

trong phương hướng, nhiệm vụ, kế hoạch của Ngành y tế 2 năm 1989-1990

PHẠM SONG

Trong tháng 1-1989, Bộ y tế đã tổ chức Hội nghị triển khai công tác trong toàn ngành tại Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh. Đồng chí Bộ trưởng đã báo cáo đánh giá tình hình công tác bảo vệ sức khỏe và kế hoạch hóa gia đình sau hai năm thực hiện nghị quyết Đại hội Đảng 6 và phương hướng, nhiệm vụ, kế hoạch trong hai năm 1989-1990. Chúng tôi xin giới thiệu tóm tắt phần hai của bản báo cáo này.

I- THỰC TRẠNG

Để có cơ sở cho việc xác định phương hướng và mục tiêu hoạt động của Ngành, trước hết cần phải biết chúng ta đang ở đâu, nghĩa là cần nhận rõ thực trạng của nền y tế nước ta. Căn cứ trên 27 chỉ tiêu trích trong 124 chỉ tiêu của tổ chức y tế thế giới (OMS) thì chúng ta đang ở trong tình trạng đáng lo ngại. Công tác bảo vệ sức khỏe (BVSK) của chúng ta hơn được 63 nước, thua 67 nước. Dựa trên 12 chỉ tiêu cơ bản nhất về tình trạng sức khỏe của một quốc gia, chúng ta thua Trung Quốc, Thái Lan, Philippin, thua xa Liên Xô, CHDC Đức, Cu Ba, rất xa Nhật Bản, Thụy Sĩ, Thụy Điển, Mỹ, có mặt hơn Ấn Độ, Indonexia, An-giê-ri, còn phần lớn là thua, đặc biệt là thu nhập quốc dân và chi phí cho y tế. Cái đáng khích lệ là chúng ta có thể làm được một số việc trên cơ sở một nền kinh tế quá khó khăn nhờ bản chất chế độ chính trị ưu việt và nhận được viện trợ quốc tế. Mô hình bệnh tật nước ta là đặc trưng của một nước đang phát triển ở vùng nhiệt đới trải qua chiến tranh giải phóng dân tộc lâu dài: Bệnh nhiễm trùng đứng hàng đầu, suy dinh dưỡng, bùng nổ dân số, môi trường sống ô nhiễm nghiêm trọng, thiếu cơ sở vật chất. Xen kẽ với một mô hình cục bộ đang xuất hiện: bệnh mạch vành, cao huyết áp, ung thư, bệnh nghề nghiệp, tai nạn giao thông.

Nguyên nhân khách quan bao trùm nhất là nền kinh tế nước ta chưa phát triển, hậu quả của chiến tranh nên chậm mất gần 40 năm, nhất là những thập kỷ 60-70 so với các nước trong

khu vực, bước đi trong 10 năm gần đây lại có phạm sai lầm vì quá nhiều ăn số mà phương trình thì chưa có mẫu cụ thể. Nền kinh tế đất nước mâu thuẫn sâu sắc với nguyện vọng thể hiện chế độ chính trị ưu việt trong chính sách bảo trợ xã hội, và với nhu cầu thực sự cần bảo trợ xã hội của một đất nước trải qua trên 58 năm đấu tranh cách mạng, trong đó có 30 năm chiến tranh.

Về những chủ quan của ngành y tế, có thể nêu lên mấy nguyên nhân chính sau đây:

- Chưa xã hội hóa được nền y tế đất nước nghĩa là chưa động viên được các ngành các cấp, các đoàn thể và mọi người dân chủ động, tự giác tham gia bảo vệ môi trường, kế hoạch hóa gia đình, phòng chống dịch bệnh... chưa đi đồng bộ với phong trào gia đình sức khỏe, gia đình văn hóa mới.

- Chưa chuyển mạnh toàn bộ hệ thống BVSK sang dự phòng tích cực, đặc biệt là hệ chữa bệnh, chưa kết hợp phòng và chữa bệnh trong tổ chức và hoạt động.

- Chưa kịp thời đổi mới cơ chế kinh tế trong dịch vụ y tế, chưa kinh tế hóa được vấn đề quản lý vật tư, sử dụng thuốc và các phương tiện còn lãng phí. Khối quản lý kinh tế hậu cần rất yếu, việc tiếp nhận hàng, bảo quản, vận chuyển, phân phối qua nhiều khâu rất chậm chạp, nặng nề.

- Công nghiệp dược, vật tư y tế chưa được đặt đúng vị trí cần thiết của nó, chưa chuyển hẳn sang hạch toán kinh doanh.

- Khối đào tạo không bám sát nhiệm vụ phục vụ y tế phổ cập nên nặng chuyên sâu, thiên đa khoa thực hành, chưa kết hợp tốt KHKY y tế

với y xã hội học trong hành động nên phần lớn cán bộ chưa đáp ứng được nhiệm vụ đang làm.

— Việc định hướng, chọn lựa, thừa kế, ứng dụng KHKT chưa theo một qui hoạch rõ ràng có phân kỳ, nặng chiều rộng, kém hiệu quả.

Trong khi đó, các cấp, các ngành, các đoàn thể quản lý xã hội lại chưa nhận thức đầy đủ tính xã hội—kinh tế của vấn đề BVSK trong chiến lược con người, trong việc xây dựng đất nước. Thường có xu hướng y tế hóa các vấn đề BVSK nên chính quyền các cấp thiếu chủ động đứng ra huy động xã hội giải quyết các yêu cầu của công tác BVSK, chưa có chính sách đúng mức đối với cán bộ y tế.

Song thế mạnh của chúng ta là có chế độ chính trị ưu việt, thực lòng vì người dân. Nền y tế nước ta có truyền thống y học cổ truyền và đội ngũ cán bộ đã trải qua thử thách, có kiến thức, có kinh nghiệm tay nghề, có tinh thần phục vụ khá, chịu khó chịu khổ. Chúng ta lại được quốc tế viện trợ do tính chất nhân đạo của công tác BVSK.

II — PHƯƠNG HƯỚNG, MỤC TIÊU, BIỆN PHÁP TRONG 2 NĂM 1989 — 1990

A — Mục tiêu:

Định hướng của công tác BVSK vẫn nhằm vào giải quyết: Bệnh nhiễm khuẩn; bệnh nhiều người mắc mang tính xã hội (tâm thần, phong, mất hột, bướu cổ, thấp khớp cấp); suy dinh dưỡng; bùng nổ dân số; môi sinh; nhu cầu cấp cứu, khám chữa bệnh, giảm tỉ lệ tử vong, phục hồi chức năng; Chuẩn bị điều kiện giải quyết mô hình bệnh tật của một nước phát triển công nghiệp đang xuất hiện ở nước ta (bệnh nghề nghiệp, tai nạn, mạch vành, cao huyết áp, mạch não, ung thư); các bệnh lý xã hội (nghiện rượu, ma túy, mại dâm, tự tử...); phòng chống bệnh SIDA. Giải pháp cơ bản trước mắt và lâu dài là thực hiện 10 điểm chăm sóc sức khỏe ban đầu.

B — Những công trình cụ thể:

1. Các bệnh nhiễm khuẩn, các bệnh xã hội nhiều người mắc:

a) Chương trình phòng chống bệnh sốt rét là một chương trình quốc gia: Sốt rét là bệnh chiếm hàng đầu về số người mắc và số người chết. Năm 1989, Bộ vẫn giành ưu tiên cho công tác thanh toán sốt rét, đặc biệt tập trung cho những vùng có ổ dịch cũ, vùng có tỉ lệ ký sinh trùng cao và những vùng có nguy cơ xảy ra dịch. Trọng tâm phân đấu vẫn là hạn chế các vụ dịch sốt rét và hạ thấp tỉ lệ tử vong do sốt rét ác tính. Trong tình hình diễn biến phức tạp của bệnh sốt rét hiện nay, Nhà nước cần có chỉ thị cho

chính quyền các cấp tăng cường chỉ đạo công tác chống sốt rét, đầu tư kinh phí, cho thực hiện đủ số biện pháp chống sốt rét tăng cường theo chỉ tiêu được duyệt và giúp ngành y tế củng cố mạng lưới chống sốt rét.

b) Chương trình tiêm chủng mở rộng — Chương trình quốc gia có cam kết quốc tế:

Năm 1989 đẩy mạnh tiêm chủng, nâng tỉ lệ ở những nơi mới đạt xung quanh 50%, duy trì và chuyển mạnh sang tiêm chủng thường xuyên ở những nơi đã đạt tỉ lệ trên 70%. Chấp nhận hình thức tiêm chủng định kỳ, coi như tiêm chủng thường xuyên. Tạm thời duy trì tiêm chủng chiến dịch ở những nơi còn nhiều khó khăn.

c) Chương trình chống các bệnh ia chảy là chương trình quốc gia:

Năm 1989, với sự giúp đỡ của UNICEF và OMS, chương trình này sẽ nhận được viện trợ khoảng gần nửa triệu đô la. Kế hoạch sẽ được mở rộng ra 37 tỉnh, 5760 xã (59% tổng số xã) bao gồm 6,2 triệu trẻ em (60% tổng số trẻ em dưới 5 tuổi) và mở rộng sử dụng ORS sớm trong điều trị dengue xuất huyết. Đầu tư thỏa đáng cho chương trình làm vắc-vin ly sống.

d) Chương trình chống các bệnh nhiễm khuẩn cấp tính đường hô hấp, phần đầu năm 1990 là chương trình quốc gia.

Ở nước ta, chương trình này đã triển khai được 4 năm. Đến cuối năm 1988, đã có 13 tỉnh thực hiện với 124 xã, bao gồm khoảng 100 000 trẻ em dưới 5 tuổi. Qua điều tra đánh giá tại các điểm của chương trình, tỉ lệ tử vong trẻ em dưới 5 tuổi về bệnh này đã hạ thấp được từ 30 — 50% so với trước. Trong năm 1989, với sự giúp đỡ của UNICEF và OMS, chương trình có thể được đầu tư khoảng 300 000 — 400 000 đô la và sẽ mở rộng 30 — 50 xã mới, với thêm 50 000 — 90 000 trẻ em dưới 5 tuổi được bảo vệ.

2. Phòng chống bệnh xã hội nhiều người mắc:

— Bệnh lao: giảm tỉ lệ lao BK (+) từ 8,8% xuống 8% năm 1988.

— Bệnh phong: Thực hiện thanh toán bệnh phong từng vùng trong cả nước, dứt điểm trên 2 tỉnh Thái Bình và Tiền Giang.

— Bệnh truyền qua đường sinh dục: Phát hiện tốt, điều trị tốt bệnh giang mai từ tỷ lệ 0,35% xuống 0,26%; bệnh lậu từ 0,21% xuống 0,17%.

— Mất hột và mù lòa: giảm tỉ lệ mất hột hoạt tính; mở rộng diện mô dực thể thủy tinh ở huyện.

— Phòng thấp tim: Phòng cấp I và phòng cấp II.

— Bệnh ung thư: Tiến hành điều tra cơ bản. Phát hiện sớm và dự phòng. Tăng cường khả năng điều trị bệnh.

3. Công tác kế hoạch hóa gia đình, giảm tiềm năng sinh đẻ, kết hợp bảo vệ bà mẹ và trẻ em

(chương trình quốc gia): Mục tiêu năm 1989 là giảm tỉ suất sinh 4‰ so với năm 1988. Tỉ lệ phát triển dân số tự nhiên là 20,2‰. Đưa tỉ lệ bảo vệ tránh thai trong số phụ nữ có chồng lên 47%.

4. Chương trình chống suy dinh dưỡng là chương trình quốc gia:

Thông qua phát triển hệ sinh thái VAC (xã hội hóa) và giáo dục dinh dưỡng để thực hiện mục tiêu tăng lượng, ca lo và cân đối hơn trong khẩu phần ăn (cải tiến bữa ăn) từ 1900 - 2300 calo. Chống thiếu hụt vitamin A và iốt ở trẻ em và bà mẹ. Không để xảy ra dịch thiếu vitamin B1.

5. Chương trình giải quyết môi sinh:

Cung cấp nước sạch, giải quyết phân để giảm bệnh lây đường ruột là bệnh phổ biến nhất ở nước ta (bại liệt, tả, thương hàn, lỵ, tả chảy). Nước ở các thành phố lớn phải được sát trùng đúng quy định. Xác định mô hình hồ xi thích hợp. Không chế côn trùng trung gian truyền các bệnh súc vật lây sang người. Cải thiện môi trường lao động, học tập. Giám sát vệ sinh thực phẩm.

6. Mở rộng dịch vụ khám chữa bệnh. Nâng cao chất lượng cấp cứu, khám chữa bệnh; gần chữa bệnh với phòng bệnh. Kết hợp Đông - Tây y trong chữa bệnh, phát triển chữa bệnh không dùng thuốc (chương trình quốc gia).

Thực hiện tốt việc thu trợ phí đúng đối tượng, đúng nguyên tắc thống nhất quán điểm trên cơ sở định hướng của Bộ y tế: Phát triển quản lý sức khỏe tại nhà theo hợp đồng; khám bệnh ngoài giờ có quản lý. Cho phép mở nhiều nhà hộ sinh tư, bệnh viện y học dân tộc tư, bệnh viện tư (với mức thuế doanh nghiệp khác nhau).

C - Những biện pháp tổng thể có tính định hướng:

1. Bồi dưỡng con người cán bộ y tế

Bằng nhiều biện pháp để cải thiện đời sống song song với giáo dục tinh thần trách nhiệm và nâng cao trình độ chuyên môn, xây dựng được mô hình người cán bộ y tế hiện đại mang tính khoa học, dân tộc, đại chúng. Sử dụng cán bộ đúng chỗ, đúng lúc, có qui hoạch và thử thách liên tục.

2. Đổi mới cơ chế kinh tế trong y tế, tạo nguồn kinh phí, sử dụng hợp lý và tiết kiệm khả năng hiện có, tận dụng viện trợ quốc tế.

Năm 1989, song song với việc thu trợ phí sẽ phát triển hình thức lập hợp đồng với các cơ sở xí nghiệp trong khu vực hoạt động của Bộ. Tổ chức chuyên đề thay đổi cơ chế kinh tế trong y tế vào tháng 6-1989 (chương trình quốc gia số 7) vì có liên quan đến nhiều cơ chế vĩ mô và nhiều bộ.

3. Tạo dựng cơ sở vật chất cho ngành, cung

cấp hóa chất phòng chống dịch, thuốc kinh phí cơ sở phòng chống bão lụt.

Trong 3 năm (1985 - 1988) giá dụng cụ y tế tăng 40 lần so với năm 1980 nên năm 1987 các cơ sở y tế chỉ mua được 20% (tính theo giá trị). Thiếu trang thiết bị là một trong những nguyên nhân quan trọng làm xuống cấp các bệnh viện. Phải giải quyết khó khăn về trang thiết bị bằng 3 hướng.

- Tiếp tục nhập những trang bị cần thiết mà trong nước chưa sản xuất được bằng tiền viện trợ, tiền chuyên gia, tiền xuất khẩu và ngoại tệ Nhà nước cấp.

- Ngành y tế tự sản xuất một số dụng cụ thông thường, dụng cụ cho sinh đẻ có kế hoạch... có nhu cầu cấp bách mà các ngành chưa sản xuất.

- Tranh thủ các ngành, kể cả các HTX sản xuất các mặt hàng y tế bằng kim loại, sắt tráng men, thủy tinh, cao su, chất dẻo... từ những trang bị thông thường cho y tế phổ cập tiến dần đến sản xuất, lắp ráp một số máy điện tử y tế, X quang, siêu âm...

Với phương châm tận dụng nguồn vốn và năng lực của cả trung ương và địa phương, ngoài phân trách nhiệm của Bộ, các sở cần chủ động có kế hoạch liên kết với các ngành, nâng cao khả năng tự lực của địa phương giải quyết trang thiết bị và thuốc.

Mục tiêu của vấn đề thuốc là dù trong hoàn cảnh nào cũng phải đảm bảo tối thiểu thuốc phòng chống dịch, thuốc cho bệnh xã hội, thuốc sinh đẻ kế hoạch, thuốc cho cấp cứu... Tiếp tục đẩy mạnh công tác được liệu để phục vụ trong nước, hợp tác quốc tế và xuất khẩu. Cải tiến việc phân phối, sản xuất theo qui định đổi mới của HĐBT, giảm bớt cấp trung gian, sản xuất theo hợp đồng, kế hoạch xây dựng từ cơ sở.

4. Chuẩn bị tốt chuyên đề đào tạo - nghiên cứu khoa học vào qui IV năm 1989.

Chuyển dần cơ chế bao cấp trong đào tạo sang cơ chế hợp đồng. Thực hiện đào tạo theo địa chỉ và định hướng. Cán bộ ra trường phải có kiến thức cơ bản để tự học và đủ khả năng thực hành kỹ thuật, biết y xã hội học và y học cộng đồng, kết hợp được đông - tây y trong một con người thực hành.

Nội dung công tác nghiên cứu khoa học là thực hiện 4 chương trình cấp Nhà nước: 64 B (chống bệnh nhiễm khuẩn), 64 C (Tạo nguyên liệu làm thuốc); 64 D (Chương trình bữa ăn); 64 A (Chương trình khắc phục hậu quả chiến tranh) và 5 chương trình cấp Bộ: Chương trình y học lao động; Chương trình kết hợp y học cổ truyền và y học hiện đại; Chương trình phòng chống bệnh tim mạch I và II; Chương trình sản xuất dụng cụ y tế; Chương trình y học hạt nhân.

(Xem tiếp trang 43)

hợp của cơ thể với bệnh tật cụ thể của li liệu hiện đại kém hơn của châm cứu xoa bóp.

Phương pháp dùng thuốc cổ truyền đã dùng toàn bộ dược liệu hoặc dịch chiết toàn phần của nó để duy trì cân bằng (giữ sức khỏe) điều hòa lại cân bằng (khi có rối loạn) hoặc lập lại cân bằng (khi cân bằng bị phá vỡ — có bệnh). Cách dùng này một mặt nâng sức chống đỡ của cơ thể, một mặt giải quyết yếu tố gây bệnh. Muốn đạt kết quả, phải chữa từng người bệnh cụ thể. Khi dùng toàn bộ dược liệu hoặc dùng dịch chiết toàn phần của nó, là đã dùng tất cả cái gì có trong dược liệu đó. Có thể có các hoạt chất đã biết và chưa biết, yếu tố vi lượng, yếu tố sinh học, muối khoáng, vitamin, chất nội tiết, tố chức xơ... Các cấu trúc hóa học tự nhiên, nồng độ thấp, dễ được cơ thể hấp thu và ít gây tai biến, biến chứng hoặc tác dụng phụ. Vì nhiều dược liệu cùng tham gia nên thuốc thường phát huy tác dụng cộng đồng, đa dạng. Cách dùng thuốc của YHHD nghiêng về giải quyết nguyên nhân cụ thể hoặc cơ chế sinh bệnh cụ thể và dùng thuốc chế bằng từng hoạt chất chiết từ dược liệu hoặc tổng hợp hóa học, thuốc kháng sinh, thuốc nội tiết, sinh tố, muối khoáng, yếu tố vi lượng. Tuy lượng dùng ít nhưng nồng độ cao và có thể vào thẳng cơ thể không qua hấp thụ, nên tác dụng chủ yếu là tích lũy ở nồng độ nhất định, tác dụng nhanh, mạnh có khi tức thời, song có nhiều tác dụng phụ. Và nếu dùng không đúng thì dễ gây biến chứng, tai biến làm nhiều người sử dụng lo sợ.

Phương pháp nắn bó gãy xương cổ truyền được tiến hành trên nguyên tắc: cố định đoạn xương gãy, giải phóng hai khớp trước và sau ở gãy để có thể vận động sớm chi gãy. Tất cả nhằm tăng nhanh quá trình hấp thu ở máu tụ, quá trình liền xương, sớm phục hồi chức năng

của chi gãy. Hiện nay gọi nguyên tắc đó là kết hợp vận động và yên tĩnh. Với phương pháp bó bột, YHHD đã tiến hành nắn bó xương gãy trên nguyên tắc cố định cả đoạn xương gãy lẫn hai khớp trên và dưới ở gãy. Nói khác đi, đã coi trọng yếu tố tĩnh và hy sinh yếu tố động mong tạo điều kiện để hai đoạn xương gãy không di lệch do vận động, coi đó là tiền đề cho quá trình hấp thu ở máu tụ và quá trình liền xương. Do bị cố định lâu, nên hai khớp trên và dưới ở gãy dễ bị cứng lại. Vì vậy cần có giai đoạn phục hồi chức năng cho các khớp đó.

Qua nội dung của lý luận và nguyên lý của các phương pháp phòng bệnh và chữa bệnh của YHCT Việt Nam, ta có thể đi đến nhận xét là YHCT Việt Nam nghiêng về y học chức năng, đi vào quy luật các hiện tượng của sự sống, sức khỏe, bệnh tật. Còn YHHD nghiêng về y học giải phẫu trên cơ sở đó từng bước đi vào quy luật bản chất của sự sống, sức khỏe, bệnh tật. YHCT Việt Nam giúp con người sống thuận theo quy luật thiên nhiên, còn YHHD giúp thêm con người cải tạo con người. YHCT Việt Nam và YHHD đều có cái mạnh riêng của mình. Nếu kết hợp được hai cái mạnh đó, thì sẽ vừa giúp con người sống thuận theo quy luật thiên nhiên, vừa cải tạo được bản thân mình. Và đó là mục tiêu của nền y học Việt Nam tương lai.

Với sự phát triển của KHKT hiện đại, với sự vận dụng tốt những tiến bộ KHKT vào cả YHCT Việt Nam và YHHD, với sự vận dụng tốt các phương pháp của YHCT Việt Nam và YHHD vào mục tiêu bảo vệ sự sống, cải tạo nòi giống, bảo vệ sức khỏe, phòng bệnh và chữa bệnh ngày càng có hiệu quả, tất yếu sẽ hình thành cơ sở khoa học cho nền y học kết hợp YHCT và YHHD — nền y học Việt Nam tương lai.

Biên tập: Nguyễn Chân Giác

MỘT SỐ NÉT LỚN TRONG...

(Tiếp theo trang 15)

5. Xây dựng hệ thống tổ chức gọn nhẹ, hợp lý, giảm đầu mối, giảm biên chế; có hiệu quả, cải tiến lề lối làm việc, thực hiện qui hoạch cán bộ.

Củng cố y tế cơ sở xã, phường, huyện, quận để thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu, thực các chương trình trọng điểm (Chương trình quốc gia 8). Củng cố phòng khám đa khoa khu vực đúng nghĩa, kết hợp 300 cụm kế hoạch hóa gia đình. Tổ chức quầy đại lý thuốc tại phường, xã. Xây dựng mô hình trung tâm y học huyện (đã có 5 tỉnh triển khai toàn tỉnh: Hà Nội, Hải Phòng, Hoàng Liên Sơn, Hậu Giang, Lâm Đồng) nhằm tập trung và sử dụng có hiệu quả hơn lực

lượng cán bộ phòng bệnh, chữa bệnh, kết hợp được kỹ thuật với phong trào, nội trú với ngoại trú trong chỉ đạo tuyến xã phường đồng thời phát huy được khả năng các trang bị chuyên môn của huyện.

Tình hình kinh tế đất nước tuy đã có những đổi mới về cơ chế nhưng năm 1989 chưa thể có chuyển biến vượt hẳn lên, giảm bội chi ngân sách. Vì vậy, vấn đề tạo nguồn kinh phí, chọn hướng đầu tư, tận dụng tiềm năng hiện có, đánh giá hiệu quả và chi phí phải là mối quan tâm hàng đầu của toàn ngành.

Biên tập: Nguyễn Chân Giác