cộng… Cai nghiện, phục hồi chức năng cho người nghiện rượu.

- Quy định về xử phạt hành chính các hành vi vi phạm về sản xuất, kinh doanh rượu, an toàn giao thông.

Để tổ chức, chỉ đạo, triển khai thực hiện các chính sách liên quan đến phòng chống tác hại rượu, bia, các ngành, đoàn thể, địa phương đã tăng cường tuyên truyền phòng chống tác hại của rượu, bia qua các kênh truyền thông với nhiều hình thức khác nhau. Ngành Công thương thực hiện việc cấp phép sản xuất, kinh doanh sản phẩm rượu với các cơ sở bán buôn; kiểm tra hoạt động sản xuất, kinh doanh rượu. Cục An toàn Thực phẩm (Bộ Y tế) triển khai 8 trung tâm trên toàn quốc để giám sát các sản phẩm rượu đang lưu thông trên thị trường.

Một số địa phương, ban ngành thực hiện việc cấm uống rượu, bia trong giờ hành chính (Hải Phòng, Nghệ An, Vĩnh Phúc, Hà Nội, Long An,…). Xây dựng mô hình tư vấn phòng chống rượu bia khi lái xe tại 3 bệnh viện, xây dựng cộng đồng an toàn, phòng chống rượu bia khi lái xe tại 2 xã trên địa bàn tỉnh Ninh Bình. Ngành Công an tăng cường việc kiểm tra vi phạm nồng độ cồn khi tham gia giao thông.

Một số khó khăn tồn tại:

- Chưa có đầu mối thống nhất quản lý các hoạt động, thông tin và giám sát, đánh giá còn hạn chế.

- Các văn bản chính sách về phòng chống tác hại của rượu, bia vẫn chưa hoàn thiện, chưa phù hợp hoặc thiếu hướng dẫn thực hiện, khó áp dụng trên thực tế. Chưa có Luật phòng chống tác hại của rượu, bia. Các chính sách mới chú trọng nhiều hơn vào các tác hại cấp tính, trật tự trị an, chưa chú trọng đến phòng chống các BKLN.

- Việc triển khai, giám sát thực hiện các chính sách chưa đồng bộ ở các cấp, thiếu kinh phí thực hiện các hoạt động phòng chống tác hại rượu, bia.

- Phối hợp liên ngành trong kiểm soát sản xuất, kinh doanh, tiêu thụ rượu, bia còn gặp nhiều khó khăn. Chưa kiểm soát được nguồn cung và chất lượng rượu thủ công nhằm mục đích kinh doanh. Chưa kiểm soát được nhu cầu và hành vi tiêu thụ rượu, bia. Mua bán, tiêu thụ rượu ở người dưới 18 tuổi còn phổ biến.

- Nhận thức về tác hại của rượu, bia và ý thức tuân thủ pháp luật về phòng chống tác hại của rượu, bia còn rất hạn chế trong khi việc thông tin, giáo dục, truyền thông hạn chế sử dụng rượu, bia vẫn còn mang tính chất chung chung, chưa hiệu quả;

- Việc tổ chức tư vấn cai nghiện, điều trị nghiện rượu, phục hồi chức năng cho người nghiện chưa được quan tâm đúng mức: chưa có hướng dẫn đầy đủ về sàng lọc, tư vấn hỗ trợ, mô hình cai nghiện tại cộng đồng; thiếu nguồn lực và các chính sách hỗ trợ.

c) Tăng cường dinh dưỡng hợp lý

Việt Nam đã xây dựng Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng cho từng giai đoạn: Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2001-2010 theo Quyết định số 21/2001/QĐ-TTG ngày 22 tháng 2 năm 2001. Quyết định 226/QĐ-TTg phê duyệt Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2011-2020 và tầm nhìn 2030.

Bộ Y tế đã ban hành các hướng dẫn, khuyến nghị về dinh dưỡng hợp lý: Quyết định 05/2007/QĐ-BYT năm 2007 về "Mười lời khuyên dinh dưỡng hợp lý giai đoạn 2006-2010"; Quyết định 189/QĐ-BYT năm 2013 về "Mười lời khuyên dinh dưỡng hợp lý đến năm 2020".

Một số chính sách liên ngành có liên quan: Nghị định 21/2006/NĐ-CP; Thông tư 10/2006/TTLT/BYT-BTM-BVHTT-UBDSGĐTE về kinh doanh, sử dụng các sản phẩm dinh dưỡng cho trẻ nhỏ. Quyết định số 149/2006/QĐ-TTg phê duyệt Đề án "Phát triển Giáo dục mầm non giai đoạn 2006 - 2015" và Quyết định số 239/QĐ-TTg phê duyệt Đề án "Phổ cập giáo dục mầm non cho trẻ em năm tuổi giai đoạn 2010-2015". Quyết định 01/2012/QĐ-TTg về một số chính sách hỗ trợ việc áp dụng Quy trình thực hành sản xuất nông nghiệp tốt.

Để chỉ đạo, tổ chức thực hiện đảm bảo dinh dưỡng hợp lý, Bộ Giáo dục và Đào tạo đã đưa nội dung giáo dục dinh dưỡng sức khỏe vào chương trình chăm sóc giáo dục trẻ ở nhà trẻ mẫu giáo; Bộ Tài chính đề xuất đánh thuế tiêu thụ đặc biệt với nước giải khát có gas; Bộ Y tế phát động "Tuần lễ nuôi con bằng sữa mẹ"; "Tuần lễ dinh dưỡng và phát triển"; tham gia sáng kiến bệnh viện thân thiện và thực hiện hướng dẫn "Mười bước cho con bú thành công"; tuyên truyền "Mười lời khuyên dinh dưỡng hợp lý"; thành lập Khoa dinh dưỡng lâm sàng tại các bệnh viện; Viện Dinh dưỡng đào tạo Dinh dưỡng học đường bậc học mầm non; Trường Đại học Y Hà Nội triển khai đào tạo cử nhân dinh dưỡng cộng đồng; Các địa phương ban hành Kế hoạch thực hiện Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng trong từng giai đoạn 2001-2005, 2006-2010 và 2011-2015; tổ chức mít tinh tuyên truyền hưởng ứng tuần lễ "Dinh dưỡng và phát triển"; Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh triển khai các đề án sản xuất và tiêu thụ rau an toàn[46].

Một số khó khăn, tồn tại:

- Việc tuyên truyền dinh dưỡng chưa tập trung vào trọng tâm giảm tiêu thụ muối, đường và thực phẩm nhiều chất béo chuyển hoá. Nội dung tuyên truyền còn chung chung. Người dân chưa có kiến thức về tác hại của chất béo chuyển hoá, các loại thực phẩm nhiều chất béo chuyển hoá và cách sử dụng các loại thực phẩm để bảo đảm lượng muối theo khuyến cáo

- Chưa có chính sách và giải pháp kỹ thuật nhằm kiểm soát hàm lượng muối và chất béo chuyển hoá trong thực phẩm và hỗ trợ các cơ sở sản xuất thay thế chất béo chuyển hoá.

- Thiếu các chính sách và chế tài đồng bộ về kinh tế, xã hội để khuyến khích, hỗ trợ việc sản xuất, kinh doanh, phân phối các loại thực phẩm lành mạnh, có lợi cho sức khoẻ ví dụ giảm thuế, trợ giá cho sản xuất kinh doanh rau quả, thực phẩm sạch;

- Tình trạng sử dụng tràn lan các hoá chất độc hại trong sản xuất, chế biến thực phẩm đang ở mức báo động, khó kiểm soát

d) Tăng cường hoạt động thể lực

Trong thời gian qua đã có ít nhất 6 văn bản luật đề cập đến việc

[46] *http://sonnptnt.hanoi.gov.vn/portal/News-details/172/430/So-ket-3-nam-trien-khai-De-an-san-xuat-va-tieu-thu-rau-an-toan.html*

phát triển thể dục thể thao nâng cao thể lực và sức khoẻ của người dân: Luật Thể dục, thể thao năm 2006; Luật Bảo vệ sức khoẻ nhân dân năm 1989; Luật Giáo dục năm 1998, năm 2005 và năm 2009; Luật Bảo vệ và chăm sóc, giáo dục trẻ em năm 1991 và năm 2004; Luật Thanh niên năm 2005; Luật Người cao tuổi năm 2009.

Một số văn bản, chính sách phát triển TDTT đã được ban hành như: Quy hoạch phát triển ngành TDTT giai đoạn 2001-2010; các chương trình phát triển TDTT quần chúng và phát triển TDTT xã phường; Chiến lược phát triển ngành TDTT giai đoạn 2011-2020; Quy hoạch phát triển TDTT Việt Nam đến năm 2020; Chiến lược giáo dục giai đoạn 2001-2010 và 2011-2020; Thông tư 15/2013/TT-BLĐTBXH về tổ chức hoạt động TDTT cho học sinh, sinh viên ở các cơ sở dạy nghề; Quyết định số 641/QĐ-TTg phê duyệt Đề án tổng thể phát triển thể lực, tầm vóc người Việt Nam giai đoạn 2011-2030.

Để chỉ đạo và tổ chức thực hiện chính sách tăng cường hoạt động thể lực, một số hoạt động đã được triển khai như thành lập Văn phòng Ban điều phối Đề án 641 điều phối các hoạt động của Đề án tổng thể phát triển thể lực, tầm vóc người Việt Nam giai đoạn 2011-2030; Xây dựng kế hoạch, đề án tăng cường công tác rèn luyện thể chất, luyện tập TDTT trong các ngành, đoàn thể: giáo dục, thanh niên,…Các nội dung phối hợp giữa Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch và các ban ngành; Vận động "Toàn dân rèn luyện thân thể theo gương Bác Hồ vĩ đại" giai đoạn 2012-2020, lồng ghép phong trào "Toàn dân đoàn kết xây dựng đời sống văn hóa", "CTMTQG xây dựng nông thôn mới 2010-2020"; 5 thành phố trực thuộc Trung ương đang nghiên cứu triển khai đề án thí điểm cung cấp dịch vụ xe đạp công cộng.

Một số khó khăn tồn tại:

- Chưa có một đầu mối tổ chức thống nhất để điều phối, huy động sự tham gia của liên ngành trong thúc đẩy hoạt động thể lực phòng chống BKLN và thiếu một hệ thống thông tin theo dõi, giám sát và đánh giá các hoạt động.

- Truyền thông, giáo dục về tăng cường hoạt động thể lực phòng chống BKLN chưa hiệu quả, ý thức của người dân trong tham gia rèn luyện thể lực nâng cao sức khoẻ chưa cao. Chưa quan tâm tổ chức, hướng dẫn các hình thức hoạt động thể lực đa dạng phù hợp với điều kiện của từng đối tượng.

- Phối hợp liên ngành còn rất hạn chế trong việc khuyến khích hoạt động thể chất nâng cao sức khoẻ, tuyên truyền, giáo dục; công tác quy hoạch, lập kế hoạch xây dựng. Phong trào TDTT quần chúng chưa được phát triển sâu rộng và bền vững.

- Thiếu môi trường thuận tiện và các điều kiện cơ sở vật chất hỗ trợ người dân tăng cường rèn luyện thể lực nâng cao sức khoẻ, nhất là trong trường học các cấp, trong các cơ quan, công sở và tại các địa điểm công cộng.

3. Phòng chống các bệnh THA, ĐTĐ, ung thư và COPD

Hoạt động phòng chống BKLN được thực hiện chủ yếu thông qua 4 dự án thuộc Chương trình mục tiêu quốc gia về y tế gồm dự án phòng chống THA, phòng chống ĐTĐ, phòng chống ung thư, phòng chống COPD và hen phế quản.

a) Đánh giá dựa trên mục tiêu của các dự án

Mục tiêu cụ thể 2012-2015	Tình hình thực hiện đến 2013
Phòng chống THA 1. Nâng cao nhận thức của nhân dân về phòng chống và kiểm soát bệnh THA. Phấn đấu đạt chỉ tiêu 50% người dân hiểu đúng về bệnh THA và các biện pháp phòng, chống bệnh THA;	1. 50% người dân trong cộng đồng có hiểu biết đúng về bệnh THA và cách phòng chống bệnh THA

2. Đào tạo và phát triển nguồn nhân lực làm công tác dự phòng và quản lý bệnh THA tại tuyến cơ sở. Phấn đấu đạt chỉ tiêu 80% cán bộ y tế hoạt động trong phạm vi Dự án được đào tạo về các biện pháp dự phòng, phát hiện sớm, điều trị và quản lý bệnh THA;	2. 80% cán bộ y tế hoạt động trong phạm vi Dự án được đào tạo về các biện pháp dự phòng, phát hiện sớm, điều trị và quản lý bệnh THA.
3. Xây dựng, triển khai và duy trì bền vững mô hình quản lý bệnh THA tại tuyến cơ sở;	3. Chương trình quản lý bệnh THA tại cơ sở được triển khai tại 1.116 xã, phường của 63 tỉnh thành.
4. Phấn đấu đạt chỉ tiêu 50% số bệnh nhân THA được phát hiện sẽ được điều trị đúng theo phác đồ do Bộ Y tế quy định.	4. 50% số bệnh nhân THA được phát hiện được điều trị đúng theo phác đồ do Bộ Y tế quy định.
Phòng chống ung thư	
1. Nâng cao nhận thức cộng đồng về phòng và phát hiện sớm bệnh ung thư	1. Năm 2013 điều tra tại 12 tỉnh: - Tỷ lệ hiểu biết cơ bản đúng về phòng chống ung thư là 30,9%; thấp hơn so với điều tra năm 2009 (35%). - 79% người bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn muộn.
2. Tăng 5-10% tỷ lệ bệnh nhân ung thư được phát hiện sớm	2. Sử dụng dữ liệu từ 135 bệnh viện ở 5 tỉnh thành

đồng thời giảm tỷ lệ tử vong của một số loại ung thư: vú, cổ tử cung, khoang miệng, đại trực tràng.	lớn (năm 2010): trong số 22,7% các trường hợp ung thư vú có thể được chẩn đoán được giai đoạn mắc, 64,2% trường hợp ở giai đoạn muộn (giai đoạn> III). Không có dữ liệu thể hiện sự thay đổi tỷ lệ bệnh nhân đến muộn theo thời gian. 3. Không có đủ thông tin để đánh giá sự thay đổi về tỷ lệ tử vong.
Phòng chống ĐTĐ	
1. Phấn đấu đạt chỉ tiêu 50% người dân trong cộng đồng hiểu biết về bệnh ĐTĐ và các yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe do bệnh ĐTĐ gây ra;	1. Kết quả điều tra 2012 ở đối tượng 30-70 tuổi: chỉ 3,9% có kiến thức trung bình trở lên về sự nguy hiểm và biến chứng của bệnh; 0,6% có kiến thức về các yếu tố nguy cơ; 21,9% có kiến thức về phòng và điều trị ĐTĐ.
2. Giảm tỷ lệ người mắc bệnh ĐTĐ không được phát hiện trong cộng đồng xuống dưới 60%;	2. Kết quả điều tra 2012 ở đối tượng 30-70 tuổi: Tỷ lệ người bệnh mắc ĐTĐ trong cộng đồng không được phát hiện là 63,6%.
3. Xây dựng, triển khai và duy trì mô hình quản lý bệnh ĐTĐ trên phạm vi cả nước;	3. Trên 90% các đơn vị thuộc dự án có phòng khám, tư vấn về đái tháo đường; 95,4% số tỉnh/thành phố có bệnh

	viện nội tiết, trung tâm nội tiết hoặc khoa nội tiết thuộc bệnh viện đa khoa tỉnh.
4. Theo dõi và điều trị có hệ thống 50% số người mắc bệnh ĐTĐ đã được phát hiện theo phác đồ Bộ Y tế quy định.	4. Chưa có số liệu.
Phòng chống COPD và hen phế quản	
1. Phấn đấu đào tạo được 70% số bác sỹ tham gia khám, chẩn đoán và điều trị COPD và hen phế quản ở các tỉnh tham gia dự án.	1. 70% số bác sỹ tham gia khám, chẩn đoán và điều trị COPD và hen phế quản ở các tỉnh tham gia dự án được đào tạo.
2. Phấn đấu xây dựng được Phòng quản lý COPD ở 70% số tỉnh tham gia dự án.	2. Xây dựng Phòng quản lý COPD ở 25/25 tỉnh tham gia dự án.
3. Phấn đấu 50% số bệnh nhân ở các tỉnh tham gia dự án, có chẩn đoán COPD và hen phế quản được kê đơn đúng theo hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế.	3. 50% số bệnh nhân ở các tỉnh tham gia dự án, có chẩn đoán COPD và hen phế quản được kê đơn đúng theo hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế.

b) Hoạt động truyền thông

Các giải pháp nhằm đạt được mục tiêu dự phòng ung thư bao gồm các hoạt động phòng chống tác hại thuốc lá, tuyên truyền chế độ dinh dưỡng, nâng cao nhận thức của cộng đồng về ung thư, giáo dục sức khoẻ sinh sản, phòng chống ung thư do yếu tố nghề nghiệp và môi trường và phòng chống nhiễm trùng liên quan tới ung thư. Giáo dục sức khỏe được tăng cường nhằm cung cấp cho cộng đồng những kiến thức cần thiết về bệnh ung thư, các dấu hiệu sớm của ung thư. Hoạt động giáo dục sức khỏe cho người dân về phòng chống và kiểm soát bệnh ung thư chủ yếu thông qua tờ rơi, truyền hình, phát thanh và tạp chí. Qua khảo sát đánh giá về kiến thức PCUT của người dân tại một số tỉnh thành năm 2012 của Viện K đã cho thấy 55% người dân có hiểu biết cơ bản về PCUT.

Để đạt được mục tiêu *"50% người dân hiểu đúng về bệnh THA và cách phòng, chống bệnh THA",* Dự án THA đã tiến hành hoàn thiện và cập nhật nội dung các chương trình truyền thông giáo dục phổ biến kiến thức trên các phương tiện thông tin đại chúng của trung ương (VTV1, VTV2, VTV3, O2TV, VOV…). Thiết kế hoàn chỉnh bộ tài liệu truyền thông (panô, áp phích, tờ rơi, tranh gấp, tranh lật). Hoàn thiện và cung cấp các TV Spot về THA cho các tỉnh/thành phố để phát trên đài truyền hình địa phương. Hàng năm tổ chức hưởng ứng sự kiện *"Ngày Tim mạch thế giới"* và *"Ngày THA thế giới",* thành lập các Câu lạc bộ THA, tổ chức tư vấn và trao đổi trực tiếp giữa bệnh nhân và các chuyên gia tim mạch về dự phòng và điều trị đúng bệnh THA.

Hoạt động truyền thông giáo dục sức khoẻ phòng chống ĐTĐ cho cộng đồng được thực hiện trên cả 63 tỉnh thành với nhiều hình thức phong phú: tranh lật, apphíc, tờ rơi, băng hình, nói chuyện chuyên đề phòng chống ĐTĐ và chế độ dinh dưỡng hợp lý, tạp chí (báo Sức khoẻ-Đời sống), tư vấn về dự phòng ĐTĐ tại tuyến cơ sở...Tổ chức khám miễn phí và đẩy mạnh hoạt động truyền thông ngày phòng chống ĐTĐ thế giới. Lấy ngày ĐTĐ thế giới là ngày vận động các

tầng lớp xã hội và cộng đồng chung tay phòng chống ĐTĐ. Ngoài ra, năm 2011-2012, mô hình truyền thông thay đổi hành vi dựa vào cộng đồng đã được triển khai thí điểm tại 05 tỉnh: Thanh Hóa, Ninh Bình, Hải Phòng, Tiền Giang, Lâm đồng.

Đối với phòng chống COPD, các hoạt động truyền thông giáo dục sức khoẻ cho cộng đồng đa số qua các phương tiện truyền thông đại chúng như truyền hình, phát thanh, tờ rơi, poster, pano, băng rôn, báo chí. Ngoài ra, công tác truyền thông còn thông qua các hoạt động sự kiện như: tổ chức hoạt động chào mừng ngày Hen toàn cầu và COPD toàn cầu; tổ chức chương trình sự kiện truyền hình trực tiếp nhân ngày thế giới không hút thuốc là và tuần lễ quốc gia không hút thuốc lá…

c) Khám sàng lọc, phát hiện sớm và quản lý điều trị

Trong giai đoạn 2011 – 2013, Dự án phòng chống ung thư đã tiến hành khám sàng lọc phát hiện sớm ung thư vú, cổ tử cung cho trên 142.000 phụ nữ thuộc nhóm nguy cơ cao, khám sàng lọc và phát hiện sớm ung thư khoang miệng và đại trực tràng cho trên 31.000 đối tượng tại một số tỉnh. Các trường hợp qua sàng lọc có những tổn thương nghi ngờ đã được chuyển đến cơ sở y tế chuyên khoa để chẩn đoán xác định và điều trị. Năm 2013, tỷ lệ phát hiện ung thư vú là 58,5/100.000 dân (trong khi tỷ lệ mới mắc qua số liệu của ghi nhận ung thư cho kết quả 29,9/100.000 dân); tỷ lệ phát hiện ung thư cổ tử cung là 36,5/100.000 dân trong khi tỷ lệ mới mắc qua số liệu của ghi nhận ung thư cho kết quả 13,5/100.000 dân). Việc phát hiện sớm các trường hợp ung thư đã giúp cho công tác điều trị đơn giản hơn và chi phí chỉ bằng 20% so với điều trị muộn. Công tác chẩn đoán điều trị đã đạt được nhiều tiến bộ. Từ năm 2008 Bộ Y tế đã phê duyệt đề án phát triển mạng lưới phòng, chống ung thư giai đoạn 2009-2020. Đồng thời đề án 1816 và đề án bệnh viện vệ tinh về phòng chống ung thư đã phát huy được hiệu quả cao.

Đối với dự án phòng chống THA, tính đến hết năm 2014, hoạt động khám sàng lọc và quản lý bệnh nhân THA được triển khai trên địa bàn 1.179 xã/phường trong toàn quốc, trong đó khám sàng lọc cho 2.203.893.000 người từ 40 tuổi trở lên (phát hiện 365.182 người mắc tăng huyết áp, trong đó 181.861 người lần đầu tiên được phát hiện tăng huyết áp chiếm 49,8%). Bệnh nhân THA được phát hiện sau sàng lọc đều được tư vấn quản lý tại các cơ sở y tế. Từ năm 2010, Bộ Y tế đã ban hành "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị THA" được phổ biến rộng rãi trên cả nước.

Từ năm 2011 đến hết 6 tháng đầu năm 2014 đã khám sàng lọc cho 872.993 đối tượng có yếu tố nguy cơ, phát hiện 66.051 người ĐTĐ (7,5%) và 131.757 tiền ĐTĐ (15,1%). Ngoài tổ chức các đợt khám sàng lọc, dự án còn tiến hành khám sàng lọc cơ hội tại các phòng khám bệnh cho người đến khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế. Theo số liệu thống kê báo cáo tại các đơn vị triển khai dự án phòng chống ĐTĐ trên toàn quốc tỉ lệ đối tượng được quản lý là 39,5% tại thời điểm 6 tháng đầu năm 2014. Dự án cũng đã hướng dẫn thành lập các phòng khám, tư vấn tại các Trung tâm Nội tiết, Trung tâm YTDP tuyến tỉnh, huyện. Năm 2012 đã khám tư vấn cho 111.743 lượt; năm 2013 khám tư vấn cho 119.896 lượt đối tượng. Phối hợp với WHO và IDF khu vực xây dựng triển khai mô hình quản lí và điều trị ĐTĐ tại tuyến tỉnh: Thái Bình, Thanh Hóa, Đắk Lắk và Bình Thuận. Năm 2011, Bộ Y tế đã ban hành Tài liệu hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh ĐTĐ tuýp II (Quyết định 3280/QĐ-BYT).

Dự án phòng chống COPD và hen phế quản đang được triển khai tại 25 tỉnh, thành phố với 42 phòng quản lý COPD và hen phế quản. Tiến hành khám sàng lọc phát hiện COPD và hen phế quản tại bệnh viện Bạch Mai và tại các địa phương. Tất cả các bệnh nhân được phát hiện bệnh sau khám sàng lọc đều được đưa vào danh sách quản lý điều trị tại phòng Quản lý COPD và hen phế quản của bệnh viện Bạch Mai và tại các địa phương thực hiện dự án. Trong giai đoạn 2011-2013 đã khám sàng lọc phát hiện bệnh cho 93.451 người, trong đó phát hiện và quản lý 2521 bệnh nhân hen phế quản (2,69%) và 1941 bệnh nhân COPD (2,07%).

d) Chăm sóc giảm nhẹ triệu chứng

Chăm sóc giảm nhẹ là hoạt động không thể thiếu nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư, đây cũng là một trong năm mục tiêu của Dự án phòng chống ung thư. Các hoạt động chăm sóc giảm nhẹ đã thực hiện bao gồm: tư vấn và giúp đỡ thành lập đơn nguyên chăm sóc giảm nhẹ tại một số tỉnh đã có khoa Ung bướu, tập huấn Chăm sóc giảm nhẹ cho cán bộ y tế làm việc tại các khoa ung bướu. Bước đầu dự án đã hoàn thiện xây dựng mô hình chăm sóc bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối tại cộng đồng; xây dựng văn bản về quản lý thuốc gây nghiện và triển khai việc cung cấp thuốc giảm đau theo bậc thang thuốc chống đau của TCYTTG tại tuyến cơ sở.

đ) Phát triển mạng lưới

Tính đến năm 2013 dự án phòng chống ung thư đã triển khai tại 37 tỉnh, thành phố, thành lập 37 khoa ung bướu. Trong giai đoạn 2002-2011, ngành ung thư Việt Nam kết hợp với Chương trình phòng chống ung thư quốc gia đã xây dựng và đưa vào hoạt động thêm 2 bệnh viện Ung bướu.

Mạng lưới phòng chống THA được triển khai với việc thành lập Ban chủ nhiệm chương trình tại 63 tỉnh, thành phố; thiết lập các đơn vị phòng chống THA đặt tại các bệnh viện tỉnh, thành phố. Hiện tại đầu mối lập kế hoạch và tổ chức triển khai tại tuyến tỉnh được giao cho nhiều đơn vị khác nhau tùy theo từng tỉnh: Sở Y tế (25), Trung tâm phòng chống bệnh xã hội (2), Trung tâm Y tế dự phòng (29), Trung tâm Nội tiết (5), và Bệnh viện đa khoa tỉnh (2).

Mạng lưới phòng chống ĐTĐ hiện nay được thiết lập tại 6 bệnh viện Nội tiết, 6 Trung tâm Nội tiết, 4 Trung tâm Sốt rét-Nội tiết, 2 Trung tâm Phòng chống các bệnh xã hội, 1 Trung tâm Dinh dưỡng và 45 Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh. Ngoài ra tại tuyến huyện, bệnh viện Nội tiết Trung ương đã đề xuất với các tỉnh thành lập đơn vị, phòng tư vấn thuộc bệnh viện huyện hoặc thuộc TTYT huyện, đảm bảo cho người bệnh và các đối tượng có yếu tố nguy cơ có thể tiếp cận.

Trong năm 2011, dự án Phòng chống COPD được triển khai trên 4 tỉnh thành (Hà Nội, Bắc Ninh, Nam Định và Hưng Yên), năm 2012 mở rộng thành 10 tỉnh và đến năm 2013 đã triển khai tại 25 tỉnh/ thành phố. Tại các tỉnh đều thành lập các Ban điều hành dự án tỉnh nhằm thực hiện đồng bộ các hoạt động của dự án từ Trung ương xuống địa phương và thành lập các Phòng Quản lý COPD nhằm thực hiện tốt hơn việc quản lý và điều trị bệnh nhân COPD và hen phế quản.

e) Nâng cao năng lực của mạng lưới

Tính đến năm 2011, cả nước chỉ có hai trường đại học y khoa (Đại học Y Hà Nội và Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh) có giảng dạy về môn ung thư trong chương trình đại học, số bác sỹ tốt nghiệp tại hai trường đại học này khoảng 2.000 bác sĩ mỗi năm. Số bác sỹ tốt nghiệp này vẫn chưa đáp ứng nhu cầu của người dân về dịch vụ điều trị ung thư. Dự án phòng chống ung thư quốc gia đã cung cấp và hỗ trợ đào tạo nhằm nâng cao năng lực của cán bộ y tế các cấp trong công tác phòng chống và kiểm soát ung thư. Hoạt động đào tạo bao gồm đào tạo liên tục, đào tạo lại, hỗ trợ kỹ thuật, chuyển giao công nghệ.

Hoạt động đào tạo tập huấn về phòng chống THA được thực hiện nhằm nâng cao năng lực của nhân viên y tế các cấp từ trung ương đến địa phương, bao gồm: đào tạo giảng viên về khám sàng lọc, quản lý và điều trị bệnh nhân THA; quản lý giám sát dự án; truyền thông giáo dục sức khỏe cho các cán bộ quản lý và bác sĩ lâm sàng tim mạch tại 63 tỉnh/thành phố; tập huấn cho nhân viên y tế xã về cách đo huyết áp đúng; các biện pháp thay đổi lối sống để dự phòng và điều trị bệnh THA; các biện pháp điều trị bệnh THA bằng thuốc; mô hình dự phòng và quản lý bệnh THA ở cộng đồng; tập huấn các hoạt động giám sát dự phòng và quản lý bệnh THA ở cộng đồng. Tổng cộng đã có 84.136 lượt cán bộ y tế ở tất cả các tuyến được đào tạo, tập huấn các loại.

Dự án phòng chống ĐTĐ đã tổ chức đào tạo, tập huấn về chẩn đoán, điều trị truyền thông cán bộ tuyến tỉnh, huyện. Hàng năm Dự án cũng phối hợp với Hội Nội tiết- ĐTĐ, các Trường đại học và các địa phương mở các lớp chuyên khoa định hướng, đào tạo tập huấn ngắn hạn cho cán bộ y tế. 100% các đơn vị phòng chống ĐTĐ tuyến tỉnh đã cử cán bộ tham dự đầy đủ các khóa tập huấn theo yêu cầu. Toàn bộ cán bộ chuyên trách công tác phòng chống bệnh ĐTĐ tuyến huyện. Tính tới năm 2014 toàn bộ nhân viên y tế chuyên trách của tuyến xã đã được tham gia tập huấn phòng chống bệnh ĐTĐ.

Trong ba năm từ 2011 đến 2013, Dự án phòng chống COPD đã tổ chức các lớp tập huấn, đào tạo cho các cán bộ y tế của bệnh viện Đa khoa tỉnh, Bệnh viện lao và bệnh phổi của tỉnh, các cán bộ y tế tuyến huyện/xã về chẩn đoán, điều trị COPD và hen phế quản; cách phòng tránh các yếu tố nguy cơ của COPD và hen phế quản; tập huấn về cách đo chức năng hô hấp và hướng dẫn dùng thuốc điều trị COPD và hen phế quản. Tổng số đã đào tạo 439 giảng viên nguồn cho tuyến tỉnh, trên 10.000 học viên cho các địa phương

Đánh giá các khó khăn tồn tại

- Chưa có sự phối hợp lồng ghép trong việc triển khai các dự án mục tiêu phòng chống BKLN. Mô hình các đơn vị thực hiện phòng chống đái tháo đường, tăng huyết áp không thống nhất, đặc biệt ở tuyến tỉnh, huyện

- Thiếu kinh phí triển khai Chương trình mục tiêu: Năm 2014, kinh phí bị cắt giảm 65% đối với các dự án thuộc CTMTQG. Hầu hết không có nguồn kinh phí đối ứng của địa phương. Chậm trong việc xây dựng và phê duyệt kế hoạch hoạt động

- Tỷ lệ bao phủ của Chương trình mục tiêu phòng chống BKLN còn thấp: Quy mô triển khai còn nhỏ, dự án COPD mới triển khai tại 25 tỉnh, dự án tăng huyết áp mới triển khai quản lý bệnh <10% số xã phường. Một số hoạt động chỉ giới hạn chủ yếu tại các cơ sở khám chữa bệnh (COPD, ung thư). Hệ thống ghi nhận ung thư mới bao phủ 20% dân số, toàn quốc chỉ có 5 cơ sở có thực hiện chăm sóc giảm nhẹ.

- Tỷ lệ phát hiện, can thiệp, quản lý, điều trị các BKLN còn rất thấp: Thông qua các chương trình sàng lọc, các dự án mới góp phần phát hiện khoảng gần 400.000 người tăng huyết áp (chiếm 3% trong tổng số khoảng 13 triệu người hiện mắc THA), phát hiện 66.000 người mắc ĐTĐ, khoảng 5000 bệnh nhân mắc COPD và hen phế quản. Trong số được phát hiện, tỷ lệ được quản lý điều trị cũng đạt thấp.

- Sàng lọc phát hiện sớm là một nội dung trọng tâm của các dự án tuy nhiên còn nhiều bất cập: Chưa có hướng dẫn quốc gia về sàng lọc phát hiện sớm ung thư, BHYT chưa sẵn sàng và chưa có cơ chế chi cho khám sàng lọc phát hiện sớm ung thư. Việc sàng lọc phát hiện sớm THA theo phương pháp chủ động đòi hỏi chi phí lớn và không khả thi. Tỷ lệ tiền ĐTĐ và ĐTĐ được phát hiện qua sàng lọc chủ động còn rất thấp.

- Dự phòng đóng vai trò quan trọng tuy nhiên mạng lưới y tế dự phòng chưa tham gia tích cực và chủ động vào hoạt động của một số dự án. Một số hoạt động dự án mới chỉ tập trung vào phát hiện và quản lý điều trị bệnh, chưa triển khai xuống cộng đồng, chưa có sự tham gia của YTDP và y tế xã (COPD, ung thư). Chưa có can thiệp dự phòng cho người có nguy cơ cao bị ung thư sau khi được phát hiện qua sàng lọc. Mức độ bao phủ dịch vụ tư vấn về ĐTĐ còn thấp.

- Nguồn nhân lực đáp ứng tại các tuyến y tế vừa thiếu vừa yếu: Cán bộ kiêm nhiệm/chuyên trách còn rất thiếu và không ổn định tại tuyến tỉnh, huyện và xã. Năng lực chuyên môn về quản lý điều trị THA, ĐTĐ, COPD, chăm sóc dự phòng ung thư còn yếu ở các tuyến, nhất là y tế cơ sở.

- Thiếu thuốc điều trị và trang thiết bị: Thuốc thiết yếu cho hen phế quản và COPD, ĐTĐ không có sẵn tại y tế cơ sở. Tiếp cận thuốc điều trị THA còn bất cập trong việc xây dựng danh mục và lựa chọn thuốc, quy định về thời gian cấp thuốc định kỳ. BHYT không chi trả một số thuốc điều trị theo khuyến cáo; thiếu điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị và thiếu cơ chế khuyến khích cho cán bộ trạm y tế xã.

4. Phát triển nguồn nhân lực

Phát triển nhân lực trong lĩnh vực phòng chống BKLN nằm trong bối cảnh chung về phát triển nhân lực y tế Việt nam.

Trong những năm qua, các hoạt động phòng, chống BKLN chủ yếu được triển khai thông qua các dự án thuộc chương trình mục tiêu quốc gia về y tế. Vì vậy nhân lực thực hiện các hoạt động hầu hết dựa vào nguồn nhân lực sẵn có của mạng lưới khám chữa bệnh các chuyên khoa tim mạch, ung bướu, nội tiết và hô hấp của các tuyến Trung ương và tuyến tỉnh. Cán bộ kiêm nhiệm/chuyên trách còn rất thiếu và không ổn định tại tuyến tỉnh, huyện và xã. Năng lực chuyên môn về quản lý điều trị THA, ĐTĐ, COPD, chăm sóc dự phòng ung thư còn yếu ở các tuyến, nhất là y tế cơ sở. Đặc biệt đội ngũ cán bộ thuộc lĩnh vực y tế dự phòng còn tham gia chưa tích cực và chủ động vào các hoạt động dự phòng BKLN.

Các chương trình đào tạo cấp bằng sau đại học, đại học, cao đẳng, trung cấp trong lĩnh vực y đã bao gồm các nội dung thiết yếu liên quan đến BKLN, tuy nhiên một số chương trình chưa đảm bảo chất lượng, chưa được chuẩn hóa dựa trên năng lực đầu ra.

Hoạt động đào tạo liên tục còn nhiều hạn chế, một số lớp tập huấn mang tính hình thức, hiệu quả chưa cao. Việc đào tạo liên tục cho tuyến dưới chưa có sự lồng ghép. Do nguồn kinh phí hạn hẹp nên số lượng cán bộ y tế được qua tập huấn còn ít.

5. Tài chính

Từ năm 2002 đến nay, hoạt động phòng, chống BKLN đã từng bước được Nhà nước quan tâm đầu tư. Các dự án phòng chống bệnh THA, ĐTĐ, ung thư và COPD đã lần lượt được Chính phủ phê duyệt đưa vào CTMTQG về y tế và được phân bổ ngân sách hàng năm. Chỉ riêng trong 2 năm 2012 và 2013, tổng kinh phí cho các dự án tương đối ổn định, khoảng 200 tỷ đồng/năm (bao gồm cả dự án CSSK tâm thần tại cộng đồng). Đây là nguồn tài chính chủ yếu để bảo đảm các hoạt động phòng chống BKLN, để chi cho nâng cao năng lực, sàng lọc, quản lý điều trị, truyền thông và theo dõi đánh giá chương trình. Ngoài nguồn ngân sách nhà nước cấp cho chi thường xuyên, còn có ngân sách đầu tư cho xây dựng cơ bản (xây dựng các trung tâm ung bướu) và nguồn kinh phí huy động từ các nguồn vốn viện trợ, BHYT và viện phí.

Tuy nhiên so với nhu cầu hoạt động, đầu tư tài chính cho phòng, chống BKLN còn rất hạn hẹp. Trong giai đoạn 2005-2011, tỷ lệ chi cho phòng chống BKLN trong tổng chi y tế quốc gia hàng năm chỉ chiếm 2,5%-3,5%, trong khi đó gánh nặng BKLN đang gia tăng và chiếm tới trên 70% tổng gánh nặng bệnh tật và tử vong. Đối với nguồn CTMTQG, ngân sách cho BKLN trong tổng kinh phí CT-MTQG y tế chiếm tỷ lệ thấp 12,7% (2013) giảm so với năm 2012 (15,6%). Năm 2014, nguồn tài chính cho các chương trình mục tiêu y tế bị cắt giảm 50-70%.

Việc phân bổ kinh phí chia cắt theo các chương trình dọc, không có sự phối hợp, lồng ghép và điều phối chung giữa các chương trình. Kinh phí cho hoạt động điều trị bao gồm các nguồn từ ngân sách Nhà nước, BHYT và viện phí. Kinh phí cho hoạt động dự phòng chủ yếu từ nguồn ngân sách nhà nước thông qua chi thường xuyên cấp cho các đơn vị dự phòng và CTMTQG.

Diện bao phủ BHYT mới đạt 70% dân số, trong khi ngân sách từ BHYT hạn hẹp, phạm vi chi trả bị giới hạn, chủ yếu cho các dịch vụ khám chữa bệnh. BHYT không chi trả một số dịch vụ phòng chống BKLN. Chưa có hướng dẫn thanh toán BHYT cho sàng lọc một số bệnh theo Luật BHYT, không thanh toán chi phí tư vấn. Vướng mắc trong thanh toán BHYT đối với các chi phí thuốc khi nguồn từ ngân sách nhà nước bị cắt giảm.

Ngân sách cho phòng chống BKLN chưa được phân bổ phù hợp, không khuyến khích sàng lọc phát hiện sớm, dự phòng và kiểm soát các yếu tố nguy cơ. Kinh phí chủ yếu vẫn tập trung cho lĩnh vực điều trị và tập trung cho tuyến trên. Số liệu khám chữa bệnh BHYT cho thấy 2/3 kinh phí từ BHYT chi trả cho các bệnh viện tuyến tỉnh và

Trung ương, tuyến y tế cơ sở gồm bệnh huyện và trạm y tế xã với trên 80% số người có BHYT đăng ký khám chữa bệnh ban đầu chỉ được sử dụng hơn 30% kinh phí BHYT. Các hoạt động dự phòng và nâng cao sức khỏe chưa được chú trọng đầu tư đúng mức. Tổng kinh phí cho dự phòng và nâng cao sức khỏe nói chung chỉ chiếm khoảng 30% tổng chi y tế toàn xã hội, và tỷ lệ này còn thấp hơn nhiều nếu tách riêng cho lĩnh vực dự phòng BKLN, trong khi 10 can thiệp lựa chọn hàng đầu theo khuyến cáo của WHO đều là các can thiệp dự phòng yếu tố nguy cơ và thực hiện ở cộng đồng.

6. Dược, vắc xin và trang thiết bị y tế

Hiện nay Việt nam đã có danh mục thuốc thiết yếu và thuốc được BHYT chi trả đã bao phủ hầu hết các thuốc điều trị BKLN. Bên cạnh đó Bộ Y tế cũng đã ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị một số BKLN như THA, ĐTĐ, hen phế quản… trong đó hướng dẫn việc sử dụng các thuốc thiết yếu cho điều trị. Hầu hết các trang thiết bị thiết yếu cho chẩn đoán, điều trị BKLN đã được Bộ Y tế quy định trong danh mục của các cơ sở y tế công.

Mặc dù đã có trong danh mục quy định nhưng một số thuốc điều trị BKLN thường không sẵn có tại các cơ sở y tế công, đặc biệt tại các trạm y tế xã, phường, ví dụ như thuốc điều trị COPD và hen phế quản. Không có thuốc nào thuộc nhóm thuốc điều trị ung thư được quy định sử dụng tại trạm y tế. Một nghiên cứu tại 176 trạm y tế xã có bác sỹ cho thấy tỷ lệ thuốc thiết yếu theo danh mục chỉ đạt 12,5-20%.

Người mắc BKLN khó tiếp cận thuốc còn do các thuốc điều trị/ kiểm soát bệnh tăng huyết áp và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính chưa có trong danh mục thuốc mạn tính nên bị giới hạn số ngày kê đơn thuốc.

Đa số các trạm y tế xã cũng đang thiếu trang thiết bị thiết yếu phục vụ cho xét nghiệm, theo dõi, chẩn đoán một số BKLN (ví dụ glucometer mao mạch).

Giá thuốc, chất lượng thuốc: Quy chế đấu thầu thuốc hiện nay dựa trên tiêu chí về giá có thể dẫn tới thuốc có chất lượng tốt hơn, nhưng chi phí cao hơn sẽ không đủ điều kiện thắng thầu. Giá một số thuốc điều trị cao hơn giá tham chiếu trong khu vực. Sử dụng vắc xin phòng HPV chưa được đánh giá đầy đủ để áp dụng rộng rãi

7. Hoạt động giám sát BKLN

a) Mạng lưới giám sát

Hiện tại Việt Nam chưa có mạng lưới giám sát để đảm bảo thu thập số liệu một cách chuẩn hóa, thống nhất, toàn diện và mang tính hệ thống. Chưa thiết lập các điểm giám sát và đầu mối giám sát tại Trung ương, các khu vực và tại các tỉnh. Hiện tại các hoạt động thu thập thông tin chủ yếu dựa vào các dự án BKLN cho từng bệnh riêng lẻ, chưa có sự kết nối với nhau.

Trước đây, Chương trình phòng chống BKLN của Bộ Y tế đã bước đầu triển khai mạng lưới giám sát thông qua Dự án Thiết lập hệ thống giám sát quốc gia một số BKLN 2007-2010 (do Cục Quản lý khám chữa bệnh triển khai với sự tài trợ của Tổ chức Atlantic Philanthropy thông qua Viện Nghiên cứu Menzies, Úc). Trong phạm vi dự án này đã thành lập mạng lưới giám sát tại 8 tỉnh/thành phố: Hà Nội, Thái Nguyên, Hòa Bình, Thừa Thiên Huế, Bình Định, TP.Hồ Chí Minh, Cần Thơ, Đăk Lăk. Tại mỗi tỉnh/thành phố có một nhóm cán bộ (nòng cốt là Sở Y tế) chịu trách nhiệm làm đầu mối triển khai các hoạt động liên quan đến dự án. Khi dự án kết thúc thì mạng lưới giám sát này cũng không còn tiếp tục được duy trì.

b) Giám sát yếu tố nguy cơ:

Để giám sát yếu tố nguy cơ BKLN, WHO đã xây dựng bộ công cụ STEPwise sử dụng cho điều tra, thu thập, giám sát và khuyến nghị các quốc gia áp dụng để bảo đảm thống nhất, chuẩn hóa về phương pháp, có thể lồng ghép thu thập thông tin về tất cả các yếu tố nguy cơ phổ biến.

Trong thời gian qua đã có một số điều tra, nghiên cứu cung cấp một số thông tin cơ bản về thực trạng một số BKLN và các yếu tố nguy cơ. Tuy nhiên các điều tra này thường riêng lẻ, không lồng

ghép, do các chương trình dự án khác nhau thực hiện ở những thời điểm khác nhau. Một số điều tra nghiên cứu có phương pháp không thống nhất, chuẩn hóa theo phương pháp STEPwise của WHO. Một số điều tra quan trọng gồm:

- Điều tra các yếu tố nguy cơ BKLN tại 8 tỉnh/thành phố năm 2009-2010 theo phương pháp STEPwise (Dự án Thiết lập hệ thống giám sát quốc gia một số BKLN).
- Điều tra Thuốc lá toàn cầu ở người trưởng thành năm 2010 (Chương trình phòng chống tác hại thuốc lá).
- Điều tra dịch tễ học THA và các yếu tố nguy cơ tại Việt Nam năm 2003-2008 (Viện Tim mạch).
- Điều tra quốc gia đái tháo đường và các yếu tố nguy cơ năm 2002 và năm 2012 (Bệnh viện Nội tiết Trung ương)
- Tổng điều tra về về thực trạng thừa cân béo phì ở người độ tuổi 25-64 tiến hành năm 2005 (Viện Dinh dưỡng)
- Điều tra về thực trạng phòng chống ung thư năm 2008 (Bệnh viện K).

c) Giám sát mắc bệnh và tử vong

Các số liệu mắc và tử vong do các BKLN hiện nay còn rất hạn chế, chủ yếu dựa vào báo cáo bệnh viện, ghi nhận ung thư và qua một số điều tra quy mô nhỏ tại cộng đồng. Vì vậy Việt nam còn thiếu các số liệu định kỳ về tình hình mắc và tử vong do các bệnh tim mạch, ĐTĐ, COPD…

Đối với hoạt động giám sát tại bệnh viện: Hệ thống báo cáo thống kê bệnh viện phân loại bệnh tật theo ICD 10 định kỳ cung cấp các thông tin về tình hình mắc, chết của một số BKLN tại các bệnh viện trong toàn quốc. Trên cơ sở báo cáo, hằng năm Niên giám thống kê y tế đã công bố số liệu tình hình mắc và tử vong trong bệnh viện.

Các trung tâm ghi nhận ung thư được thiết lập và triển khai tại 9 tỉnh/thành phố là Hà Nội, Thái Nguyên, Thừa Thiên Huế, Hải Phòng, TP.Hồ Chí Minh, Cần Thơ, Thanh Hóa, Đà Nẵng, Kiên Giang (Dự án phòng chống ung thư) định kỳ cung cấp các số liệu ước tính về mắc mới do một số loại ung thư, tuy nhiên quy mô bao phủ của ghi nhận còn nhỏ (khoảng 20%).

Hiện tại chưa giám sát tử vong tại cộng đồng do chưa triển khai thu thập thông qua thống kê tại trạm y tế xã và qua sổ chứng tử của xã. Mới chỉ có một số nghiên cứu quy mô nhỏ để ước tính gánh nặng và tử vong do một số BKLN. Chính vì vậy Việt Nam cò thiếu các số liệu một cách hệ thống về mô hình bệnh tật và tử vong do BKLN.

d) Giám sát năng lực và đáp ứng của hệ thống y tế

Hiện tại mới chỉ thực hiện thống kê báo cáo kết quả thực hiện các hoạt động phòng chống BKLN theo quy định của các dự án BKLN thuộc CTMTQG về y tế.

Khó khăn tồn tại

- Việt Nam chưa thiết lập hệ thống giám sát sát BKLN quốc gia, các hoạt động giám sát BKLN phần lớn là những hoạt động độc lập, được triển khai ở những quy mô khác nhau và chưa có sự điều phối chung.

- Chưa có hệ thống cơ sở dữ liệu quản lý thông tin về BKLN và các yếu tố nguy cơ, còn thiếu các số liệu chuẩn hóa mang tính hệ thống để theo dõi quy mô và xu hướng của yếu tố nguy cơ và BKLN, phục vụ cho xây dựng chính sách và đánh giá hiệu quả can thiệp.

- Hoạt động giám sát chủ yếu dựa vào hệ thống báo cáo bệnh viện và một số điều tra nghiên cứu ở các quy mô khác nhau. Hoạt động ghi nhận ung thư có diện bao phủ chưa rộng. Chưa triển khai giám sát tử vong tại cộng đồng. Các điều tra nghiên cứu cộng đồng được tiến hành bởi các viện chuyên ngành, chưa có sự điều phối chung, và chưa áp dụng phương pháp thống nhất trong giám sát BKLN theo khuyến cáo của WHO.

- Mạng lưới y tế dự phòng bao gồm Trung tâm y tế dự phòng tỉnh/thành phố và các viện khu vực có nhiều kinh nghiệm, nhân lực và năng lực giám sát nhưng chưa tham gia vào hoạt động giám sát BKLN. Giám sát BKLN chưa được tích hợp vào hệ thống giám sát sẵn có của hệ thống YTDP.

VI. ĐÁNH GIÁ CÁC KHÓ KHĂN, THÁCH THỨC TRONG HOẠT ĐỘNG PHÒNG, CHỐNG BKLN TẠI VIỆT NAM

1. Các chính sách còn chưa đầy đủ, toàn diện và việc tuân thủ chưa tốt

- Chưa có một kế hoạch, chiến lược quốc gia toàn diện phòng chống BKLN;

- Đã có một số chính sách kiểm soát yếu tố nguy cơ nhưng chưa đầy đủ (thiếu luật phòng chống tác hại rượu bia…). Vận động chính sách gặp khó khăn, khó huy động nguồn tài chính cho các hoạt động.

- Thiếu một số chính sách đa ngành trong kiểm soát yếu tố nguy cơ: giảm sử dụng muối ăn, kiểm soát chất béo bão hoà trong chính sách về dinh dưỡng; chính sách tạo điều kiện môi trường thuận lợi cho tăng cường hoạt động thể lực, thể thao quần chúng; chính sách khuyến khích các thực phẩm có lợi cho sức khỏe, hạn chế các thực phẩm không có lợi cho sức khỏe; chính sách rượu bia chưa chú trọng đến phòng chống BKLN; bất cập trong chính sách thuế đối với thuốc lá và rượu bia…

- Thực thi các chính sách, pháp luật chưa được tuân thủ tốt. Việc thực thi Luật PCTHTL chưa nghiêm, chế tài xử phạt chưa đủ sức răn đe. Khó kiểm soát việc kinh doanh, tiêu thụ rượu, bia. Hạn chế trong kiểm soát việc sử dụng hóa chất độc hại trong sản xuất, chế biến thực phẩm…

2. Ưu tiên đầu tư và phối hợp liên ngành phòng chống BKLN còn hạn chế

- Chưa có sự ưu tiên và cam kết chính trị cho phòng chống BKLN, gánh nặng bệnh tật và gánh nặng kinh tế của BKLN chưa được nhận thức đầy đủ. Không đề cập tới phòng chống BKLN trong Văn kiện Đại hội Đảng XI. Nguồn tài chính cho các chương trình phòng chống BKLN bị cắt giảm.

- Chưa có một đầu mối tổ chức thống nhất để điều phối, huy động sự tham gia liên ngành trong kiểm soát các yếu tố nguy cơ BKLN. Ban chỉ đạo Chương trình Phòng, chống BKLN chưa đảm bảo sự tham gia đa ngành, mới chỉ giới hạn trong ngành y tế.

- Nhiệm vụ phòng chống các yếu tố nguy cơ BKLN chủ yếu vẫn do ngành y tế đảm nhận. Các Bộ, ngành liên quan chưa phát huy hiệu quả vai trò, trách nhiệm trong thực thi các chính sách của các Bộ, ngành mình để kiểm soát rượu bia, thuốc lá, khuyến khích dinh dưỡng hợp lý và hoạt động thể lực…

- Các tổ chức chính trị xã hội lớn chưa chủ động, tích cực vào cuộc để phòng chống BKLN (Mặt trận Tổ quốc và các đơn vị thành viên…)

- Chưa có cơ chế phối hợp liên ngành, kiểm tra, giám sát việc thực thi chính sách của các Bộ, ngành.

3. Công tác thông tin, giáo dục truyền thông chưa hiệu quả

- Gánh nặng bệnh tật và gánh nặng kinh tế của BKLN còn chưa được các cấp, các ngành nhận thức đầy đủ. Vận động chính sách gặp khó khăn, khó huy động nguồn lực cho các hoạt động.

- Ý thức chấp hành pháp luật về PCTHTL, phòng chống tác hại rượu bia của người dân còn chưa cao. Nhận thức của cộng đồng về nâng cao sức khỏe, phòng chống yếu tố nguy cơ còn chưa đầy đủ. Tỷ lệ người dân có kiến thức đúng về tự theo dõi phát hiện sớm bệnh, chăm sóc, theo dõi và tuân thủ điều trị còn thấp.

- Thông tin, giáo dục, truyền thông còn chung chung, chưa hiệu quả, đặc biệt trong truyền thông phòng chống tác hại của rượu, bia, khuyến khích hoạt động thể lực, hướng dẫn về dinh dưỡng hợp lý. Truyền thông về dinh dưỡng chưa chú trọng đến nội dung giảm ăn mặn, kiểm soát chất béo chuyển hóa và hướng dẫn sử dụng thực phẩm.

4. Hệ thống cung ứng các dịch vụ y tế chưa đáp ứng yêu cầu

- Tổ chức phòng chống BKLN chưa có sự lồng ghép. Các dự án phòng chống BKLN thuộc CTMTQG về y tế được triển khai theo

chiều dọc, thiếu sự lồng ghép giữa các chương trình, giữa các cơ sở y tế dự phòng và khám chữa bệnh từ trung ương đến địa phương.

- Hoạt động phòng chống BKLN thiên về tiếp cận cá nhân mà chưa đảm bảo sự cân đối giữa tiếp cận dựa trên cộng đồng và tiếp cận cá nhân. Các chương trình đều có đề cập tới kiểm soát các yếu tố nguy cơ nhưng tập trung chủ yếu vào quản lý và điều trị người bệnh, chưa chú trọng tới dự phòng, phục hồi chức năng và giám sát theo dõi. Chưa tiếp cận toàn diện theo cả chu trình vòng đời.

- Dự phòng đóng vai trò quan trọng tuy nhiên mạng lưới y tế dự phòng chưa tham gia tích cực và chủ động vào hoạt động phòng chống BKLN. Nhiệm vụ phòng chống BKLN chưa được đưa vào chức năng nhiệm vụ của Trung tâm Y tế dự phòng các tỉnh, thành phố. Y tế cơ sở (huyện, xã) tuy được nâng cấp về trang thiết bị và nhân lực, nhưng chưa đủ năng lực sàng lọc, phát hiện sớm BKLN, cung ứng các dịch vụ chăm sóc, quản lý người mắcBKLN, dẫn tới quá tải ở các bệnh viện tuyến trên và không đảm bảo công bằng trong CSSK.

- Các giải pháp có tính chi phí hiệu quả cao mới bước đầu triển khai tại y tế cơ sở ở diện hẹp, chưa được lồng ghép trong hoạt động thường quy của y tế cơ sở, đặc biệt là y tế xã phường.

- Một số mục tiêu cụ thể của Kế hoạch chiến lược toàn cầu dự phòng và kiểm soát BKLN của WHO không có trong chính sách, chương trình phòng chống BKLN của Việt Nam. Ví dụ như không đề cập tới mục tiêu giảm muối, đảm bảo sự sẵn có đối với kỹ thuật cơ bản và thuốc thiết yếu cần dùng để điều trị các BKLN chính.

5. Mức độ bao phủ các dịch vụ thiết yếu về phát hiện, dự phòng, quản lý điều trị BKLN còn chưa cao

- Tỷ lệ bao phủ của các dự án phòng chống BKLN còn thấp: Quy mô triển khai của dự án còn nhỏ, dự án phòng chống COPD mới triển khai tại một số ít tỉnh, dự án THA mới triển khai quản lý bệnh <10% số xã phường. Một số hoạt động dự án mới chỉ giới hạn chủ yếu tại các cơ sở khám chữa bệnh (COPD, ung thư). Hệ thống ghi nhận ung thư mới bao phủ 20% dân số, toàn quốc chỉ có 5 cơ sở có thực hiện chăm sóc giảm nhẹ.

- Hoạt động phát hiện sớm, quản lý, tư vấn và dự phòng cho người nguy cơ cao còn chưa triển khai một cách hệ thống, rộng khắp. Các can thiệp giảm ăn mặn, can thiệp sàng lọc giảm tác hại rượu bia, cai nghiện rượu, cai nghiện thuốc lá mới triển khai ở quy mô nhỏ.

- Sàng lọc phát hiện sớm BKLN còn nhiều bất cập. BHYT chưa có cơ chế chi cho khám sàng lọc phát hiện sớm. Tỷ lệ bệnh nhân THA, tim mạch, đái tháo đường, ung thư, COPD được phát hiện sớm qua sàng lọc chủ động còn thấp.

- Tỷ lệ người mắc BKLN được tiếp cận với các dịch vụ quản lý điều trị và chăm sóc lâu dài tại cộng đồng còn rất thấp.

6. Nhân lực y tế còn chưa đảm bảo về chất lượng và số lượng

- Nhân lực y tế công tác trong lĩnh vực BKLN được đánh giá là còn yếu, thiếu và không đồng bộ. Hạn chế về năng lực chủ yếu tập trung ở tuyến tỉnh và huyện, xã. Nhiều tài liệu hướng dẫn chuyên môn chưa được chuẩn hóa, thống nhất áp dụng trên phạm vi toàn quốc.

- Các nội dung đào tạo về phòng chống BKLN trong các chương trình đào tạo của các trường trung cấp, cao đẳng và đại học y còn thiếu cập nhật; đặc biệt đối với các chương trình đào tạo bác sỹ y học dự phòng, cử nhân y tế công cộng và cử nhân dinh dưỡng.

- Chiến lược đào tạo liên tục chưa phù hợp, không cải thiện được nhiều về số lượng và năng lực cho cán bộ y tế. Hiệu quả của các hoạt động đào tạo liên tục chưa được đánh giá rõ ràng.

7. Tài chính y tế còn rất hạn chế

- Mặc dù BKLN chiếm 70% gánh nặng bệnh tật và tử vong nhưng phòng chống BKLN vẫn chưa được xác định ưu tiên thỏa đáng trong phân bổ kinh phí, chỉ chiếm 2,5% tổng chi y tế năm 2009. Ngân sách cho các chương trình chủ yếu từ ngân sách nhà nước, không đáp ứng

đủ nhu cầu và đang bị cắt giảm rất nhiều. Trung bình ngân sách cho cho BKLN trong tổng kinh phí CTMTQG y tế chỉ từ 13-17%, năm 2014 bị cắt giảm tới 50-70%.

- Phân bổ kinh phí chia cắt theo các chương trình dọc, được sử dụng phần lớn cho điều trị, trong khi 10 can thiệp lựa chọn hàng đầu theo khuyến cáo của WHO đều là các can thiệp dự phòng yếu tố nguy cơ và thực hiện trên quy mô dân số. Chưa sử dụng các bằng chứng chi phí hiệu quả trong xác định ưu tiên phân bổ ngân sách.

- Chưa tạo đủ cơ chế tài chính bền vững cho phòng chống BKLN. Diện bao phủ BHYT mới đạt 70% dân số trong khi BHYT không chi trả một số dịch vụ phòng chống BKLN.

8. Cung ứng dược, vắc xin và trang thiết bị y tế còn bất cập

- Mặc dù nhiều thuốc thiết yếu điều trị BKLN đã có trong danh mục thuốc chủ yếu được bảo hiểm y tế thanh toán, nhưng một số thuốc điều trị BKLN thường không sẵn có tại các cơ sở y tế công, đặc biệt tại các trạm y tế xã, phường. Thuốc thiết yếu cho hen phế quản và COPD, ĐTĐ không có sẵn tại y tế cơ sở. Tiếp cận thuốc điều trị THA còn bất cập trong việc xây dựng danh mục và lựa chọn thuốc, quy định về thời gian cấp thuốc định kỳ. BHYT không chi trả một số thuốc điều trị theo khuyến cáo, thiếu điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị và thiếu cơ chế khuyến khích cho cán bộ trạm y tế xã.

- Sử dụng vắc xin phòng HPV chưa được đánh giá đầy đủ để áp dụng rộng rãi.

9. Chưa thiết lập hệ thống giám sát BKLN quốc gia

- Việt Nam chưa có hệ thống cơ sở dữ liệu quản lý thông tin về BKLN và các yếu tố nguy cơ, còn thiếu các số liệu chuẩn hóa mang tính hệ thống. Còn rất thiếu thông tin, số liệu quốc gia để theo dõi xu hướng, quy mô và sự phân bố của BKLN và các yếu tố nguy cơ. Các chỉ số giám sát chưa sử dụng trong thực tế, nhiều chỉ số chưa phù hợp với bộ chỉ số giám sát toàn cầu. Các số liệu, quy trình thống kê báo cáo thường quy chưa hợp nhất, chủ yếu phục vụ cho nhu cầu các chương trình.

- Hoạt động giám sát chưa mang tính hệ thống. Chưa thực hiện định kỳ điều tra các yếu tố nguy cơ, còn nhiều nghiên cứu riêng lẻ theo nhu cầu từng chương trình, dẫn đến lãng phí về nguồn lực, không thống nhất, chuẩn hóa về phương pháp. Hoạt động ghi nhận ung thư có diện bao phủ chưa rộng. Chưa triển khai hệ thống giám sát tử vong tại cộng đồng.

- Chưa tổ chức theo dõi đánh giá hoạt động quốc gia về phòng chống BKLN để báo cáo quốc tế năm 2016 theo cam kết.

VII. KINH NGHIỆM THẾ GIỚI VỀ PHÒNG CHỐNG BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

1. Các văn kiện toàn cầu và khu vực về phòng chống BKLN

Dự phòng và kiểm soát các BKLN luôn là một nội dung ưu tiên trong các chính sách, chiến lược toàn cầu và khu vực của các tổ chức quốc tế như Liên hợp quốc, Tổ chức y tế thế giới…Từ năm 2000 đến nay đã có nhiều văn kiện, chính sách quan trọng được ban hành để định hướng cho các quốc gia trong hoạch định chính sách và áp dụng các can thiệp phòng chống BKLN, trong đó ưu tiên kiểm soát các bệnh tim mạch, ung thư, đái tháo đường và COPD.

Các văn kiện quan trọng của WHO về phòng chống BKLN từ năm 2000:

2000	Chiến lược toàn cầu về phòng chống và kiểm soát các BKLN năm 2000
2003	Công ước khung về kiểm soát thuốc lá năm 2003
2004	Chiến lược toàn cầu về chế độ dinh dưỡng, hoạt động thể lực và sức khỏe năm 2004
2007	Nghị quyết về thực hiện chiến lược toàn cầu phòng chống BKLN

2008	Chiến lược toàn cầu phòng chống BKLN 2008-2013 Chiến lược khu vực Tây Thái bình dương phòng chống BKLN giai đoạn 2008-2013
2009	Chiến lược toàn cầu về giảm sử dụng đồ uống có cồn ở mức có hại
2010	Bộ khuyến cáo của WHO về kiểm soát quảng bá các thực phẩm và đồ uống không cồn cho trẻ em Báo cáo toàn cầu về bệnh không lây nhiễm năm 2010
2011	Tuyên bố chính trị của Tổ chức Liên hợp quốc về các BKLN tại Hội nghị cấp cao Đại Hội đồng Liên hợp quốc năm 2011 Hội nghị Bộ trưởng y tế lần thứ nhất về lối sống lành mạnh và phòng chống BKLN: Tuyên bố Moscow
2013	Kế hoạch hành động toàn cầu về phòng chống và kiểm soát các BKLN giai đoạn 2013-2020 Tuyên bố Bandar Seri Begawan về các BKLN tại ASEAN
2014	Kế hoạch hành động khu vực Tây TBD về phòng chống và kiểm soát các BKLN giai đoạn 2014-2020 Báo cáo toàn cầu về sử dụng rượu bia

a) Tuyên bố chính trị tại Hội nghị cấp cao Đại hội đồng Liên hợp quốc năm 2011 về phòng chống BKLN

Trong tháng 9/2011, Đại hội đồng Liên hợp quốc đã triệu tập các quốc gia thành viên tham dự Hội nghị cấp cao về phòng chống BKLN. Hội nghị đã thông qua "Tuyên bố chính trị của Đại hội đồng về phòng chống BKLN", trong đó đưa ra các cam kết về một số nội dung trọng tâm gồm: 1) tiếp cận với cấp độ chính phủ và toàn xã hội trong phòng chống BKLN; 2) giảm thiểu yếu tố nguy cơ và xây dựng môi trường lành mạnh; 3) tăng cường chính sách quốc gia và hệ thống y tế; 4) theo dõi giám sát BKLN; và 5) nghiên cứu khoa học và hợp tác quốc tế trong phòng chống BKLN.

Tuyên bố chính trị về phòng chống BKLN đã khẳng định vai trò lãnh đạo của ngành y tế và các Bộ/ngành chủ chốt liên quan, đồng thời cam kết liên minh hành động, giảm thiểu yếu tố nguy cơ BKLN và tạo môi trường nâng cao sức khỏe, thúc đẩy các chính sách quốc gia và hệ thống y tế thực hiện dự phòng và kiểm soát BKLN. Những công cụ cho hành động chính phủ liên ngành gồm: luật, quy định, chính sách, phân bổ ngân sách, đánh giá tác động và những công cụ chính sách khác.

Các quốc gia thành viên thừa nhận để dự phòng và kiểm soát BKLN một cách hiệu quả phải tiếp cận liên ngành ở cấp độ chính phủ, bao gồm tiếp cận toàn bộ Chính phủ với sự tham gia của các lĩnh vực như y tế, giáo dục, năng lượng, nông nghiệp, thể thao, vận tải, truyền thông, quy hoạch đô thị, môi trường, lao động, nhân công, công nghiệp và thương mại, tài chính và phát triển kinh tế xã hội.

b) Tuyên bố Moscow năm 2011

Hội nghị các Bộ trưởng Bộ Y tế toàn cầu về lối sống lành mạnh và BKLN được tổ chức tại Moscow vào tháng 4/2011 với sự tham dự của lãnh đạo Bộ Y tế đến từ 162 quốc gia đã đưa ra Tuyên bố Moscow trong đó khẳng định những tác động trầm trọng và ngày càng gia tăng của BKLN và các yếu tố nguy cơ đối với sự phát triển kinh tế, xã hội và sức khỏe con người trên toàn cầu, đồng thời cam kết thực hiện các hành động phòng chống BKLN của Bộ Y tế, quốc gia và của quốc tế, tập trung vào: 1) xây dựng các chính sách liên ngành phòng chống BKLN và yếu tố nguy cơ; 2) tăng cường hệ thống y tế lồng ghép các dịch vụ phòng chống BKLN vào chăm sóc sức khỏe ban đầu, đẩy mạnh dự phòng và nâng cao sức khỏe dựa vào cộng

đồng; và 3) giám sát BKLN, yếu tố nguy cơ và hiệu quả các hoạt động can thiệp.

c) Kế hoạch hành động toàn cầu về phòng ngừa và kiểm soát các BKLN giai đoạn 2013 – 2020

Tiếp theo kế hoạch giai đoạn 2008-2013, trong năm 2013 Tổ chức y tế thế giới đã tiếp tục thông qua kế hoạch hành động toàn cầu về phòng ngừa và kiểm soát các BKLN giai đoạn 2013 – 2020, đồng thời khuyến nghị các quốc gia thành viên xây dựng kế hoạch/chiến lược quốc gia để triển khai thực hiện kế hoạch toàn cầu. Những nội dung chính của kế hoạch toàn cầu bao gồm:

Tầm nhìn: Một thế giới không có gánh nặng các bệnh không lây nhiễm có thể phòng tránh được.

Mục tiêu chung: Giảm thiểu gánh nặng bệnh tật, tử vong và tàn tật có thể phòng và tránh được do các BKLN bằng các biện pháp phối hợp liên ngành và hợp tác ở cấp quốc gia, khu vực và toàn cầu, để người dân đạt được tiêu chuẩn cao nhất về sức khỏe và khả năng sản xuất ở mọi lứa tuổi và những bệnh này không còn là một rào cản đối với hạnh phúc hoặc sự phát triển kinh tế xã hội.

Các nguyên tắc chung:

- Tiếp cận toàn diện cả vòng đời,
- Trao quyền cho người dân và cộng đồng,
- Chiến lược dựa trên bằng chứng,
- Bao phủ y tế toàn dân,
- Kiểm soát xung đột lợi ích thực tế, cảm nhận hay ở dạng tiềm năng,
- Phương pháp tiếp cận trên cơ sở nhân quyền,
- Tiếp cận trên cơ sở sự công bằng,
- Hành động quốc gia, hợp tác và đoàn kết quốc tế,
- Hành động đa ngành/lĩnh vực.

Các mục tiêu cụ thể của kế hoạch

(1) Nâng cao ưu tiên cho phòng ngừa và kiểm soát các BKLN trong các chương trình nghị sự toàn cầu, khu vực và quốc gia và mục tiêu phát triển đã được quốc tế đồng thuận, thông qua tăng cường hợp tác và vận động quốc tế.

(2) Tăng cường năng lực, sự lãnh đạo, quản trị, hành động đa ngành và quan hệ đối tác quốc gia nhằm tăng cường phản ứng quốc gia để phòng ngừa và kiểm soát các BKLN.

(3) Giảm thiểu các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được của BKLN và các yếu tố xã hội quyết định thông qua kiến tạo môi trường nâng cao sức khỏe.

(4) Củng cố và định hướng hệ thống y tế để phòng ngừa và kiểm soát các BKLN và các yếu tố xã hội quyết định thông qua chăm sóc sức khỏe ban đầu lấy con người làm trung tâm và bao phủ y tế toàn dân.

(5) Thúc đẩy và hỗ trợ năng lực quốc gia về nghiên cứu chất lượng cao và phát triển để phòng ngừa và kiểm soát các BKLN.

(6) Theo dõi các xu hướng và các yếu tố quyết định của các BKLN và đánh giá tiến độ hoạt động phòng ngừa và kiểm soát các bệnh này.

2. Khuyến nghị các giải pháp trong phòng chống BKLN

Để đạt được hiệu quả trong phòng chống BKLN, WHO đã khuyến nghị các tiếp cận toàn diện và đồng thời ở 3 cấp độ:

- Ở cấp độ môi trường: thông qua các giải pháp về quy định, chính sách
- Ở cấp độ yếu tố nguy cơ trung gian và yếu tố nguy cơ chung: thông qua các can thiệp thay đổi lối sống dựa vào cộng đồng và
- Ở cấp độ giai đoạn sớm và hình thành bệnh: thông qua các can thiệp lâm sàng hướng tới toàn bộ quần thể (sàng lọc), những người nguy cơ cao (thay đổi nguy cơ) và người đã mắc bệnh (quản lý lâm sàng).

Để hỗ trợ cho các thay đổi ở 3 cấp độ này, cần có thêm những hoạt động trong các lĩnh vực: Vận động; Nghiên cứu, giám sát và đánh giá; Lãnh đạo, Hợp tác liên ngành và huy động cộng đồng; Tăng cường hệ thống y tế.

Các giải pháp phòng chống BKLN cần bao trùm 7 lĩnh vực hoạt động chiến lược cùng với các can thiệp tương ứng với các giai đoạn phát triển của bệnh.

<table>
<tr><th rowspan="2">Quần thể khỏe mạnh</th><th rowspan="2">Người có nguy cơ</th><th colspan="3">Người mắc bệnh</th></tr>
<tr><th>Tiền bệnh</th><th>Nhẹ</th><th>Nặng</th></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">1. CAN THIỆP MÔI TRƯỜNG
(Thay đổi chính sách và kinh tế vĩ mô)
· Chỉ đạo
· Chính sách và luật
· Tạo môi trường hỗ trợ</td><td colspan="3">2. CAN THIỆP LỐI SỐNG
· Thay đổi hành vi
· Nâng cao sức khỏe
· Truyền thông giáo dục
· Cải thiện môi trường</td><td>3. CAN THIỆP LÂM SÀNG
· Dịch vụ dự phòng lâm sàng
· Phát hiện (sàng lọc) và kiểm soát yếu tố nguy cơ
· Quản lý điều trị cấp tính, mạn tính và phục hồi chức năng
· Chăm sóc giảm nhẹ</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="5">4. VẬN ĐỘNG</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="5">5. NGHIÊN CỨU, GIÁM SÁT VÀ ĐÁNH GIÁ</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="5">7. ĐÁP ỨNG CỦA LĨNH VỰC Y TẾ
3. CAN THIỆP LÂM SÀNG
· Dịch vụ dự phòng lâm sàng
· Phát hiện (sàng lọc) và kiểm soát yếu tố nguy cơ
· Quản lý điều trị cấp tính, mạn tính và phục hồi chức năng
· Chăm sóc giảm nhẹ</td></tr>
<tr><td colspan="5">6. ĐÁP ỨNG TOÀN XÃ HỘI VÀ TOÀN BỘ CHÍNH PHỦ
· Lãnh đạo
· Hợp tác liên ngành
· Huy động cộng đồng</td></tr>
</table>

Hình 9. Các tiếp cận trong phòng chống BKLN (WHO- Kế hoạch hành động khu vực Tây Thái Bình Dương 2008-2013)

3. Khuyến nghị các mục tiêu tự nguyện toàn cầu trong phòng chống BKLN

Trong tháng 5 năm 2013, Đại Hội đồng Tổ chức Y tế thế giới đã ra Nghị quyết WHA66.10 thông qua Khung giám sát toàn cầu và chín mục tiêu tự nguyện toàn cầu cần đạt đến năm 2025 đối với phòng ngừa và kiểm soát các BKLN để định hướng cho các quốc gia thành viên trong xây dựng các chiến lược và can thiệp quốc gia. 9 mục tiêu tự nguyện toàn cầu gồm:

(1) Giảm 25% tổng tỷ lệ tử vong sớm do các bệnh tim mạch, ung thư, ĐTĐ hoặc bệnh phổi mạn tính.

(2) Giảm ít nhất 10 % việc sử dụng đồ uống có cồn ở mức có hại, nếu thích hợp, phù hợp với hoàn cảnh quốc gia

(3) Giảm 10% tỷ lệ thiếu hoạt động thể lực

(4) Giảm 30% lượng muối/natri trung bình mà người dân sử dụng

(5) Giảm 30% tỷ lệ hiện hút thuốc ở người từ 15 năm tuổi trở lên

(6) Giảm 25% tỷ lệ tăng huyết áp hoặc kiểm soát số đo huyết áp, tùy theo hoàn cảnh quốc gia

(7) Ngăn chặn sự gia tăng bệnh ĐTĐ và béo phì.

(8) Ít nhất 50% số người có nguy cơ tim mạch được điều trị bằng thuốc và tư vấn (bao gồm cả kiểm soát đường huyết) để ngăn chặn cơn đau tim và đột quỵ

(9) 80% các cơ sở y tế công và tư nhân có sẵn các công nghệ cơ bản và thuốc thiết yếu có thể chi trả được để điều trị các BKLN chính, bao gồm cả thuốc generic.

4. Khuyến nghị các can thiệp tốt nhất và các can thiệp kinh tế hiệu quả cao

Tổ chức y tế thế giới cũng đã đề xuất một nhóm các can thiệp tốt nhất (best buy) dựa trên bằng chứng. Đây là những can thiệp được chứng minh có tính khả thi, chi phí thấp và phù hợp với hệ thống y tế địa phương. Các nhà hoạch định chính sách cần coi best buys là những

can thiệp cốt lõi trong phòng chống BKLN và cần ưu tiên mở rộng.

Bảng liệt kê các can thiệp tốt nhất (best buy) trong phòng chống BKLN[47]

Những can thiệp tốt nhất (best buy)		
Can thiệp quần thể tập trung vào yếu tố nguy cơ BKLN	***Thuốc lá***	• Tăng thuế thuốc lá • Cấm hút thuốc nơi làm việc và nơi công cộng • Thông tin về sức khỏe và cảnh báo về thuốc lá • Cấm quảng cáo, khuyến mại
	Rượu, bia	• Tăng thuế rượu, bia • Hạn chế quảng cáo và cấm tiếp thị rượu, bia • Hạn chế về sự sẵn có của rượu, bia bán lẻ • Thực thi nghiêm chính sách kiểm soát lái xe uống rượu, bia
	Dinh dưỡng không hợp lý và thiếu hoạt động thể lực	• Giảm tiêu thụ muối thông qua các chiến dịch truyền thông đại chúng và giảm lượng muối trong thực phẩm chế biến sẵn • Thay thế chất béo chuyển hóa (trans-fats) bằng chất béo đa không bão hòa (polyunsaturated fats) • Chương trình nâng cao nhận thức công chúng về dinh dưỡng và vận động
Can thiệp với cá nhân tập trung vào chăm sóc ban đầu với BKLN	***Ung thư***	• Dự phòng ung thư gan bằng tiêm phòng viêm gan B • Dự phòng ung thư cổ tử cung bằng sàng lọc (soi cổ tử cung - nhuộm màu VIA) và điều trị các tổn thương tiền ung thư
	Bệnh tim mạch và ĐTĐ	• Liệu pháp đa thuốc (gồm cả kiểm soát đường huyết trong đái tháo đường) cho những người bị đột quỵ hoặc đau tim, và cho người có nguy cơ cao (>30%) bị các biến cố tim mạch trong vòng 10 năm tới • Cung cấp aspirin cho người có cơn đau tim cấp

[47] *WHO Discussion Paper. Effective approaches for strengthening multisectoral action for NCDs, 2012*

5. Kinh nghiệm của một số nước trên thế giới trong phòng chống BKLN

Nhận thức được tầm quan trọng của phòng chống BKLN, nhiều quốc gia đã có những chính sách nhằm bảo vệ người dân trước nạn dịch này. Những ví dụ thành công trên thế giới có thể cung cấp những ý tưởng cũng như bài học kinh nghiệm quý báu đối với Việt Nam.

a) Nhật Bản: Kế hoạch vì sức khỏe người Nhật

Từ năm 1978 Nhật Bản đã phát động và thực hiện các kế hoạch 10 năm về nâng cao sức khỏe. Đến nay, kế hoạch này trải qua 3 chu kỳ. Chu kỳ thứ nhất từ năm 1978 với chủ đề "Nâng cao sức khỏe tiếp cận chu kỳ vòng đời", chu kỳ 2 bắt đầu từ 1988 với khẩu hiệu "Năng động tuổi 80". Chu kỳ thứ 3 bắt đầu từ năm 2000 với tiêu đề "Vì sức khỏe người Nhật thế kỷ 21".

Kế hoạch quốc gia vì sức khỏe người Nhật đề ra 70 chỉ tiêu trong 9 lĩnh vực (dinh dưỡng hợp lý, hoạt động thể lực, phòng chống tác

hại thuốc lá, đồ uống có cồn, nghỉ ngơi và sức khỏe tâm thần, sức khỏe răng miệng, phòng chống bệnh tim mạch,đái tháo đường, ung thư). Kế hoạch tập trung vào thiết lập môi trường hỗ trợ nâng cao sức khỏe có sự tham gia của tất cả các ban ngành đoàn thể và mỗi cá nhân với sự cam kết mạnh mẽ của chính phủ nhằm đạt được các mục tiêu về sức khỏe cho mọi công dân.

Việc lập kế hoạch triển khai được thực hiện từ chính quyền trung ương đến các địa phương. Trên cơ sở kế hoạch của chính quyền trung ương, chính quyền các cấp xây dựng và triển khai kế hoạch phù hợp với đặc điểm của địa phương. Cách tiếp cận tập trung vào 4 nhóm giải pháp: Vận động tăng nhận thức và sự ủng hộ; thiết lập mạng lưới triển khai và hỗ trợ kế hoạch các cấp; tăng cường phối hợp, điều phối các hoạt động nâng cao sức khỏe để đảm bảo tính hiệu quả; và thúc đẩy nghiên cứu, giám sát, xây dựng chính sách dựa vào bằng chứng. Sự vào cuộc của chính quyền các cấp, từ trung ương tới các địa phương chính là điểm nhấn cơ bản, và là mấu chốt cho sự bền vững cũng như những thành công của các kế hoạch nâng cao sức khỏe của Nhật Bản.

b) Hoa Kỳ: Kế hoạch vì sức khỏe nhân dân

Từ trước năm 1990 Hoa Kỳ cũng đã có nhiều hoạt động nâng cao sức khỏe, tuy nhiên chưa có một kế hoạch tổng thể, có tính phối hợp ở cấp quốc gia. Bản kế hoạch "Vì sức khỏe nhân dân" với các chu kỳ 10 năm bắt đầu từ năm 1990 đã khắc phục được các yếu điểm của các hoạt động đơn lẻ trước đó. Tới nay, Hòa kỳ đang thực hiện chu kỳ thứ 3 bản kế hoạch này, với tên gọi "Vì sức khỏe nhân dân năm 2020".

Kế hoạch vì sức khỏe nhân dân có phạm vi rộng, tuy nhiên cũng có trọng tâm gồm 10 chỉ số y tế quan trọng liên quan đến hoạt động thể lực, thừa cân béo phì, sử dụng thuốc lá, lạm dụng chất gây nghiện, hành vi tình dục có trách nhiệm, sức khỏe tâm thần, thương tích và bạo lực, chất lượng môi trường, tiêm chủng, và tiếp cận với dịch vụ y tế. Báo cáo đánh giá sau 20 năm thực hiện (tính đến năm 2010) đã thu được những kết quả khả quan như: tỷ lệ sử dụng rượu ở học sinh trung học giảm từ 32% xuống 25%, tỷ lệ người hút thuốc lá trong nhóm người trưởng thành giảm từ 24% xuống còn 21%, còn trong nhóm học sinh trung học tỷ lệ này giảm từ 40% (1999) xuống 26% (2009), tỷ lệ tử vong do tim mạch và đột quỵ giảm 30% sau 10 năm, tử vong do ung thư cũng giảm đáng kể.

c) Thái Lan: Mô hình Quỹ Nâng cao sức khỏe

Thái Lan đã thành công trong việc thiết lập một cơ chế tài chính bền vững cho hoạt động nâng cao sức khỏe nhân dân, đó chính là Quỹ Nâng cao sức khỏe Thái Lan, với tên gọi ThaiHealth. Quỹ này được ra đời từ năm 2001, thông qua một đạo luật cùng tên. Nguồn tài chính của Quỹ được hình thành từ khoản phụ thu được tính bằng 2% giá tính thuế tiêu thụ đặc biệt đối với 2 sản phẩm có ảnh hưởng đến sức khỏe là thuốc lá và rượu, bia.

Quỹ nâng cao sức khỏe của Thái Lan được điều phối bởi Ban quản lý gồm đại diện của 8 bộ ngành và 8 chuyên gia độc lập. Các bộ ngành trong ban quản lý gồm: Ủy ban phát triển kinh tế xã hội quốc gia, Thư ký thường trực của Văn phòng Thủ tướng, Bộ Tài chính, Bộ Giao thông Vận tải và truyền thông, Bộ Nội vụ, Bộ Lao động và Phúc lợi xã hội, Bộ Giáo dục, Bộ Y tế.

Kết quả đến năm 2010, Thái Lan đã đạt được những thành tựu: xây dựng 21 văn bản chính sách công (Chiến lược quốc gia về kiểm soát thuốc lá 2010 - 2014, Chiến lược kiểm soát rượu, Luật kiểm soát đồ uống có cồn; Nghị quyết về quản lý thừa cân béo phì, Luật bình đẳng giới…), 10 văn bản cấp tỉnh/địa phương, 2 tổ chức mới (Bệnh viện NCSK cấp huyện)…và góp phần giúp Thái Lan đạt được nhiều kết quả cụ thể như giảm tỉ lệ hút thuốc chung ở người trưởng thành từ 35% (1991) xuống 19% (2009), từ năm 1999 đến năm 2009 số tử vong do tai nạn giao thông giảm từ 11.267 xuống còn 10.717 ca, tỷ lệ lạm dụng rượu bia ở nhóm trên 15 tuổi giảm 19,8% khi so sánh giai đoạn 2003-2004 với giai đoạn 2008-2009. Mô hình này được đánh giá là rất hiệu quả và bền vững do đảm bảo được nguồn tài chính lâu

dài và huy động được các ngành, các cấp và đông đảo các tổ chức xã hội và các cá nhân tham gia xây dựng và thực hiện các sáng kiến nâng cao sức khỏe trên toàn quốc.

d) Australia: Chiến lược quốc gia vì người Australia khỏe mạnh đến năm 2020

Năm 2006 Chính phủ Australia đã đề ra "Sáng kiến người Australia khỏe mạnh hơn". Mục đích của sáng kiến để định hướng hệ thống y tế tập trung ưu tiên cho nâng cao sức khỏe và giảm gánh nặng BKLN. Đến năm 2008, Bộ trưởng Bộ y tế và già hóa dân số đã quyết thành lập một nhóm công tác về Y tế dự phòng quốc gia với nhiệm vụ phát triển Chiến lược quốc gia về Y tế dự phòng, tập trung vào các yếu tố nguy cơ hàng đầu đó là béo phì, thuốc lá và rượu bia. Tháng 9 năm 2009, Chính phủ Australia đã thông qua Chiến lược y tế dự phòng quốc gia với tầm nhìn "Australia, quốc gia khỏe mạnh nhất năm 2020". Để thực hiện chiến lược được hiệu quả, Chính phủ Australia nhận định công tác phòng ngừa bệnh tật và nâng cao sức khỏe là nhiệm vụ của chính quyền các cấp, của các ban ngành, các tổ chức xã hội, các đơn vị và của từng người dân.

Chính phủ Australia xác định đây là một chương trình cần có sự tham gia của các ban ngành ngoài lĩnh vực y tế, vì vậy đã thành lập Cơ quan Phòng bệnh và Nâng cao sức khỏe quốc gia với chức năng điều phối đa ngành ở cấp quốc gia, địa phương, tư vấn xây dựng chính sách của chính phủ (kể cả chiến lược của các ban ngành khác), xây dựng các bằng chứng, phát triển nguồn nhân lực, điều tra, giám sát, và hỗ trợ triển khai các can thiệp nâng cao sức khỏe. Về nguồn lực, Chính phủ Australia đã quyết định dành riêng một khoản ngân sách đáng kể khoảng 100 triệu đô-la Australia mỗi năm cho công tác này.

Kết quả mong đợi sẽ đạt được vào năm 2020 bao gồm giảm 1 triệu người hút thuốc, ngăn chặn 300.000 ca tử vong sớm bởi các bệnh do hút thuốc lá, ngăn chặn 7.400 ca tử vong và làm giảm 94.000 người-năm mất sớm (DALYs) do lạm dụng bia rượu, giảm 330.000 người mắc bệnh phải nhập viện, ngăn ngừa 500.000 trường hợp tử vong do sinh non vì béo phì và tiết kiệm chi phí dự tính gần 2 tỷ Australia đô la cho chăm sóc y tế vào năm 2020. Chiến lược này đã mở ra một cách tiếp cận mới với y tế đó là cách tiếp cận "toàn chính phủ" với phương châm phòng bệnh là trách nhiệm của chính phủ và tất cả mọi người dân

Từ bài học kinh nghiệm của các nước trên thế giới, để hoạt động phòng chống BKLN hiệu quả cần có sự cam kết của chính phủ và sự phối hợp liên ngành để điều phối triển khai các hoạt động, có sự tham gia tích cực của các tổ chức xã hội và của mỗi người dân. Một yếu tố quyết định cho sự thành công là cần có nguồn tài chính bền vững cho hoạt động phòng chống BKLN. Chính phủ cần đầu tư thích đáng cho công tác nâng cao sức khỏe và y học dự phòng vì đây là đầu tư chi phí thấp - hiệu quả cao. Bên cạnh đó, việc xây dựng Quỹ nâng cao sức khỏe như của Thái Lan cũng là một kinh nghiệm quý báu giúp đảm bảo kinh phí bền vững cho hoạt động phòng chống BKLN, giảm gánh nặng tài chính cho ngân sách quốc gia.

Phần 2

DỰ BÁO TÌNH HÌNH BKLN VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

I. DỰ BÁO TÌNH HÌNH BKLN

Tổ chức Y tế thế giới dự báo trên toàn cầu, tỷ lệ tử vong do BKLN sẽ tăng 15% trong giai đoạn 2010-2020 (khoảng 44 triệu trường hợp tử vong). Khu vực có số tử vong do BKLN cao nhất vào năm 2020 là Đông Nam Á (10,4 triệu ca)[9]. Tổn thất tích lũy về kinh tế toàn cầu do BKLN trong giai đoạn 2011-2025 có thể lên tới 7 ngàn tỷ USD, trung bình mỗi năm là 500 tỷ USD tương ứng với 4% thu nhập quốc nội năm 2010 của các nước đang phát triển.

Tại Việt Nam, trong khoảng 10 năm trở lại đây, số người mắc mới ung thư được phát hiện tăng 50%. Mỗi ngày có 350 trường hợp mắc mới ung thu được phát hiện và có 190 người tử vong do ung thư. Sau 10 năm, từ 2002 đến 2012, tỷ lệ bệnh ĐTĐ tăng trên 2 lần, từ 2,7% lên 5,4%.

Trong suốt 50 năm qua, tỷ lệ người bị THA ở người trưởng thành Việt Nam luôn tăng nhanh: tăng từ 1% (năm 1960); 1,9% (năm1976), 11,7% (năm 1992), 16,3% (năm 2002) tăng lên 25,1% (năm 2008)

Trong thời gian 5 năm, tỷ lệ thừa cân-béo phì và béo phì tăng gấp 2 lần tương ứng từ 3,5% và 0,2% (2000) lên 6,6% và 0,4% (2005)

Với tốc độ già hóa dân số, tiến trình đô thị hóa ngày càng nhanh, môi trường sống bị ô nhiễm, các yếu tố nguy cơ gây BKLN vẫn chưa được kiểm soát thì số người mắc và tử vong do BKLN được dự báo sẽ tiếp tục gia tăng, BKLN vẫn là gánh nặng bệnh tật và tử vong chủ yếu trong giai đoạn tới.

II. DỰ BÁO SỰ GIA TĂNG CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY BỆNH

1. Tình hình kinh tế - xã hội

Trong những năm qua, kinh tế Việt Nam không ngừng phát triển. Thu nhập quốc dân trên đầu người tăng từ 130USD (năm 1990) lên 1.010 USD (năm 2009) và năm 2013 là 1.960USD. Đây là điều kiện thuận lợi để tăng đầu tư cho y tế để bảo vệ và tăng cường sức khỏe nhân dân. Kinh tế phát triển cũng làm tăng nhu cầu ngày càng cao của các tầng lớp nhân dân đối với dịch vụ y tế cũng như quyền được tiếp cận các dịch vụ y tế chất lượng cao trong bối cảnh toàn cầu hóa.

Tuy nhiên, trong quá trình phát triển kinh tế, khoảng cách giàu-nghèo giữa các địa phương, vùng miền, giữa các nhóm dân cư cũng có xu hướng gia tăng. Đây là yếu tố quan trọng tác động đến sự bất công bằng trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế, từ đó tác động đến sự khác nhau về tình trạng sức khỏe và bệnh tật giữa các nhóm dân cư.

Dân số

Trong những năm gần đây, cơ cấu dân số nước ta vẫn có biến động mạnh, tỷ trọng dân số của nhóm tuổi dưới 15 tuổi giảm từ 33% năm 1999 xuống còn 25% năm 2009. Ngược lại, tỷ trọng dân số của nhóm 15-59 tuổi lại tăng từ 59% năm 1999 lên 66% năm 2009 và nhóm dân số từ 60 tuổi trở lên tăng từ 8% năm 1999 lên 9% năm 2009. Chỉ số già hóa dân số (tổng người >60 tuổi/người dưới 15 tuổi) tăng 11%, từ 24,5% năm 1999 lên 35,9% năm 2009. Do đó, các bệnh tim mạch, ung thư, đái tháo đường và COPD cũng có chiều hướng gia tăng.

Đô thị hóa

Đô thị hóa cùng với đẩy mạnh công nghiệp hóa tạo ra thách thức lớn đối với công tác chăm sóc sức khỏe. Sự gia tăng của nhịp độ của cuộc sống là yếu tố nguy cơ cho các bệnh tâm thần, tim mạch và các BKLN khác. Công nghiệp hóa tăng nguy cơ tiếp xúc với các yếu tố gây bệnh nghề nghiệp, tai nạn thương tích.

Môi trường

Cùng với quá trình công nghiệp hóa và đô thị hóa, vấn đề ô nhiễm môi trường đô thị, ô nhiễm không khí và nguồn nước khu dân cư ngày càng nghiêm trọng, ảnh hưởng đến sức khỏe người dân. Nhiều vấn đề có liên quan đến sức khỏe cấp tính và mạn tính nảy sinh do

phơi nhiễm ngắn hạn và dài hạn với các chất gây ô nhiễm không khí. Ô nhiễm không khí nguy hiểm nhất đối với những người mắc bệnh hô hấp, tim mạch, người cao tuổi.

2. Hành vi lối sống

a) Hút thuốc lá

Mặc dù đã có luật phòng chống tác hại thuốc lá nhưng tỷ lệ người hút thuốc lá vẫn ở mức cao và giảm chậm. Việt Nam là một trong 15 nước có số người sử dụng thuốc lá cao nhất thế giới (khoảng 16 triệu người). Bên cạnh gánh nặng về bệnh tật và tử vong, hút thuốc còn tạo ra gánh nặng về tài chính. Hút thuốc lá làm phát sinh chi phí khổng lồ để điều trị những ca bệnh do hút thuốc gây ra. Đã có các quy định về cấm hút thuốc lá ở nơi công cộng, nơi đông người, nhưng việc thực hiện và các chế tài xử lý không đủ mạnh nên kết quả còn rất hạn chế. Một số giải pháp về truyền thông, cấm quảng cáo, hạn chế lưu thông, tăng thuế…đã được triển khai, nhưng hiệu quả chưa cao.

b) Sử dụng rượu, bia

Trong khi mức tiêu thụ của thế giới đang chững lại thì Việt Nam là một trong số ít quốc gia có xu hướng gia tăng nhanh về mức tiêu thụ đồ uống có cồn bình quân đầu người. Việt Nam là quốc gia có mức tăng trưởng tiêu thụ bia năm 2011 so với năm 2010 cao nhất thế giới, với 14,8%. Mặc dù có nhiều chính sách để giảm thiểu tác hại của rượu, bia, nhưng chỉ tập trung vào tác hại đối với vấn đề an ninh trật tự và an toàn giao thông chứ chưa chú trọng đến giảm thiểu tác hại đối với sức khỏe nói chung và phòng chống BKLN nói riêng; việc kiểm soát nguồn cung nhất là với các loại bia cỏ, rượu tự nấu thủ công còn gặp rất nhiều khó khăn; việc kiểm soát nhu cầu và hành vi tiêu dùng rượu bia hầu như đang bỏ ngỏ nên tiêu thụ rượu, bia ở Việt Nam sẽ vẫn ở mức cao và có xu hướng tăng nhanh, kể cả ở các đối tượng vị thành niên, thanh niên và phụ nữ. Theo ước tính của WHO, mức tiêu thụ bình quân đầu người 15 tuổi trở lên của Việt Nam quy lít rượu nguyên chất vào năm 2015, 2020 và 2025 tương ứng có thể lên đến 8,7l, 10l và 11l[48] .

c) Chế độ dinh dưỡng

Nói chung, chế độ ăn của người Việt Nam chứa nhiều rau, quả với lượng lipid thấp là một yếu tố mạnh để bảo vệ sức khỏe người dân. Nhưng những thay đổi của đời sống kinh tế-xã hội sẽ làm cho cách ăn uống truyền thống của người dân bị thay đổi theo. Người dân ngày càng sử dụng nhiều thực phẩm ăn nhanh, thực phẩm chế biến sẵn chứa nhiều chất béo và đường, ăn nhiều muối. Khẩu phần ăn không đầy đủ và mất cân đối tạo nên gánh nặng kép về dinh dưỡng. Bên cạnh tình trạng suy dinh dưỡng vẫn còn khá phổ biến thì tỷ lệ thừa cân-béo phì (yếu tố nguy cơ của các BKLN) ngày càng gia tăng.

d) Hoạt động thể lực

Do quá trình đô thị hóa, cơ khí hóa và tự động hóa trong sản xuất, sự phát triển của các phương tiện giao thông cơ giới, các phương tiện nghe nhìn hiện đại, công nghệ thông tin, áp lực của công việc và học hành, người dân nói chung, đặc biệt là cư dân đô thị, nhân viên văn phòng, người lao động của một số ngành nghề, trẻ em, học sinh ngày càng ít có cơ hội vận động, thể dục thể thao, rèn luyện sức khỏe. Thiếu hoạt động thể lực là một trong những yếu tố nguy cơ chính tiếp tục làm gia tăng các BKLN.

III. TỔNG HỢP THỰC TRẠNG VÀ DỰ BÁO XU HƯỚNG CỦA MỘT SỐ BKLN VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ

Bệnh và yếu tố nguy cơ	Thực trạng và dự báo
Hút thuốc	• Theo điều tra GATS (Vinacosh) năm 2010, tỷ lệ nam ≥15 tuổi hút thuốc chiếm 47,4%. • Chỉ tiêu của Chiến lược thuốc lá đến năm 2020 giảm còn 39%, như vậy kỳ vọng nếu can thiệp hiệu quả mỗi

[48] *WHO(2014a). Global information system on alcohol and health. http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1091?lang=en&showonly=GISAH*

	năm trung bình giảm 0,7% • Mục tiêu toàn cầu của WHO đến năm 2025 giảm 30% số người hút thuốc so với hiện tại
Sử dụng rượu bia ở mức có hại	• Theo Điều tra STEPS năm 2010: 25,1% số nam giới trưởng thành có ít nhất 1 lần sử dụng rượu, bia ở mức có hại trong tuần qua (60g rượu nguyên chất). • Mục tiêu toàn cầu của WHO đến 2025: giảm 10% tỷ lệ sử dụng rượu, bia ở mức có hại so với hiện tại
Tiêu thụ muối trung bình /người/ ngày	• VN không có số liệu đại diện. Điều tra quy mô nhỏ của Viện Dinh dưỡng năm 2013: trung bình 1 người tiêu thụ 15g muối/ngày, cao gấp 3 lần so với khuyến cáo của WHO • Mục tiêu toàn cầu của WHO đến năm 2025: giảm 3/10 của mức hiện có.
Người trưởng thành thiếu hoạt động thể lực	• Theo Điều tra STEPS năm 2010, khoảng 30% người trưởng thành thiếu hoạt động thể lực kể cả ở nông thôn. Trong xu thế đô thị hóa và tăng sử dụng các phương tiện giao thông cơ giới hiện nay, nếu không can thiệp thì chắc chắn tỷ lệ người thiếu hoạt động thể lực sẽ tăng cao. • Mục tiêu toàn cầu của WHO đến 2025: giảm 10% số người thiếu hoạt động thể lực so với hiện tại.
Thừa cân-béo phì (BMI≥25)	• Theo điều tra dinh dưỡng và điều tra STEPS: tỷ lệ thừa cân béo phì năm 2000 là 3,5%; năm 2005 là 6,6%; năm 2010 là 10,9%. Trung bình giai đoạn 2000-2010 tăng 0,7%/năm. Ước tính nếu tăng tương tự như giai đoạn trước, đến năm 2025 tỷ lệ người trưởng thành bị thừa cân béo phì là 21%
	• Mục tiêu toàn cầu của WHO: khống chế béo phì, không để gia tăng
Tiền ĐTĐ	• Theo Điều tra của Bệnh viện Nội tiết: tỷ lệ tiền đái tháo đường năm 2002 là 7,7%; năm 2012 là 12,8%. Trung bình giai đoạn 2002-2012: mỗi năm tăng 0,5%, ước tính nếu tăng tương tự như giai đoạn trước, đến 2025 tỷ lệ tiền đái tháo đường là 19%
ĐTĐ	• Theo Điều tra của Bệnh viện Nội tiết: tỷ lệ đái tháo đường năm 2002 là 2,7%; năm 2012 là 5,4%. Trung bình giai đoạn 2002-2012: mỗi năm tăng 0,27%; ước tính nếu tăng tương tự như giai đoạn trước, đến năm 2025 là 9% • Mục tiêu toàn cầu WHO đến năm 2025: khống chế sự gia tăng bệnh ĐTĐ
THA	• Theo Điều tra của Viện Tim mạch: Tỷ lệ THA năm 2002 là 16,9%; năm 2008 là 25,1%. Trung bình giai đoạn 2002-2008 mỗi năm tăng 1,3%; ước tính nếu tăng tương tự như giai đoạn trước, đến năm 2025 tỷ lệ người THA sẽ trên 35%. • Mục tiêu toàn cầu của WHO đến 2025: giảm 25% số người tăng huyết áp so với hiện tại.
Tử vong sớm (trước 70 tuổi) do các bệnh tim mạch, ung thư, ĐTĐ và COPD	• Theo báo cáo của WHO 2012: tỷ lệ tử vong trước 70 tuổi do các bệnh tim mạch, ung thư, ĐTĐ và COPD ở Việt Nam chiếm 40,7% tổng số tử vong do 4 bệnh này ở mọi độ tuổi. • Mục tiêu toàn cầu của WHO đến 2025 giảm 25% số tử vong trước 70 tuổi so với hiện tại.

Phần 3

NỘI DUNG CHIẾN LƯỢC PHÒNG CHỐNG BỆNH UNG THƯ, TIM MẠCH, ĐÁI THÁO ĐƯỜNG, BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH, HEN PHẾ QUẢN VÀ CÁC BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM KHÁC GIAI ĐOẠN 2015-2025

I. QUAN ĐIỂM

1. Các bệnh ung thư, bệnh tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác (sau đây gọi chung là các bệnh không lây nhiễm) ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe cộng đồng và sự phát triển kinh tế xã hội của đất nước do số người mắc bệnh nhiều, bệnh gây tàn tật và tử vong cao. Phòng, chống các bệnh không lây nhiễm hiệu quả sẽ hạn chế số người mắc bệnh này trong cộng đồng, ngăn chặn tàn tật, tử vong sớm và giảm quá tải tại các bệnh viện.

2. Phòng, chống các bệnh không lây nhiễm là trách nhiệm của các cấp, các ngành và của mỗi người dân, trong đó các cấp chính quyền trực tiếp chỉ đạo, ngành Y tế là nòng cốt.

3. Kiểm soát nguy cơ gây bệnh như hút thuốc lá, lạm dụng đồ uống có cồn, dinh dưỡng không hợp lý, thực phẩm không an toàn, thiếu hoạt động thể lực, cùng với chủ động giám sát, phát hiện bệnh sớm, điều trị, quản lý liên tục và lâu dài tại cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu là yếu tố quyết định hiệu quả trong phòng, chống các bệnh không lây nhiễm.

4. Nguồn lực đầu tư cho hoạt động phòng, chống các bệnh không lây nhiễm được huy động từ nhiều nguồn, trong đó ngân sách Nhà nước tập trung vào kiểm soát yếu tố nguy cơ, dự phòng, giám sát, phát hiện bệnh sớm.

II. MỤC TIÊU

1. Mục tiêu chung

Khống chế tốc độ gia tăng tiến tới làm giảm tỷ lệ người mắc bệnh tại cộng đồng, hạn chế tàn tật và tử vong sớm do mắc các bệnh không lây nhiễm, trong đó ưu tiên phòng, chống các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản nhằm góp phần bảo vệ, chăm sóc, nâng cao sức khỏe của nhân dân và phát triển kinh tế, xã hội của đất nước.

2. Mục tiêu cụ thể và chỉ tiêu đến năm 2025

a) Mục tiêu 1: Nâng cao nhận thức của các cấp chính quyền và hiểu biết của người dân trong phòng, chống các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản.

Chỉ tiêu:

- 100% Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương có kế hoạch và đầu tư kinh phí triển khai thực hiện Chiến lược tại địa phương;

- 70% người trưởng thành hiểu biết về bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản, ảnh hưởng đối với sức khỏe cộng đồng, kinh tế, xã hội của đất nước, cũng như các nguyên tắc phòng, chống các bệnh này.

b) Mục tiêu 2: Giảm thiểu các hành vi nguy cơ chính gây mắc các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản.

Chỉ tiêu:

- Giảm 30% tỷ lệ hút thuốc ở người trưởng thành so với năm 2015; giảm tỷ lệ hút thuốc ở nhóm vị thành niên xuống còn 3,6%;

- Giảm 10% tỷ lệ uống rượu, bia ở mức có hại ở người trưởng thành so với năm 2015; giảm tỷ lệ có uống rượu, bia ở nhóm vị thành niên xuống còn 20%;

- Giảm 30% mức tiêu thụ muối trung bình/người/ngày ở người trưởng thành so với năm 2015;

- Giảm 10% tỷ lệ thiếu hoạt động thể lực ở người trưởng thành so với năm 2015.

c) Mục tiêu 3: Hạn chế sự gia tăng tỷ lệ người tiền bệnh, mắc bệnh,

tàn tật và tử vong sớm tại cộng đồng do các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản.

Chỉ tiêu:

- Khống chế tỷ lệ bị thừa cân béo phì (BMI≥25) dưới 15% ở người trưởng thành; khống chế tỷ lệ thừa cân béo phì dưới 10% ở trẻ em;

- Khống chế tỷ lệ có cholesterol máu cao (>5,0 mmol/L) dưới 35% ở người trưởng thành;

- Khống chế tỷ lệ bị tăng huyết áp dưới 30% ở người trưởng thành;

- 50% số người bị tăng huyết áp được phát hiện; 50% số người phát hiện bệnh được quản lý, điều trị theo hướng dẫn chuyên môn;

- Khống chế tỷ lệ bị tiền đái tháo đường dưới 16% ở người 30-69 tuổi;

- Khống chế tỷ lệ đái tháo đường dưới 8% ở người 30-69 tuổi;

- 50% số người bị bệnh đái tháo đường được phát hiện; 50% số người phát hiện bệnh được quản lý, điều trị theo hướng dẫn chuyên môn;

- 50% số người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính được phát hiện ở giai đoạn sớm; 50% số người phát hiện bệnh được điều trị theo hướng dẫn chuyên môn;

- 50% số người bệnh hen phế quản được phát hiện và điều trị ở giai đoạn sớm, 50% số người bệnh hen phế quản được điều trị đạt kiểm soát hen trong đó 20% đạt kiểm soát hoàn toàn;

- 40% số người mắc một số bệnh ung thư được phát hiện ở giai đoạn sớm (đối với những bệnh ung thư nếu được phát hiện sớm có giá trị nâng cao hiệu quả điều trị);

- Giảm 20% tỷ lệ tử vong trước 70 tuổi do các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính so với năm 2015.

d) Mục tiêu 4: Nâng cao năng lực và hiệu quả trong dự phòng, giám sát, phát hiện, điều trị, quản lý bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác.

Chỉ tiêu:

- 90% cơ sở y tế dự phòng bảo đảm cung cấp các dịch vụ thiết yếu phòng chống bệnh không lây nhiễm theo quy định;

- 90% cán bộ y tế thực hiện công tác phòng, chống bệnh không lây nhiễm được đào tạo, tập huấn về dự phòng, giám sát, phát hiện, điều trị, quản lý theo quy định;

- 90% cơ sở y tế xã, phường, thị trấn và tương đương (sau đây gọi chung là y tế xã) có đủ trang thiết bị y tế cơ bản và thuốc thiết yếu theo quy định về chức năng, nhiệm vụ, phục vụ dự phòng, giám sát, phát hiện, điều trị, quản lý theo hệ thống đối với bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản phù hợp.

III. GIẢI PHÁP

1. Giải pháp về chính sách, pháp luật và phối hợp liên ngành

a) Tăng cường thực thi, bổ sung và hoàn thiện các chính sách, quy định pháp luật về kiểm soát yếu tố nguy cơ và thúc đẩy các yếu tố tăng cường sức khỏe để phòng, chống bệnh không lây nhiễm:

- Quán triệt, triển khai thực hiện Luật Phòng, chống tác hại của thuốc lá, Luật Bảo vệ môi trường, Luật An toàn thực phẩm, Chính sách quốc gia phòng, chống tác hại của lạm dụng đồ uống có cồn đến năm 2020 và các văn bản quy phạm pháp luật liên quan khác; xây dựng, trình cấp có thẩm quyền ban hành các văn bản quy phạm pháp luật về phòng chống lạm dụng đồ uống có cồn; tăng cường quản lý, bổ sung hoàn thiện những quy định của pháp luật và cảnh báo những ảnh hưởng đến sức khỏe đối với các thực phẩm chế biến sẵn, nước ngọt, phụ gia thực phẩm, đặc biệt là các sản phẩm dành cho trẻ em;

- Nghiên cứu, đề xuất, bổ sung các quy định về kiểm soát quảng cáo, chính sách thuế phù hợp nhằm giảm sử dụng thuốc lá, đồ uống có cồn, nước ngọt, thực phẩm chế biến sẵn và một số sản phẩm khác có nguy cơ gây bệnh không lây nhiễm;

- Đề xuất, bổ sung các chính sách nhằm khuyến khích sản xuất, cung cấp và tiêu thụ các thực phẩm an toàn, dinh dưỡng có lợi cho sức khỏe; tạo điều kiện cho người dân tiếp cận, sử dụng không gian công cộng, cơ sở luyện tập thể dục, thể thao; phát triển giao thông công cộng, giao thông phi cơ giới.

b) Hoàn thiện, bổ sung cơ chế phối hợp liên ngành từ Trung ương đến địa phương cùng với đẩy mạnh huy động các tổ chức, cá nhân và cộng đồng tham gia để triển khai thực hiện Chiến lược.

c) Rà soát, bổ sung, hoàn thiện văn bản quy phạm pháp luật để hoạt động phòng, chống các bệnh không lây nhiễm được thực hiện thống nhất theo hệ thống từ Trung ương đến địa phương; bảo đảm thuốc và vật tư cho công tác dự phòng, khám sàng lọc, phát hiện sớm, điều trị, theo dõi và quản lý lâu dài người bệnh tại y tế cơ sở.

d) Nghiên cứu, đề xuất chính sách khuyến khích cung cấp dịch vụ dự phòng, quản lý điều trị bệnh không lây nhiễm tại cộng đồng thông qua y tế tư nhân, bác sỹ gia đình, đặc biệt đối với vùng sâu, vùng xa.

2. Giải pháp về truyền thông và vận động xã hội

a) Sử dụng mạng lưới thông tin truyền thông từ Trung ương tới địa phương để tuyên truyền, phổ biến, vận động các cấp, các ngành, đoàn thể và người dân thực hiện các chủ trương, chính sách, pháp luật, các hướng dẫn, khuyến cáo về phòng, chống bệnh không lây nhiễm.

b) Nghiên cứu, xây dựng và cung cấp các chương trình, tài liệu truyền thông về phòng, chống bệnh không lây nhiễm phù hợp với phương thức truyền thông và các nhóm đối tượng.

c) Vận động xây dựng cộng đồng nâng cao sức khỏe phù hợp với từng vùng miền và từng nhóm đối tượng, trong đó chú trọng trường học nâng cao sức khỏe, nơi làm việc vì sức khỏe và thành phố vì sức khỏe.

d) Đề xuất phát động phong trào toàn dân thực hiện lối sống tăng cường sức khỏe gắn với phòng, chống các bệnh không lây nhiễm.

3. Giải pháp tăng cường hệ thống cung cấp dịch vụ và chuyên môn kỹ thuật y tế

a) Tổ chức hệ thống dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị, quản lý các bệnh không lây nhiễm từ Trung ương đến cấp xã trong cả nước.

- Xây dựng, ban hành các hướng dẫn về chuyên môn nghiệp vụ cho công tác dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị, quản lý bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản phù hợp với chức năng nhiệm vụ và phân tuyến kỹ thuật của các cơ sở y tế;

- Các cơ sở y tế dự phòng, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (công lập và ngoài công lập) từ Trung ương đến cấp xã tổ chức các hoạt động dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị, quản lý các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản phù hợp chức năng, nhiệm vụ theo quy định;

- Phối hợp, lồng ghép khám phát hiện bệnh không lây nhiễm trong các hoạt động khám sức khỏe định kỳ, quản lý sức khỏe tại các trường học, cơ quan, xí nghiệp.

b) Tăng cường phát hiện, điều trị, quản lý tại trạm y tế xã và cộng đồng cho người mắc bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác theo quy định, bảo đảm cung cấp dịch vụ quản lý, theo dõi và chăm sóc liên tục cho người bệnh.

- Nghiên cứu tổ chức các hình thức phát hiện, điều trị, quản lý bệnh không lây nhiễm phù hợp tại tuyến xã, trước mắt triển khai phát hiện, điều trị dự phòng và điều trị duy trì theo chỉ định của tuyến trên, từng bước tiến tới tự quản lý điều trị được một số bệnh không lây nhiễm ở những trạm y tế đủ điều kiện;

- Cung cấp đủ thuốc thiết yếu cho điều trị bệnh tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và một số bệnh không lây nhiễm khác ở tuyến xã theo quy định.

c) Tăng cường hiệu quả hoạt động của lĩnh vực y tế dự phòng trong kiểm soát yếu tố nguy cơ và các tình trạng tiền bệnh để dự phòng các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản.

- Ban hành các hướng dẫn chuyên môn và triển khai các can thiệp phòng, chống tác hại của thuốc lá, lạm dụng đồ uống có cồn, bảo đảm dinh dưỡng hợp lý, giảm ăn muối, tăng cường hoạt động thể lực tại các cơ sở giáo dục, nơi làm việc và tại cộng đồng; phát hiện sớm, quản lý, tư vấn và điều trị dự phòng đối với người thừa cân béo phì, tăng huyết áp, tăng đường máu, rối loạn mỡ máu và có nguy cơ tim mạch; thực hiện mô hình nâng cao sức khỏe phòng, chống các bệnh không lây nhiễm;

- Triển khai thực hiện hiệu quả công tác tiêm vắc xin phòng ung thư; bảo đảm trẻ dưới 1 tuổi được tiêm đủ liều vắc xin viêm gan B, từng bước mở rộng triển khai dịch vụ tiêm phòng HPV để phòng ung thư cổ tử cung cho phụ nữ trong độ tuổi tiêm phòng và các loại vắc xin khác nếu có;

- Hướng dẫn, hỗ trợ, kiểm tra, giám sát hoạt động dự phòng, phát hiện sớm, điều trị, quản lý và tự quản lý điều trị bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản tại trạm y tế xã và cộng đồng theo quy định. Nâng cao năng lực cho Trung tâm y tế huyện để thực hiện việc quản lý, hỗ trợ kỹ thuật cho tuyến xã;

- Tăng cường hỗ trợ chuyên môn kỹ thuật cho các hoạt động liên ngành có liên quan trong phòng, chống bệnh không lây nhiễm tại cộng đồng.

d) Củng cố hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để cung cấp các dịch vụ toàn diện, chuyên sâu và kỹ thuật cao cho chẩn đoán, điều trị bệnh nhân mắc bệnh không lây nhiễm, đồng thời hỗ trợ chuyên môn cho tuyến dưới, bảo đảm việc phát hiện bệnh sớm, điều trị hiệu quả và quản lý bệnh nhân liên tục và lâu dài.

- Nâng cấp, hoàn thiện các cơ sở chẩn đoán, điều trị bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản;

- Triển khai các biện pháp sàng lọc phù hợp, hiệu quả để tăng cường phát hiện sớm và quản lý điều trị các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản;

- Hoàn thiện và thực hiện gói dịch vụ cho mỗi tuyến bảo đảm hệ thống quản lý điều trị liên tục cho người mắc bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản.

4. Giải pháp về nguồn lực

a) Phát triển nguồn nhân lực

- Sắp xếp, bố trí nhân lực các tuyến cho phòng, chống các bệnh không lây nhiễm;

- Bổ sung, cập nhật nội dung đào tạo về phòng, chống bệnh không lây nhiễm trong các chương trình đào tạo của các trường trung cấp, cao đẳng và đại học y; chú trọng các chương trình đào tạo bác sỹ gia đình, cử nhân y tế công cộng, cử nhân điều dưỡng và dinh dưỡng tiết chế;

- Đào tạo, nâng cao năng lực cho cán bộ trong các lĩnh vực liên quan đến kiểm soát các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm của các Bộ, ngành;

- Tăng cường đào tạo nâng cao năng lực phòng, chống bệnh không lây nhiễm cho đội ngũ cán bộ y tế phù hợp với yêu cầu nhiệm vụ của từng tuyến. Bảo đảm đào tạo và đào tạo liên tục để cập nhật kiến thức, kỹ năng phòng chống bệnh không lây nhiễm;

- Ưu tiên đào tạo lại cán bộ y tế xã, y tế trường học, y tế cơ quan, xí nghiệp và y tế thôn bản thông qua chương trình đào tạo toàn diện và lồng ghép phòng, chống các bệnh không lây nhiễm nhằm bảo đảm cung cấp dịch vụ trong dự phòng, quản lý điều trị và chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế và cộng đồng;

- Có cơ chế phù hợp để khuyến khích cán bộ y tế xã tham gia các hoạt động phát hiện sớm, giám sát và quản lý điều trị các bệnh không lây nhiễm tại cộng đồng.

b) Nguồn lực tài chính

Nguồn kinh phí thực hiện bao gồm:

- Nguồn ngân sách Nhà nước tập trung cho hoạt động kiểm soát yếu tố nguy cơ, dự phòng, giám sát và phát hiện sớm bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản;

- Nguồn bảo hiểm y tế;

- Nguồn xã hội hóa;

- Nguồn hợp pháp khác.

c) Thuốc và trang thiết bị

- Tăng cường đầu tư, nâng cấp trang thiết bị, cơ sở vật chất cho hoạt động giám sát, dự phòng, phát hiện, chẩn đoán sớm, điều trị, quản lý các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản.

- Bảo đảm cung ứng thuốc và vật tư thiết yếu cho chẩn đoán, điều trị các bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã được bảo hiểm y tế chi trả.

- Bảo đảm cung ứng vắc xin, sinh phẩm cho dự phòng một số bệnh ung thư có vắc xin phòng bệnh.

5. Giải pháp về nghiên cứu, theo dõi và giám sát

a) Nâng cao năng lực, đẩy mạnh nghiên cứu khoa học trong lĩnh vực phòng, chống bệnh không lây nhiễm. Thiết lập mạng lưới các cơ sở đào tạo, nghiên cứu chuyên sâu về bệnh không lây nhiễm có sự tham gia của các trường, các viện. Tăng cường sử dụng thông tin và bằng chứng khoa học trong xây dựng chính sách, lập kế hoạch, chương trình, dự án về phòng chống bệnh không lây nhiễm, đặc biệt là các can thiệp tại cộng đồng.

b) Xây dựng hệ thống giám sát bệnh không lây nhiễm lồng ghép trong hệ thống thông tin y tế quốc gia để theo dõi, dự báo, giám sát yếu tố nguy cơ, số mắc bệnh và tử vong, đáp ứng của hệ thống y tế và hiệu quả các biện pháp phòng, chống bệnh không lây nhiễm.

- Cập nhật và hoàn thiện bộ chỉ số quốc gia, quy trình, công cụ giám sát thống nhất áp dụng trên toàn quốc, kết hợp kiện toàn hệ thống thu thập thông tin báo cáo về bệnh không lây nhiễm;

- Định kỳ tổ chức điều tra quốc gia về yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm sử dụng quy trình và bộ công cụ chuẩn hóa để thu thập, theo dõi, giám sát mức độ và chiều hướng của các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm trong cộng đồng;

- Nghiên cứu, đề xuất, triển khai giám sát tử vong tại cộng đồng trên cơ sở thu thập thông tin từ hệ thống thống kê tử vong của trạm y tế xã. Tăng cường chất lượng và mức độ bao phủ của mạng lưới ghi nhận ung thư, nghiên cứu triển khai hệ thống ghi nhận đột quỵ. Thu thập đầy đủ các thông tin về mắc và tử vong do bệnh không lây nhiễm từ hệ thống báo cáo thống kê bệnh viện;

- Tăng cường tổ chức giám sát, đánh giá các hoạt động trong phòng, chống bệnh không lây nhiễm, tiến độ thực hiện Chiến lược và các chính sách liên quan của các Bộ, ngành;

- Đề xuất xây dựng cơ sở dữ liệu quốc gia về bệnh không lây nhiễm, thống nhất đầu mối để quản lý và công bố các thông tin, dữ liệu về bệnh không lây nhiễm. Tăng cường áp dụng công nghệ thông tin trong quản lý, kết nối giữa các tuyến để hỗ trợ chăm sóc, theo dõi bệnh nhân liên tục và lâu dài.

6. Giải pháp tăng cường hợp tác quốc tế

a) Chủ động tích cực hợp tác với các quốc gia, các viện, trường và các hiệp hội trong khu vực và trên thế giới trong nghiên cứu, đào tạo để phát triển và nâng cao chất lượng nguồn nhân lực phục vụ cho công tác phòng, chống bệnh không lây nhiễm.

b) Tăng cường hợp tác toàn diện với Tổ chức Y tế thế giới và các tổ chức quốc tế khác để hỗ trợ, thúc đẩy triển khai thực hiện Chiến lược; lồng ghép các dự án hợp tác quốc tế với hoạt động của Chiến lược nhằm thực hiện được các mục tiêu.

IV. CÁC CHƯƠNG TRÌNH, DỰ ÁN THỰC HIỆN CHIẾN LƯỢC

Xây dựng chương trình, dự án giai đoạn 2015-2020 triển khai thực hiện Chiến lược trình cấp có thẩm quyền phê duyệt, bao gồm:

1. Dự án truyền thông, vận động xã hội phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác, giai đoạn 2015-2020.

- Cơ quan chủ trì: Bộ Y tế.

- Cơ quan phối hợp: Bộ Thông tin và Truyền thông, các Bộ, ngành, cơ quan, tổ chức có liên quan và Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;

2. Dự án chủ động dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị, quản lý các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản, giai đoạn 2015-2020.

- Cơ quan chủ trì: Bộ Y tế.

- Cơ quan phối hợp: các Bộ, ngành, cơ quan, tổ chức có liên quan và Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;

3. Dự án quản lý, giám sát hàm lượng muối, đường, chất béo, phụ gia trong các thực phẩm chế biến sẵn và can thiệp giảm sử dụng muối tại cộng đồng để phòng, chống bệnh tim mạch, ung thư, đái tháo đường giai đoạn 2015-2020.

- Cơ quan chủ trì: Bộ Công Thương.

- Cơ quan phối hợp: Bộ Y tế, các Bộ, ngành, cơ quan, tổ chức có liên quan và Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;

4. Dự án bảo đảm dinh dưỡng hợp lý và tăng cường hoạt động thể lực cho trẻ em, học sinh, sinh viên để nâng cao sức khỏe, dự phòng bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản giai đoạn 2015-2020.

- Cơ quan chủ trì: Bộ Giáo dục và Đào tạo

- Cơ quan phối hợp: Bộ Y tế, các Bộ, ngành, cơ quan, tổ chức có liên quan và Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;

5. Dự án tăng cường hoạt động thể lực phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản giai đoạn 2015-2020.

- Cơ quan chủ trì: Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch,

- Cơ quan phối hợp: Bộ Giao thông vận tải, Bộ Xây dựng, Bộ Y tế và các Bộ, ngành, cơ quan, tổ chức có liên quan và Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương.

Đến năm 2020, tổ chức tổng kết đánh giá kết quả triển khai thực hiện các chương trình, dự án giai đoạn 2015-2020 và xây dựng chương trình, dự án giai đoạn 2021-2025 thực hiện Chiến lược trình Thủ tướng Chính phủ phê duyệt.

V. TỔ CHỨC THỰC HIỆN

Căn cứ Chiến lược, các Bộ, ngành, Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương xây dựng kế hoạch và tổ chức triển khai thực hiện Chiến lược trong phạm vi chức năng, nhiệm vụ được phân công và định kỳ gửi báo cáo cho Bộ Y tế tổng hợp báo cáo Thủ tướng Chính phủ.

1. Bộ Y tế

a) Chủ trì, phối hợp với các Bộ, ngành liên quan, Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và các cơ quan, tổ chức để xây dựng kế hoạch, dự án, tổ chức triển khai thực hiện Chiến lược trên phạm vi cả nước.

b) Chủ trì, phối hợp với các Bộ, ngành liên quan nghiên cứu, xây dựng, ban hành theo thẩm quyền hoặc trình cấp có thẩm quyền ban hành các chính sách, văn bản quy phạm pháp luật liên quan tới phòng, chống các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản.

c) Chủ trì, phối hợp với các Bộ, ngành liên quan để xây dựng Dự án số 1, 2 của Chiến lược trình cấp có thẩm quyền phê duyệt và triển khai thực hiện.

d) Hướng dẫn, kiểm tra, giám sát việc thực hiện Chiến lược. Định kỳ tổng hợp báo cáo Thủ tướng Chính phủ tình hình triển khai và kết quả thực hiện Chiến lược.

đ) Chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính và các cơ quan liên quan nghiên cứu, trình cấp có thẩm quyền quyết định thành lập Quỹ Nâng cao sức khỏe cộng đồng (trên cơ sở lồng ghép với Quỹ Phòng, chống tác hại của thuốc lá) để trực tiếp hỗ trợ cho hoạt động phòng, chống bệnh không lây nhiễm.

2. Bộ Kế hoạch và Đầu tư

a) Bố trí kinh phí đầu tư để triển khai các Dự án thực hiện Chiến lược.

b) Vận động, huy động các nguồn tài trợ trong và ngoài nước cho thực hiện Chiến lược.

3. Bộ Tài chính

a) Bố trí kinh phí hoạt động phòng, chống bệnh không lây nhiễm thực hiện Chiến lược; hướng dẫn, kiểm tra và giám sát việc quản lý và sử dụng kinh phí thực hiện Chiến lược theo quy định.

b) Nghiên cứu đề xuất mức thuế phù hợp đối với các sản phẩm kinh doanh có điều kiện để hạn chế sử dụng các sản phẩm không có lợi cho sức khỏe, đồng thời có chính sách tài chính khuyến khích sản xuất và tiêu dùng các sản phẩm có lợi cho sức khỏe.

4. Bộ Công Thương

a) Tăng cường quản lý về kinh doanh thuốc lá, đồ uống có cồn và các sản phẩm khác nhằm ngăn chặn tối đa yếu tố nguy cơ gây mắc bệnh không lây nhiễm từ các sản phẩm này.

b) Phối hợp với các Bộ, ngành liên quan rà soát, sửa đổi, ban hành theo thẩm quyền các văn bản quy phạm pháp luật quy định về dán nhãn minh bạch sản phẩm, in thông tin cảnh báo sức khỏe trên các sản phẩm thuốc lá, đồ uống có cồn và các sản phẩm khác có yếu tố nguy cơ gây bệnh không lây nhiễm.

c) Chủ trì, phối hợp với Bộ Y tế và các Bộ, ngành liên quan để xây dựng dự án số 03 của Chiến lược trình cấp có thẩm quyền phê duyệt và triển khai thực hiện.

5. Bộ Tài nguyên và Môi trường

a) Phối hợp với Bộ Y tế tổng hợp, theo dõi và đánh giá các yếu tố môi trường có tác động đến sức khỏe và bệnh tật của con người, trong đó có bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản; đề xuất và tổ chức thực hiện các giải pháp giám sát, giảm thiểu các yếu tố này.

b) Đẩy mạnh thực thi Luật Bảo vệ môi trường, bổ sung hoàn thiện các quy định pháp luật nhằm giảm thiểu tối đa các yếu tố nguy hại đến sức khỏe nhân dân nói chung và gây bệnh không lây nhiễm nói riêng theo thẩm quyền, để thực hiện mục tiêu của Chiến lược.

6. Bộ Giáo dục và Đào tạo

a) Triển khai các hoạt động truyền thông, giáo dục thay đổi hành vi về dinh dưỡng phù hợp với từng lứa tuổi và tăng cường hoạt động thể lực cho trẻ em, học sinh, sinh viên để dự phòng các bệnh không lây nhiễm; lồng ghép nội dung phòng, chống các yếu tố nguy cơ gây bệnh không lây nhiễm trong hoạt động ở các cấp học.

b) Chủ trì, phối hợp với Bộ Y tế và các Bộ, ngành liên quan để xây dựng Dự án số 4 của Chiến lược, trình cấp có thẩm quyền phê duyệt và triển khai thực hiện.

7. Bộ Giao thông vận tải

Tăng cường quản lý, kiểm soát các phương tiện giao thông cơ giới thải ra môi trường các chất có nguy cơ gây bệnh không lây nhiễm theo quy định; nghiên cứu, đề xuất các giải pháp phát triển giao thông công cộng và hạ tầng cơ sở cho giao thông phi cơ giới.

8. Bộ Xây dựng

a) Chủ trì, phối hợp với các Bộ, ngành liên quan rà soát, bổ sung các quy định pháp luật, các đồ án quy hoạch cũng như tăng cường công tác thanh tra, kiểm tra công tác phát triển đô thị nhằm bảo đảm không gian sống và cơ sở vật chất cho các hoạt động thể lực, nâng cao chất lượng sống cho cư dân đô thị.

b) Có cơ chế chính sách phù hợp nhằm khuyến khích việc sử dụng vật liệu an toàn, thân thiện với môi trường trong các dự án xây dựng.

9. Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch

a) Chủ trì xây dựng và ban hành các quy định pháp luật nhằm tăng cường cơ sở vật chất cho thể dục, thể thao quần chúng; phát động các chương trình, phong trào rèn luyện thể dục thể thao trong cộng đồng.

b) Chủ trì, phối hợp với các Bộ, ngành liên quan để xây dựng Dự án số 5 của Chiến lược trình cấp có thẩm quyền phê duyệt và triển khai thực hiện.

10. Bộ Thông tin và Truyền thông

a) Phối hợp với Bộ Y tế, chỉ đạo và tổ chức các hoạt động thông tin, truyền thông về phòng, chống các bệnh không lây nhiễm và các yếu tố nguy cơ gây bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản.

b) Phối hợp với Bộ Y tế và các Bộ, ngành liên quan để xây dựng Dự án số 1 của Chiến lược, trình cấp có thẩm quyền phê duyệt và triển khai thực hiện.

11. Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn

Chủ trì và phối hợp với các Bộ, ngành liên quan tăng cường quản lý, thanh tra, giám sát bảo đảm thực phẩm sạch, nước sạch nông thôn; kiểm soát dư lượng phân bón, các chất tăng trưởng, chất kháng sinh, thuốc bảo vệ thực vật trong các sản phẩm nông nghiệp.

12. Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội

a) Phối hợp với các Bộ, ngành liên quan tăng cường quản lý, thanh tra, giám sát bảo đảm môi trường làm việc nâng cao sức khỏe cho người lao động, giảm thiểu các yếu tố nguy cơ gây bệnh không lây nhiễm.

b) Phối hợp với Bộ Y tế trong việc tổ chức khám sức khỏe định kỳ, khám sàng lọc, nhằm phát hiện sớm, quản lý điều trị và phục hồi chức năng cho người lao động mắc bệnh không lây nhiễm.

13. Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương

a) Chịu trách nhiệm xây dựng kế hoạch và chỉ đạo triển khai Chiến lược tại địa phương.

b) Bố trí đủ ngân sách, nhân lực, cơ sở vật chất để triển khai thực hiện Chiến lược tại địa phương.

c) Kiểm tra, giám sát, báo cáo tiến độ và kết quả việc thực hiện Chiến lược.

14. Các Bộ, cơ quan ngang Bộ, cơ quan thuộc Chính phủ

Triển khai thực hiện các nội dung của Chiến lược liên quan đến lĩnh vực phụ trách.

15. Thành lập Ban chỉ đạo quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm trên cơ sở hợp nhất các ban chỉ đạo hiện có của các chương trình, hoạt động trong lĩnh vực phòng, chống bệnh không lây nhiễm để thống nhất tập trung đầu mối chỉ đạo. Ban chỉ đạo quốc gia do Bộ trưởng Bộ Y tế làm Trưởng ban với sự tham gia của đại diện các Bộ, ngành, đoàn thể, tổ chức xã hội liên quan, có trách nhiệm xây dựng và tổ chức triển khai kế hoạch thực hiện Chiến lược này. Văn phòng thường trực giúp việc Ban chỉ đạo đặt tại Bộ Y tế.

NATIONAL STRATEGY ON PREVENTION AND CONTROL OF CANCER, CARDIOVASCUALR DISEASE, DIABETES, CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE, ASTHMA, AND OTHER NON-COMMUNICABLE DISEASES PERIOD 2015-2025

Ha Noi, 2014

TABLE OF CONTENTS

LIST OF ACRONYMS 3

PREAMBLE 4

CONTEXT OF THE STRATEGY PROMULGATION 5

I. GENERAL INFORMATION ABOUT NCDs 5

II. BURDEN OF DISEASE, MORTALITY DUE TO NCDs 7

1. In the world 7

2. In Viet Nam 8

III. CURRENT STATUS OF RISK FACTORS CAUSING DISEASES 10

IV. IMPACTS OF NCDs AND RISK FACTORS ON SOCI-ECONOMIC DEVELOPMENT 16

V. STATUS OF NCD PREVENTION AND CONTROL ACTIVITIES IN VIET NAM 17

1. Management and implementation. 17

2. Development and implementation of policies on risk factors prevention 19

3. Prevention of hypertension, diabetes, cancer and COPD 24

4. Development of human resources 30

5. Financing 30

6. Pharmaceuticals, vaccines and medical equipment 31

7. NCD surveillance 31

VI. ASSESSMENT OF DIFFICULTIES AND CHALLENGES IN NCD PREVENTION AND CONTROL IN VIET NAM 33

VII. WORLDWIDE EXPERIENCE IN PREVENTION OF NCDs AND RISK FACTORS 36

1. Global and regional documents on NCD prevention and control 36

2. Recommendations for solutions of NCD prevention and control 38

3. Recommendations of voluntary global targets for NCD prevention and control 39

4. Recommendations of the best intervention and efficient economic interventions 39

5. Experience of some countries in the world in the fight against NCDs 40

Part 2 43

PROJECTION OF NCDs AND RISK FACTORS 43

I. PROJECTION OF NCD STATUS 43

II. PROJECTION FOR INCREASING RISK FACTORS OF DISEASES 43

1. The socio-economic situation 43

2. Lifestyle behaviors 44

III. SUMMARY OF CURRENT SITUATION AND PROJECTION OF TRENDS OF NCDs AND RISK FACTORS 45

Part 3 47

CONTENTS OF STRATEGY ON PREVENTION AND CONTROL OF CANCER, CVDs, DIABETES, COPD, ASTHMA AND OTHER NCDs PERIOD 2015-2025 47

I. VIEWPOINT 47

II. OBJECTIVES 47

1. Overarching objective 47

2. Specific objectives and targets by 2025 47

2. Solutions for communication and social mobilization 49

3. Solutions for strengthening service delivery systems and medical technology 49

LIST OF ACRONYMS

HI	Health Insurance
NCD	Non-communicable diseases
BMI	Body mass index (kg/m2)
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
NTP	National Target Program
HC	Health care
WHO	World Health Organization
DALY	Burden of disease mortality
TC	Tobacco control
HT	Hypertension
PH	Public Health
PM	Preventive medicine

PREAMBLE

NCDs mainly include cardiovascular disease (CVD), cancer, diabetes and COPD which are the biggest threat to global health, causing deaths with a greater number than the total number of deaths from all other diseases. In September 2011, the Summit of the United Nations General Assembly made a political statement confirming the major non-communicable diseases including CVD, cancer, diabetes and COPD to be a major challenge of the XXI century, reducing global economic growth and threatening the process of MDGs implementation. The United Nations has called upon all member states to make efforts in developing and implementing their national plans for prevention and control of the above-mentioned NCDs.

Although being very dangerous, cancer, CVD, diabetes, COPD and other NCDs can be effectively preventable through control of risk factors such as smoking, alcohol abuse, improper diet maintenance and insufficient physical activity, along with strengthening capacity of health systems for early detection, treatment management and care of patients.

Viet Nam has made great efforts in the fight against infectious diseases, and at the same time, made investment in the field of NCD prevention and control. NCD prevention projects have been included in the National Target Programs (NTPs) in health. A number of laws and related policies have been promulgated such as Law on anti-tobacco, National policy on prevention of alcohol abuse harm until 2020. However, Viet Nam is still facing with the double burden of disease, while the incidence of and mortality rates due to infectious diseases have decreased, and NCDs mainly containing CVD, cancer, diabetes and COPD are rapidly increasing, accounting for 73% of the total mortality, 66% of the total disease burden. The above NCDs as an epidemic are the major cause leading to overcrowding in hospitals; damages and negative impacts on socio-economic development of the country because of the life-time treatment which increases medical costs, reduces labor productivity and social products, and severely affects the community health.

In this context, development of the National Strategy on prevention and control of cancer, cardiovascular, diabetes, COPD, asthma and other NCDs is essential to enhance the operational efficiency towards a comprehensive, integrated, community-based, and to mobilize the active participation of ministries, thus contributing to the successful implementation of the goals/objectives of Strategy on people's health care and protection for the period 2011-2020 with a vision till 2030.

Part 1

CONTEXT OF THE STRATEGY PROMULGATION

I. GENERAL INFORMATION ABOUT NCDs

Currently, NCDs prevention and control in Viet Nam are focusing on some major disease groups such as: hypertension, cardiovascular diseases (stroke, heart failure, coronary artery disease, etc.), diabetes, cancers and COPD. These are NCDs with high incidence rate and main causes of disability and death in adults. Moreover, these diseases share some risk factors possibly preventable, and therefore control of common risk factors can simultaneously prevent disease. NCDs are also called as "chronic disease" because of multiple years of disease incubation/formation, usually starting at a young age, and developing for a long period of time, requiring a systematic and prolonged treatment process, even for a life-time.

For NCDs, it is often impossible to determine the specific cause, but only a group of risk factors that contribute to disease development, including: factors on lifestyle behaviors such as smoking, alcohol abuse, irrational nutrition, and Insufficient physical activity. Risk behaviour factors will lead to changes in physiologic/metabolic changes (also known as intermediate/pre-disease state risk factors including hypertension, obesity, hyperglycemia, and dyslipidemia. Furthermore, the root causes of increasing risk factors are related to environment, socio-economic factors, etc.

Below is the section for some common risk factors of cancers, CVDs, dabetes, and chronic lung diseases:

Smoking: Smoking is estimated to cause 71% of all cases of lung cancer; 42% of cases of chronic lung disease[1]; and 10% of cases of cardiovascular disease . Smoking is also a risk factor for a number of infectious diseases such as tuberculosis and lower respiratory tract infections. Chewing tobacco can cause mouth cancer, hypertension, cardiovascular diseases and some other diseases. Tobacco is not only causing direct harm to firsthand smokers, but also harm the passive smokers. Around the world each year about 6 million people die from tobacco, including by passive smoking. By 2020 this figure will rise to 7.5 million people, accounting for about 10% of all deaths globally. Tobacco also causes economic loss to families, poverty and environmental destruction.

Using alcohol at harmful levels: Wine, spirit, whiskey, beer and other alcoholic beverages are addictive substance, so WHO has recommended that in order to ensure good health it is best to avoid drinking alcohol. According to WHO recommendations, if taken, men should not drink more than two units of alcohol / day (20 grams of pure alcohol) and women should not drink more than one unit of alcohol (10g) per day[2]. However, this level of alcohol use is still considered as a low risk to health. Use of alcohol at higher risk include drinking at harmful levels (Hazardous use of alcohol) and at dangerous levels. Alcohol addiction is a dependence on alcohol is characterized by craving, loss of control, increased tolerance, affecting the physical status… Alcoholism is listed on group behavior and mental health disorders due to use of substance with psychotropic effects (F10.2- ICD-10). Use of alcohol at harmful levels is the main cause or one of causes for over 200 diseases or injuries according to the international classification of diseases ICD10, in which 30 diseases bearing the name with the word „alcohol" as part of such a name, for example "alcoholic psychosis" or "disorder caused by alcohol". This means that those 30 diseases are completely avoidable if the drinker does not drink alcohol at harmful levels. In 2012, there were 5.9% of global death, equivalent to 3.3 million people, due to use of alcohol with the majority of deaths as a result from NCD group including cardiovascular, diabetes (33,4%), 09 types of cancer (12,5%), diseases of the digestive system (16,2%), injury (25,8%) and fetal growth disorders and preterm birth complications caused by

[1] *WHO. Global status report on non-communicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization, 2011*

[31] *Viện Dinh Dưỡng. 2010. Điều tra mức tiêu thụ muối và nguồn cung cấp muối khẩu phần.*

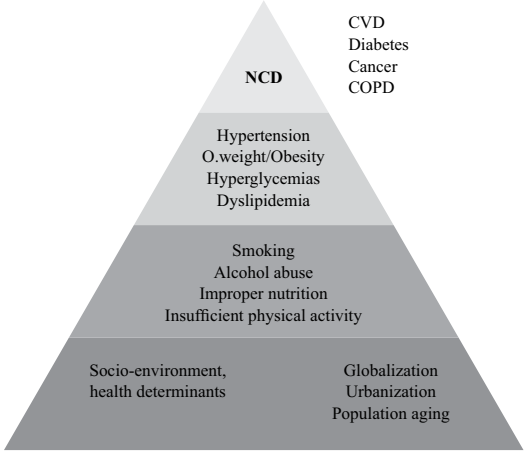
alcohol (0,1%). Use alcohol at harmful levels are the cause of 50% of deaths due to cirrhosis, 22% to 25% of deaths due to cancer of mouth, oral, pharynx, larynx and esophagus, and 30% of deaths due to pancreatitis[3]. Regarding the burden of disease, in 2012 as many as 5,1% of diability-adjusted life years (DALYs) (equivalent to 139 million years of life) were lost due to use of alcohol. Unlike mortality, mental disorders are diseases group caused the most severity (24.6%), followed by injury (30,7%), CVD and diabetes (15,5%), cancer (8,6%), perinatal death (6.8%) and infections (15.5%).

Irrational nutrition: Eating little vegetables and fruits are attributed to the cause of 1.7 million deaths, accounting for 2.8% of all deaths worldwide. Eating little vegetables and fruits is assumed to be the cause of 19% of gastrointestinal cancer, 31% of ischemia, and 11% of stroke cases. Eating at least 400 grams of vegetables and fruit (equivalent to 5 standard units) per day could help prevent chronic diseases related to nutrition, such as cardiovascular disease, gastric cancer and colon & rectal cancer[1]. Scientific evidence shows that eating more energy-rich foods, such as processed foods high in fat and sugar may increases the risk of obesity and the harmfulness is similar to the case of eating less vegetables and fruits. Eating foods high in saturated fats (found in animal fats) and trans fatty acid - can be found in processed foods) may increase the risk of cardiovascular disease and diabetes. The amount of daily salt consumption is an important factor affecting the level of blood pressure and risk of cardiovascular disease. Eating more salt is the risk of stroke, hypertension, gastric cancer, renal failure, osteoporosis and other cardiovascular diseases. WHO recommends that no more than 5 grams of salt is needed to eat per day to prevent CVDs.

Insufficient physical activity: Insufficient physical activity is ranked as the fourth risk factor leading to mortality (WHO). A sedentary person will increase by 20-30% risk of death from any cause compared to a person with moderate intensity of movement for at least 30 minutes a day in most days of the week. If the physical activity is performed at moderate level for 150 minutes / week, it is estimated that it can reduce 30% of the ischemic heart disease risk, 27% of diabetes risk, and 21-25% of breast cancer and colon cancer risk. Physical activity reduces the risk of stroke, hypertension, depression, and helps control weight1. According to WHO recommendations, physical activity should be done for at least 30 minutes every day, with physical activity intensity at moderate level, for example: jogging/ brisk walking and more effective health could be achieved if volume or intensity of daily physical activity exceeds this threshold.

Although being very dangerous, NCDs can be effectively prevented through control of preventable risk factors (causes) such as smoking, improper nutrition, Insufficient physical activity and alcohol abuse. Scientific evidence shows that if those risk factors are eliminated, at least 80% of CVDs, stroke, diabetes type II, and over 40% of cancer could be prevented . Furthermore, we need to have solutions for socio-economic factors which increase NCD risk factors such as globalization, urbanization, aging, poverty, knowledge gap, backward customs and habits, etc.

Figure 1: Description of a chain of NCD causes



[3]*WHO. Global status report on alcohol and health 2014*

[4]*WHO. Preventing Chronic Disease: a vital investment. 2005, World Health Organization: Geneva.*

Other risk factors:

Apart from those mentioned-above possibly changeable common risk behaviors, there are other important risk factors that need to be effectively controlled to prevent NCDs, especially for the prevention of cancer and COPDs:

- Chronic infection caused by some viruses, such as hepatitis B and C (causing liver cancer), HPV (causing cervical cancer, etc.).

- There are many factors related to environmental pollution, food and occupation such as asbestos, benzene, arsenic, radioactive substances …which are agents that increase the risk of some types of cancer incidence. It is estimated that there are about 50 factors related to job and occupation are carcinogens[5].

- Besides the risk due to smoking, indoor and outdoor air pollution, occupational dust and chemicals, lower respiratory tract infection in children are critical factors for increased risks of chronic lung diseases

II. BURDEN OF DISEASE, MORTALITY DUE TO NCDs

1. In the world

The current NCDs result in the biggest number of deaths worldwide, which is greater than the total number of deaths caused by all other diseases. In 2008, among a total of 57 million deaths worldwide, 36 million (63%) of deaths were due to NCDs. có 36 triệu (63%) là tử vong do các BKLN. Nearly 80% of these NCD deaths (29 million) occur in low- and middle- income countries[6].

Regarding NCD deaths, most of them are mainly caused by cardiovascular disease (17 million people, equivalent to 48% of these NCD deaths); followed by cancer (7.6 million, equivalent to 21%); and chronic lung disease (4.2 million), including asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Diabetes caused 1.3 million deaths[7].

Deaths due to NCDs are increasingly found in younger age. According to WHO data, in 2011, the majority of premature deaths due to NCDs were found in people aged 30-70 in developing countries (accounting for 85%, or equivalent to 11.8 million people). The probability of early death from 30-70 years of age by the main NCDs ranged from 10% in developed countries to 60% in developing countries[8].

Deaths caused by NCDs are on the increasing trend. WHO forecast shows that the worldwide NCD mortality rate will increase by 15% during period 2010-2020 (about 44 million deaths). Southeast Asia will be the region having the highest number of deaths by 2020 (10.4 million cases)[9].

Confronting the global health threats, in September 2011, the Summit of the United Nations General Assembly announced a political statement confirming that NCDs mainly include cardiovascular disease, cancer, diabetes and COPD and they are the major challenges of the twenty-first century, reducing global economic growth and threatening achievements in implementation of Millennium Development Goals[10]. The United Nations has called on all member states make efforts to develop and implement policies and national plans to prevent and control NCDs.

2. In Viet Nam

Viet Nam is also facing increasing severity of NCDs. Along with the changing structure of the population, globalization, urbanization and migration, changes are also found in environment, climate,

[5] *WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization, 2011*

[6] *WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization, 2011*

[7] *WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization, 2011*

[8] *World Health Organization, The Global Burden of Disease.*

[9] *World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 update. Geneva. 2008*

[10] *General Assembly UN (9/2011). Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*

life-style and disease patterns. While the incidence of diseases caused by infection is decreasing, the incidence of NCDs is increasing at an alarming rate. According to hospital statistics, while the incidence of infectious diseases decreased from 55.5% (in 1976) to 19.8% (in 2010), the incidence of NCDs was rising rapidly from 42.6% in 1976 up to 71.6% in 2010[11].

WHO estimated that, in 2012, there were 520,000 deaths across the country due to all causes, in which NCD deaths accounted for 73% (379.600 cases). Among those deaths, cardiovascular diseases accounted for 33%, cancer - 18%, COPD - 7% and diabetes - 3%[12]. In 2012, it was estimated that NCD burden (DALYs) accounted for 66.2% of total disease burden due to all causes in Viet Nam[13].

Cardiovascular diseases

In 2012, disease burden (DALYs) due to cardiovascular diseases accounted for the largest proportion (13.4%) of the total burden of disease in Viet Nam. Cardiovascular diseases also account for the largest proportion of deaths (33%) of the total mortality. Stroke, myocardial infarction and heart disease due to hypertension are 3 out of 20 causes of death[14]. According to research findings from monitoring mortality based on selected sampling nationwide in 2009, deaths from cerebrovascular disease ranked the top of the list (male and female mortality rates are approximately equivalent - 16.6% and 18% of all deaths from any causes); and mortality from ischemic heart disease in men and women accounted for 3.7% and 3.5% of the total deaths, respectively[15].

[11]MOH. Health Statistics Yearbook 2007, 2008, 2009, 2010

[12]World Health Organization - Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, 2014.

[13]WHO. Health statistics and information systems. Global Health Estimates for the years 2000–2012: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/

[14]WHO. Health statistics and information systems. Global Health Estimates for the years 2000–2012: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/

[15]Hoa N, Rao C, Hoy D, Hinh N, Chuc N, Ngo D. Mortality measures from sample-based surveillance: Evidence of the epidemiological transition in Viet Nam. Bull World Health Organ. 2012;90:764–72

Hypertension is a major risk factor leading to serious cardiovascular complications such as stroke, myocardial infarction, heart failure, kidney failure and blindness ... In a study by Nguyen Van Dang et al. in 1996, hypertension was shown as a major cause (accounting for 59.3% of all causes) of cerebral vascular complication[16]. It was estimated that there were about 15,990 people with paralysis, disability, loss of working capacity due to cerebral vascular accident every year. Epidemiological survey of heart failure and major causes in Northern provinces of Viet Nam in 2003 conducted by Vietnam National Heart Institute in collaboration with WHO shows that the leading cause of heart failure in the community was due to hypertension (accounting for 10.2%), followed by rheumatic valvular heart disease (0.8%).

Cancer

According to 2012 data from WHO, the burden of cancer deaths was ranked the second following cardiovascular diseases, accounting for 13.5% and 11% in men and women, respectively. Cancer diseases are the cause of 18% of deaths in the country. Liver cancer, trachea/bronchus /lung cancer, gastric cancer and colorectal cancer are among 20 leading causes of death in Viet Nam[17].

According to statistics through a network of cancer registries, it is estimated that each there are about 100,000-150,000 newly incident cases and 75,000 deaths due to cancer. Particularly in 2010, it was estimated that there were 126,307 new cases of cancer, in which the incidence in men and women was 71,940 and 54,367, respectively. WHO recommends that from 2010 onwards in Viet Nam there could be 200,000 new cases of cancer and 100,000 cancer deaths every year[18].

[16]N. V. Đăng & et al. Contribution to epidemiological study on cardiovascular accident in the community and in hospitals. Ministerial level research – Accepted in 1996. Hanoi Medical University

[17]WHO. Health statistics and information systems. Global Health Estimates for the years 2000–2012: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/

[18]http://www.vietnamplus.vn/Home/Benh-ung-thu-de-doa-suc-khoe-cong-dong-o-VN/20097/10120.vnplus

The most common type of cancer in men are found in lung, stomach, liver, colorectal, esophageal, oral arch, lymph nodes, blood, prostate and oral cavity. In women, the most common types of cancer including breast, colorectal, lung, bronchi, cervix, stomach, thyroid, liver, ovary, lymph nodes and blood.

Diabetes

Diabetes prevalence in Viet Nam is on an increasing trend, especially in big cities, industrial development parks. In the early 90's of last century, the prevalence of diabetes in some big cities such as Ha Noi, Hue and Ho Chi Minh City was only about 1 to 2.5%. Until 2000, a survey of the urban area in 4 largest city, namely Ha Noi, Hai Phong, Da Nang and Ho Chi Minh City showed that the prevalent rate of diabetes at 30-64 years of age was 4.0%. In 2002, findings from a study conducted by National Hospital of Endocrinology covering some ecoregions showed that the prevalent rate of diabetes in this age group was 4.4% in the city, 2.7% in the delta, 2.2 % in the midlands-coastal areas, and 2.1% in mountainous areas. Diabetes type II develops through the asymptomatic stage and often results in late detection. In Viet Nam, in 2002, diabetes which was not detected in the community approximately accounted for 65%. Also due to late detection, diabetes type II complications have been found with a significant proportion of patients even at the time of diagnosis of diabetes.

According to the survey on national epidemiological mapping of diabetes in 2012 conducted by the National Hospital of Endocrinology, the prevalent rate of diabetes aged 30-69 was 5.4%; the lowest rate of diabetes was in the Highlands (3.8%); and the highest rate of diabetes was the South West (7.2%). Prevalent rates reflect quite clearly the economic growth and the lives of people of different economic areas. Viet Nam is one of the countries with rapidly increasing rate of diabetes. After 10 years, from 2002 to 2012, the prevalence of diabetes increased by 2 times, from 2.7% to 5.4%. The survey also showed a concerned situation in our country, that is, the proportion of patients with undetected diabetes in the community is still very high (63.6%) compared with that in 2002 (64%).

The burden of death and disability due to diabetes is also very high. Diabetes is among 10 leading causes of death in women, among 10 leading causes of disability for both men and women in 2008[14].

Chronic Obstructive Pulmonary Disease

In Viet Nam, there are only a few studies on COPD epidemiology conducted on a small scale. According to a research by Ngo Quy Chau et al (2005), the prevalence of COPD in Ha Noi population was 2%, Hai Phong city - 5.65%. Statistics at Bach Mai hospital during 1981-1984 showed that patients with chronic bronchitis accounted for 12.1% of patients admitted to respiratory department. Since 1996-2000, patients with treatment of COPD accounted for 25.1%, ranking the first among lung diseases.

According to results of epidemiological studies in Viet Nam conducted by Dinh Ngoc Sy et al. in 2007, the prevalence of COPD in the community who aged 15 and older was 2.2%, in which males accounted for 3.5% and females - 1.1%. The incidence of COPD in group aged 40 years and older was 4.2%, in which men and women accounted for 7.1% 1.9% respectively; and 4.7% in rural areas, urban areas - 3.3%, and mountainous areas - 3.6%.

Deaths from COPD is substantial, accounting for 5% of the total deaths from all causes. COPD is among the 20 leading causes of death in Viet Nam in 2012[19].

III. CURRENT STATUS OF RISK FACTORS CAUSING DISEASES

The risk factors of NCDs are attributed to the major causes of death and disability in most countries around the world. The fol-

[19]*WHO. Health statistics and information systems. Global Health Estimates for the years 2000–2012: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/*

lowing factors are among 10 leading risk factors for disease burden and cause of death worldwide: hypertension, smoking, eating less fruits and vegetables, use of alcohol at harmful levels, overweight and obesity, hyperglycemia, lack of physical activity, and eating a lot of salt[20].

NCD risk factors	Main NCDs			
	CVD	Diabetes	Cancer	COPD and asthma
Risk behavior				
Smoking	+	+	+	+
Irrational nutrition	+	+	+	
Insufficient physical activity	+	+	+	
Use alcohol at harmful levels	+	+	+	
Biological/Metabolic risk factors				
Obesity	+	+	+	
Hypertension	+	+	+	
Hyperglycemia	+	+	+	
Dyslipidemia	+	+	+	

Figure 2: Common risk factors of NCDs
Source: Nick Banatvala: Noncommunicable Diseases - Epidemiology and Pubic Health (Sixth International WHO IUMSP NCD Managers Seminar, May 2012).

1. Smoking

Vietnam is one of 15 countries with the highest number of tobacco users in the world (about 16 million). According to a 2010 survey, the percentage of smokers among men aged 15 and older only reduced by 2% compared to that in 2006, remaining at 47.4%, compared with a target of 20% to be reduced. Among non-smokers, 55.9% of people have exposure to secondhand smoke in the workplace; and the frequent exposure to tobacco smoke rate at home was 67.6%[21]. In particular, the smoking rate of Vietnamese youth remains high and the age with smoking initiation becomes lower. There are 43.6% of male adolescents who reported having ever smoked with an average age of smoking initiation at 16.9. Among the young men who have ever smoked, up to 71.7% are now still smoking[22].

A study conducted by Hanoi School of Public Health in 2010 showed that the concentration of nicotine in the air was detected in all of the study sites, and the highest level was found in the entertainment facilities (2.5 µg/m3 in smoking areas and 1.3 µg/m3 in non-smoking areas) and in schools (0:03 0.03 µg/m3)[23].

Each year, tobacco use causes more than 40,000 deaths in Viet Nam, that is, more than 100 deaths in one day. This number will increase to 70,000 by 2030[24].

2. Use of alcohol at harmful at harmful levels

While alcohol consumption of the world is slowing down, Viet Nam is one of the few countries on the rapidly increasing trend of consumption of alcoholic beverages per capita. According to data from planning alcohol, beverage industry, alcoholic beverages consumption per capita (over 15 years) converted to pure alcohol has increased by 300% after 10 years from 2001 to 2010. According to estimates of WHO, in 2010, alcohol consumption per capita of Viet Nam was at 6.6 liters, higher than the world average. Data from research firm for international market of alcoholic beverages shows that from 2010 until now, Viet Nam has always been in the group of countries with the growth rate of annual consumption of beer to be the highest, and the growth rate of consumption of beer in 2011 compared to that in 2010 was the highest in the world, with 14.8%.

[21] *Global Adult Tobacco Survey in Viet Nam (GATS) - 2010.*

[22] *Report on "Alcohol and tobacco use among youths and adolescents in Viet Nam". SAVY2*

[23] *Đặng Thu Trang, Phạm Thái Hằng, Nguyễn Văn Huy (2011). A survey on secondhand smoking levels in public places in Ha Noi. Journal of Public Health, 21(21), 61-63*

[24] *Levy D, Bales,S, Nguyen T Lam, Nikolayev L. The role of public policies in reducing smoking and deaths caused by smoking in Vietnam: Result from the Vietnam tobaco policy simulation model. Social Science &Medicine 60 (2006) 1819-1830.*

In particular, the use of alcohol at harmful levels in men and alcohol consumption among adolescents, youth and women are rising rapidly and at a high level. According to surveys conducted between 2009 and 2010 in the 25-64 age group, the proportion of men drinking at least 5 units of alcohol/beer in any day last week accounted for 25.2%[25]. According to Survey and Assessment of Vietnamese Youth (SAVY), the alcohol use in adolescents and young adults has increased by nearly 10% after 5 years (2003-2008). In 2008, the proportion of those who used alcohol was 79.9% for male adolescents and 36.5% for female adolescents; and 60.5% of men and 22% of women reported having drunk; and those who are not in alcohol use allowable age (14-17 years) accounted for47.5%; and those who are allowable (in the 18-21 age group) accounted for 67%.

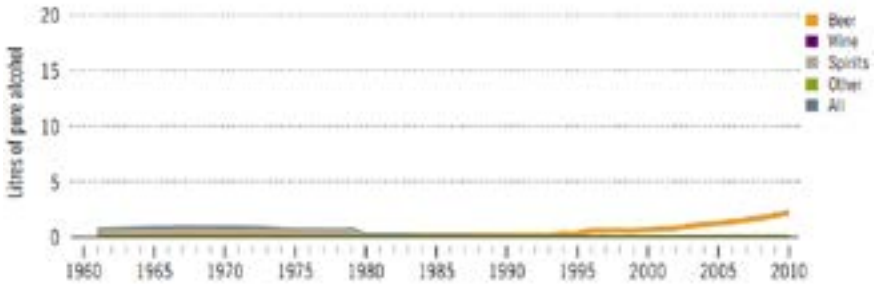


Figure 3. Consumption of alcohol (under control) per capita for those who are over15 years of age from 1960 to 2010 (converted to liters of pure alcohol)[26]

In 2012, 8.3% of all deaths nationwide were related to the use of alcohol[27]. There were 71.7% of deaths due to cirrhosis in men, and 36.2% of deaths due to traffic accidents in men is caused by alcohol use.

[25]*Survey report on risk factors for NCDs in Viet Nam period 2009- 2010. MSA, MOH. Hà Nội, 2011*

[26]*WHO. Global status report on alcohol and health 2014*

[27]*WHO. Global information system on alcohol and health. http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1091?lang=en&showonly=GISAH, 2014*

National survey of adults with 24-64 years of age conducted by the National Institute of Nutrition showed that the risk of hypertension increased by 1.6 times in men who drink more than 3 units of alcohol/day[28].

3. Irrational nutrition

In Viet Nam, the data of National Nutrition Survey in the period 1989 - 2010 conducted by the National Institute of Nutrition showed that the average consumption of fruits and vegetables was around 250 g/person/day (reaching 62.5% of recommended need)[29]. According STEPS survey in 2009-2010, 80.4% of adults ate less vegetables and fruits, in which the proportion of women and men eating less vegetables was similar [15]. Meat consumption increased by 7.6 times with 11.1g/person/day (1981-1985) and up to 84g/person/day (2010), especially in the Red River Delta and the South East, the consumption was 108g/person/day and 104g/person/day. Consumption of oil, fat averagely increased by 3 times from 11.6g/person/day in 1981-1985 to 37.7g/person/day in 2010. Thus, animal original protide and lipid proportion in the people's diet increased with the proportion of animal protide/total protide from 26.2% during 1981-1985 to 41.2% in 2010 and animal lipid/total lipid from 53.3% during 1981-1985 to 61.5% in 2010, higher in urban areas than in rural areas, and tend to be higher than recommended proportion (40% for protide and 60% for lipid). Consumption of rice, the main staple in the diet of Vietnamese people, reduced from 458g/person/day to 397g/person/day in 2000 and 373g/person/day in 2010. With such changes, the average dietary energy share of people was virtually unchanged at 1925Kcal/person/day, but the diet balance was significantly improved (percentage of energy from energy generating materials P: L: G 11.2 : 6.2: 82.6 in 1985

[28]*Do HT, Geleijnse JM, Le MB, Kok FJ, Feskens EJ. National Prevalence and Associated Risk Factors of Hypertension and Prehypertension Among Vietnamese Adults. Am J Hypertens 2014. doi: 10.1093/ajh/hpu092*

[29]*NIN-MOH. General Nutrition Survey 2009-2010. Medical Publishing House. 2010.*

and 2010 was 15.9: 17.8: 66.3). The quality of the diet of Vietnamese people is now relatively consistent with a recommended reasonable diet. However, looking at the trend of increased consumption of food groups and nutrients in the past 30 years, it can be seen that without the timely intervention, the diet of people will quickly become unbalanced with excessive amount of saturated fats of animal origin, lack of beneficial nutrients and protective factors of plant origin, and excess energy increases the risk of overweight, obesity, hypertension, CVD, diabetes, cancer and other nutrition-related chronic diseases.

Some small-scale surveys in different scope and times showed that consumption of salt/person/day was 2-3 times higher than recommended level, between 10-15g/day. The dietary salt source came mainly from spices containing more salt added during the course of primary processing, marinating and cooking (about 70-80%), followed by processed foods containing a lot of salt[30].

4. Insufficient physical activity

Results from STEPS survey in 2009-2010 show that the percentage of adults having insufficient physical activity was 28.7% (26.4% for male, 30.8% for female); and the percentage of insufficient physical activity in urban areas was higher than that in rural areas – being at 36.9% and 25.1%, respectively[21].

A recent survey of Heath Bridge Canada conducted with 3,600 people in Ha Noi, Hue, Ho Chi Minh City showed that 34% of people do not participate in any sporting activity with the main reason of having no time (84%), being afraid to get up early, being reluctant to have movement (9%), and lack of facilities, location of practice (2%). According to the results of the second national Survey and Assessment of Vietnamese Youth (SAVY) in 2009, up to 23% of youth rarely or never did physical exercises or sport, and 45% "sometimes" did it[31].

A 5-year longitudinal study of adolescents and youths from 2004 to 2009 in Ho Chi Minh City shows that the time for physical activity has decreased with statistical significance from 87 minutes down to 50 minutes/day. Time spent in static activities during 5 years has increased from 512 minutes to 600 minutes per day[32].

5. Hypertension/raised blood pressure

In Viet Nam, the incidence of hypertension is increasing rapidly. According to statistics, in 1960, the proportion of adults with hypertension in Northern Viet Nam was only 1% and more than 30 years later (1992), according to national survey of Tran Do Trinh et al, this rate was 11.2%, more than 11 times higher. According to 2008 survey, the rate of hypertension in people aged 25-64 was 25.1%[33].

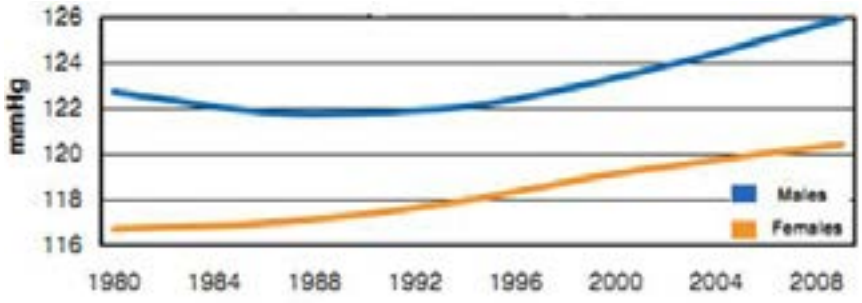


Figure 4. The average systolic blood pressure of Vietnamese people from 1980 to 2008[34]

[30] *NIN. 2010. Survey on salt consumption level and sources of salt portion supply.*

[31] *General Office for Population & Family Planning – MOH. Survey Assessment of Vietnamese Youth II (SAVYII): Main findings. Population and Development Journal, Volume 6 (111), 2010.*

[32] *Trang, N. H., T. K. Hong, et al. (2012). "Cohort profile: Ho Chi Minh City Youth Cohort--changes in diet, physical activity, sedentary and relationship with overweight/obesity in adolescents." BMJ open2(1): e000362.*

[33] *Phạm Gia Khải et al. Frequency, awareness, treatment & control of hypertension in Viet Nam – results of a national survey*

[34] *WHO. Noncommunicable diseases country profiles 2011.*

6. Overweight, obesity

In Viet Nam, according to National Nutrition Survey 2000 and National Survey on overweight and obesity in adults 25-64 years of age in 2005 conducted by the National Institute of Nutrition showed that within five years, the proportion of overweight-obesity (BMI ≥ 25 kg/m2) and obesity (BMI ≥ 30 kg/m2) 2-fold increased respectively from 3.5% and 0.2% (2000) to 6.6% and 0.4% (2005). The proportion of overweight-obesity in 2005 was higher compared to 2000 both in the urban area (15.3% versus 10.8%) and in the rural area (5.3% versus 3.0%), and this proportion was always higher in urban than in rural areas at both points of time. Considering the ecological areas, the percentage of overweight-obesity was the lowest in the Red River Delta (from 1.9% to 3.3%) and in the Northeast mountainous areas (0.9% to 3.1%); highest in the Southeast region (from 8.7% to 15.2%) and the Mekong River Delta (from 7.4% to 10.3%). If using the BMI classification threshold recommended for Asians (BMI ≥ 23kg/m2), the percentage of overweight-obesity increased from 11.7% to 16.3%, while in urban areas it increased from 24.5% to 32.4%, and in rural areas it increased from 9.3% to 13.8% in 2000-2005. By 2010, STEPS survey results showed that the proportion of overweight-obesity among people aged 25-64 years was 26.9%, while the rate in urban and rural areas was 35.7% and 23 %, respectively[15].

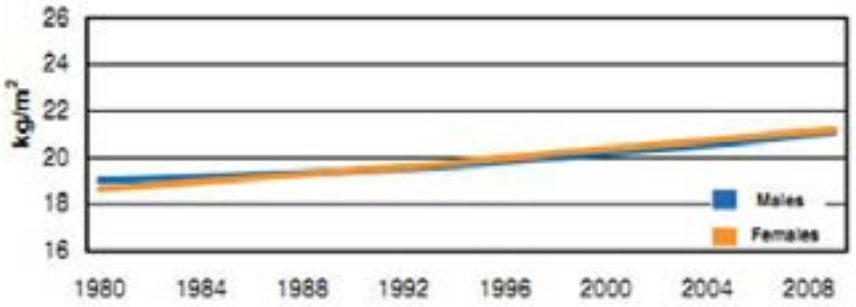


Figure 5. The average BMI of Vietnamese people from 1980 to 2008 [35]

[35] *Ha DTP, Feskens EJM, Deurenberg P, Mai LB, Khan NC, Kok FJ. Nationwide shifts in the double burden of overweight and underweight in Vietnamese adults in 2000 and 2005: two national nutrition surveys. BMC public health 2011; 11: 62.*

Overweight-obesity is also increasing in children under 5 years of age. According to data from the national Nutrition Survey in 2000 and 2010, and annual nutrition surveillance data given by the National Institute of Nutrition, the proportion of overweight-obesity in children under 5 years of age increased continuously over the years from 0.62% (2000) to 3.6% (2005), 4.8% (2008) and 5.6% (2010), while in urban areas it increased from 5.7% to 6.5%, and in the rural areas it increased from 2.2% to 4.2% during 2005-2010.

In children aged 5-19 years, the proportion of overweight-obesity in 2010 was 8.5%, 18.2% in urban areas, particularly 34.5% in the centrally-run cities, and 7.9% in rural areas. While the percentage of overweight-obesity did not differ among ecological regions (7-8%), the Southeast region had the proportion twice as high (19%), and lowest proportion - 4% was in the Central Highlands. The proportion of overweight-obesity among children 5-19 years of age tend to gradually decrease with age, with the highest in the group 5-7 years of age (16.5%), 8-10 years (13.9%), and 11- 13 (8.4%) and only 2.4% in the group 14-16 years of age and 1.6% in the group 17-19 years of age.

Although overweight-obesity increased rapidly in both adults and children, but it should be noted that Viet Nam and other developing countries are faced with the dual burden on the nutritional status, the malnutrition in children and chronic energy deficiency in adults are still significant issues of public health. Among children under 5 years of age, there were 29.3% (2010) and 25.9% (2013) stunted children, while in 12 provinces this proportion was above 35%; and 17.5% (2010) and 15.3% (2013) of underweight children. Among children 5-19 years old, 24.2% were underweight, 23.4% stunting and 16.8% wasting (2010). Among adults, the rate of chronic energy deficiency was 17.2% (2010).

Thus, overweight-obesity in both adults and children is increasing, especially in primary school age, and measures should be taken

to control weight and prevent overweight-obesity timely and appropriately with different groups. Measures to prevent overweight-obesity, especially proper nutrition should be implemented at an early stage of the life cycle to reduce the number of children with overweight-obesity in childhood who continue to become overweight-obesity adults, and, at the same time, reduce the rate of child malnutrition in the early stages of life as well as help reduce the risk of developing chronic diseases in later stages of life. In addition, it should be noted that interventions to prevent overweight-obesity, upon being implemented widely in the community, need to avoid increasing nutrient shortages which are prevailing in the community.

7. Increased blood cholesterol

In Vietnamese adults, according to survey results of STEPS 2009-2010, the rate of cholesterol increase (> 5,0mmol / L) was 30.1%; in which the proportion of males and females was 27.8% and 32.3%, respectively[15]. A survey conducted in 2007-2008 by the National Institute of Nutrition[36] also showed that the percentage of adults 25-74 years of age having high blood cholesterol was 29%, in the urban areas – 44.3%; high HDL-cholesterol rate (also known as good cholesterol) was 29.3%, in the urban areas - 34.8%; and high triglyceride rate was 34.2%, in the urban areas - 49.3%. Thus, the proportion of adults with high blood lipid disorders increase the proportion of people at risk of chronic non-communicable diseases, particularly CVDs and diabetes.

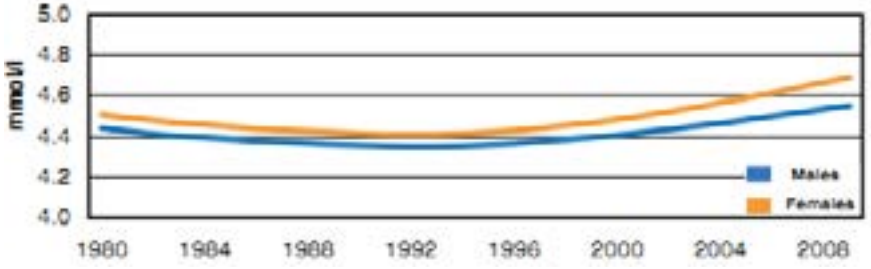


Figure 6. Total cholesterol of Vietnamese people from 1980 to 2008 [35]

[36]*NIN. Survey on lipid nutrient among adults aged 24-74 years. 2007-2008.*

8. Hyperglycemia

According to the preliminary results of the national epidemiological survey on mapping of diabetes in 2012 conducted by the National Hospital of Endocrinology, the glucose intolerance rate was higher than that in the national survey in 2002. The proportion of glucose intolerance aged 30-69 years was 12.8%. Regions having the lowest rates of glucose intolerance were the northern mountainous region and the Central Highlands (10.7%), while the highest rate was in the Southeast (17.5%).

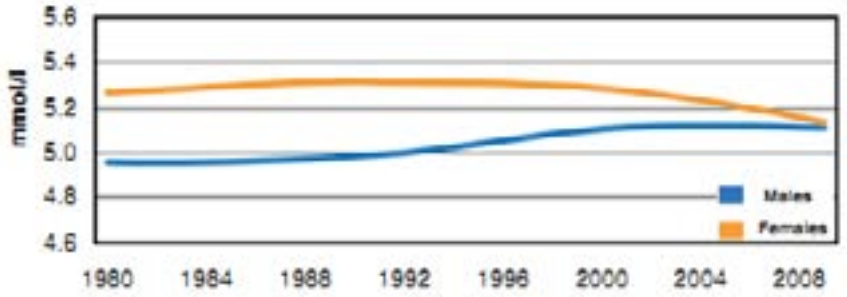


Figure 7. Average Blood Sugar level of Vietnamese people from 1980 to 2008[35]

IV. IMPACTS OF NCDs AND RISK FACTORS ON SOCI-ECONOMIC DEVELOPMENT

NCDs (mainly include CVD, diabetes, cancer and chronic lung disease) are considered to be disease causing severe and broad impacts on socio-economics and politics through rising health care costs, reducing labor productivity and social products. According to WHO, NCDs cause loss of 2-5% of GDP in each country. They affect all sectors and fields, and profoundly affect poor and vulnerable populations. The World Economic Forum ranked NCDs as one of the major threats to global economic development. However, recent studies show that in a total of 22 billion dollars of international aid organizations spending on health in middle and low income countries, less than 3% of the money was spent on NCD prevention, while NCDs account for more than 60% of the disease burden

in these countries[37]. According to estimates, the total direct and indirect costs of 5 NCDs in 2010 amounted to US$ 6,300 billion[38]. Therefore, prevention of NCDs is to reduce poverty and contribute to socio-economic development of the country, and the responsibility of the Government, of all relevant ministries/agencies and the whole society.

In Viet Nam, so far there has been no evaluation or estimate of the overall economic burden of NCDs. However, studies in different aspects partly reflect the extent of the socio- economic loss caused by NCDs.

Since 2005, economic losses due to the NCD burden were estimated at US$ 20 million, accounting for 0.033% of annual GDP[39]. It is forecasted that by 2015, unless interventions are taken, the cumulative losses from 2006 to 2015 would be US$ 270 million[40].

The increase of NCDs causes rapid health care cost increase. The average cost of treatment for NCD patients is 40-50 times higher than the treatment of CDs due to high-tech requirements, expensive specific drugs, long treatment course, and being prone to complications. According to one study, the direct costs of treatment for patients with breast cancer within 5 years is about 975 US dollars[41]. As reported by the International Diabetes Foundation, in 2013, the estimated medical costs for 1 diabetic patient in Viet Nam was approximately US$ 127.8 and Viet Nam has about 3.3 million people with diabetes[42], so if care and treatment are given to all those patients, then each year about 419 million US dollars will be spent, equivalent to about 8,400 billion VND.

[39]Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegon M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. Lancet 2007; 370: 1929-38

[40]Minh HV, Luong DL, Giang KB, Byass P. Economic aspects of chronic disease in Vietnam. Global Health Action 2009. DOI: 10,3402/gha.v2i0. 1965

[41]Nguyen Hoang Lan, Wongsa Laohasiriwong, John Frederick Stewart, Nguyen Dinh Tung and Peter C. Coyte. Cost of treatment for breast cancer in central Vietnam. Glob Health Action 2013, 6: 18872 - http://dx.doi.org/10.3402/gha.v6i0.18872

[42]IDF. Diabetes Atlas 2013.

For tobacco, the current lack of updated evaluating data for the impacts and effects on socio-economy caused by tobacco. The estimated amount spent on cigarettes in Viet Nam in 2007 was 14,000 billion VND, and the poor in Viet Nam need to spend 5% of household income on tobacco . According to a research by Hanoi Medical University, the estimated the cost of care and treatment for three diseases caused by tobacco use (lung cancer, chronic obstructive pulmonary disease, and myocardial infarction) was more than 2,304 billion VND in 2007[43].

For alcohol, according to data from the Ministry of Industry and Trade, in 2013 alone, Viet Nam consumed 3 billion liters of beer (equivalent to nearly US$ 3 billion) and nearly 68 million liters of wine/spirit. The growth rate in 2013 compared to 2012 increased by 11.8% with consumption of beer, and by 7% with consumption of wine/spirit.

V. STATUS OF NCD PREVENTION AND CONTROL ACTIVITIES IN VIET NAM

1. Management and implementation.

On June 17, 2002, the Prime Minister issued Decision No. 77/2002/QD-TTg approving the Program on NCDs prevention for period 2002-2010 with the general objective to reduce the morbidity and mortality of CVD, cancer, diabetes and mental health disorders (epilepsy, depression). COPD has not yet been included in the objectives of the prevention program.

To coordinate the activities of the Program, on 28/01/2003, the Health Minister issued Decision No. 449/2003/QD-BYT on "Establishment of Steering Committee for program on prevention of some NCDs period 2002 -2010". The members are representatives of Ministry of Health departments, and leading specialized hospitals/ institutes. MOH has established four Sub-committees giving technical directions in the areas of CVD, diabetes, cancer and mental

[43] Tobacco control program. Guidelines for development of smoke-free workplaces. 2012

[43] Hana Ross, Dang Vu Trung and Vu Xuan Phu.The costs of smoking in Vietnam: the case of inpatient care. Tobacco Control No 16, 2007

health and working under the guidance of the Steering Committee. The concerned leading institutes/hospitals are the National Heart Institute, National Hospital of Endocrinology, Hospital K, and the Central Mental Hospital I was assigned to be the focal point for the respective Sub-committees

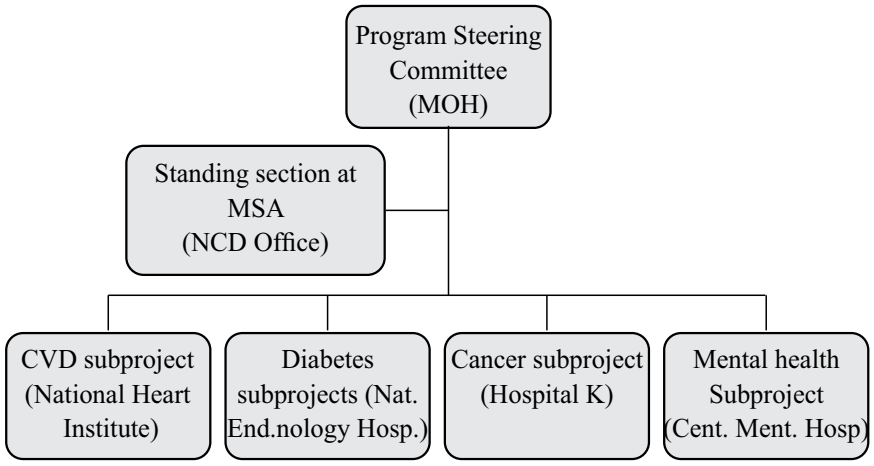


Figure 8. Organizational Chart of the program on prevention of some NCDs

During the period from 2003 to 2010, the Steering Committee on prevention program of some NCDs have been strengthened, improved for a few times, but the basic components of the Steering Committee mainly consisted of agencies and units in the health sector. Since its establishment, the program has developed a number of policies and legal documents on the prevention of NCDs such as schemes on supplementing NTPs; building programs for cancer prevention, mental health, hypertension, diabetes, COPD ... into NTPs.

In order to further enhance the operational activities for prevention NCDs, from 2001 until today, the Prime Minister has made Decisions to issue list of NTPs including NCD prevention projects in different phases. On September 4, 2012, the Prime Minister signed Decision No. 1208 / QD-TTg approving NTP in health period 2012-2015, in which 5 anti-NCD projects including projects for prevention of hypertension, diabetes, cancer letter, COPD and asthma, mental health care in the community. Based on the Decision of the Prime Minister, the management unit of each project was set up to run the implementation activities. The focal management points for projects are located in the corresponding Central Hospitals and members of the management unit are limited to the health sector:

- Project Steering Committee for Cancer Prevention was established in 2008. By 2013 there were 37 participating provinces in the project and project management Subcommittees were established in each province.

- The management unit of Hypertension Prevention Project was established in 2009, including 25 members, and having a permanent office at the National Heart Institute, Bach Mai hospital. The Management Subcommittee has been established for prevention and control program on hypertension in 63 provinces/cities, and anti-hypertensive unit has also been established and located at the provincial hospitals of 63 provinces/cities and the hypertension control units at district level.

- The Steering Committee for anti-diabetes Project was established, with the National Hospital of Endocrinology being focal point. Apart from the task of project management and coordination, it is also responsible for technical support and facilities for other units. Diabetes prevention network is built on the basis of iodine deficiency disorders prevention system in the past. However, until the present time, the of iodine deficiency disorders - diabetes and endocrine diseases prevention model in the province has not yet been unified.

- The Steering Committee for anti-COPD Project was established under Decision No. 483/QD-BVBM of May 30, 2011 with Bach Mai Hospital being the focal point to be responsible for organization and administration of project implementation. By the end of 2013, the project has been implemented in 25 provinces and cities.

Some difficulties and shortcomings in management and operation:

- Decision No. 77/2002/QĐ-TTg of the Prime Minister approving

the program on prevention of some NCDs period 2002 - 2010 has been annulled; and projects on prevention of NCDs under NTPs period 2012 – 2015 are going to be closed, therefore a master guiding document of the Government is needed for activities in the next period.

- The Steering Committee on NCD Prevention is only within the scope of Ministry of Health, without inter-sectoral coordination and direction in NCD prevention (except the Tobacco Prevention Program), and as a result, prevention activities were mainly concentrated in the health sector. The steering committee composition consists of 4 treatment subcommittees, and lacks of components on NCD & and risk factors prevention and monitoring.

- Current programs/projects are still fragmented and have not yet been put under unified management and coordination. NTPs are being implemented vertically and individually for each disease under the focal point of the central hospital, resulting in a trend of focusing on disease detection and treatment management.

2. Development and implementation of policies on risk factors prevention

a) Tobacco control

Tobacco control activities began to be included in the national policy in Viet Nam from 2000 with Resolution No. 12/2000/NQ-CP of the Government approving the "National Policy on prevention and control of tobacco harm in the period 2000 -2010". Viet Nam has ratified the Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) of WHO in 2004. Tobacco control activities in Viet Nam entered a new phase when the Tobacco control Law was adopted by the National Assembly on 18/06/2012 and came into force on 01/5/2013. This is a document with the highest legal nature for tobacco control activities in Viet Nam. On this basis, the Ministry of Health has chaired and coordinated with concerned ministries and sectors to develop and submit for approval documents guiding the implementation of the Tobacco control Law within its jurisdiction.

Policies and strategies for tobacco control in Viet Nam in recent years has basically consisted of groups of interventions as recommended by WHO, including:

- Policies to reduce the demand for tobacco use: Applying excise tax on cigarettes; protecting people from tobacco smoke, smoking being banned in public places; banning advertising, promotion, marketing and sponsorship of tobacco use; warning of tobacco effects; information, education and communication to prevent the harmful effects of tobacco; and policy on smoking cessation.

- Policies relating to the management of tobacco supply: management of tobacco production, trading, import and export; tobacco retail management; regulating technical standards of tobacco.

- Policies to ensure the implementation of tobacco control activities: Regulation of sanctions on violation of tobacco control law; financing mechanism for tobacco control activities.

To coordinate activities, the Steering Committee of the tobacco control program (VINACOSH) was established in 1989 and restructured in 2001 by Decision No. 467/QD-TTg dated 17/04/2001 of the Prime Minister. VINACOSH Standing Office is located in the Ministry of Health, responsible for advising the Executive Committee of the Program. Members of the Steering Committee include leaders of 13 ministries and sectors, and the Chairperson of the program is the Minister of Health. There are six ministries, 36 provinces and 10 organizations have been involved in building tobacco control implementation plan, and the Steering Committee was established in ministries and localities.

Regarding information-education-communication (IEC), the Program has organized seminars, conferences, talks to disseminate contents of tobacco control law, meetings in response to the World No Tobacco Day, National Week of No Tobacco. Propaganda on the mass media such as VTV1, O2TV, Vietnam News Agency, VOV traffic, printed and online newspapers was conducted. Dozens of

thousands of books, brochures about the tobacco control law, and hundreds of thousands of leaflets, posters, DVDs for propaganda purpose were provided. Media campaigns were launched covering telephone messages and propaganda website visits; Fan contest "Life without tobacco smoke", etc.

To implement a smoke-free environment, pilot models have been developed and implemented such as building a smoke-free city in several provinces, including Ha Long, Thai Nguyen, Ha Noi, Hue, Da Nang, Hoi An, Nha Trang and Tien Giang; smoke-free workplace environment was built in such sectors as Health, Education, Police, etc.; and movement for building campaign "friendly school" in Education sector was organized.

Viet Nam has made visual warnings on cigarette packs from 01/8/2013. Banning tobacco advertising on the mass media, banning tobacco sponsorship in cultural and sporting events have been applied. Viet Nam is evaluated as one of seven countries achieving the highest results in a comprehensive ban on tobacco advertising, marketing, promotion and sponsorship.

To help control the supply of tobacco, the Ministry of Industry and Trade issued Decision No. 2332/QD-BCT to approve planning wholesale tobacco products network at a national scale to 2020; and at the same time, enhanced coordination and collaboration in prevention of tobacco smuggling, especially at the border gates.

Some difficulties, shortcomings:

- Excise tax for cigarettes is still irrational, accounting for less than 45% of the net retail price (WHO recommends 65-80%). Sanctions for violations are not strong enough while task overlapping remains and task feasibility is difficult to achieve. Tobacco wholesale trading network planning to 2020 approved by the Ministry of Industry and Trade has not been associated with tobacco control objectives.

- Inter-sectoral coordination has not been tight and effective. The localities mainly issued documents and organize a number of superficial activities ... The authorities at different levels, the head of the agency or organization have not paid attention to implementation of the Law. Propagation of the tobacco control Law in localities was still limited. Awareness of the law and consciousness to abide by the law of a number of cadres and people were not high. Inspection, checking, monitoring of the implementation of tobacco control law, especially the prohibition of smoking in no- smoking places have not been strictly applied.

- The tobacco control law violations still occur regularly: Violations in advertising at the point of tobacco sale is still common. Control of tobacco purchase was not tight, and it was impossible to control the sale of drugs to persons under 18 years of age, while illegal tobacco is available and easy to buy. Smoking in offices, public places still widely spreads without being sanctioned; while guarantee for a separate area for smokers has not been given.

- The prevalence of smoking is still high. Viet Nam is among 15 countries with the highest number of smokers in the world. The smoking rate is high among adolescents and youths and the age with smoking initiation becomes younger. Passive smoking is still very popular in offices, schools, public transport points and at home.

- The implementation of measures for counseling, cessation has not been paid adequate attention. Effective models for counseling, smoking cessation have not been developed.

b) Prevention of harmful alcohol use

Since 1954, Viet Nam issued a Decree to control the production and use of alcohol. There were already more than 40 related legal documents including some provisions of Laws on production, trade, consumption and use of alcohol (Youth Law, Law against Domestic Violence, Law on Commerce, Advertising Law, etc.). Many Decrees, Circulars were issued such as Decree No. 94/2012/ND-CP on production, sales of alcohol; Circular No. 39/2012/TT-BCT

providing details of some articles of Decree No. 94/2012/ND-CP of the Government on the production and trading of alcohol; Circular No. 160/2013/TT-BTC guiding the printing, issuance, management and use of stamps for alcohol imported products and alcohol production for domestic consumption.

Most recently, on 12/02/2014, the Prime Minister signed Decision No. 244 / QD-TTg on "National policy to prevent the harmful effects of alcohol and other alcoholic beverage abuse till 2020" in which the opinion that "the State does not encourage consumers to use wine/ spirit, beer and other alcoholic beverages" has been clarified. The National Policy determines the general orientations to create consistency in regulations of all walks of social life to prevent the harmful effects of alcohol abuse, thus contributing to the sustainable development of the country. The draft Law on this issue is also being built, and expected to be presented to the National Assembly in the coming time.

Policies and strategies in the field of alcohol abuse prevention can be divided into the following groups:

- Policies for alcohol demand reduction: Applying excise tax on alcohol (tax on alcohol <20% Vol. is 25%; alcohol >20% Vol. and bottled beer is 45% (before 1/1/2013) and 50% from the date of 01/01/2013); and applying ban on advertising alcohol product ≥15% Vol.

- Policies on alcohol supply control: Limiting the availability of retailing alcohol; prohibiting alcohol sale to people under 18 years old or selling alcohol by automatic machines and over the internet; management of production, importation, and trading of alcohol, and paying special attention to food hygiene and safety in the production of alcohol.

- Policies related to reducing the harmful effects of alcohol use: communicating prevention of harmful alcohol use; forbidding alcohol drinking during working hours and in public places, etc. and providing detoxification and rehabilitation for alcohol addicts.

- Regulations on administrative penalties for violations of manufacturing and trading of alcohol, traffic safety.

To organize, direct and implement policies related to prevention of the harmful alcohol use, ministries, unions, and localities should intensify communication activities against the harmful effects of alcohol through channels of information with many different forms. Ministry of Industry and Trade should grant the licensing of production, trading of alcohol products with wholesale facilities; oversee production and trading of alcohol. Vietnam Food Administration (Ministry of Health) deployed 8 centers across the country to monitor the circulation of alcohol products on the market.

Some localities and departments have implemented the ban on drinking alcohol during office hours (Hai Phong, Nghe An, Vinh Phuc, Ha Noi, Long An, ...). Models of drinking driving prevention counselling have been applied in 3 hospitals, while community safety, prevention of drinking driving in two communes in the province of Ninh Binh have been built. The Police also enhanced checking violations of alcohol level limit upon being involved in traffic.

Some difficulties, shortcomings:

- There has not been a unified lead in management of operational activities while information and monitoring and evaluation are still limited.

- Policy documents on prevention of harmful alcohol use are still incomplete, inadequate, inappropriate or lack of instructions for implementation or difficult to apply in practice. Law on prevention of harmful alcohol use has not been made available. The new policies focus more on the acute effects, order and security, while less emphasis is put on prevention of NCDs.

- The implementation and monitoring of these policies are not synchronized at all levels while there is a lack of funding for the implementation of prevention activities of harmful alcohol use.

- Inter-sectoral coordination in control of production, sales and consumption of alcohol is also difficult. No control over the supply and quality of home-made liquors for trading purposes and no control over the demand and alcohol consumption behaviors have been made. Purchase and consumption of alcohol among people under 18 years of age are common.

- Awareness of the harmful effects of alcohol and law-abiding consciousness in preventing harmful effects of alcohol are very limited while the IEC on limited use of alcohol remains superficial and ineffective;

- The organization of alcohol detoxification, rehabilitation counseling for addicts has not been paid due attention: no availability of adequate guidance on screening, counseling support, community-based detoxification models; and there is a lack of resources and supportive policies.

c) Strengthening rational nutrition

Viet Nam has developed the National Strategy on Nutrition for different periods: the National Strategy on Nutrition for period 2001-2010 under Decision No. 21/2001 QD-TTg of February 22, 2001. Decision No.226/QD-TTg approving the National Strategy on Nutrition for period 2011-2020 and a vision to 2030.

The Ministry of Health has issued guidelines and recommendations on rational nutrition Decision No. 05/2007/QD-BYT in 2007 on "Ten tips for proper nutrition for period 2006-2010"; Decision No. 189/QD-BYT in 2013 on "Ten tips for proper nutrition to 2020".

Some relevant policies are as follows: Decree No. 21/2006/ND-CP; Circular No. 10/2006/TTLT/BYT-BTM-BVHTT- UBDSGĐTE on trading, use of nutritional products for infants. Decision No. 149/2006/QD-TTg approving the project "Development of Preschool education period 2006 - 2015" and Decision No. 239/QD-TTg approving the project "Universal preschool education for children of five years old for period 2010-2015 ". Decision No. 01/2012/QD-TTg on some policies to support the application of process for good agricultural practice.

To direct and organize the implementation to ensure rational nutrition, the Ministry of Education and Training has included the content of nutritional health education programs in care and education of children in kindergartens; the Ministry of Finance proposed excise tax with carbonated soft drinks; the Ministry of Health launched the "Week of breastfeeding"; "Week of nutrition and development"; participated in friendly hospital initiative and implement guideline "Ten Steps to Successful Breastfeeding"; propagandized "Ten tips for proper nutrition"; established Clinical Nutrition Department at the hospital; the National Institute of Nutrition provided training courses on school nutrition for nursery school level; the Hanoi Medical University run degree training for Bachelor of community-based nutrition; the local governments issued implementation Plan for the National Strategy on Nutrition in each period 2001-2005, 2006-2010 and 2011-2015; propaganda rally was held in response to week of "Nutrition and Development"; Ha Noi, Ho Chi Minh City implemented projects on production and consumption of safe vegetables .

Some difficulties, shortcomings:

- The communication of nutrition has not focused on reducing consumption of salt, sugar and foods high in fat metabolism. Communication contents are still unspecific. People do not have knowledge about the harmful effects of fat metabolism, foods high in fat metabolism and the use of foods to ensure the recommended amount of salt.

- No policies and technical measures are made available to control the amount of salt and fat metabolism in foods and support for the manufacturing facility to replaces fat metabolism.

- Lack of synchronized policies and sanctions on economic, social aspects to encourage and support the production, trading and

distribution of healthy foods which are health beneficial such as tax exemption, subsidies for manufacturing and trading for clean vegetables, and foods;

- Situation of rampant use of toxic chemicals in food manufacturing, processing is now at an alarming rate, and it is difficult to control.

d) Strengthen physical activity

In recent years, there were at least 6 legislative documents referring to the development of sports and physical exercises to improve the health of the population: the Law on Physical Training and Sports in 2006; Law on Protection of People's Health, 1989; Education Law of 1998, 2005 and 2009; Law on the Protection, care, and education for children in 1991 and 2004; Youth Law in 2005; and the Elderly Law in 2009.

Some documents, policies on development of sports and physical education have been issued such as sports and physical education development planning for period 2001-2010; programs for development of mass sport and physical education as well as sport and physical education commune/ward level; Strategy on development of sport and physical education in 2011-2020; Sport and physical education development planning in Viet Nam towards 2020; Education Strategy for periods 2001-2010 and 2011-2020; Circular No. 15/2013/TT-BLĐTBXH on organization of sport and physical education activities for pupils and students in the vocational training institutions; Decision No. 641/QD-TTg approving the master project on development of physical growth, stature for Vietnamese people during 2011-2030.

To direct and organize the implementation of policies on enhancing physical activity, a number of activities have been implemented such as establishment of Coordination Office for Scheme 641 to coordinate activities of the Overall scheme on physical and stature development of Vietnamese people during period 2011-2030; build plans and schemes on strengthening the physical and sport training in such sectors, unions as: education, youth, et. The contents of collaboration between the Ministry of Culture, Sports and Tourism and other ministries, departments; advocate "All people do the physical exercises following the example of great Uncle Ho" period 2012-2020, the integration of movements - "All people unite to build cultural life", " NTP for new countryside construction period 2010-2020"; and 5 centrally-run cities are conducting a study on pilot projects to provide public bicycle service.

Some difficulties, shortcomings:

- There has not been a unified lead to coordinate and mobilize the inter-sectoral participation in promoting physical activity for NCD prevention, and lack of an information system to track, monitor and evaluate activities.

- IEC on enhancing physical activity for NCD prevention is not effective, and awareness of people to participate in physical training to improve their health is not high. Attention has not been paid to organizing, guiding diversified forms of physical activity appropriate to conditions of each group.

- Inter-sectoral coordination is very limited in encouraging physical activity to improve health status, communication and education, and planning. Mass sporting and physical training movement has not been developed extensively and sustainably.

- Lack of enabling environment and convenient physical facilities to support people in enhancing their physical exercises to improve health, especially in schools at different levels, in offices, workplaces and in public places.

3. Prevention of hypertension, diabetes, cancer and COPD

NCD prevention activities are carried out mainly through four projects under the National Target Program (NTP) in healthcare including projects on prevention of hypertension, diabetes prevention, cancer prevention, and prevention of COPD and asthma.

a) Evaluation based on project objectives

Specific objectives for 2012-2015	Implementation review till 2013
Hypertension prevention	
1. Raising awareness of people on hypertension prevention and control. Striving to achieve the target of 50% of patients with correct understanding of hypertension and measures to prevent and control hypertension;	1. 50% of people in the community have correct knowledge about hypertension and how to prevent the disease
2. Training and developing human resources for prevention and management of hypertension at grassroots level. Striving to achieve the target of 80% of health workers operating within the project to be trained with preventive measures, early detection, treatment and management of hypertension;	2. 80% of health workers operating within the project are trained with preventive measures, early detection, treatment and management of hypertension.
3. Developing, implementing and maintaining sustainably a model for management of hypertension at grassroots level;	3. The hypertension management program at grassroots level is implemented in 1,116 communes/wards of 63 provinces/cities.
4. Striving to achieve the target of 50% of patients with detected hypertension to be treated in accordance with the guidelines stipulated by the Ministry of Health.	4. 50% of patients with hypertension is detected and treated properly according to the protocol specified by the Ministry of Health.
Cancer prevention	
1. Raising community awareness on prevention and early detection of cancer 2. Increasing 5-10% of cancer patients to be early detected, and reducing mortality rates of certain types of cancer such as: breast, cervical, mouth, and colorectal cancer.	1. In 2013, surveys conducted in 12 provinces: - The percentage of correct basic understanding of cancer prevention is 30.9% which lower than that in 2009 survey (35%). - 79% of patients are diagnosed at later stages. 2. Using data from 135 hospitals in five major cities (2010): 22.7% of breast cancer cases can be diagnosed at different stages, 64.2% of cases in late stages (stage> III). There is no data showing the proportion of patients with late visits over time. 3. There is not enough information to assess changes in mortality rate.
Diabetes prevention	
1. Striving to achieve the target	1. Results of 2012 survey in

get of 50% of people in the community with understanding of diabetes and risk factors to health caused by diabetes; 2. Reducing the proportion of people with diabetes who are not detected in the community to below 60%; 3. Developing, implementing and maintaining a model of diabetes management at national scale; 4. Monitoring and treating systematically 50% of people with diabetes who have been detected according to the protocol stipulated by Ministry of Health.	subjects 30-70 years of age: only 3.9% have knowledge at moderate or above level about the dangers and complications of the disease; 0.6% have knowledge of the risk factors; and 21.9% have knowledge about the prevention and treatment of diabetes. 2. Results of 2012 survey in subjects 30-70 years of age: Results of the survey in 2012 in subjects 30-70 years of age: The proportion of patients with diabetes in the community who were not detected is 63.6%. 3. Over 90% of the units under the project have clinics and counseling on diabetes; 95.4% of provinces/cities have hospitals, centers of endocrinology or department of endocrinology within provincial hospitals. 4. No data available.
COPD and asthma prevention 1. Striving to train 70% of physicians to participate in examination, diagnosis and treatment of COPD and asthma in project provinces. 2. Striving to build a COPD management Office in 70% of project provinces. 3. Striving to have 50% of patients in project provinces, with diagnosed COPD and asthma, be prescribed in accordance with the treatment guidelines of the Ministry of Health.	1. 70% of physicians participating in examination, diagnosis and treatment of COPD and asthma in project provinces were trained. 2. Establishment of COPD Management Office in 25/25 project provinces. 3. 50% of patients in project provinces, with diagnosed COPD and asthma, are prescribed in accordance with the treatment guidelines of the Ministry of Health.

b) Communication activities

Solutions to achieve the objective of cancer prevention include activities for tobacco control, nutritional diet advocacy, raising awareness of the community about cancer, reproductive health education, prevention of cancer caused by occupational and environmental factors, and prevention of infection related to cancers. Health education is enhanced to provide the community with the necessary knowledge about cancer as well as the early signs of cancer. Health education is given to people about prevention and control of cancer, mainly through leaflets, television, radio and magazines. The survey on assessment of people's knowledge on cancer prevention in some provinces conducted by Hospital K in 2012 showed that 55% of people have basic understanding of cancer prevention.

To achieve the goal of *"50% of people having correct understanding of hypertension and how to prevent hypertension",* the anti-hypertension Project undertook elaboration and update of contents of education and communication programs to disseminate knowledge on the mass

media at central level (VTV1, VTV2, VTV3, O2TV, VOV ...). It completed design of communication materials (billboards, posters, flyers, brochures, folded paintings, flip), and completed and provided TV Spot on hypertension to provinces/cities to uniformly broadcast on local television. Annually, organization of events in response to *"World Heart Day"* and *"World Hypertension Day"*, establishment of hypertension club, organization of consultation and direct exchange between the patient and the cardiologist on proper prevention and treatment of hypertension.

Health communication and education activities on diabetes prevention for the community are conducted across 63 provinces/ cities with many diverse forms: flips, posters, pamphlets, videotapes, thematic talks on diabetes prevention and proper nutrition, magazines (Health & Life newspaper), counseling on prevention of diabetes at grassroots level, etc. Free consultation and enhancement of communication activities on the World Diabetes Day were organized. The World Diabetes Day was used to advocate all social strata and the community to join hands for diabetes prevention. In addition, in 2011-2012, the community-based behavior change communication model has been piloted in 05 provinces of Thanh Hoa, Ninh Binh, Hai Phong, Tien Giang, and Lam Dong.

For prevention of COPD, health education and communication activities for the community were conducted mainly through the mass media such as television, radio, flyers, posters, billboards, banners, press. In addition, the communication was also carried out through events such as organizing activities to celebrate the Global Asthma and COPD Day; program events for live broadcast of World No Tobacco Day and National No Tobacco Week, etc.

c) Screening, early detection and treatment management

In the period 2011 – 2013, the Cancer Prevention Project conducted screening for early detection of breast and cervical cancer for over 142,000 women in high-risk groups, screening for early detection of oral and colorectal cancer for over 31,000 people in some provinces. The screened cases having suspicious lesions were referred to specialized medical facilities for confirmatory diagnosis and treatment. In 2013, the detection rate of breast cancer was 58.5/100,000 inhabitants (while the incidence of recorded data through registered cancer was 29.9/100,000 population); detection rate for cervical cancer was 36.5/100,000 inhabitants (while the incidence of recorded data on registered cancer was 13.5/100,000 population). The early detection of cancer cases helped the cancer treatment simpler and costed only 20% compared to that with delayed treatment. Diagnosis and treatment have made much progress. Since 2008, the Ministry of Health has approved the proposal on development of a cancer prevention network for 2009-2020 period. At the same time, the project plan 1816 and satellite hospitals project on cancer prevention have been effectively promoted.

For projects on prevention of hypertension, by the end of 2014, active screening and management of hypertensive patients have been implemented in 1,179 communes/wards throughout the country, including screening for 2,203,893,000 people from 40 years of age and older (detected 365,182 people with hypertension, of whom 181,861 people who were first detected with hypertension accounted for 49.8%). Patients with hypertension were detected after screening has been given management counselling in medical facilities. Since 2010, the Ministry of Health has issued "Guidelines for diagnosis and treatment of hypertension" and it was widely disseminated across the country.

From 2011 to the end of the first 6 months of 2014, as many as 872, 993 persons with risk factors were screened, detecting 66,051 persons with diabetes (7.5%) and 131,757 persons with pre-diabetes (15.1%). In addition to organizing the screening phases, the project also conducted opportunistic screening at health facilities for people visiting to get health care services at health facilities. According to statistics reported in units implementing diabetes prevention projects,

the nationwide proportion of patients under control was 39.5% at the time of the first 6 months of 2014. The project has also guided establishment of clinics and counseling in centers of Endocrinology, Center for Preventive Medicine at provincial and district levels. In 2012, consultation was given to 111,743 patient visits; and in 2013, consultation was given to 119, 896 patient visits. Collaboration with WHO and IDF was made to develop areas for implementation of model of diabetes management and treatment in provinces of Thai Binh, Thanh Hoa, Binh Thuan, and Dak Lak. In 2011, the Ministry of Health issued Guidelines for diagnosis and treatment of diabetes type II (Decision No. 3280/QD-BYT).

COPD and asthma Prevention Project is being implemented in 25 provinces/cities with 42 COPD and asthma management Offices. Screening to detect COPD and asthma at Bach Mai Hospital and at localities have been conducted. All patients who were detected with disease after screening were included in the list for treatment management at COPD and asthma Management Office in Bach Mai Hospital and project sites. In 2011-2013, 93,451 people were screened for disease detection, including detection and management of 2,521 patients with bronchial asthma (2.69%) and 1,941 patients with COPD (2.07%).

d) Palliative care

Palliative care is an indispensable operation to improve the quality of life of cancer patients, and it is also one of the five objectives of the Cancer Prevention Project. The palliative care activities carried out include: counseling and helping establish palliative care units in some provinces having departments of Oncology; Palliative care training for medical staff working in departments of oncology. Initially, the project completed construction of models of cancer patient care in end-of-life stage at the community; compiling documents on management of narcotics and applying cascade analgesics dispensing by WHO at the grassroots level.

đ) Network development

As of 2013, cancer prevention project has been implemented in 37 provinces and cities, with establishment of 37 oncological departments. In the period 2002-2011, Vietnamese oncology program in conjunction with the National cancer prevention program has developed and put into operation 2 more Cancer Hospitals.

The Hypertension Prevention Network was launched with the establishment of Steering Committees in 63 provinces and cities; establishment of hypertension control units located at provincial hospitals. Currently, the focal point for planning and implementation at provincial level is assigned to different units and varied by provinces: Department of Health (25), Centers for Social Disease Control (2), Center of Preventive Medicine (29), Center for Endocrinology (5), and the Provincial General Hospital (2).

Diabetes Prevention Network is now established at 6 hospitals of Endocrinology, 6 Centers for Endocrinology, 4 Center for Malaria-Endocrinology, 2 Centers for Prevention of social diseases, 1 Center for Nutrition, and 45 Provincial centers of Preventive Medicine. Besides, at the district level, the National Hospital of Endocrinology has proposed provinces to establish counseling units, rooms of district hospitals or District health Center (DHC), ensuring that patients and those people with risk factors can be accessible.

In 2011, COPD Prevention Project was implemented in 4 provinces/cities (Ha Noi, Bac Ninh, Nam Dinh, and Hung Yen), and in 2012 it was expanded to 10 provinces, and in 2013 it was implemented in 25 provinces/cities. In provinces, establishment of the Provincial Project Steering Committee was made to implement the synchronization of project activities from central to local levels and to establish COPD Management Office to implement better management and treatment COPD and asthma.

e) Network capacity enhancement

As of 2011, there were only two medical universities (Hanoi Medical University and University of Medicine and Pharmacy, Ho Chi Minh City) providing training on the subject of cancer in the undergraduate program, the number of doctors graduating from those two universities is about 2,000 doctors each year. Those graduated doctors have not yet met the needs of people with cancer treatment services. The National Cancer Prevention Project has provided training and support to enhance the capacity of health workers at all levels of cancer prevention and control. Training activities include continuing training, re-training, technical assistance, and technology transfer.

Training activities on prevention of hypertension were made to improve the capacity of health workers at all levels - from national to local levels, including training of trainers on screening, management and treatment of hypertension; Project management and supervision; health education and communication for managers and cardiac clinicians in 63 provinces/cities; training for commune health workers on how to correctly measure blood pressure; measures to change lifestyle for prevention and treatment of hypertension; measures for treatment of hypertension with medication; model of prevention and management of hypertension in the community; training and monitoring hypertension prevention and management in the community. A total of 84,136 medical staff at all levels were given training of all kinds.

Diabetes Prevention Project has organized training in diagnosis, treatment, and communication for staff at provincial and district levels. Every year, the project coordinated with the Endocrinology-diabetes association, universities and localities to run specialty-oriented classes, short-term training for medical staff. 100% of provincial diabetes prevention units sent their staff to attend all training courses as required. All staff in charge of diabetes prevention at district levels got involved in training. By 2014, the entire full-time medical staff at commune level were given diabetes prevention training.

During three years from 2011 to 2013, COPD Prevention Project organized training courses attended by medical staff of the Provincial General Hospital, Provincial Hospital of Tuberculosis and Lung Diseases, the medical staff at district/commune levels in diagnosis and treatment of COPD and asthma; how to avoid the risk factors of COPD and asthma; training on how to measure lung function and treatment guide with medication of COPD and asthma. In total, 439 master trainers in provinces, and over 10,000 trainees for the local level have been given training.

Difficulties and shortcomings

- Coordination and integration in implementing NCD targeted prevention project have not been properly made. Model that units carried out diabetes and hypertension prevention is inconsistent, especially in provincial and district levels.

- Lack of funds for implementation of targeted programs: in 2014, funding was cut by 65% for projects under the NTP. Most projects do not have local counterpart funds. Delay is seen in developing and approving operational plans

- The coverage of NCD targeted prevention programs is at a low level: The scope of implementation is small, and new COPD projects are now being implemented in 25 provinces, while new hypertension projects implemented disease management in <10% of communes/ wards. A number of activities primarily limited in the health care facilities (COPD, cancer). The system of new cancer registries just covered only 20% of the population, and only 5 facilities across the country are implementing palliative care.

- Detection, intervention, management and treatment rates of NCDs were very low: Through screening programs, new projects contributing to detection of nearly 400,000 people with hypertension (accounting for 3% of the total of 13 million people suffering from hypertension), detection of 66,000 diabetes people, and 5,000 patients with COPD and asthma. Among those who have been detected, the

percentage of people being given management and treatment was also low.

- Screening for early detection is the key content of projects but is still inadequate: There are no national guidelines on screening for early detection of cancer while health insurance is not ready and there is no mechanism for screening for early detection of cancer. Screening for early detection of hypertension according to proactive methods requires great expense and it is not feasible. The proportion of pre-diabetes and diabetes detected through active screening is still very low.

- Provision plays an important role but the network of preventive medicine has not actively participated in implementation activities of a number of projects. Some project activities focused only on detection, management and treatment of disease, neither having them implemented in the community nor having participation of preventive health and commune health (COPD, cancer). No preventive intervention is given for people at high risk of cancer after being detected through screening. The coverage of diabetes counseling services remains low.

- Human resources at all health care levels are both insufficient and in poor quality: part-time and full-time staff are in shortage and unstable at provincial, district and commune levels. Professional capacity to manage the treatment of hypertension, diabetes, COPD, cancer preventive care is weak at all levels, especially the grassroots level.

- Lack of medication and equipment: Essential drugs for asthma and COPD, diabetes are not available at the health facility. Access to treatment of hypertension is problematic in building the list and selection of drugs, stipulation on periodical drugs dispensing. Health insurance does not cover certain recommended medications; lack of infrastructure conditions, equipment and lack of incentive mechanism for CHS staff.

4. Development of human resources

Human resource development in the field of anti-NCD is included within the overall context of the development of health workers in Viet Nam.

Over the years, the active NCD prevention activities have been mainly implemented through projects under the national target programs on health. Therefore, personnel carrying out activities are mostly dependent on the availability of human resources of a network of specialized medical services such as cardiology, oncology, and endocrinology and respiratory at the central and provincial levels. Part-time/Full-time staff are in shortage and unstable at provincial, district and commune levels. Professional capacity to manage the treatment of hypertension, diabetes, COPD, cancer preventive care is weak at all levels, especially the grassroots level. Particularly, staff in the field of preventive medicine was not actively and proactively engaged in NCD prevention activities.

The training programs for undergraduate, graduate degrees, college, secondary levels in medical field have included the essential contents related to NCDs, however, some programs have not been guaranteed with the quality, without standardization of output-based capacity.

CME is still limited while some trainings are superficial and ineffective, yet high performance. The continuing training for lower levels is done without integration. Due to limited funding, the number of health workers attending training is still limited.

5. Financing

From 2002 to present, the NCD prevention activities have gradually been given investment by the State. Projects on prevention of hypertension, diabetes, cancer and COPD have been approved by the Government to be included in NTP in health and budget is allocated annually. Only in 2 years (2012 and 2013), the total budget for those project was relatively stable, about 200 billion VND/year

(including community-based mental health care projects). This is the main financial resource to ensure the NCD prevention and control as well as to fund capacity building, screening, treatment management, communication and program monitoring and evaluation. In addition to the state budget for recurrent expenditure, there is investment budget for capital construction (construction of anti-Cancer Centers) and the funds mobilized from grants, aids, health insurance and hospital charges.

However, compared to operating needs, financial investment for NCD prevention is still very limited. In the period 2005-2011, spending on NCD prevention within the total national health annual spending accounted for only 2.5% -3.5%, while the NCD burden is growing and accounts for over 70% of total burden of disease and death. For NTP financial source, NCD budget within the total cost of NTP in health accounts for a low percentage of 12.7% (2013) which is lower than that in 2012 (15.6%). In 2014, funding for health targeted programs was reduced by 50-70%.

The allocation of funding is made by vertical programs, without any collaboration, coordination, integration among programs. Funding for treatment activities include resources from the state budget, health insurance and hospital charges. Funding for preventive medicine units and NTPs.

Health insurance coverage reaches 70% of the population, while the budgets from health insurance is still limited with a narrow range of payment, mainly for medical services. Health insurance does not cover certain NCD prevention services. No health insurance billing guidelines are made available for screening a number of diseases under the Health Insurance Law, and payment for consultancy services is not applicable. HI payment problems for drug costs occur when the financial source from the state budget is reduced.

Funding for NCD prevention is not allocated in an appropriate manner, which does not encourage screening for early detection, prevention and control of risk factors. The fund mainly focuses on therapeutic areas and concentrates on the higher levels. Clinical data from HI covered medical services shows that 2/3 of funding paid by health insurance to hospitals at central and provincial levels, and at grassroots level including district hospitals and CHS with over 80% of insured people registering primary health care is accessible to more than 30% of HI funding. Prevention activities and health promotion are not paid attention with sufficient investment. Total funding for disease prevention and health promotion in general is only about 30% of total health expenditure in the society, and this percentage is much lower if separated for the field of NCD prevention while 10 top intervention options as recommended by WHO are the intervention prevention of risk factors for implementation in the community.

6. Pharmaceuticals, vaccines and medical equipment

Currently, Viet Nam has a list of essential drugs and drugs covered by health insurance which pays for most NCD treatment medication. Besides, the Ministry of Health has issued guidelines for diagnosis, treatment of some NCDs such as hypertension, diabetes, asthma ... which guides the use of essential drugs for treatment. Most of the equipment necessary for NCD diagnosis, treatment has been specified by the Ministry of Health in the list of public health facilities.

Although being in the list of prescribed medications, but some drugs for NCDs are often not available in the public health facilities, particularly at CHS, such as drugs for treatment of COPD and asthma. No cancer treatment drug groups were prescribed for use in health stations. A study in 176 CHSs having doctors showed that the proportion of essential drugs on the list was achieved at only 12.5 to 20%.

NCD patients' inaccessibility to drugs is also due to the fact that drugs for treatment/control of hypertension and chronic obstructive pulmonary disease are not included in the list of drugs for chronic

diseases and therefore they should be limited to the number of prescribed medication days.

The majority of CHSs are also in a shortage of essential equipment for testing service, monitoring, and diagnosis of some NCDs (e.g. capillary glucometer).

Drug prices and quality: Current regulations on drug procurement are based on criteria of prices could lead to better quality drugs, but higher costs will not be eligible to win the bid. Prices of some drugs are higher than the reference prices in the region. Using the HPV vaccines has not been fully evaluated for a wide roll-out.

7. NCD surveillance

a) Surveillance network

Viet Nam currently has no surveillance network to ensure the collection of data in a standardized, unified, comprehensive and systematic manner. Sentinel surveillance and the focal point for monitoring at the Central, the regional and the provincial levels have not yet been set up. Currently, the information collection activities are mainly based on NCD projects for each individual disease, without any connection with each other.

Previously, NCD Prevention Program of the Ministry of Health was initially implemented with a national monitoring network through the project on establishing a national NCD surveillance system 2007-2010 (by MSA implementation sponsored by the Atlantic Philanthropies through the Menzies Research Institute, Australia). Within the scope of this project, a monitoring network was established in 8 provinces/cities: Ha Noi, Thai Nguyen, Hoa Binh, Thua Thien-Hue, Binh Dinh, Ho Chi Minh City, Can Tho, and Dak Lak. In each province/city, a team (with the provincial Department of Health serving as the core) is responsible for being the focal point in implementing activities related to the project. When the project ended, the monitoring network is also no longer maintained.

b) Risk factors monitoring:

To monitor NCD risk factors, WHO has developed STEPwise toolkit used for investigating, collecting, monitoring and recommended countries to apply to ensure consistency, standardization of methods, which may integrate of collection of information about all the common risk factors.

Over the past years, there have been some surveys and studies providing some basic information on the status of some NCDs and risk factors. However, these surveys are often separated, not integrated, due to the different programs and projects being carried out at different times. A number of studies have methods which are not uniform, standardized according to the WHO STEPwise approach. A number of important surveys are as follows:

- To investigate the NCD risk factors in 8 provinces/cities in 2009-2010 according to the STEPwise method (Project to establish national monitoring system for some NCDs).

- Global Tobacco Survey among adults in 2010 (Program on Tobacco Control).

- Epidemiological study on hypertension and risk factors in Viet Nam in 2003-2008 (National Heart Institute).

- National Survey of diabetes and risk factors in 2002 and 2012 (National Hospital of Endocrinology)

- National Survey on the status of overweight and obesity among people aged 25-64 conducted in 2005 (NIN)

- Survey on the status of cancer prevention in 2008 (Hospital K).

c) Morbidity and mortality surveillance

The NCD morbidity and mortality data is currently very limited, mainly based on hospital reports, cancer registries and through a number of small-scale surveys in the community. Therefore, Viet Nam lacks of routine data on morbidity and mortality due to

cardiovascular disease, diabetes, COPD, etc.

For monitoring in hospitals: Reporting and statistics system in hospitals based on ICD 10 classification of diseases periodically provide information on morbidity and mortality, of some NCDs in hospitals nationwide. Based on reports, the annual Health Statistics Yearbook published statistics on morbidity and mortality in hospitals.

Cancer registry centers were established and put into operation in 9 provinces/cities of Ha Noi, Thai Nguyen, Hue, Hai Phong, Ho Chi Minh City, Can Tho, Thanh Hoa, Da Nang, and Kien Giang (Cancer Prevention Project). They periodically provide estimates of incidence due to several types of cancer, but the coverage of the recording was small (about 20%).

No mortality surveillance in the community is conducted because information collection through statistics at CHS and through death certificate log-books has not yet been undertaken. Only a small number of studies at small scale to estimate the burden and mortality from some NCDs have been conducted. Therefore, Viet Nam is still lacks of systematic data on NCD morbidity and mortality.

d) Monitoring capacity and response of the health system

Currently, only statistical reporting of performance results in NCD prevention activities as prescribed by the NCD projects under NTP in health is made.

Difficulties and shortcomings

- Viet Nam has not established a national NCD surveillance system, and NCD surveillance activities are mostly independent activities which are implemented at different scales without an overarching coordination.

- There is no database on information management system for NCDs and risk factors, while there is a lack of standardized data in a systematic manner to monitor the size and trend of risk factors and NCDs serving for policy development and evaluating the effectiveness of interventions.

- Surveillance activities are mainly based on hospital reporting system and a number of surveys/studies in different scopes. Cancer registry has no broad coverage. No mortality surveillance is implemented in the community. The community researches are conducted by specialized institutions, without the overall coordination, and application of uniform methods in monitoring NCDs according to WHO recommendations.

- Preventive medicine network including Preventive medicine centers at province/city level and regional institutes with much experience, manpower and supervision capacity, but they do not participate in monitoring anti-NCD activities. Monitoring NCDs has not been integrated into the existing monitoring system of preventive medicine system.

VI. ASSESSMENT OF DIFFICULTIES AND CHALLENGES IN NCD PREVENTION AND CONTROL IN VIET NAM

1. Policies are not adequate, comprehensive and in poor compliance

- Chưa có một kế hoạch, chiến lược quốc gia toàn diện phòng chống BKLN;

- There have been a number of policies to control risk factors but incomplete (lack of laws to prevent the harmful alcohol use, etc.). Policy advocacy work encounters difficulties, and it is difficult to mobilize financial resources for operational activities.

- Lack of multi-sectoral policies of controlling risk factors: reducing use of salt, control of saturated fat in policy on nutrition; policies to facilitate an enabling environment for enhancing physical activity and sports; policies to encourage foods beneficial to health, restriction of foods which are not good for health; no alcohol policies focusing on prevention of NCDs; problems in tax policy for tobacco and alcohol, etc.

- Implementation of policies and laws has not been given good

compliance. The implementation of the tobacco control law was not strictly done while sanctions are not deterrent enough. It is difficult to control the trading and consumption of alcohol. Limited control over the use of toxic chemicals in food manufacturing and processing, etc.

2. Investment priority and inter-sectoral collaboration in NCD prevention are still limited

- Priorities and political commitment for prevention of NCDs, burden of disease and economic burden of NCDs have not been fully realized. NCD prevention has not been mentioned in the documents/ proceedings of CPV Congress XI. Financial resources for NCD prevention programs has been reduced.

- A unified leading organization to coordinate and mobilize inter-sectoral involvement in controlling NCD risk factors has not been identified. The NCD Prevention Program Steering Committee has not guaranteed inter-sectoral involvement, rather it is limited itself only within the health sector.

- The task of preventing NCD risk factors is mainly undertaken by the health sector. The relevant ministries and agencies have not played their effective roles and responsibilities in implementing policies of ministries, sectors to control alcohol, tobacco, and encourage proper nutrition and physical activity, etc.

- The big social and political organizations are not active in the fight to prevent NCDs (the Fatherland Front and its member units ...)

- There is no mechanism for inter-sectoral coordination, inspection, monitoring the implementation of the policies of ministries, sectors.

3. The information, education and communication activities are not effective

- Burden of disease and economic burden of NCDs have not been fully aware by all levels and ministries. Policy advocacy encounters difficulties while it is difficult to mobilize resources for the operational activities.

- Awareness on compliance with tobacco control legislation, prevention of harmful alcohol use of the people is not high. Awareness of the community on health promotion, prevention of risk factors is inadequate. The proportion of people with the correct knowledge about self-monitoring for early detection, care, monitoring and treatment adherence is low.

- Information, education and communication activities are superficial and not effective, especially in communication to prevent the harmful effects of alcohol, encourage physical activity, and guide proper nutrition. Communication on nutritional contents such as reducing salt intake, controlling fat metabolism and instructing use of food.

4. The health care service delivery system did not meet the requirements

- No integration has been found in organization of NCD prevention. The NCD prevention projects under NTP in health are implemented vertically without integration between programs and between preventive medicine facilities and medical care facilities from the central to local levels.

- NCD Prevention activities are more focused on personal approach while they do not ensure a balance between community-based approach and personal approach. These programs are referred to the control of risk factors, but focus primarily on the management and treatment of patients, with less emphasis on prevention, rehabilitation and monitoring. No comprehensive approach according to the life cycle has been mentioned.

- Preventive medicine plays an important role, however, the preventive medicine network has not actively and proactively get involved in NCD prevention activities. The task of NCD Prevention has not been included in the functions and tasks of the Center for Preventive Medicine of the province. Though health facilities (in

districts and communes) have been upgraded with equipment and manpower, they are not capable to perform screening, early detection of NCDs, provision of care and management of NCDs, thus leading to overcrowding in the hospitals at higher levels and does not guarantee equity in health.

- Solutions with high cost-effective have been newly implemented in facilities at the grassroots level in a narrow magnitude, without being integrated in routine activities of grassroots health care, especially at commune/ward health care level.

- Some specific objectives of the global strategic plan on NCD prevention and control issued by WHO have not been included in anti-NCD policies, prevention programs of Viet Nam. For example, no mention of salt reduction targets, ensuring the availability of basic techniques and essential drugs for the treatment of major NCDs.

5. Coverage of essential services for detection, prevention and management of NCD treatment is not high

- Coverage of NCD prevention projects is low: scope of project implementation is still small and new COPD prevention projects have been implemented in a few provinces while the hypertension prevention project has implemented disease management in <10 % of communes/wards. Some project activities are only implemented within medical facilities (COPD, cancer). The system of new cancer registries covers 20% of the population, and only 5 facilities nationwide are conducting palliative care.

- Early detection, management, counseling and prevention for high-risk people have not developed a systematic and widespread manner. Interventions to reduce salt intake, screening interventions to reduce alcohol harm while cessation of alcohol, smoking has been implemented is a small-scale.

- Screening for early detection NCDs is still problematic. No mechanisms from health insurance to pay for early detection screening are made available. The percentage of patients with hypertension, heart disease, diabetes, cancer, COPD to be detected early through active screening is low.

- The proportion of people with NCDs getting access to treatment management services and long-term care in the community is very low.

6. Human resources for health have not guaranteed in terms of quality and quantity

- Health personnel working in the field of NCD are considered as weak in qualification, insufficient in quantity and asynchronous. Restrictions on capacity are mainly found at the provincial, district and commune level. Many technical documentation has not been standardized and uniformly applied across the country.

- The contents of training on prevention of NCDs in the curriculum of medical secondary schools, colleges and universities lack health updates; especially for training doctors of preventive medicine, bachelors of public health and bachelors of nutrition.

- Continuing education strategy is not appropriate and does not improve much in terms of the number and capacity of health workers. The effectiveness of continuing medical education activity has not been clearly assessed.

7. Health financing is very limited

- Although NCDs account for 70% of burden of disease and mortality but NCD prevention has not been adequately defined as a priority in the allocation of funds, accounting for only 2.5% of total health expenditure in 2009. The budget for the programs is mainly from the state budget, which does not meet the requirements and are being substantially reduced. The average budget for NCDs in the total cost of health NTP is only from 13-17%, and in 2014 it was reduced by 50-70%.

- Allocation of funds is made based on vertical programs, and used mostly for treatment, while top 10 selected interventions as recommended by WHO are interventions for prevention of risk factors and implementation on population size. The cost-effectiveness evidence in setting priority for budget allocation has not yet been used.

- Sustainable financing mechanisms for the prevention of NCDs has not been created. Health insurance coverage reaches 70% of the population while the health insurance does not cover certain NCD preventive services.

8. Pharmacy, vaccines and medical equipment supply is still problematic

- Although many essential drugs for treatment of NCDs are already in the list of drugs mainly covered by health insurance, but some common NCD drugs are often not available in the public health facilities, particularly at Commune Health Stations (CHS). Essential drugs for asthma and COPD, diabetes are not available at the grassroots health facilities. Access to treatment for hypertension that is insufficient in building the list and selection of drugs, and regulation in periodical drug dispensing. Health insurance does not cover some of the recommended treatment drugs, lack of infrastructure conditions, equipment and lack of incentive mechanism for CHS staff.

- Use the HPV vaccine has not been fully evaluated for widespread application.

9. A National NCD Surveillance system has not yet been established

- Viet Nam does not have a database system for management of information about NCDs and risk factors, and lack of standardized data in a systematic manner. There is a lack of national information, data to monitor trends, scale and distribution of NCDs and risk factors. The monitoring indicators are not used in practice while many indicators are not consistent with the global monitoring indicators. The routine data, statistical reporting procedures are unincorporated, and primarily serving the needs of the program.

- Surveillance is not systematic. Periodical investigation of risk factors has not yet been done. There are many separated studies based on the needs of each individual program, resulting in a waste of resources, with the methodology which is not unified or standardized. Cancer registry has no broad coverage. The community-based mortality surveillance system has not yet been put in place.

- Organization of national monitoring and evaluation in NCD prevention for international reporting in 2016 has not yet been done as committed.

VII. WORLDWIDE EXPERIENCE IN PREVENTION OF NCDs AND RISK FACTORS

1. Global and regional documents on NCD prevention and control

Prevention and control of NCDs have always been a priority in global and regional policies and strategies of international organizations such as the UN, the World Health Organization ... From 2000 till present, many important documents, policies have been issued to guide countries in policy making and application of NCD prevention interventions, with priority control of cardiovascular diseases, cancer, diabetes, and COPD.

2000	Global Strategy on the Prevention and Control of NCDs 2000
2003	Global Convention Framework on Tobacco Control, 2003
2004	Global Strategy on diet, physical activity and health in 2004

2007	Resolution on the implementation of the global strategy to prevent NCDs
2008	Global NCD Prevention Strategy 2008-2013 Strategy on NCD prevention in the West Pacific region for 2008-2013
2009	Global Strategy for reducing harmful alcohol use
2010	Set of WHO recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children Global Status Report on NCDs 2010
2011	Political Declaration of the United Nations on NCDs at the High-level Meeting of the United Nations General Assembly in 2011 First Global Ministerial Conference on Healthy lifestyles and NCD Control: Moscow Declaration
2013	Global Action Plan for Prevention and Control of NCDs period 2013-2020 Bandar Seri Begawan Declaration on NCDs in ASEAN
2014	Western Pacific Regional Action Plan for the prevention and control of NCDs (2014-2020) Global Status Report on alcohol and health 2014

a) Political Declaration of the UN High-level Meeting on the prevention and control of NCDs in 2011

In 9/2011, the General Assembly of the United Nations convened the member states to attend the High-level meeting on the prevention and control of NCDs. The meeting adopted the "Political Declaration of the Assembly on the prevention and control of NCDs", which made commitments to a number of key points including: 1) access to government and society at all levels in prevention and control of NCDs; 2) reduce risk factors and build a healthy environment; 3) strengthen national policy and health systems; 4) monitor NCDs; and 5) conduct scientific research and international cooperation in the fight against NCDs.

Political Declaration on the prevention and control of NCDs confirms leadership role in the health sector and the key relevant Ministries/ sectors, and committed union actions in reducing NCD risk factors and creating an environment for improving health, promoting national policies and health systems for implementing the prevention and control of NCDs. The tools for inter-sectoral government actions includes: laws, regulations, policies, budget allocations, impact assessment and other policy instruments.

The Member States acknowledged that for the effective prevention and control of NCDs it is needed to have interdisciplinary approach at the level of government, including government-wide approach with the participation of areas such as health, education, energy, agriculture, sports, transport, communication, urban planning, environment, labor, human resource, industry and commerce, finance and socio-economic development.

b) Moscow Declaration 2011

The First Global Ministerial Conference on Healthy lifestyles and NCD Control was held in Moscow in 4/2011 with the participation of the Ministry of Health leaders from 162 countries to make the Moscow Declaration to confirm the serious and increasing impacts of NCDs and risk factors for the development of socio-economics, and human health globally, and, at the same time, to make commitments to the prevention actions on NCDs of the Ministry of Health, nationally and internationally, focusing on: 1) development of inter-sectoral policies for prevention of NCDs and risk factors; 2) strengthening health systems integrating NCD prevention into primary health care services, promoting community-based prevention and health promotion; and 3) monitoring NCDs, risk factors and effectiveness of interventions.

c) Global Action Plan for Prevention and Control of NCDs period 2013-2020

Following the plan for 2008-2013, in 2013 the World Health Organization has continued to issue global action plan for prevention and control of NCDs period from 2013 to 2020, while recommendations were made for member states to develop national plan/national strategy to implement the global plan. The main contents of the global plan include:

Vision: A world free of the avoidable burden of non-communicable diseases.

Goal: To reduce the preventable and avoidable burden of morbidity, mortality and disability due to non-communicable diseases by means of multi-sectoral collaboration and cooperation at national, regional and global levels, so that populations reach the highest attainable standards of health and productivity at every age and those diseases are no longer a barrier to well-being or socioeconomic development.

Overarching principles:

- Life-course approach,
- Empowerment of people and communities,
- Evidence-based strategies,
- Universal health coverage,
- Management of real, perceived or potential conflicts of interest,
- Human rights approach,
- Equity-based approach,
- National action and international cooperation and solidarity,
- Multi-sectoral action.

Specific objectives of the plan

(1) To raise the priority accorded to the prevention and control of non-communicable diseases in global, regional and national agendas and internationally agreed development goals, through strengthened international cooperation and advocacy.

(2) To strengthen national capacity, leadership, governance, multi-sectoral action and partnerships to accelerate country response for the prevention and control of non-communicable diseases.

(3) To reduce modifiable risk factors for non-communicable diseases and underlying social determinants through creation of health-promoting environments.

(4) To strengthen and orient health systems to address the prevention and control of non-communicable diseases and the underlying social determinants through people-centred primary health care and universal health coverage.

(5) To promote and support national capacity for high-quality research and development for the prevention and control of non-communicable diseases.

(6) To monitor the trends and determinants of non-communicable diseases and evaluate progress in their prevention and control.

2. Recommendations for solutions of NCD prevention and control

To be effective in NCD prevention and control, WHO has recommended comprehensive and simultaneous approaches at three levels:

- At the level of the environment: through solutions of regulations and policies

- At the level of intermediate risk factors and common risk factors: through interventions for community-based lifestyle changes; and

- At the level of early-stage and disease initiation: through clinical interventions towards the entire population (screening), those at high risk (risk change) and infected people (clinical management).

To support the change in those 3 levels, there should be more activities in the fields of advocacy; research, monitoring and evaluation; Leadership, inter-sectoral cooperation and community mobilization;

health systems strengthening.

Solutions for NCD prevention and control should cover prevention 7 strategic activity areas with interventions corresponding disease development stages.

<table>
<tr><th rowspan="2">Healthy population</th><th rowspan="2">People at risk</th><th colspan="3">People with disease</th></tr>
<tr><th>Pre-disease</th><th>Mild</th><th>Severe</th></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">1. ENVIRONMENTAL INTERVENTIONS
(Policy and macroeconomic change)
· Governance
· Policy and legislation
· Creating supportive environments</td><td colspan="3">2. LIFESTYLE INTERVENTIONS
· Behavioural interventions
· Health promotion
· Information and education
· Improving the 'built' environment</td><td>3. CLINICAL INTERVENTIONS
· Clinical preventive services
· Risk factor detection (screening) and control
· Acute care
· Chronic care and rehabilitation
· Palliative care</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="5">4. ADVOCACY</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="5">5. RSEARCH, SURVEILLANCE AND EDUCATION</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="4"></td><td>7. HEALTH SECTOR RESPONSE
· Primary health care
· Chronic care management
· Health systems strengthening</td></tr>
<tr><td colspan="5">6“WHOLE-OF-GOVERNMENT” AND “WHOLE-OF-SOCIETY” RESPONSE
· Leadership
· Multisectoral partnership
· Community mobilization</td></tr>
</table>

Figure 9. Approaches for NCD prevention and control (WHO-Western regional Action Plan for NCDs 2008-2013)

3. Recommendations of voluntary global targets for NCD prevention and control

In May 2013, the General Assembly of the World Health Organization has issued Resolution WHA66.10 to adopt Global monitoring framework and nine voluntary global targets to be achieved by 2025 for the prevention and control of NCDs to guide the Member States in developing national strategies and interventions. 9 voluntary global targets are as follows:

(1) A 25% relative reduction in risk of premature mortality from cardiovascular diseases, cancer, diabetes, or chronic respiratory diseases.

(2) At least 10% relative reduction in the harmful use of alcohol, as appropriate, within the national context.

(3) A 10% relative reduction in prevalence of insufficient physical activity.

(4) A 30% relative reduction in mean population intake of salt/sodium

(5) A 30% relative reduction in prevalence of current tobacco use in persons aged 15+ years

(6) A 25% relative reduction in the prevalence of raised blood pressure or contain the prevalence of raised blood pressure, according to national circumstances

(7) Halt the rise in diabetes and obesity.

(8) At least 50% of eligible people receive drug therapy and counselling (including glycaemic control) to prevent heart attacks and strokes.

(9) An 80% availability of the affordable basic technologies and essential medicines, including generics, required to treat major non-communicable diseases in both public and private facilities.

4. Recommendations of the best intervention and efficient economic interventions

The World Health Organization has proposed a group of evidence-based best buy interventions. These interventions have been proven to be feasible, low cost and suitable for the local health systems. Policy makers need to consider the best buys to be the core interventions in the prevention and control of NCDs and set as a priority for expansion.

List of the best buys for NCD prevention and control[46]

NCD core intervention set (best buys)		
Population-based interventions addressing NCD risk factors	***Tobacco use***	• Excise tax increases • Smoke-free indoor workplaces and public places • Health information and warnings about tobacco • Bans on advertising and promotion
	Harmful use of alcohol	• Excise tax increases on alcoholic beverages • Comprehensive restrictions and bans on alcohol marketing • Restrictions on the availability of retailed alcohol • Enforce strict control policies driving drinking
	Unhealthy diet and physical inactivity	• Salt reduction through mass media campaigns and reduced salt content in processed foods • - Replacement of trans-fats with polyunsaturated fats • - Public awareness program about diet and physical activity
Individual based interventions addressing NCDs in primary care	***Cancer***	• Prevention of liver cancer through hepatitis B immunization • Prevention of cervical cancer through screening (visual inspection with acetic acid [VIA]) and treatment of pre-cancerous lesions
	Cardiovascular disease and diabetes	• Multi-drug therapy (including glycaemic control for diabetes mellitus) to individuals who have had a heart attack or stroke, and to persons with a high risk (> 30%) of a CVD event within 10 years - Providing aspirin to people having an acute heart attack

5. Experience of some countries in the world in the fight against NCDs

Recognizing the importance of NCD prevention and control, many countries have policies to protect people from this epidemic. The successful examples in the world can provide ideas and valuable lessons for Viet Nam.

a) Japan: Plan for the health of Japanese

Since 1978, Japan launched and implemented the 10-year plan on

[46] *WHO Discussion Paper. Effective approaches for strengthening multisectoral action for NCDs, 2012*

health promotion. So far, the plan has undergone 3 cycles. The first cycle started in 1978 with the theme of "Improving health life cycle approach". The second cycle started in 1988 with the slogan "Dynamic age of 80". And the 3rd cycle began in 2000 with the title "For the health of Japanese in 21st century".

The National Plan for the Japanese health set out 70 targets in 9 fields (proper nutrition, physical activity, control of tobacco and alcohol, resting and mental health, oral health, prevention of CVD, diabetes, and cancer). The plan focuses on establishing an environment to support health promotion with the participation of all mass organizations and individuals with a strong commitment by the government to achieve the goal of health for all citizens.

The preparation for implementation plan is done from the central government to local authorities. Based on the plan of the central government, authorities at all levels formulate and implement a plan in accordance with local characteristics. The approach focuses on four groups of solutions: increasing awareness and mobilizing support; networking and supporting implementation plans at all levels; enhancing collaboration and coordination of health promotion activities to ensure efficiency; and promoting research, monitoring, evidence –based policy development. The involvement of governments at various levels, from central to local levels is a fundamental point, and is key to the sustainability and success of the plan to improve health of Japan.

b) The United States: For the People's Health Plan

Before 1990, the United States has had many health promotion activities, but no overall, coordinated plans were made at the national level. The plan "For the people's health," with 10-year periods starting in 1990 has overcome the weaknesses of the previous single operations. To date, the United States is doing the 3rd cycle of the plan, called "For the People's Health 2020".

The plan for People's Health has a wide range, but also focuses on 10 key health indicators related to physical activity, overweight and obesity, tobacco use, substance abuse, responsible sexual behavior, mental health, injury and violence, environmental quality, immunization, and access to health services. The evaluation report after 20 years (as of 2010) has shown obtained promising results, such as the rate of alcohol use in high school students decreased from 32% to 25%, the proportion of smokers in adult group decreased from 24% to 21%, while among high school students this percentage decreased from 40% (1999) to 26% (2009); mortality due to CVDs and stroke reduced by 30% after 10 years, and cancer mortality also decreased significantly.

c) Thailand: Model of Thai Health Promotion Foundation

Thailand has succeeded in establishing a sustainable financing mechanism for improving people's health, it is the Thai Health Promotion Foundation, called ThaiHealth. This foundation was created in 2001 through an Act of the same name. The financial resources of the Foundation are formed from surcharges which are calculated by 2% of the excise tax calculation for two products that affecting health, namely cigarettes and alcohol.

ThaiHealth is coordinated by the Management Board consisting of representatives from eight ministries and 8 independent experts. The ministries in the management board include: National Socio-Economic Development Committee, Permanent Secretary of the Prime Minister's Office, Ministry of Finance, Ministry of Transport and Communications, Ministry of Interior, Ministry of Labour and Social Welfare, Ministry of Education, Ministry of Public Health.

As a result, until 2010, Thailand has gained the following achievements: building 21 public policy documents (National Strategy for Tobacco Control from 2010 to 2014, Alcohol control strategy, Law on control of alcoholic beverages; Resolution on the management

of overweight and obesity, gender equality law ...), 10 provincial/ local documents, two new institutions (district health promotion hospitals) ... and contributing to help Thailand achieve more results, specifically reducing overall smoking rates among adults from 35% (1991) to 19% (2009); from 1999 to 2009 the number of deaths caused by traffic accidents decreased from 11,267 to 10,717 cases; the alcohol abuse rate in the group over 15 years of age decreased by 19.8% when comparing period 2003-2004 with period 2008-2009. This model is considered very effective and sustainable by ensuring the long-term financial resources and mobilizing ministries, sectors at all levels and numerous social organizations and individuals involved in the development and implementation of initiatives to improve health across the country.

d) Australia: National Strategy for healthy Australian by 2020 or "Australia: the healthiest country by 2020"

In 2006, the Australian Government has proposed "Initiative for stronger Australian ". The purpose of the initiative was to guide health system to focus on priorities for improving health and reducing the burden of NCDs. By 2008, the Minister of Health and Population aging has decided to establish a working group of the National Preventive Health Strategy with the given tasks of development of the National Strategy of Preventive Medicine, focusing on the leading risk factors, namely obesity, tobacco and alcohol. In September 2009, the Australian Government has adopted the national strategy on preventive medicine with a vision for "Australia: the healthiest country by 2020". To implement the strategy effectively, the Australian government said the prevention of disease and promotion of health are the duty of governments at all levels, and government departments, social institutions, and units, and each citizen.

The Australian Government is determined to have a program that needs involvements of agencies outside the health sector, so it established the National Health Prevention and Promotion with a function of multi-sectoral coordination at national, local levels, and providing policy advice to policy development of the government (including the strategies of other sectors/departments), building evidence, human resources, investigating, monitoring, and supporting implementation of interventions for health promotion. Regarding resources, the Australian government has decided to allocate a substantial budget of about 100 million Australian dollars per year for this work.

The expected outcomes to be achieved by 2020 include reducing one million of smokers, preventing 300,000 premature deaths by diseases due to smoking, preventing 7,400 deaths and 94,000 person-years of premature death (DALYs) due to alcohol abuse, reducing 330,000 patients with hospitalization, preventing 500,000 cases of premature deaths due to obesity and saving an estimated cost of nearly 2 billion Australian dollars for health care in 2020. This strategy has opened up a new approach to health care that is "whole-of-government" with the motto prevention to be the responsibility of the government and all people.

From the lessons learned from other countries of the world, to make NCD prevention and control activities effective, it is in need to have the commitment of the government and inter-sectoral collaboration in coordinating implementation activities, the active participation of the social organizations and every citizen. A decisive factor for success is to have a sustainable funding for NCD prevention and control activities. The Government needs to invest adequately for the health promotion and preventive medicine because it is a cost – effective investment. Besides, the development of ThaiHealth with such funds is also a valuable experience to help ensure sustainable funding for NCD prevention and control activities, reducing the financial burden for the national budget.

Part 2

PROJECTION OF NCDs AND RISK FACTORS

I. PROJECTION OF NCD STATUS

The World Health Organization forecasted that, globally, the NCD mortality will increase by 15% between 2010 - 2020 (approximately 44 million deaths). The number of deaths by 2020 will be the highest in Southeast Asia (10.4 million cases)9. Accumulated losses of the global economy in the period 2011-2025 by NCDs can be up to 7 trillion, an annual average of 500 billion USD corresponding to 4% national income in 2010 of developed countries.

In Viet Nam, for recent 10 years, the number of newly detected cases of cancer has been increasing by 50%. Every day there are 350 newly detected cases of cancer and 190 deaths from cancer. After 10 years, from 2002 to 2012, the prevalence of diabetes increased by 2 times, from 2.7% to 5.4%.

During the past 50 years, the proportion of people with hypertension in adults in Viet Nam has always increased: from 1% (in 1960); 1.9% (in 1976), 11.7% (in 1992), and 16.3% (in 2002) to 25.1% (in 2008)

For a period of 5 years, the proportion of overweight-obesity and obesity is twofold rise from 3.5% and 0.2% (2000) to 6.6% and 0.4% (2005), respectively

Along with the speed of population aging, faster urbanization process, environmental pollution, uncontrolled NCD risk factors, the number of morbidity and mortality due to NCDs is expected to continue increasing, and NCDs primarily remain the burden of disease and mortality in the coming time.

II. PROJECTION FOR INCREASING RISK FACTORS OF DISEASES

1. The socio-economic situation

Recent years have seen the constant economic development of Viet Nam. The National income per capita increased from US$ 130 (in 1990) to US$ 1,010 (in 2009) and US$ 1,960 (in 2013). These are favorable conditions for increased investment in health to protect and promote people's health. Economic development also increases the increasing demand of all strata of society for medical services as well as the right to get access to high quality health services in the context of globalization.

However, during the course of economic development, the gap between the rich and the poor in different localities, regions/areas, and between population groups also tends to increase. This is an important factor affecting inequity in access to and use of health services, thereby affecting the differences in health status and disease among different population groups.

Population

In recent years, the structure of our population has been highly volatile with the proportion of the population under 15 years of age decreasing from 33% in 1999 to 25% in 2009. Conversely, the proportion of the population of the group 15-59 years of age increased from 59% in 1999 to 66% in 2009 and the population aged 60 years and older increased from 8% in 1999 to 9% in 2009. The population aging indicator (total of persons> 60 years/persons under 15 years of age) increased by 11%, from 24.5% in 1999 to 35.9% in 2009. Thus, cardiovascular disease, cancer, diabetes and COPD have also been on a tendency to increase.

Urbanization

Urbanization along with booming industrialization creates major challenges for health care. The increase in the pace of life is a risk factor for psychiatric disorders, cardiovascular diseases and other NCDs. Industrialization increases risk of exposure to pathogens causing occupational diseases and injuries.

Environment

Along with the process of industrialization and urbanization, the increasingly serious problem of urban environment pollution, air and water pollution in residential areas has affected people's health. Many issues related to acute and chronic health have arisen from short-term and long-term exposures to air pollutants. Air pollution is the most dangerous for people with respiratory disease, heart diseases, and the elderly.

2. Lifestyle behaviors

a) Smoking

Although tobacco control law has been put into effects, the proportion of smokers is still high and slowly decreased. Viet Nam is one of the 15 countries with the highest number of smokers in the world (about 16 million). Besides the burden of morbidity and mortality, smoking also creates financial burdens. Smoking raises enormous cost of treating illness caused by smoking. Regulations on banning smoking in public places, crowded places, but the implementation and sanctions are not strong enough, and the results are very limited. Some solutions for communication, advertising bans, circulation restrictions, tax increases ... have been applied, but efficiency is not high.

b) Alcohol use

While alcohol consumption of the world is slowing down, Viet Nam is one of the few countries which has a rapidly increasing consumption of alcoholic beverages per capita. Viet Nam is a country with the highest beer consumption growth in 2011 compared to that in 2010 around the world, with 14.8%. Although many policies to reduce the harmful effects of alcohol, their focus is just on harm to the security issues and traffic safety while pays little attention to minimize harm to the health in general and NCD prevention in particular. The control of supply sources, especially the draught beers, home-made liquor faced many difficulties while the control of alcohol demand and consumption behaviors is virtually left open so that alcohol beverages consumption in Viet Nam still remains high and tends to increase, even among the minors, youths and women. According to WHO estimates, per capita consumption of 15 years of age and older people in Viet Nam converted to liters of pure alcohol in 2015, 2020 and 2025 respectively up to 8.7L, 10L and 11L .

c) Nutrition

In general, the diet of the Vietnamese being rich in vegetables and fruits with low lipid content is a powerful factor to protect public health. But socio-economic changes will make the traditional diet of people changed over. People increasingly use much fast food, processed foods high in fat and sugar, with high salt intake. Incomplete and unbalanced diets create double burden of nutrition. Besides the fact that malnutrition is still quite popular, the percentage of overweight-obesity (risk factors of NCDs) is increasing.

d) Physical activity

Due to the process of urbanization, mechanization and automation in production, the development of motor vehicles, modern audiovisual media, information technology, pressures of work and study, people in general, especially urban dwellers, office workers, employees of certain professions, children, students increasingly have fewer opportunities to do physical exercises and sporting to improve health. Insufficient physical activity is one of the main risk factors to continue increasing NCD morbidity.

III. SUMMARY OF CURRENT SITUATION AND PROJECTION OF TRENDS OF NCDs AND RISK FACTORS

Disease & Risk factors	Status and projection
Smoking	• According to GATS survey (Vinacosh) in 2010, the proportion of male smokers ≥15 years of age accounted for 47.4%. • Targets of Tobacco Control Strategy till 2020 to reduce by 39%, so it is expected that if effective interventions are applied then the average annual decrease is at 0.7% • The Global goal of WHO by 2025 to reduce 30% of smokers compared with current situation
Harmful alcohol use	• According STEPS Survey 2010: 25.1% of adult men have at least 1 time use alcohol at harmful levels in the past week (60 grams of pure alcohol). • The Global goal of WHO by 2025: to reduce 10% of harmful alcohol use compared with current situation
The average salt consumption/ person/day	• Viet Nam has no representative data. Small-scale survey of the National Institute of Nutrition in 2013: 1 average consumption of salt 15g/day, 3 times higher than the WHO recommendations • The Global goal of WHO by 2025: to reduce 3/10 of the current rate.
Adults with insufficient physical activity	• According STEPS Survey in 2010, 30% of adults lack of physical activity, including in rural areas. In the trend of urbanization and increased use of motor vehicles today, if no intervention is created then it is certain that the rate of insufficient physical activity will increase. • The Global goal of WHO by 2025: to reduce 10% of people who have insufficient physical activity compared to the current situation.
Overweight-obesity (BMI≥25)	• According to nutrition survey and STEPS: overweight-obesity rate in 2000 was 3.5%; in 2005 - 6.6%; in 2010 - 10.9%. On average, during period 2000-2010 it increased by 0.7%/year. It is estimated that if the increase is similar to the period before 2025, the proportion of adults having overweight will be 21% • The Global goal of WHO: to contain obesity and avoid increase of obesity
Pre-diabetes	• According to a survey of Endocrinology Hospital: pre-diabetes rate in 2002 was 7.7%; in 2012 - 12.8%. On average, during period 2002-2012: 0.5% annual increase. It is estimated that if the increase is similar to the previous period, by 2025 the pre-diabetes rate will be 19%
Diabetes	• According to a survey of Endocrinology Hospital: diabetes rate in 2002 was 2.7%; in 2012 - 5.4%. On average, during period 2002-2012: annual increase of 0.27%; It is estimated that if the increase is similar to the period before, by 2025 the diabetes will be 9% • The Global goal of WHO by 2025: to limit the increase in diabetes
Hypertension	• According to surveys of the National Heart Institute: Prevalence of hypertension was 16.9% in 2002; in 2008 - 25.1%. On average, during period 2002-2008

	the annual increase was 1.3%. It is estimated that if the increase is similar to the period before, by 2025 the number of people with hypertension will account for above 35%. • The Global goal of WHO by 2025: to reduce 25% of people with hypertension compared with the current situation
Premature death (before age 70) due to CVDs, cancer, diabetes and COPD	• As reported by WHO in 2012: the number of people aged < 70 years who died of heart diseases, cancer, diabetes and COPD in Viet Nam accounted for 40.7% of all deaths due to those 4 diseases in all ages. • The Global goal of WHO by 2025: to reduce 25% of all deaths before the age 70 compared to the current situation

Part 3

CONTENTS OF STRATEGY ON PREVENTION AND CONTROL OF CANCER, CVDs, DIABETES, COPD, ASTHMA AND OTHER NCDs PERIOD 2015-2025

I. VIEWPOINT

1. Cancers, cardiovascular diseases, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, asthma and other non-communicable diseases (herein after non-communicable diseases) have serious impact to the community and the development of economy and society because of their large number of patients, the high disability and mortality. The diseases can be prevented effectively to minimize morbidity, disability and mortality.

2. Prevention and control of non-communicable diseases are the responsibility of government at all levels, sectors and individuals, in which government takes leadership and health sector plays a key role.

3. Control of the main risk factors including smoking, harmful use of alcohol, unhealthy diet, unhealthy food, physical inactivity and other factors a long with active surveillance, early detection, treatment, long term and continuing management at primary health care facilities are key measures.

4. Financial resources for prevention and control of non-communicable diseases are from various sources in which the State budget is the mainly for risk factors control, prevention, surveillance and early detection of NCDs.

II. OBJECTIVES

1. Overarching objective

To constrain increase and aim to reduce mobidity, disability and premature death due to NCDs focusing on prevention and control of cancers, cardiovascular diseases, diabetes, chronic obstructive

pulmonary disease and asthma to contribute to the protection, care and promotion of people's health and the social and economic development of the country.

2. Specific objectives and targets by 2025

a) Objective 1: To raise awareness of government at all levels and citizens on prevention and control of cancer, cardiovascular diseases, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease and asthma

Targets:

- 100% People's Committees of provinces and cities have plans and allocate budget to implement strategy at the locals;
- 70% of adults have knowledge about cancers, cardiovascular diseases, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease and asthma, about the impact of NCDs to the community's health, to national society and economy, as well as principle of NCD prevention and control. ;

b) Objective 2: To minimize behavioral risk factors of cancers, cardiovascular diseases, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease and asthma.

Targets:

- A 30% relative reduction in the prevalence of smoking among people aged 15 and older compared with 2015; reducing the prevalence of smoking among aldolescent to less than 3.6%.
- A 10% relative reduction in the prevalence of harmful use of alcohol among adult men compared with 2015; reducing the prevalence of drinking among aldolescent to less than 20%
- A 30% relative reduction in the mean salt consumption/adult/day compared with 2015;
- A 10% relative reduction in the prevalence of physical inactivity among adults, compared with 2015

c) Objective 3: To halt the increase of pre-diseases, morbidity and premature death due to cancers, cardiovascular diseases, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease and asthma.

Targets:

- To constrain the prevalence of overweight/obesity (BMI≥25) among persons aged 18+ to less than 15%; constrain the prevalence of overweight/obesity among children to less than 10%
- To constrain the prevalence of raised total cholesterol (>5.0 mmol/L) among adults to less than 35%;
- To constrain the prevalence of hypertension among adults to less than 30%; 50% of hypertensive persons are detected; 50% of detected persons are managed and treated in accordance with the guidelines;
- To constrain the prevalence of pre-diabetes among persons aged 30-69 to less than 16%, prevalence of diabetes among persons aged 30-69 to less than 8%; 50% of persons with diabetes are detected; 50% of detected diabetes are managed and treated in accordance with the guidelines.
- 50% of people with chronic obstructive pulmonary diseases are detected at an early stage; 50% of detected patients are managed and treated in accordance with the guidelines;
- 50% of people with asthma are detected and treated at an early stage; 50% of treated patients are well controled in which 20% fully achieved target treatment;
- 40% of people with some common cancers are detected at an early stage (cancers which the effectiveness of treatment can be improved if detected at early stages)
- a 20% relative reduction in premature (aged <70) death rate due to cancer, cardio-vascular diseases, diabetes and chronic obstructive pulmonary diseases compared with 2015.

d) Objective 4: To increase capacity and effectiveness of the sytems for prevention, surveillance, detection, treatment and management of cancer, cardiovascular, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, asthma and other NCDs.

Targets:

- 90% of preventive medicine facilities provide essential services for the prevention and control of NCDs as regulated;
- 90% of health staff working in the field of NCD prevention and control receive trainings on prevention, surveillance, detection, treatment and management as regulated;
- 90% of commune/ward/town health stations and equivalent health care facilities have enough essential equipments and drugs for prevention, detection, treatment and management of relevant cancers, cardiovascular diseases, diabetes, chronic obstructive pulmonary diseases and asthma in accordance with funtions and duties.

III. MEASURES.

1. Measures on policy, legislation and multi-sectoral collaboration.

a) To supplement, perfect and enhance enforcement of the policies, legal documents to control risk factors and promote healthy factors for prevention and control of NCDs:

- Fully implementing the Tobacco Control Law, Environment Protection Law, Food Safety Law, the National policy for prevention and control of harmful use of alcohol until 2020 and other relevant policy documents. Develop and submit to authorize level for the approval of the Alcohol control Law. Enhance the enforcement, supplement and complete policy documents and warning about the health impact of processed foods, soft drink, food additives, especially products for children.
- Propose, supplement regulations on controlling advertising and tax policy to reduce consumption of tobacco, alcohol, soft drink, processed food and other products that have risks of causing NCDs
- Propose, supplement policies to encourage production, provision and consumption of safe and healthy foods; the policy to facilitate people's access to and use of public spaces, sport and gymnasium facilities; promote public transportation and non-motorised transportation

b) Complete multi-sectoral collaboration mechanisms from central to locals, along with mobilize organizations, individuals and community to be involved in the implementation of the strategy.

c) Review, supplement and complete legal policies to ensure NCD prevention and control activities are performed in an uniformed system from central to local level; ensure the availability of essential medicine and equipment for prevention, early detection, treatment and long term management at grassroots' health care facilities.

d) Propose policies to encourage providing services of prevention, treament and management of NCDs at community through private sector and family doctors especially the remote and isolate areas.

2. Measure on communication and social mobilization

a) Use the network of information and communication from central to local level to communicate, disseminate, and mobilize support from government at all levels, sectors, mass organizations and individuals to implement policies, laws, guidelines and recommendations on the prevention and control of NCDs.

b) Develop and supply communication programmes and materials, on NCD prevention and control, which are suitable to communication channels and target audiences.

c) Promote the development and implementation of models of healthy communities and settings relevant to local context and

population groups including models of health promoting school, healthy workplace and healthy city.

d) Propose the launching of a movement on Healthy Lifestyles for all to prevent and control NCDs.

3. Measures on strengthening service delivery systems and medical-technical guidance.

a) Organize a system for prevention, early detection, diagnostics, treatment and management of NCD from central level to commune level nationwide:

- Develop and issue technical guidelines on prevention, early detection, diagnostics and treatment, management of cancer, cardiovascular diseases, diabetes, chronic obstructive pulmonary diseases and asthma in accordance with roles and functions and technical decentralization rule applied to the health facilities.
- Preventive medicine facilities, examination and treatment facilities (public and private) from central level to the commune level organize activities on prevention, early detection, diagnistics, treatment and management of cancer, cardiovascular, diabetes, chronic obstructive pulmonary diseases and asthma in accordane with defined roles and functions.
- Coordinate and integrate the examination for detection of NCDs with regular health check and health management at schools, offices and factories.

b) Strengthening the early detection, treatment and management at CHS and the community for patients with cancer, cardiovascular diseases, diabetes, chronic obstructive pulmonary diseases, asthma and other NCDs, as per relevant regulations; ensure the provision of long term and continuing care for patients.

- Organize appropriate types of early detection, treatment and management of NCDs at the commune level; in short-term providing follow-up treatment of disease as prescribed by doctors at higher levels; step by step provide independently basic management and treatment for NCDs in those CHS that meet the requirements.
- Provide sufficient essential medicines for treatment of cardiovascular diseases, diabetes, chronic obstructive pulmonary diseases, bronchial asthma and selected other NCDs at CHS level, as per relevant regulations.

c) Strengthening the effectivenes of the activities of the system of preventive medicine on controlling of NCD risk factors and pre-disease conditions in order to prevent cancer, cardiovascular diseases, diabetes, chronic obstructive pulmonary diseases and asthma.

- Issue technical guidelines and implement effective interventions for tobacco control, alcohol control, ensuring healthy nutrition, reducing salt consumption and promoting physical activity in schools, the workplace and in the community; implement effectively early detection, management, counseling and prevention of cases with overweight and obesity, hypertension, dyslipidemia, hyperglycemia, and high-risk of cardiovascular diseases. Implement model of healthy settings for prevention and control of NCD.
- Implement effectively the vaccination for prevention of cancer; ensure that children under 1 year of age received 3 doses of hepatitis B vaccine; and gradually extended service for HPV vaccination to prevent cervical cancer for women at relevant ages and other vaccines if available.
- Support, monitor and supervise the activities of prevention, early detection, treatment, management and self-management of cancer, cardiovascular, diabetes, chronic obstructive pulmonary diseases and asthma at commune health stations and community, as per relevant regulation. Strengthen the capacity of the district health centers so as to manage and provide technical support for commune-level facilities.

- Strengthen the technical support for other inter-sectors activities for community-based NCD prevention and control activities.

d) Strengthening the system of examination and treatment facilities to provide comprehensive, advanced and high - tech services in diagnosis and treatment of patients with NCDs, and at the same time providing technical support for lower level facilities, ensuring early detection, effective treatment and continuing and long term management of NCDs.

- Upgrade and improve facilities for diagnostic and treatment of cancer, cardiovascular diseases, diabetes, chronic obstructive pulmonary diseases and asthma.
- Implement suitable and effective screening measures for early detection, treatment and management of cancer, cardiovascular diseases, diabetes, Chronic Obstructive Respiratory Diseases and asthma.
- Complete and implement benefits package for each level of the system to ensure continuity of treatment for patients with cancer, cardiovascular diseases, diabetes, chronic obstructive pulmonary diseases and asthma.

4. Measure on resources

a) Human Resource Development

- Arrange and rearrange staff at all level for prevention and control of NCDs.
- Add, update contents on prevention and control of NCDs in the curriculum of medical schools, colleges and university; give priority to training of family doctors, bachelors of public health, bachelors of nursing and bachelors of nutrition and dietetics.
- Train and build capacity for staff of other ministries and sectors in areas related to the control of NCD risk factors.
- Strengthen capacity on NCDs prevention and control for health care workers suitable for task and requirements at each level. Ensure training and continuing training to update knowledge and skills on prevention and control of NCDs.
- Give priority for re-training of health workers at CHS, at school health units, and health units at offices and factories, and villages' health workers utilizing a comprehensive and integrated training programme on NCD prevention and control so as to ensure provision of servives for prevention, management, treatment and care for NCD patient at CHS and community level.
- Provide relevant mechanism to encourage health workers at commune level to implement activities for early detection, monitoring, treatment and management of NCDs in the community.

b) Financial resources

Funding sources for implementation include:

- State budget for control of risk factors, prevention, surveillance and early detection of cancers, cardiovascular diseases, diabetes, Chronic Obstructive Respiratory Diseases and asthma.
- From health insurance;
- Socialization source;
- Other lawful source of fund;

c) Medicines and equipment

- Increase investment, upgrading equipment and facilities for surveilance, prevention, detection, early diagnosis and treatment of cancer, cardiovascular, diabetes, chronic obstructive pulmonary diseases and asthma.
- Ensure that essential drugs and supplies for diagnostics and treatment of NCDs at CHS to be covered by health insurrance.
- Ensure provision of vacines and biological products for prevention of selected types of cancer.

5. Measures on research, monitoring and surveillance

a) Strengthen capacity, promote scientific research in the field of prevention and control of NCDs. Set up a network of facilities for high – quality research and training on NCDs with the participation of universities and accademic institutes. Increase the use of information and scientific evidence in policy formulation, planning, programs and projects on prevention and control of non-communicable diseases, especially in community based interventions.

b) Build a system of non-communicable diseases surveillance integrated into the national health information system to monitor the trends of risk factors, morbidity and mortality of NCDs; response of the health system; and to evaluate the effectiveness of intervention measures.

- Update and complete the set of national indicators, protocol and tool of surveillance applied uniformly across the country, at the same time to strenthen the system for collecting information and reporting on NCDs.
- Conduct regularly national surveys on risk factors of NCDs using standardized tools and protocol to collect, track, and monitor the magnitude and trend of NCD risk factors in the community.
- Develop and implement the surveillance of NCD mortality in the community on the basis of information collected from death registration systems at CHS. Enhance the quality and coverage of cancer registry network and develop the system for stroke registry. Periodically collect information on morbidity and mortality of NCDs from reports by hospital system.
- Strenthen the monitoring and evaluation of NCD prevention and control activity, the progress of the implementation of the NCD strategy and related policies of sectors and ministries.
- Develop national database of non-communicable diseases, assign the focal point for management and publication of information and data of non-communicable diseases. To develop and strengthen the information system linking between different levels of the healthcare facilities to ensure long-term and continuing care and treament for patients.

6. Measure on strengthening International cooperation

a) Actively cooperate with countries, institutes, universities and professional associations in the region and the world in the areas of research and training for development and enhancement of quality of human resources for NCD prevention and control.

b) Build an extensive collaboration with WHO and other international organisations to promote and support the implementation of the Strategy; align international support programs with activities outlined in the Strategy in order to achieve objectives of the Strategy.

IV. PROJECTS FOR IMPLEMENTATION OF THE STRATEGY

Develop projects for the period 2015-2020 for implementing the stratery including:

1. Project on Public communication and social mobilization for the prevention and control of cancer, CVD, diabeties, COPD and asthma, period 2015- 2020.
   - Lead agency: MOH
   - Coordinating agencies: MOCI, related Ministries, agencies, organisations and People's Committees of provinces and cities.
2. Project on proactive prevention, early detection, diagnosis, treatment and management of cancer, CVD, diabeties, COPD and asthma and risk factors, period 2015-2020.
   - Lead agency: MOH
   - Coordinating agencies: related Ministries, agencies, organisations and People's Committees of provinces and cities.

3. Project on management and monitoring of salt, sugar, fat and additives in processed food and population-based intervention to reduce salt consumption to prevent NCDs, period 2015-2020.

- Lead agency: MOIT.
- Coordinating agencies: MOH, related Ministries, agencies, organisations and People's Committees of provinces and citities.

4. Project on promoting healthy nutrition and physical activity among children and students for health promotion and NCD prevention, period 2015-2020.

- Lead agency: Ministry of Education and Training
- Coordinating agencies: MOH, related Ministries, agencies, organisations and People's Committees of provinces and citities.

5. Project on promoting physical activity for the prevention of cancer, CVD, diabeties, COPD and asthma, period 2015-2020.

- Lead agency: Ministry of Culture, Sports and Tourism
- Coordinating agencies: Ministry of Transportation, Ministry of Construction, MOH and related Ministries, agencies, organisations and People's Committees of provinces and citities.

V. Operational arrangement.

Based on the Strategy, ministries, sectors and people's committees of provinces and cities develop plans to implement the Strategy in accordance with their areas of responsibilities and regularly report to Ministry of Health for synthesizing and reporting to the Prime Minister.

1. Ministry of Health

a) To take lead and coordinate with relevant ministries, sectors, People's Committees of provinces, cities and organizations and agencies to develop plans and implement the Strategy for the whole country.

b) To take lead and coordinate with relevant ministries and sectors, according to its function to propose, develop and issue or submit to competent authorities for issuing policies, legal documents related to the prevention and control of cancer, CVD, diabeties, COPD and asthma.

c) To take lead and coordinate with relevant ministries and sectors to develop Project No 1 and 2 of the Strategy and submit to competent authorities for endorcement and implement upon approval;

d) To provide guidance, supervision and monitor the implementation of the Strategy. Periodically report to the Prime Minister on the progress and results of the Strategy implementation.

e) To take lead and coordinate with Ministry of Finance and related ministries, organizations and agencies to propose competent authorities about establishment of Community Health Promotion Foundation, based on the integration with existing Tobacco Control Fund, to provide direct support for the NCD prevention and control activity

2. Ministry of Panning and Investment

a) To invest funds for implementation of the Strategy's Projects .

b) To mobilise funds from national and international sources for implementation of the Strategy.

3. Ministry of Finance

a) To allocate budget for implementation of the Strategy; provide guidance, monitoring and supervision of the management and use of funds in accordance with the current regulations.

b) To propose appropriate tax rates for reducing unhealthy products, and financial policies for promoting production and consumption of healthy ones.

4. Ministry of Industry and Trade

a) To strengthen management of production and trading of tobacco, alcoholic bevarages and other products to minimize risks of NCD from these products.

b) To coordinate with relevant ministries, sectors to review, make necessary amendments and promulgate legal documents regulating clear labelling and warnings about risk factors of NCDs on the products of tobacco, alcohol and other.

c) Take lead and collaborate with MOH and relevant Ministries, sectors to develop Action Plan No3 of the Strategy and submit to competent authorities for approval and implementation.

5. Ministry of Natural Resources and Environment

a) To coordinate with MOH to consolidate, monitor and evaluate environmental factors that have impacts on people's health and diseases including cancers, CVDs, diabeties, COPD and asthma; to make proposals and organize the implementation of measures for supervision and minimization of these factors.

b) Whithin its jurisdiction, to strengthen the implementation of Law on Environment protection, to make amendments to existing legislations to minimize risk factors to people's health in general as well as NCDs in particular in order to fulfil the objectives of the Strategy.

6. Ministry of Education and Training

a) To implement public communication and education on comprehensive nutrition and physical activities for pupils and students from kindergarten to university levels; to integrate NCD risk factors education in programmes, activities at all education level.

b) In collaboration with MOH to take lead and coordinate with relevant Ministries, sectors to develop Action Plan No4 of the Strategy and submit to competent authorities for approval and implementation.

7. Ministry of Transportation

To take lead in management and control of means of transport emitting substances causing environmental pollution; to consider and propose solutions for development of public transport system and infrastructure for non-motorized transport.

8. Ministry of Construction

a) To take lead and coordinate with relevant Ministries, sectors to review urban designs, closely supervise implementation of urban development according to approved design and plans to ensure space and infrastructure promoting physical activities, improving quality of life for urban residents.

b) Develop relevant policies to encourage utilization of safe and environmental- friendly materials in construction.

9. Ministry of Culture, Sports and Tourism

a) To take lead in development and implementation of projects, programmes to increase investment for infrastructure for public sporting activities, to initiate programmes and campaigns increasing physical activities in the communities;

b) To take lead and coordinate with relevant Ministries, sectors to develop Action Plan No 5 of the Strategy and submit to competent authorities for approval and implementation.

10. Ministry of Information and Communications

a) To take lead in the guidance and implementation of activities for provision of information, public education on prevention and control of cancer, CVD, diabeties, COPD and asthma and risk factors.

b) In collaboration with MOH to take lead and coordinate with relevant Ministries, sectors to develop Action Plan No1 of the Strategy and submit to competent authorities for approval and implementation.

11. Ministry of Agriculture and Rural Development

To take lead in the management and control of fresh foods, rural safe water provision; control of residual concentration of fertilizers, growth substances, anti-biotics and insecticides in agricultural products.

12. Ministry of Labour Invalids and Social affairs

a) Coordinate with other sectors to ensure healthy working enviroments minimizing risk factors for NCDs.

b) Collaborate with MOH in organizing regular health check up, screening for early detection, treatment and rehabilitation for workers having NCDs.

13. People's Committees of provinces, cities

a) To develop action plans and to direct the implementation of the Strategy in local areas.

b) To allocate adequate budget, human resources, and infrastructure for implementation of the Strategy in the local areas.

c) To undertake monitoring and supervision and report on progress, results of the implementation of the Strategy.

14. Ministries, Ministerial level agencies and agencies under direct Government management

To implement activities as outlined in the Strategy under their respective responsibilities.

15. To establish a National Steering committee for the prevention and con trol of NCDs on the basis of integrating existing steering committees of programmes, activities for NCDs prevention in order to unify into a single point of leadership. The National Steering committee, to be headed by the Minister of Health with representatives from Ministries, sectors, mass organization and other social political organisations, shall be responsible for development and implementation of the Strategy. The Executive Office of the National Steering committee shall support the National steering committee and shall be located in MOH.