

BỘ Y TẾ

BÁO CÁO THUYẾT MINH

**CHIẾN LƯỢC PHÁT TRIỂN HỆ THỐNG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG
GIAI ĐOẠN 2022-2030, TẦM NHÌN NĂM 2050**

(Dự thảo họp Ban soạn thảo ngày 07.4.2022)

Hà Nội, tháng 04 năm 2022

BÁO CÁO THUYẾT MINH

CHIẾN LƯỢC QUÔPHÁT TRIỂN HỆ THỐNG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GIAI ĐOẠN 2022-2030, TẦM NHÌN NĂM 2050

I. SỰ CẦN THIẾT VÀ CĂN CỨ XÂY DỰNG CHIẾN LƯỢC

1. *Khái niệm và sự cần thiết*

1.1 *Khái niệm Phục hồi chức năng*

Phục hồi chức năng (PHCN) là một tập hợp các can thiệp, bao gồm các phương pháp y học, kỹ thuật phục hồi chức năng, công nghệ trợ giúp, biện pháp giáo dục, hướng nghiệp, xã hội và cải thiện môi trường, để người bệnh và người khuyết tật (sau đây gọi chung là người bệnh) phát triển, đạt được, duy trì tối đa hoạt động chức năng, phòng ngừa và giảm khuyết tật phù hợp với môi trường sống của họ.

Tầm quan trọng của PHCN:

PHCN giúp mang lại kết quả sức khỏe tốt hơn, ngăn ngừa các biến chứng và giảm tỷ lệ tái nhập viện. Đồng thời PHCN còn đóng góp hữu hiệu trong việc giúp nâng cao hiệu quả của các can thiệp y tế và phẫu thuật. Đặc biệt, PHCN đảm bảo đáp ứng các quyền của người khuyết tật. Người khuyết tật gặp phải những hạn chế về hoạt động nên dụng cụ PHCN (bao gồm: Dụng cụ chỉnh hình, dụng cụ thay thế và dụng cụ trợ giúp) là những dịch vụ y tế đặc biệt quan trọng đối với họ, giúp họ được thụ hưởng cuộc sống có chất lượng hơn, được tiếp cận với nhiều quyền lợi hơn. PHCN mang lại sức khỏe và giúp hòa nhập xã hội tốt hơn, giúp mọi người được tiếp tục học tập, làm việc từ đó đem lại lợi ích thiết thực cho cá nhân, gia đình, cộng đồng và xã hội. Bởi vậy PHCN là một khía cạnh không thể thiếu trong quyền được chăm sóc sức khỏe. Đồng thời PHCN cũng cần được xác định là hoạt động đầu tư vào nhân lực và vốn xã hội để góp phần phát triển kinh tế, xã hội bền vững.

Nguyên tắc của PHCN:

PHCN phải bao trùm nhiều lĩnh vực khác nhau liên quan đến sức khỏe và chức năng, bao gồm: PHCN thể chất, PHCN tâm thần, PHCN xã hội.

PHCN dành cho mọi người bệnh, cần phải phải được thực hiện trong tất cả các giai đoạn chăm sóc điều trị cấp tính, bán cấp tính và dài hạn với các độ tuổi từ trẻ sơ sinh đến người cao tuổi. Can thiệp PHCN tập trung chủ yếu vào việc cải thiện chức năng của một cá nhân và giảm thiểu khuyết tật nên phải lấy người bệnh làm trung tâm để cung cấp dịch vụ phù hợp đồng thời phải xác định rõ ràng về mục tiêu, kết quả đạt được trong khoảng thời gian nhất định.

PHCN là một hình thức CSSK tích hợp cao trong đó trong đó hầu hết các hoạt động PHCN được thực hiện đồng thời, gắn liền với các dịch vụ y tế khác như: Chỉnh hình, Thần kinh, Tim mạch, Nhi khoa, Sức khỏe Tâm thần ...

Phục hồi chức năng bao gồm cả dụng cụ hỗ trợ PHCN là một phần trong danh mục chi trả của Bảo hiểm y tế cùng với các dịch vụ dự phòng, điều trị và có những đặc thù riêng

Nhân lực cung cấp dịch vụ PHCN cần phải đa ngành với sự phối kết hợp chặt chẽ giữa các chuyên gia thuộc nhiều lĩnh vực như: Vật lý trị liệu, vận động Trị liệu, ngôn ngữ Trị liệu, Chỉnh hình - PHCN, Tâm lý học, Công tác xã hội...

Phát triển PHCN tại tuyến CSSKBD là giải pháp cơ bản để đáp ứng được nhu cầu PHCN ngày càng gia tăng. PHCN có thể được tích hợp vào các dịch vụ ngoài các dịch vụ y tế thông thường. PHCN được thực hiện trong các trường học, trong các trung tâm sinh hoạt hàng ngày hoặc các cơ sở sinh hoạt dựa vào cộng đồng, các cơ sở CH – PHCN và các Trung tâm Cai nghiện ma túy...

1.2 Sự cần thiết xây dựng chiến lược

Phục hồi chức năng là một trong 5 trụ cột của nền y tế quốc gia, là một chuyên ngành cơ bản cần phải được đáp ứng phù hợp với nhu cầu của người bệnh và người khuyết tật cần phải có chiến lược và kế hoạch để có cơ sở cho việc triển khai các nhiệm vụ cụ thể...

Vai trò của phục hồi chức năng trong hệ thống y tế, chăm sóc sức khỏe cộng đồng:

- *Phục hồi chức năng giúp mang lại kết quả sức khỏe tốt hơn*, vượt ra ngoài chẩn đoán và chăm sóc y tế cấp tính, ngăn ngừa các biến chứng và giảm tỷ lệ tái nhập viện. Phục hồi chức năng đóng góp hữu hiệu trong việc giúp nâng cao hiệu quả của các can thiệp y tế và phẫu thuật.

- *PHCN đảm bảo đáp ứng các quyền của người khuyết tật*. Người khuyết tật gặp phải những hạn chế về hoạt động, dụng cụ trợ giúp và PHCN là những dịch vụ y tế đặc biệt quan trọng đối với họ, giúp họ thụ hưởng được nhiều quyền lợi hơn.

- *PHCN mang lại sức khỏe và hòa nhập xã hội tốt hơn*, giúp mọi người tiếp tục học tập, làm việc ..., mang lại lợi ích cho cá nhân, gia đình, cộng đồng và xã hội. PHCN là hoạt động đầu tư vào nhân lực và vốn xã hội để góp phần phát triển sức khỏe, kinh tế và xã hội.

- *PHCN là một khía cạnh không thể thiếu của quyền được chăm sóc sức khỏe*.

Ngành phục hồi chức năng giữ một vị trí quan trọng trong hệ thống y tế và có nhiều nét đặc thù trong việc tổ chức triển khai các hoạt động, có liên quan đến nhiều ngành, lĩnh vực khác nhau. Tuy nhiên, cơ chế pháp lý còn chưa đầy đủ, đồng bộ nên việc xây dựng Chiến lược phát triển tổng thể là hết sức cần thiết.

Hiện nay, nhu cầu PHCN ở Việt Nam ngày càng tăng trong bối cảnh nguồn lực cung cấp dịch vụ còn nhiều hạn chế, bất cập: mạng lưới các cơ sở Chỉnh hình – PHCN phân tán trực thuộc nhiều bộ ngành, thiếu cơ chế kết nối, phối hợp và kiểm soát chất lượng; nhân lực chưa đảm bảo cả về số lượng và chất lượng; điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị chậm được cải thiện; khả năng cung cấp dụng cụ trợ giúp cũng như danh mục các dịch vụ kỹ thuật tại các tuyến còn hạn hẹp, người khuyết tật còn gặp nhiều khó khăn trong chi trả. Do đó, việc xây dựng Chiến lược Quốc

gia để phát triển đồng bộ lĩnh vực PHCN thích ứng với nhu cầu trong thời gian tới là một yêu cầu cấp thiết, có cơ sở pháp lý và phù hợp với bối cảnh hiện nay.

Phục hồi chức năng (PHCN) là quá trình trợ giúp cho người bệnh bằng các phương pháp tiếp cận đa ngành giúp người bệnh giảm thiểu tối đa ảnh hưởng của khuyết tật, có cơ hội bình đẳng tham gia các hoạt động xã hội và hòa nhập cộng đồng. Vì vậy PHCN là một trong 4 hợp phần của dịch vụ y tế, bao gồm: Nâng cao sức khỏe; dự phòng; điều trị, PHCN và chăm sóc giảm nhẹ.

PHCN có vai trò quan trọng trong bối cảnh già hóa dân số và ngày càng gia tăng về các bệnh mãn tính, bệnh không lây nhiễm (NCD) và tai nạn thương tích ở nước ta. Phát triển PHCN là điều kiện cần thiết để thực hiện thành công bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân và các Mục tiêu Phát triển bền vững – SDG mà Việt Nam đã cam kết thực hiện với cộng đồng quốc tế.

Do tầm quan trọng của PHCN, những năm gần đây nhiều đường lối, chủ trương của Đảng và chính sách của nhà nước về phát triển PHCN đã được ban hành trong đó có Kế hoạch Quốc gia về phát triển PHCN giai đoạn 2014 - 2020. Hệ thống PHCN ở nước ta nhờ vậy mà đã ngày càng được cải thiện, khả năng cung cấp dịch vụ ngày càng được tăng cường mặc dù vậy mới chỉ đáp ứng được một phần nhỏ so với nhu cầu trong thực tế. Dịch vụ PHCN còn nghèo nàn đặc biệt là tại tuyến y tế cơ sở. Tỷ lệ người bệnh được tiếp cận với dịch vụ PHCN phù hợp còn thấp, mới chỉ đạt khoảng >40% trong khi nhu cầu về PHCN sẽ tiếp tục gia tăng trong thời gian sắp tới do mô hình bệnh tật ở đang ở giai đoạn chuyển đổi với đa gánh nặng về các bệnh mãn tính, bệnh không lây và chấn thương không chủ định. Ước tính cả nước sẽ có >30 triệu người cần được PHCN trong đó tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn so với nam, tập trung nhiều hơn ở độ tuổi 50 – 59 và nhiều nhất thuộc với nhóm mắc bệnh rối loạn cơ xương khớp ...

Hiện nay, nhu cầu PHCN ở Việt Nam ngày càng gia tăng trong bối cảnh khả năng cung cấp dịch vụ còn nhiều hạn chế, bất cập. Mạng lưới các cơ sở Chính hình – PHCN phân tán trực thuộc nhiều bộ ngành, thiếu cơ chế kết nối, phối hợp trong kiểm soát chất lượng dịch vụ. Nhân lực chưa đảm bảo cả về số lượng, cơ cấu và chất lượng. Điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị chậm được cải thiện. Khả năng cung cấp dụng cụ trợ giúp cũng như danh mục các dịch vụ kỹ thuật tại các tuyến còn hạn hẹp, người bệnh, người khuyết tật còn gặp nhiều khó khăn trong chi trả nên còn bị hạn chế về khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ ...

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), để tăng cường khả năng cung cấp dịch vụ PHCN, cần thiết phải có một chiến lược PHCN đồng hành cùng các chiến lược y tế khác, bao gồm nâng cao sức khỏe, phòng ngừa, điều trị và chăm sóc giảm nhẹ. Đây là một cấu phần cơ bản của các dịch vụ y tế, không thể thiếu trong quá trình hiện thực hóa bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân¹

Việc xây dựng Chiến lược Quốc gia về PHCN để phát triển đồng bộ lĩnh vực PHCN thích ứng với nhu cầu ngày càng tăng trong thời gian tới là rất cần thiết.

2. Căn cứ pháp lý

- Văn bản quy phạm pháp luật:

¹ WHO <http://www.who.int/new-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage> (UHC)

Luật Khám bệnh, chữa bệnh trong đó có quy định về tổ chức và hoạt động chuyên môn về phục hồi chức năng

Luật Bảo hiểm y tế trong đó có quy định về thanh toán bảo hiểm y tế cho dịch vụ phục hồi chức năng

Luật người khuyết tật trong đó có quy định đối tượng và ưu tiên trong khám bệnh, chữa bệnh đối với người khuyết tật

- Đường lối, chủ trương của Đảng:

Chỉ thị 43/2015-CT/TW ngày 14/5/2015 về tăng cường sự lãnh đạo của Đảng đối với công tác giải quyết hậu quả chất độc hóa học do Mỹ sử dụng trong chiến tranh Việt Nam.

- Nghị quyết 20-NQ/TW về tăng cường sự lãnh đạo của Đảng đối với công tác bảo vệ chăm sóc nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới đã xác định: *“Phát triển hệ thống khám chữa bệnh, phục hồi chức năng hoàn chỉnh ở từng tỉnh, thành phố trực thuộc TW”*

- Chỉ thị 39/2019-CT/TW ngày 1 tháng 11 năm 2019 của Ban Bí thư về tăng cường sự lãnh đạo của Đảng đối với công tác người khuyết tật.

Chính sách của nhà nước

- Luật Khám bệnh, chữa bệnh, 2009
- Luật Người khuyết tật, 2010
- Quyết định số 753/QĐ-TTg ngày 03 tháng 6 năm 2020 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Kế hoạch tổ chức thực hiện Chỉ thị số 39-CT/TW ngày 1 tháng 11 năm 2019 của Ban Bí thư Trung ương Đảng Khóa XII về tăng cường sự lãnh đạo của Đảng đối với công tác người khuyết tật đã giao nhiệm vụ cho Bộ Y tế: *“Chủ trì, phối hợp với các bộ, ngành có liên quan và địa phương xây dựng chiến lược, quy hoạch phát triển hệ thống các cơ sở phục hồi chức năng để thực hiện chăm sóc sức khỏe, phục hồi chức năng đối với người khuyết tật giai đoạn 2021 - 2030 và tầm nhìn 2050, báo cáo Thủ tướng Chính phủ xem xét, phê duyệt”*.

II. BỐI CẢNH VÀ THỰC TRẠNG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

1. Thực trạng PHCN ở Việt Nam

1.1 Về hành lang pháp lý

Có khoảng 40 văn bản quy phạm pháp luật có liên quan đến PHCN. Đây là nền tảng pháp lý vững chắc cho việc định hướng phát triển PHCN trong thời gian tới. Trong số này có một số văn bản quan trọng quy định trực tiếp đối với các thành tố của PHCN. Cụ thể như sau:

Luật Khám bệnh , chữa bệnh (số 40/2009/QH12 ngày 23 tháng 11 năm 2009) khẳng định PHCN là một phương pháp điều trị.

✓ Thông tư 46/2013/TT-BYT của Bộ Y tế quy định về chức năng, nhiệm vụ và cơ cấu tổ chức của cơ sở PHCN;

✓ Thông tư 43/2013/TT-BYT và Thông tư số 21/2017/TT-BYT sửa đổi, bổ sung Thông tư số 43/2013/TT-BYT của Bộ Y tế quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở KCB trong đó có PHCN;

✓ Quyết định 4039/QĐ-BYT ngày 06 tháng 10 năm 2014 ban hành Kế hoạch Quốc gia về phát triển PHCN giai đoạn 2014 - 2020.

1.2 Về tổ chức mạng lưới

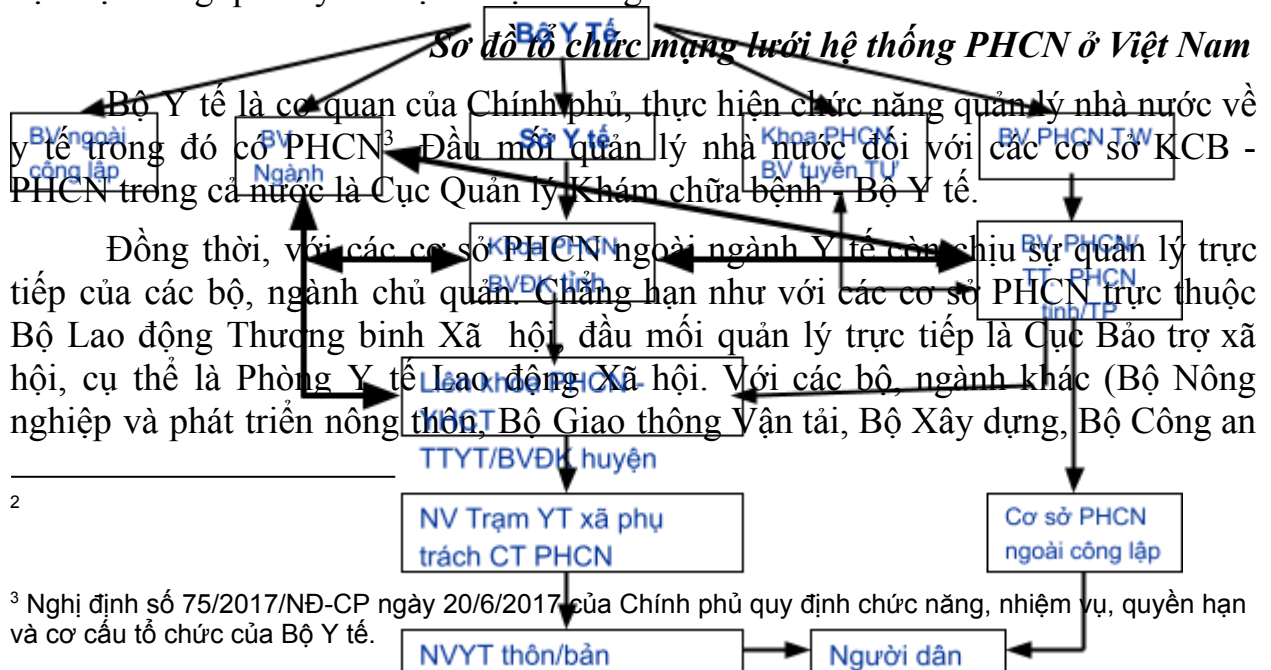
Về tổ chức mạng lưới

Mạng lưới các cơ sở KCB –PHCN ở nước ta được tổ chức theo phân cấp của các đơn vị hành chính với 4 tuyến: Trung ương, tỉnh huyện và xã trong đó tuyến huyện và tuyến xã được xác định là tuyến y tế cơ sở thực hiện nhiệm vụ CSSK ban đầu.

Theo Niên giám Thống kê Y tế năm 2018, cả nước có 13.754 cơ sở KCB có giường bệnh với 341.403 giường bệnh. Trong số này có 47 BV tuyến TƯ với 31.436 GB, 470 BV tuyến tỉnh với 138.780 GB, 947 BV/TTYT huyện với 94.045 GB, 11.100 Trạm YT xã với 46.965 GB, 755 cơ sở KCB với 9.055 GB thuộc các bộ, ngành (không kể của Quân đội) và 228 bệnh viện ngoài công lập với 21.122 GB.

Về mạng lưới các cơ sở cung cấp dịch vụ PHCN, đến năm 2020; tại tuyến trung ương có 1 BV Điều dưỡng PHCN và 100% các BV Đa khoa, 66% các BV chuyên khoa đã thành lập Khoa hoặc Trung tâm PHCN. Tại tuyến tỉnh có 28 BV PHCN/Điều dưỡng – PHCN, 10 BV Y học Cổ truyền – PHCN, và 71% BV Đa khoa, 47,4% BV chuyên khoa đã thành lập Khoa PHCN. Tại tuyến huyện, có 97,9% các cơ sở KCB đã thành lập Tổ/Khoa/Đơn nguyên về PHCN. Tại tuyến xã, có 90,5% có nhân viên phụ trách PHCN tại Trạm YT xã tuy nhiên chỉ có 72,6% số họ được tập huấn về PHCN²

Ngoài ra còn có 25 BV PHCN/TTPHCN thuộc các bộ, ngành khác như: Bộ Lao động Thương binh Xã hội, Bộ Nông nghiệp và phát triển nông thôn, Bộ Xây dựng, Bộ Giao thông Vận tải, ... Chẳng hạn như với Bộ Lao động Thương binh Xã hội hiện đang quản lý 14 Bệnh viện/Trung tâm Chỉnh hình – PHCN.



...), các bệnh viện PHCN/Trung tâm PHCN thường chịu sự quản lý trực tiếp của một đầu mối là Sở Y tế hoặc Cục Y tế/Trung tâm Y tế trực thuộc Bộ.

Có thể thấy mạng lưới các cơ sở PHCN ở nước ta được phát triển thiếu đồng bộ cả ở trong và ngoài ngành Y tế. Tại tuyến y tế cơ sở và tại tuyến tỉnh của nhiều địa phương trong cả nước; PHCN gắn kết với Y học Cổ truyền, cản trở sự phát triển PHCN toàn diện theo cách tiếp cận đa ngành và liên ngành. Không chỉ thế, các cơ sở PHCN ngoài ngành Y tế hiện đang duy trì hoạt động cung cấp dịch vụ tương đối độc lập; thiếu sự liên kết, hỗ trợ nâng cao năng lực và kiểm soát chất lượng của các cơ quan quản lý nhà nước về y tế trên địa bàn.

□ *Về quản lý, điều hành và phối hợp thực hiện:*

Kế hoạch Quốc gia PHCN giai đoạn 2014 – 2020 được ban hành đã thể hiện sự cam kết chính trị đối với sự phát triển về PHCN trong thời gian qua tuy nhiên phạm vi tác động mới chỉ dừng trong phạm vi ngành Y tế nên chỉ có khoảng 1/3 số tỉnh/TP trong cả nước có xây dựng văn bản hướng dẫn triển khai thực hiện Kế hoạch⁴.

Ngành Y tế đã bước đầu thiết lập được sự liên kết giữa các cơ sở PHCN thuộc các tuyến trong ngành thông qua việc xác lập và duy trì thường xuyên hoạt động chỉ đạo tuyến song vẫn còn nhiều hạn chế, bất cập. Việc phát huy vai trò quản lý nhà nước về chuyên môn nghiệp vụ của ngành Y tế đối với các cơ sở PHCN thuộc các bộ, ngành khác còn mờ nhạt. Các cơ sở PHCN trong từng bộ, ngành hiện đang tồn tại độc lập, thiếu sự liên kết, phối hợp.

Bộ Y tế và Bộ Lao động Thương binh Xã hội cũng đã ký kết Chương trình số 1883/CTR -BLĐTBXH-BYT về sự phối hợp tăng cường công tác bảo vệ chăm sóc nâng cao sức khỏe nhân dân và công tác dân số trong tình hình mới giai đoạn 2018 – 2021 trong đó quy định cụ thể nhiệm vụ của từng Bộ. Mặc dù vậy vẫn còn thiếu kế hoạch triển khai chi tiết kèm theo kinh phí thực hiện.

Báo cáo cập nhật hàng năm về thực trạng hoạt động và kết quả PHCN ở Việt Nam chưa được cập nhật thường xuyên, đầy đủ nên không sẵn có⁵.

1.3 Về nhân lực PHCN

□ *Cơ cấu chức danh chuyên môn PHCN*

Các chức danh chuyên môn PHCN được quy định tại Thông tư 46/2013/TT-BYT, bao gồm: Bác sĩ chuyên khoa PHCN, Cử nhân kỹ thuật Y học (cử nhân Vật lý trị liệu, cử nhân Hoạt động trị liệu, cử nhân Âm ngữ trị liệu), Kỹ thuật viên Y (KTV Vật lý trị liệu, KTV Hoạt động trị liệu, KTV Âm ngữ trị liệu) và Kỹ thuật viên Dụng cụ chỉnh hình. Tuy nhiên hiện chưa có quy định chi tiết để định danh cụ thể cho từng chức danh chuyên môn với từng chuyên ngành trong lĩnh vực PHCN nhằm đảm bảo cách tiếp cận đa ngành trong cung cấp dịch vụ PHCN. Bên cạnh đó việc xếp các trình độ đào tạo khác nhau cùng vào một chức danh chuyên môn là Kỹ thuật viên như nhau (đào tạo chuyên ngành PHCN 3 năm và người có trình độ trung cấp chuyên ngành khác cũng giống như người được đào

⁴, Báo cáo Đánh giá tình hình thực hiện Kế hoạch Quốc gia về PHCN giai đoạn 2014 – 2020.

⁵18, Báo cáo Đánh giá hệ thống PHCN nước CHXHCN Việt Nam

tạo 3 tháng về PHCN) có thể làm ảnh hưởng đến chất lượng nguồn nhân lực cung cấp các kỹ thuật PHCN.

Theo Kế hoạch Quốc gia về PHCN giai đoạn 2014 – 2020, đến năm 2020 có 85% các Bệnh viện PHCN của cả nước (tuyến TƯ và tuyến tỉnh) có đủ cơ cấu chức danh chuyên môn theo quy định tại Thông tư số 46/2013/TT-BYT song trong thực tế hiện chưa có bệnh viện nào có đủ cơ cấu các chức danh chuyên môn. Kỹ thuật viên Dụng cụ chỉnh hình là chức danh chuyên môn hiện đang thiếu hụt nghiêm trọng, tiếp đến là KTV Ngôn ngữ trị liệu, KTV Hoạt động trị liệu, Cử nhân Ngôn ngữ trị liệu ... Theo số liệu thống kê chưa đầy đủ từ các Bệnh viện PHCN trong cả nước (22 BV gửi số liệu/tổng số 39 bệnh viện), trung bình 1 bệnh viện có 7,6 bác sỹ PHCN (cao nhất là 25, thấp nhất là 2)⁶.

□ *Số lượng nhân lực PHCN hiện có*

Trên phạm vi cả nước, hiện chưa có số liệu chính thức, phản ánh chính xác số lượng nhân lực của lĩnh vực PHCN. Theo số liệu của Hội PHCN Việt Nam hiện có khoảng 4.000 hội viên và theo số liệu của Cục Quản lý KCB, Bộ Y tế đã có khoảng 2.431 người được cấp Chứng chỉ cung cấp dịch vụ PHCN⁷. Như vậy tại thời điểm hiện nay, theo số lượng người được cấp Chứng chỉ hành nghề về PHCN, với quy mô dân số cả nước khoảng 97 triệu người thì bình quân Việt Nam chỉ có 0,25 nhân lực PHCN/10.000 dân, thấp hơn so với định mức theo khuyến cáo của WHO (0,5 – 1/10.000 dân). Để đạt được mức trung bình theo khuyến cáo của WHO (0,75/10.000), Việt Nam hiện còn thiếu khoảng 4.850 nhân lực có chuyên môn được đào tạo về PHCN, nhiều gấp 2 lần so với số lượng nhân lực được cấp Chứng chỉ hành nghề hiện có.

Bởi vậy, đa số các cơ sở PHCN trong cả nước đều đang có nhu cầu được bổ sung nhân lực là bác sỹ PHCN (85% số bệnh viện có báo cáo), tiếp đến là cử nhân kỹ thuật PHCN (75%), kỹ thuật Y về Hoạt động trị liệu (65%) ...⁸

□ *Đào tạo nhân lực PHCN:*

Để triển khai thực hiện Kế hoạch Quốc gia về PHCN và tăng cường khả năng tiếp cận cho người dân cũng như đáp ứng các yêu cầu về thanh toán BHYT đối với các dịch vụ PHCN; Việt Nam đã phát triển mạng lưới đa ngành và đa tầng trong cung cấp các loại hình đào tạo về PHCN, bao gồm:

- Đào tạo chính quy tại các trường đại học, cao đẳng và trường dạy nghề
- Các khóa đào tạo chuyên khoa cơ bản về PHCN (với thời gian đào tạo khác nhau: 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 1 năm ...) tại các cơ sở được Bộ Y tế công nhận
- Các khóa đào tạo nhằm mở rộng phạm vi hành nghề cho các bác sỹ y khoa để cung cấp dịch vụ PHCN (thời gian đào tạo khác nhau).

Hoạt động đào tạo nhân lực PHCN hiện đang chịu sự quản lý của 3 bộ, đó là: Bộ LĐTBXH quản lý các chương trình đào tạo nghề ở bậc cao đẳng (3 năm),

⁶ Báo cáo Đánh giá tình hình triển khai thực hiện Kế hoạch Quốc gia về PHCN giai đoạn 2014 - 2020

⁷ Báo cáo Đánh giá hệ thống PHCN nupwsc CHXHCN Việt Nam.

⁸ Báo cáo Đánh giá tình hình thực hiện Kế hoạch Quốc gia về PHCN giai đoạn 2014 - 2020

trung cấp (2 năm) và sơ cấp (từ 3 tháng đến 1 năm). Bộ GDĐT: quản lý các chương trình đào tạo ở bậc đại học, thạc sĩ và tiến sĩ và Bộ Y tế: quản lý các chương trình đào tạo bác sĩ chuyên khoa I, bác sĩ chuyên khoa II, bác sĩ nội trú, đào tạo y khoa liên tục...

Cả nước hiện có 3 cơ sở đào tạo BS chuyên khoa PHCN (Đại học Y Hà Nội, Đại học Y Dược Huế, Đại học Y Dược, TP. Hồ Chí Minh) với số lượng ước tính khoảng gần 100 người/năm. Ngoài ra còn có 6 cơ sở đào tạo trình độ cử nhân về PHCN với số lượng tuyển sinh hàng năm là 430 người, 10 cơ sở đào tạo trình độ cao đẳng về PHCN với số lượng tuyển sinh hàng năm là 650 người cùng với 13 cơ sở đào tạo kỹ thuật viên PHCN trình độ trung cấp với số lượng tuyển sinh là 3.458 người⁹.

Về đào tạo liên tục PHCN, theo Kế hoạch Quốc gia về PHCN giai đoạn 2014 – 2020, 100% các bệnh viện PHCN và Bệnh viện Đa khoa tuyển TU, tuyển tỉnh thuộc ngành Y tế và thuộc các ngành khác phải triển khai hoạt động này song trong thực tế mới chỉ có các BV Đa khoa và chuyên khoa trực thuộc Bộ Y tế đáp ứng được. Tỷ lệ đáp ứng đối với BV Đa khoa, BV chuyên khoa tuyển tỉnh chỉ đạt khoảng 77,3%. Các bệnh viện ngành hầu như chưa triển khai được hoạt động đào tạo liên tục về PHCN¹⁰

Tỷ lệ lãnh đạo các BV PHCN và lãnh đạo các BV có Khoa PHCN được đào tạo về quản lý bệnh viện đạt 88,6% và 95,5%; thấp hơn so với chỉ tiêu mong đợi theo Quyết định số 4039/QĐ – BYT (100%)¹¹

□ *Sử dụng nhân lực PHCN:*

Tính đến tháng 11/2019, có 2.431 Chứng chỉ hành nghề PHCN đã được cấp cho các cá nhân trong số đó có 1.721 kỹ thuật viên. Trong thực tế còn nhiều nhân lực PHCN chưa được cấp Chứng chỉ hành nghề nhất là tại các cơ sở PHCN do các bộ, ngành quản lý trong khi Luật Khám bệnh, chữa bệnh quy định phải có Chứng chỉ hành nghề mới được phép cung cấp dịch vụ.

Nhân lực PHCN chủ yếu tập trung ở các cơ sở KCB – PHCN tuyển TU và tuyển tỉnh. Tại tuyến y tế cơ sở (huyện và xã) nhân lực được đào tạo về PHCN còn rất hạn chế và thường gắn liền với Y học Cổ truyền.

1.4 Về cơ sở vật chất, trang thiết bị

Về diện tích, Bộ Y tế đã ban hành quy định về điều kiện cấp phép hoạt động KCB cho Phòng Khám, Phòng Trị liệu về PHCN tại Thông tư số 41/2011/TT-BYT tối thiểu là 20m². Tuy nhiên hiện chưa có quy định về danh mục trang thiết bị PHCN theo phân tuyến chuyên môn kỹ thuật cho từng tuyến.

Đa số các bệnh viện từ tuyến TU đến tuyển tỉnh, tuyển huyện đều đã được đầu tư xây dựng cơ sở hạ tầng và được trang bị các trang thiết bị chuyên môn tương đối đồng bộ. Các Trung tâm/Khoa/Tổ PHCN được thiết kế phù hợp với công

⁹ Báo cáo Đánh giá Hệ thống PHCN nước CHXHXNVN

¹⁰, 24. Báo cáo Đánh giá tình hình triển khai Kế hoạch Quốc gia về PHCN giai đoạn 2014 – 2020.

¹¹

năng sử dụng, từng bước đáp ứng được nhu cầu về khám, chẩn đoán, điều trị PHCN... Hàng năm các đơn vị đều bố trí kinh phí mua sắm, sửa chữa, bảo trì cơ sở vật chất và trang thiết bị để phục vụ công tác chuyên môn.

Mặc dù vậy, không gian điều trị và thiết bị sẵn có rất khác nhau giữa các cơ sở PHCN trong cùng tuyến cũng như giữa các tuyến, các ngành. Tại hầu hết các cơ sở cung cấp dịch vụ PHCN đều mới chỉ có một số loại máy điều trị thông thường (siêu âm, nhiệt, điện trị liệu, hồng ngoại) cũng như thiết bị nâng tạ, rất ít cơ sở được trang bị các loại giường hoặc đệm/thảm điều trị để tập PHCN cho người bệnh¹², nhiều cơ sở hiện còn thiếu các trang thiết bị y tế hỗ trợ chẩn đoán và thiết bị phục hồi chức năng chuyên dụng như: MRI; máy siêu âm màu; thiết bị tập vật lý trị liệu.

1.5 Về sản xuất và cung cấp dụng cụ trợ giúp

Các dụng cụ trợ giúp hiện đang được sản xuất tại xưởng của một số Bệnh viện PHCN/BV/Trung tâm Chỉnh hình – PHCN và đem lại nguồn thu lớn cho đơn vị không chỉ đáp ứng nhu cầu tại chỗ mà còn cung cấp cho các đơn vị khác trên địa bàn. Các xưởng chỉnh hình hầu hết đều thuộc ngành LĐTĐ&XH và về cơ bản có đủ năng lực để sản xuất đa số các dụng cụ trợ giúp thiết yếu theo khuyến cáo của WHO. Song so với trước đây, quy mô và số lượng sản phẩm có chiều hướng suy giảm do điều kiện cơ sở vật chất nhà xưởng và trang thiết bị sản xuất ngày càng xuống cấp, do cạnh tranh của các cơ sở tư nhân ngày càng nhiều, do các xưởng đang hoạt động riêng lẻ chưa kết nối thành mạng lưới phân phối, do NKT không có khả năng chi trả vì chưa được BHYT thanh toán ... Không chỉ thế các cơ sở này chủ yếu chỉ tập trung tại các thành phố lớn, người bệnh có nhu cầu PHCN ở vùng nông thôn, vùng sâu, vùng xa thường gặp nhiều khó khăn trong tiếp cận và thụ hưởng dịch vụ.

Số lượng các dụng cụ trợ giúp được sản xuất trong nước chỉ đáp ứng được một phần rất nhỏ nhu cầu cần PHCN. Công nghệ sản xuất dụng cụ trợ giúp còn chậm được cải tiến, không thích hợp với chất liệu và kiểu dáng theo nhu cầu của người bệnh.

Đáng chú ý, nhân lực sản xuất dụng cụ trợ giúp vừa thiếu về số lượng, vừa yếu về trình độ chuyên môn, tay nghề do không được đào tạo bài bản qua trường lớp. Chất lượng của các sản phẩm trợ giúp vì vậy mà còn rất hạn chế.

Nhiều cơ sở sản xuất chân tay giả, dụng cụ chỉnh hình, dụng cụ trợ giúp đã được xây dựng và trang bị đầy chuyên sản xuất từ nhiều thập kỷ trước nay đã hư hỏng, xuống cấp nghiêm trọng song vẫn chưa được cải tạo, nâng cấp.

Cùng với đó dụng cụ trợ giúp PHCN chưa thuộc danh mục chi trả của bảo hiểm y tế. Việt Nam chưa ban hành được quy định về danh mục các dụng cụ trợ giúp ưu tiên phù hợp với mô hình bệnh tật và nhu cầu PHCN trong thực tiễn và chưa ban hành được quy định về tiêu chuẩn chất lượng của dụng cụ trợ giúp.

Do vậy nhu cầu về dụng cụ trợ giúp của người bệnh vì vậy mà chưa được đáp ứng thỏa đáng cả về số lượng cũng như chất lượng (kiểu dáng và vật liệu được chế tác, công nghệ sản xuất).

¹² Báo cáo Đánh giá Hệ thống PHCN nước CHXHCN Việt Nam

1.6 Về tài chính cho PHCN

Cũng như nhiều nước trên thế giới, Việt Nam đang nỗ lực thiết lập một hệ thống tài chính y tế để tiến tới bao phủ CSSK toàn dân nhằm đảm bảo cho mọi người được tiếp cận các dịch vụ nâng cao sức khỏe, dự phòng, KCB và PHCN với chi phí phù hợp với khả năng chi trả.

Tại Việt Nam, một hệ thống BHYT đã được triển khai từ năm 1993 và Chính phủ đã có nhiều nỗ lực nhằm bao phủ CSSK toàn dân với 77% dân số đã tham gia BHYT vào năm 2015¹³, mục tiêu hướng tới năm 2020 là 90%¹⁴ và thực tế đã đạt được là 90,7%.

Các nguồn tài chính cho y tế nói chung và cho PHCN nói riêng khá đa dạng, bao gồm: Chi công (ngân sách nhà nước, phí BHYT gồm có Bảo hiểm xã hội và BHYT tư nhân), chi tiền túi của các hộ gia đình, viện trợ và các nguồn khác.

Trong nhiều năm trước, *ngân sách nhà nước* là một nguồn tài chính công rất quan trọng đối với KCB - PHCN. Ngân sách nhà nước được phân bổ ở cấp trung ương và cấp tỉnh. Bộ Y tế chịu trách nhiệm phân bổ ngân sách cho các cơ sở y tế tuyến TƯ trong đó có Bệnh viện Điều dưỡng - PHCN Thanh Hóa. Ngân sách nhà nước cấp cho Sở Y tế do UBND tỉnh phê duyệt. Ngân sách nhà nước phân bổ cho 2 danh mục chi chính tại các cơ sở KCB – PHCN, đó là chi thường xuyên và chi không thường xuyên¹⁵. Định mức ngân sách được xây dựng cho các mục chi của một cơ sở y tế như: Tiền lương và phụ cấp của NVYT; định mức chi theo số giường bệnh, theo tuyến, vật tư y tế, v.v... Hàng năm, mỗi bệnh viện sẽ gửi dự toán cho BHYT hoặc cho UBND; dự toán này được xem xét trên cơ sở các khoản thu và quỹ phát triển của bệnh viện. Bệnh viện có doanh thu cao thì ngân sách nhà nước phân bổ cho chi thường xuyên sẽ giảm. Bệnh viện có quỹ phát triển lớn thì ngân sách nhà nước phân bổ cho chi không thường xuyên cũng sẽ giảm. Trong những năm gần đây, thực hiện chủ trương đổi mới cơ chế tài chính theo phương châm tự chủ tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp công lập, hầu hết các cơ sở KCB – PHCN thuộc ngành Y tế đều đã tự chủ về chi thường xuyên toàn bộ hoặc theo một tỷ lệ nhất định nào đó tùy theo khả năng thu của từng cơ sở, với từng tuyến kể cả với tuyến huyện.

Với các cơ sở PHCN thuộc ngành Lao động Thương binh Xã hội, kinh phí hoạt động của hầu hết các cơ sở đều đang do nhà nước đảm bảo chi cho đầu tư phát triển và chi thường xuyên để duy trì hoạt động. Hiện mới chỉ có chỉ có 2 Bệnh viện Chỉnh hình – PHCN Cần Thơ và Hà Nội trực thuộc Bộ đã tự chủ đảm bảo được một phần kinh phí chi thường xuyên và sẽ có tiếp 3 Bệnh viện (TP. Hồ Chí Minh, Đà Nẵng, Quy Nhơn) thực hiện được vào năm 2022¹⁶.

¹³ BHYT Việt Nam. Bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe toàn dân giai đoạn 2016–2020.

2016. [http://www.euhf.vn/upload/Strategicdocuments/82. MOH 5-year plan \(Eng\).pd](http://www.euhf.vn/upload/Strategicdocuments/82. MOH 5-year plan (Eng).pd)

¹⁴ Vietnam news. Chính phủ đặt mục tiêu 90% tham gia BHYT. Hà Nội;

2016; <http://vietnamnews.vn/society/298859/govt-targets-90-health-insurance-coverage.html#CrrSGkXUzEhjEZi3.97>

¹⁵ Các **chi phí thường xuyên** bao gồm tiền lương, thuốc, vật tư y tế tiêu hao, trong khi các **chi phí không thường xuyên** bao gồm chi phí cho cơ sở hạ tầng, nâng cấp cơ sở và ngân sách dành cho mua sắm bao gồm trang thiết bị y tế và văn phòng, SPTG và các thiết bị khác.

¹⁶ Tự chủ tài chính trong các đơn vị sự nghiệp công lập, Vụ Kế hoạch – Tài chính, Bộ LĐTB&XH

Cùng với ngân sách nhà nước, *Bảo hiểm y tế* cũng là một nguồn tài chính công rất quan trọng đối với PHCN nhất là trong bối cảnh thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân để bảo phủ CSSK toàn dân hiện nay. Luật BHYT (số 25/2008/QH12 và Luật BHYT sửa đổi bổ sung (số 46/2014/QH13), có >10 văn bản quy định về BHYT và việc áp dụng BHYT trong PHCN với 256 kỹ thuật được BHYT chi trả theo phân tuyến chuyên môn. Đặc biệt Thông tư số 18/2016/TT-BYT đã quy định danh mục kỹ thuật, danh mục vật tư y tế dùng trong PHCN và việc chi trả chi phí PHCN ban ngày thuộc phạm vi thanh toán của Quỹ BHYT. Tuy nhiên cho đến nay Thông tư này vẫn chưa phát huy được hiệu lực trong thực tế do chưa thực hiện xong việc định giá danh mục các vật tư y tế dùng trong PHCN.

Tỷ lệ chi tiền túi hộ gia đình cho y tế ở Việt Nam đã có xu hướng ngày càng giảm, từ 48,8% (năm 2012) xuống còn 43% (năm 2020) do chi tiêu công ngày càng tăng chủ yếu nhờ mức độ bao phủ bảo hiểm y tế ngày càng lớn song vẫn còn ở mức cao so với khuyến nghị của WHO là (20% - 30%).

Các tổ chức phi chính phủ và tổ chức quốc tế hỗ trợ cho PHCN cũng là một nguồn tài chính rất có ý nghĩa thông qua việc hỗ trợ nâng cao năng lực cho nhân lực PHCN, cung cấp trang thiết bị PHCN, vật tư và dụng cụ trợ giúp, hỗ trợ đi lại cũng như các đóng góp trực tiếp và gián tiếp khác cho người bệnh.

Hiện nay, trong các nguồn tài chính của PHCN; nguồn ngân sách nhà nước hiện rất khó phân tách trong tổng chi ngân sách cho Y tế do đa số các cơ sở PHCN trực thuộc các BV Đa khoa và BV chuyên khoa tuyến TƯ, tuyến tỉnh. Nguồn tài trợ của các tổ chức quốc tế và các tổ chức phi chính phủ cho PHCN hiện cũng chưa được thống kê đầy đủ, chính xác. Số liệu chi tiết về nguồn chi từ tiền túi hộ gia đình cho PHCN không sẵn có. Mặc dù vậy, nguồn tài chính chủ yếu cho PHCN là từ bảo hiểm y tế.

Đối với chi cho dụng cụ hỗ trợ PHCN, Bộ Lao động Thương binh Xã hội hàng năm phân bổ kinh phí cho các Bệnh viện Chỉnh hình và PHCN trực thuộc Bộ. Các cơ sở này đều có khả năng sản xuất và cung cấp các thiết bị hỗ trợ vận động, nẹp vải, máng nẹp và chân tay giả. Tuy nhiên cũng không thể phân tách chi tiết được số tiền cụ thể chi cho dụng cụ trợ giúp. Ngoài ra Bộ Lao động Thương binh Xã hội còn phân bổ khoảng >1,5 tỷ đồng (tương đương khoảng 70.000 USD/năm cho Trung tâm đào tạo kỹ thuật viên chỉnh hình Việt Nam (VIETCOT) để Trung tâm này cung cấp các khóa đào tạo cũng như các dụng cụ trợ giúp. Các Sở Lao động Thương binh Xã hội cũng cấp kinh phí cho nhiều Trung tâm Chỉnh hình sản xuất dụng cụ trợ giúp miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi, cựu chiến binh, nhóm dễ bị tổn thương và người nghèo tại các địa phương song cũng không có thông tin chi tiết về số tiền đầu tư.

Bộ Y tế hiện có nguồn ngân sách nhà nước phân bổ cho dụng cụ trợ giúp và được đưa vào Hoạt động PHCNDVCD, Chương trình Mục tiêu Y tế-Dân số giai đoạn 2016-2020. Thông tư 26/2017/TT-BTC đã đưa mục mua sắm dụng cụ trợ giúp để cấp cho người khuyết tật theo nhu cầu được cán bộ y tế xác định. Theo đó, Bộ Y tế phân bổ kinh phí trung ương để chi mua sắm dụng cụ trợ giúp và địa phương sử dụng ngân sách của các địa phương để mua sắm dụng cụ trợ giúp theo

nhu cầu của địa phương. Số dụng cụ trợ giúp BHYT và địa phương đã hỗ trợ NKT trên 8800 dụng cụ.

Trong các chi phí không thường xuyên có dòng ngân sách dành cho mua sắm trong đó có dụng cụ trợ giúp do các cơ sở KCB – PHCN tự cân đối.

Bảo hiểm Xã hội Việt Nam có dự kiến thanh toán bảo hiểm y tế đối với một số dụng cụ trợ giúp theo quy định tại Thông tư số 18/2016/TT-BYT nhưng hiện vẫn chưa được thực thi¹⁷.

1.7 Về quản lý thông tin dữ liệu PHCN

Dữ liệu về người khuyết tật (NKT) và nhu cầu PHCN trong cộng đồng được biểu thị thông qua kết quả Điều tra quốc gia về NKT do Tổng cục Thống kê tiến hành năm 2016 - 2017 với sự hỗ trợ kỹ thuật của UNICEF. Kết quả điều tra cho thấy, có hơn 7% dân số từ 2 tuổi trở lên (tương đương khoảng 6,2 triệu người) bị khuyết tật và 13% dân số (gần 12 triệu người) sống trong gia đình có NKT¹⁸. Tổng điều tra dân số năm 2019 cũng đã thu thập các thông tin về NKT. Cùng với đó, dữ liệu có sẵn về các bệnh không lây nhiễm, già hóa dân số và tai nạn thương tích có thể giúp ước tính nhu cầu PHCN. Tuy nhiên trong phạm vi cả nước, hiện vẫn không có số liệu chính xác về hoạt động chức năng của dân cư và nhu cầu PHCN, không có đủ bằng chứng chính xác phục vụ cho việc lập kế hoạch PHCN. Do vậy, để có được những thông tin đáng tin cậy về mức độ hoạt động chức năng của người dân; chính phủ cần tích hợp một mô-đun chi tiết với tên gọi “Hoạt động chức năng” vào Điều tra Y tế Quốc gia hoặc tiến hành một cuộc điều tra độc lập về hoạt động chức năng và khuyết tật¹⁹.

Hệ thống thông tin Y tế Việt Nam được thực hiện theo hướng dẫn của Bộ Y tế. Tại Bộ Y tế, mỗi Vụ/Cục/Tổng cục đều có một hệ thống thông tin riêng. Tại Cục QLKCB, Phòng Quản lý (QLCL) chịu trách nhiệm thu thập và quản lý dữ liệu của tất cả các bệnh viện thuộc ngành Y tế trong phạm vi cả nước. Từ năm 2013, tất cả các bệnh viện đã chuyển sang sử dụng một hệ thống trực tuyến có tên gọi là phần mềm DHIS phiên bản 2.14 và gửi báo cáo thường niên về Phòng QLCL. Các dữ liệu liên quan đến PHCN bao gồm:

- ✓ Các cơ sở KCB có cung cấp dịch vụ PHCN tại các tuyến (TƯ, tỉnh, huyện)
 - ✓ Danh mục các kỹ thuật PHCN được phê duyệt của từng bệnh viện
- Nhân lực cho PHCN (bác sĩ, kỹ thuật viên, điều dưỡng) nhưng không phân tách được dữ liệu chi tiết với từng chức danh chuyên môn như: Kỹ thuật viên Vật lý trị liệu, Kỹ thuật viên Hoạt động trị liệu, Kỹ thuật viên Ngôn ngữ trị liệu và chưa liên kết được cơ sở dữ liệu (CSDL) về nhân lực của các cơ sở KCB - PHCN với CSDL về cấp giấy phép hành nghề.
- ✓ Số giường bệnh PHCN trên tổng số giường bệnh của bệnh viện.

¹⁷ Báo cáo Đánh giá hệ thống PHCN nước CHXHCN Việt Nam

¹⁸ Điều tra quốc gia NKT Việt Nam 2016 (Tổng cục Thống kê 2016)

https://www.gso.gov.vn/default_en.aspx?tabid=515&idmid=5&ItemID=19055

¹⁹ WHO đã xây dựng Điều tra mẫu về NKT. Đây là 1 công cụ điều tra toàn diện có thể được sử dụng để hiểu được hoạt động chức năng của dân số. Ngoài ra, cũng có 1 phiên bản rút gọn của Điều tra mẫu về NKT có thể được lồng ghép thành 1 mô-đun trong điều tra quốc gia về y tế hoặc các lĩnh vực trọng tâm khác.

✓ Đối với KCB ngoại trú đã có thông tin về các trường hợp được BHYT chi trả và những trường hợp không được bảo hiểm chi trả.

Tuy nhiên đây mới chỉ là những thông tin thô, cần phải có nhiều thời gian để chiết xuất, tổng hợp thành các nguồn dữ liệu chuyên sâu sẵn có²⁰.

Bên cạnh đó, Phòng PHCN – Giám định, Cục Quản lý KCB còn có Hệ thống thông tin về NKT (DIS) dùng để quản lý ca cho NKT. DIS được bắt đầu triển khai thí điểm năm 2009 tại Đà Nẵng do VNAH và Sở LĐTBXH thực hiện với sự tài trợ của USAID. Tính đến tháng 12 năm 2017, hệ thống này có cơ sở dữ liệu gồm hơn 400.000 NKT tại 34 tỉnh/TP. Các thành phần chính của DIS gồm có:

- ✓ Thông tin chung về NKT và gia đình của họ
- ✓ Loại hình khuyết tật (loại, mức độ, tình trạng khuyết tật hiện tại, nguyên nhân khuyết tật)
- ✓ Nhu cầu cần hỗ trợ và đã được tiếp cận với các dịch vụ về CSSK và PHCN (8 chủ đề), hỗ trợ sinh kế, hòa nhập xã hội (15 chủ đề) và giáo dục (5 chủ đề).

Từ năm 2017, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định 3815/QĐ-BYT chính thức áp dụng DIS cho quản lý dịch vụ PHCN quốc gia và đổi tên thành Hệ thống thông tin Quản lý sức khỏe và PHCN cho người khuyết tật (DIS). DIS không thay thế phần mềm hồ sơ bệnh án của bệnh viện. Dữ liệu của DIS không được thu thập thường xuyên từ các cơ sở y tế, mà dựa trên các cuộc điều tra thực hiện tại cộng đồng. Tuy nhiên sau hơn 3 năm triển khai thực hiện, hệ thống thông tin Quản lý sức khỏe và PHCN cho người khuyết tật tại các địa phương vẫn chưa được vận hành thông suốt như mong đợi do thiếu cơ chế phối hợp cụ thể giữa các đối tác có liên quan tại cộng đồng và nhân lực thực hiện²¹.

Bộ Lao động Thương binh Xã hội mặc dù quản lý nhiều cơ sở cung cấp dịch vụ PHCN và hỗ trợ nhân lực cho PHCN tại cộng đồng ở nhiều địa phương song hiện vẫn chưa có biểu mẫu báo cáo cũng như phần mềm để thu thập, quản lý thông tin về PHCN.

Có thể thấy, hệ thống thông tin về PHCN ở Việt Nam hiện nay vẫn đang ở mức sơ khai, rời rạc, khó kết nối thông tin giữa các thành tố của hệ thống PHCN cũng như giữa các tuyến, các cơ sở cung cấp dịch vụ thuộc các ngành nên cũng rất khó chia sẻ về các nguồn dữ liệu. Những năm sắp tới, để hiện thực hóa mong đợi của toàn Ngành về phát triển y tế thông minh (phòng bệnh thông minh, KCB thông minh, quản trị y tế thông minh) trong cuộc cách mạng công nghiệp 4.0 cần phải đẩy nhanh quá trình thực hiện chuyển đổi số y tế và vì vậy việc tăng cường ứng dụng CNTT trong lĩnh vực PHCN cần phải được đặc biệt chú trọng.

1.8 Về khả năng cung cấp, tiếp cận và sử dụng dịch vụ PHCN

□ Về độ bao phủ và khả năng tiếp cận dịch vụ PHCN

Dịch vụ PHCN hiện đã được bao phủ ở tất cả các tuyến y tế từ TƯ đến tỉnh, huyện, xã. Bên cạnh đó còn có sự tham gia của các ngành trong cung cấp dịch vụ

²⁰ Báo cáo Đánh giá Hệ thống PHCN nước CHXHCN Việt Nam

²¹ Đánh giá tác động của chi trả bảo hiểm y tế đối với dụng cụ trợ giúp người khuyết tật, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Bộ Y tế.

PHCN tại các cơ sở khám chữa bệnh cũng như tại cộng đồng. Nhờ vậy mà các nhóm xã hội yếu thế có cơ hội được tiếp cận với dịch vụ PHCN thiết yếu. Cụ thể như sau:

PHCN tại các cơ sở khám chữa bệnh của ngành Y tế: Tại tuyến trung ương, Bệnh viện Điều dưỡng và PHCN Trung ương đã phát triển đầy đủ các kỹ thuật chuyên ngành theo mục tiêu của Kế hoạch Quốc gia PHCN giai đoạn 2014 - 2020; 100% khoa PHCN của bệnh viện đa khoa trực thuộc Bộ Y tế có giường bệnh nội trú và triển khai PHCN sớm tại các khoa lâm sàng. Tuy nhiên, chỉ số về thành lập các khoa PHCN trong các bệnh viện chuyên khoa trực thuộc Bộ Y tế mới chỉ đạt >60%, thấp hơn mục tiêu mong đợi là 70%. Tại tuyến tỉnh đã thành lập các bệnh viện PHCN hoặc BV Y học Cổ truyền – PHCN tại >1/2 số các tỉnh/TP trong cả nước và có khoảng 71% số các bệnh viện đa khoa và 47% số bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh tại các địa phương đã thành lập Khoa PHCN, thấp hơn so với chỉ tiêu kế hoạch (75% -100% - >50%)²². Cùng với việc cung cấp các dịch vụ kỹ thuật về PHCN, các cơ sở PHCN trong ngành Y tế còn cung cấp dịch vụ truyền thông giáo dục sức khỏe về PHCN, phòng ngừa khuyết tật: 100% số các BV chuyên khoa PHCN tuyến TƯ, >86% với các BV Đa khoa, BV chuyên khoa khác tại tuyến tỉnh và >79% các BVĐK/TTYT tuyến huyện²³

PHCN tại các Trung tâm Bảo trợ xã hội do ngành Lao động Thương binh Xã hội quản lý dành cho các nhóm đối tượng chính sách xã hội (người có công) cùng các nhóm xã hội yếu thế như: Trẻ em mồ côi; người già neo đơn không nơi nương tựa và người khuyết tật, người tâm thần không có thân nhân chăm sóc ... Cả nước hiện có khoảng >420 cơ sở trợ giúp xã hội (213 cơ sở công lập và 207 cơ sở ngoài công lập) nuôi dưỡng, chăm sóc cho 1,3 triệu người có công; khoảng 41.434 đối tượng bảo trợ xã hội trong đó có 11.365 trẻ em; 4.723 người cao tuổi; 8.218 người khuyết tật nặng; 10.438 người tâm thần; 1.421 người nhiễm HIV/AIDS và 5.269 đối tượng khác²⁴. Các Trung tâm Bảo trợ xã hội chủ yếu cung cấp các dịch vụ trợ giúp xã hội, chỉ có khoảng 34,8% có cung cấp dịch vụ PHCN²⁵. Đáng chú ý nhưng hầu hết các Trung tâm bảo trợ có cung cấp dịch vụ KCB ban đầu và PHCN đều chưa có Giấy phép hoạt động và nhân viên tham gia cung cấp dịch vụ số đông cũng chưa có Chứng chỉ hành nghề.

PHCN dựa vào cộng đồng được triển khai từ năm 1987 và là một trong những nội dung ưu tiên của lĩnh vực chăm sóc sức khỏe ở nước ta trong suốt hơn 3 thập niên qua. PHCN dựa vào cộng đồng là một hợp phần thuộc Chương trình Mục tiêu Y tế Quốc gia trước năm 2015 và Chương trình Mục tiêu Y tế - Dân số từ năm 2016 trở lại đây. Chương trình PHCN dựa vào cộng đồng dành cho NKT được triển khai với sự phối hợp giữa Bộ Y tế, Bộ Giáo dục Đào tạo và Bộ Lao động Thương binh Xã hội trong đó Bộ Y tế là cơ quan chuyên môn phối hợp chủ yếu

²²

²³ Báo cáo đánh giá tình hình triển khai thực hiện Kế hoạch Quốc gia về PHCN giai đoạn 2014 – 2020.

²⁴ TS. Nguyễn Hải Hữu, Xây dựng hệ thống trợ giúp xã hội toàn diện có khả năng ứng phó với rủi ro, Trang Thông tin điện tử của Hội đồng Lý luận TW, ngày 18/9/2019.

²⁵ Báo cáo Đánh giá hệ thống PHCN nước CHXHCN Việt Nam

với Bộ Lao động Thương binh là cơ quan quản lý nhà nước về NKT. Vì vậy tại các địa phương Sở Y tế và Sở Lao động Thương binh Xã hội cùng tham gia quản lý chương trình PHCN dựa vào cộng đồng. Các hoạt động của Chương trình PHCN dựa vào cộng đồng chủ yếu gồm có: Sàng lọc đánh giá nhu cầu, cung cấp các dịch vụ PHCN tại nhà và tại cơ sở KCB và lập hồ sơ bệnh án cho NKT. Hiện có 90,5% số Trạm Y tế xã có cán bộ phụ trách PHCN; 79,7% số xã có triển khai hoạt động PHCN tại cộng đồng; 75,1% số xã đã tập huấn cho nhân viên Trạm YT về PHCN²⁶. Năm 2009, BHYT đã ban hành hướng dẫn triển khai PHCN dựa vào cộng đồng tại Việt Nam. BHYT đã phê duyệt cẩm nang hướng dẫn về PHCN dựa vào cộng đồng với 24 tài liệu theo Quyết định số 1213/QĐ-BYT ngày 15/4/2009.

PHCN tại nhà cho người khuyết tật chủ yếu được thực hiện bởi các cơ sở y tế ngoài công lập. Ước tính có 90% số kỹ thuật viên VLTL tham gia vào hoạt động này. PHCN tại nhà cho người khuyết tật có thể giúp người bệnh tiếp cận dịch vụ dễ dàng, thuận tiện hơn song hiện chưa có quy định về danh mục các kỹ thuật được phép thực hiện, tiêu chuẩn chất lượng dịch vụ và được chi trả chỉ bằng tiền. Đồng thời còn có sự tham gia của thân nhân và Cộng tác viên PHCN tại cộng đồng trong hỗ trợ người bệnh tại nhà. Hoạt động này hiện đã được triển khai ở 53,6% số TYT xã trong đó mới chỉ có 39,8% số xã đã tập huấn cho gia đình có NKT về PHCN DVCĐ. Công việc PHCN tại nhà là công việc nặng nhọc không phù hợp với lực lượng CTV đa số là người lớn tuổi và mức thù lao hàng tháng chưa tương xứng với công sức của họ²⁷.

PHCN cho trẻ em là một trong số những mục tiêu ưu tiên của Kế hoạch Quốc gia về PHCN giai đoạn 2014 – 2020: 70% số trẻ em từ sơ sinh đến 6 tuổi được sàng lọc phát hiện sớm khuyết tật bẩm sinh, rối loạn phát triển và được can thiệp sớm các dạng khuyết tật. Để thực hiện mục tiêu này, Bộ Y tế cũng đã ban hành Quyết định số 970/2012/QĐ-BYT về Hướng dẫn phát hiện sớm đối với trẻ em khuyết tật. PHCN cho trẻ em khuyết tật và trẻ có vấn đề về phát triển được thực hiện với sự tham gia của Bộ Y tế, Bộ LĐTBXH và Bộ GDĐT. Hiện cả nước mới chỉ có khoảng 30% số trẻ mới sinh được sàng lọc trước sinh, sàng lọc sơ sinh để phát hiện dị tật sớm²⁸. Bên cạnh đó, từ năm 2012, VietHealth đã triển khai mô hình Phát hiện và Can thiệp sớm khuyết tật ở trẻ nhỏ (ECDDI) cho trẻ em dưới 6 tuổi ở 100% xã của 25 huyện thuộc các tỉnh: Vĩnh Long, Thừa Thiên Huế, Bắc Giang, Phú Thọ, Yên Bái, Đà Nẵng, Tây Ninh, Đồng Nai và Bình Phước²⁹. VietHealth cũng đã triển khai dự án Tăng cường năng lực mạng lưới dịch vụ và trị liệu cho trẻ em khuyết tật (DISTINCT) do USAID tài trợ. Dự án này được thực hiện trong vòng 5 năm và áp dụng mô hình ECDDI cho trẻ em 0-6 tuổi tại các tỉnh Tây Ninh, Bình Phước và Đồng Nai. Mục đích của dự án là đào tạo nhân sự chủ chốt của các ngành Y tế, Giáo dục – Đào tạo và Lao động Thương binh Xã hội sử dụng các công cụ sàng lọc, đánh giá khuyết tật, giáo dục đặc biệt, PHCN và quản lý ca. Các thành viên trong gia đình cũng được trang bị kiến thức, kỹ năng về chăm sóc và

^{26,41} Báo cáo Đánh giá tình hình thực hiện Kế hoạch Quốc gia về PHCN giai đoạn 2014 – 2020.

²⁷

²⁸ Trang Thông tin điện tử của Tổng cục Dân số - KHHGD, ngày 21/9/2020.

²⁹ Báo cáo quốc gia tự nguyện của Việt Nam về việc thực hiện các mục tiêu phát triển bền vững, tháng 6/2018

PHCN tại nhà cho con em của họ. Việc hỗ trợ nâng cao năng lực PHCN cho người thân là sự hỗ trợ dài lâu và bền vững giúp PHCN cho trẻ em khuyết tật³⁰.

PHCN cho nạn nhân chất độc da cam/Dioxin Bộ Y Tế đã ban hành Quyết định số 53/QĐ-BYT về việc triển khai chương trình PHCN cho các nạn nhân chất độc da cam/dioxin. Mục tiêu của Chương trình nhằm nâng cao khả năng tiếp cận CSSK & PHCN, phát hiện sớm để phòng ngừa khuyết tật cho trẻ em dưới 6 tuổi và nâng cao năng lực cung cấp dịch vụ cho các cơ sở KCB & PHCN với chi phí khoảng hơn 76 tỷ đồng (tương đương 3,2 triệu USD) được phân bổ từ ngân sách Nhà nước tài trợ. Đồng thời USAID cũng đã ký kết Văn bản hợp tác 5 năm (2019 - 2024) về cung cấp dịch vụ chăm sóc trực tiếp, xây dựng năng lực ngành PHCN và phát triển các dịch vụ cộng đồng địa phương tại 7 tỉnh là Quảng Trị, Huế, Quảng Nam, Bình Định, Đồng Nai, Bình Phước và Tây Ninh³¹.

PHCN về sức khỏe tâm thần, thị giác thính giác, Đề án Trợ giúp xã hội và PHCN cho những người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2016 – 2020 cũng đã được Thủ tướng Chính phủ ban hành và các địa phương trong cả nước cũng đã xây dựng kế hoạch triển khai thực hiện.

□ *Về chất lượng của dịch vụ PHCN*

Tại các cơ sở cung cấp dịch vụ PHCN, *các can thiệp PHCN cho người bệnh được chỉ định bởi bác sỹ được đào tạo đúng chuyên khoa* nhằm mục đích tăng cường hoặc phục hồi lại các chức năng vốn có. Việc cập nhật thông tin về người bệnh tùy thuộc vào mức độ ứng dụng công nghệ thông tin của mỗi cơ sở trong thiết lập hồ sơ bệnh án (bệnh án giấy hoặc bệnh án điện tử). Hiện tại, có rất ít hoặc không có thông tin được thu thập về kết quả điều trị hoặc sự thay đổi hoạt động chức năng của người bệnh. Việc bổ sung, hoàn thiện Hồ sơ bệnh án về PHCN và mẫu đánh giá chức năng sau điều trị là rất cần thiết, giúp mang lại những cải tiến trong chất lượng điều trị.

Đồng thời các cơ sở KCB – PHCN còn quan tâm đến việc đổi mới phong cách thái độ phục vụ, thực hiện xanh, sạch, đẹp hướng đến sự hài lòng của người bệnh theo phương châm *người bệnh là trung tâm của mọi hoạt động trong quá trình cung cấp dịch vụ*. Ngoài các dịch vụ về chẩn đoán, điều trị; các dịch vụ xã hội khác của người bệnh cũng đã được các cơ sở KCB – PHCN quan tâm tìm hiểu nhu cầu và kịp thời đáp ứng.

Tính liên tục trong chăm sóc hỗ trợ PHCN cho người bệnh được biểu thị thông qua sự kết nối giữa các khoa trong từng cơ sở y tế cũng như giữa các tuyến trong ngành Y tế tương đối thuận lợi. Tuy nhiên việc kết nối, chuyển tuyến giữa các cơ sở PHCN thuộc ngành Lao động Thương binh Xã hội với nhau và với các cơ sở KCB – PHCN của ngành Y tế hiện vẫn chưa được thiết lập

Nhận thức, thái độ và hành vi thực hành PHCN đang có những bước phát triển mạnh mẽ. Việc bảo hiểm y tế mở rộng thanh toán BHYT cho PHCN đã giúp nâng cao nhận thức của lãnh đạo cũng như nhân viên y tế trong các cơ sở PHCN và

³⁰ https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1861/FS_DISTINCT_Mar2018_Eng.pdf

³¹

<https://www.usaid.gov/vietnam/press-releases/apr-20-2019-united-states-and-vietnam-sign-memorandum-intent-new-partnership>

giúp các đơn vị cung cấp dịch vụ tạo nguồn thu bền vững. Tuy nhiên vẫn còn một bộ phận không nhỏ trong nhiều tầng lớp xã hội (hoạch định chính sách, lãnh đạo quản lý, nhân viên y tế, người bệnh) chưa có được sự phân biệt chính xác rõ ràng giữa Y học Cổ truyền và PHCN dẫn đến tình trạng tại nhiều địa phương đã và đang thực hiện việc sáp nhập và thành lập Bệnh viện Y học Cổ truyền – PHCN, nhiều người bệnh tìm đến các cơ sở Y học Cổ truyền để giải quyết nhu cầu về PHC. Khái niệm PHCN là một tập hợp các can thiệp được thiết kế để tối ưu hóa chức năng, và nhiều can thiệp trong số đó tập trung vào sự hoạt động chủ động cũng như kiểm soát hoạt động vẫn chưa được phổ biến rộng rãi trong cộng đồng.

□ Về đảm bảo cho NKT có nhu cầu được tiếp cận với dịch vụ PHCN phù hợp để hoàn nhập cộng đồng:

Theo số liệu thống kê chưa đầy đủ trong cả nước, tỷ lệ NKT có nhu cầu được tiếp cận với các dịch vụ PHCN mới chỉ đạt 41,2%, bằng 1/2 chỉ tiêu mong đợi của Kế hoạch Quốc gia về PHCN giai đoạn 2014 – 2020 (80%).

1.9 Hạn chế, bất cập

□ Về hành lang của lĩnh vực PHCN

Hành lang pháp lý chưa đủ mạnh, Kế hoạch Quốc gia về PHCN giai đoạn 2014 – 2020 do Bộ Y tế ban hành nên phạm vi tác động chỉ dừng ở trong Ngành, chưa có Chiến lược Quốc gia về PHCN do Chính phủ phê duyệt.

Quy định về mô hình tổ chức, chức năng nhiệm vụ của các cơ quan quản lý nhà nước về PHCN chưa tương xứng với tầm quan trọng của PHCN: Phòng PHCN – Giám định thuộc Cục Quản lý KCB, Bộ Y tế, và Phòng Y tế Lao động Xã hội thuộc Cục Bảo trợ xã hội, Bộ Lao động Thương binh và Xã hội ...

Các văn bản quy phạm pháp luật còn chưa đầy đủ, thiếu đồng bộ. Chẳng hạn như Luật Khám bệnh, chữa bệnh và văn bản hướng dẫn thực hiện Luật chỉ quy định chức danh Kỹ thuật viên, không quy định chức danh cụ thể phù hợp với chuyên ngành PHCN như: Vật lý trị liệu, Hoạt động trị liệu, Ngôn ngữ trị liệu ...

Cùng với đó, Luật BHYT tại Mục 8, Điều 23 quy định các trường hợp “*Sử dụng vật tư y tế thay thế bao gồm chân tay giả, mắt giả, răng giả, kính mắt, máy trợ thính, phương tiện trợ giúp vận động trong khám bệnh, chữa bệnh và phục hồi chức năng*” không được thanh toán BHYT là rào cản lớn đối với người bệnh trong tiếp cận dịch vụ và đối với cơ sở PHCN trong việc tạo dựng nguồn tài chính căn cơ, bền vững. Đồng thời, Thông tư số 46/2013/TT-BYT quy định về nhân lực PHCN còn có những điểm rất đáng quan ngại khi xếp những người có bằng trung cấp và những người được đào tạo 3 tháng vào cùng một chức danh chuyên môn. Thông tư 43/2013/TT-BYT của Bộ Y tế quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở KCB còn có sự trùng lặp giữa các kỹ thuật dịch vụ của PHCN và kỹ thuật YHCT trong điều trị liệt, liệt nửa người và các vấn đề sức khỏe khác. Quy định ngày điều trị nội trú tối đa được BHYT chi trả là 14 ngày/lần làm gián đoạn thời gian điều trị PHCN theo nhu cầu của người bệnh. Định mức chi hỗ trợ dụng cụ trợ giúp cho thương binh, người có công quy định tại Thông tư 13/2014/TT- Bộ LĐTBXH chưa phù hợp với giá cả của sản phẩm trong thực tế...

Bên cạnh đó, trong quản trị hệ thống PHCN còn thiếu vai trò quản lý nhà nước về chuyên môn nghiệp vụ của Bộ Y tế đối với các cơ sở cung cấp dịch vụ PHCN, sản xuất dụng cụ trợ giúp thuộc các ngành khác như: Lao động – TB – XH, Công an, Nông nghiệp và phát triển nông thôn ... Thiếu sự liên kết giữa các tuyến trong ngành Y tế cũng như giữa các ngành trong cung cấp dịch vụ PHCN. Đặc biệt hiện còn thiếu sự gắn kết giữa các chỉ tiêu về dự phòng, KCB với PHCN trong từng cơ sở cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh

□ *Tổ chức mạng lưới của các cơ sở cung cấp dịch vụ PHCN:*

Mô hình Bệnh viện/Khoa Y học Cổ truyền – PHCN tại nhiều tỉnh/TP là không phù hợp bởi PHCN cần có sự tham gia của nhiều chuyên khoa không đơn thuần chỉ bao gồm Y học Cổ truyền. Chưa có sự phân tuyến chuyên môn kỹ thuật và thiết lập cơ chế chỉ đạo tuyến giữa các cơ sở cung cấp dịch vụ PHCN thuộc một số ngành ngoài ngành Y tế ...

□ *Nhân lực tham gia cung cấp dịch vụ PHCN*

Nhân lực PHCN được đào tạo chưa đa dạng về các chuyên ngành nên chưa cung cấp được các dịch vụ PHCN theo cách tiếp cận đa ngành, toàn diện, PHCN lao động chưa được chú trọng. Thiếu nhân lực thuộc các chuyên ngành về phục hồi ngôn ngữ, phục hồi nhận thức, kỹ thuật chỉnh hình, kỹ thuật dụng cụ trợ giúp, đào tạo chuyên khoa PHCN cho bác sỹ Y học Cổ truyền, đào tạo liên tục còn nhiều bất cập nhất là với các cơ sở cung cấp dịch vụ PHCN thuộc các ngành khác

□ *Cơ sở vật chất trang thiết bị, dụng cụ trợ giúp:*

Nhiều cơ sở xuống cấp trầm trọng nhất là với những đơn vị thuộc các bộ, ngành ngoài ngành Y tế. Thiếu quy định về danh mục trang thiết bị của cơ sở cung cấp dịch vụ PHCN. Thiếu quy định pháp lý về dụng cụ trợ giúp và chưa ban hành danh mục dụng cụ trợ giúp ưu tiên.

□ *Tài chính cho PHCN:*

Đầu tư ngân sách của nhà nước cho PHCN ngày càng hạn hẹp, danh mục chi trả của BHYT cũng hạn hẹp, viện trợ suy giảm nhanh trong khi khả năng chi trả của người bệnh rất eo hẹp ...

□ *Khả năng cung cấp dịch vụ:*

PHCN tại vào cộng đồng còn rất hạn chế; các loại hình dịch vụ về PHCN chưa đa dạng, chưa toàn diện; chất lượng dịch vụ chỉnh hình – PHCN còn chưa được kiểm soát chặt chẽ nhất là với các cơ sở ngoài ngành Y tế ...

Quản lý thông tin dữ liệu: Chất lượng thông tin dữ liệu về người khuyết tật chưa đảm bảo, thiếu dữ liệu về cung cấp và sử dụng dịch vụ PHCN của các tuyến, các ngành, thiếu sự kết nối, chia sẻ thông tin giữa các cơ sở cung cấp dịch vụ thuộc các tuyến, các ngành ...

□ *Về tiếp cận và sử dụng dịch vụ:*

Theo số liệu Điều tra Quốc gia NKT, 2016; có 91,5% bị ốm/bệnh, chấn thương đã sử dụng dịch vụ y tế trong vòng 12 tháng tính đến thời điểm điều tra; cao hơn gần 20% so với người không khuyết tật. Có sự khác biệt đáng kể giữa

NKT và không khuyết tật trong sử dụng dịch vụ y tế: Khám bệnh (69,4% so với 51,1%), điều trị bệnh (57,4% so với 36,5%) và PHCN (2,3% so với 0,3%) [11]. Như vậy người khuyết tật có nhu cầu tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế trong đó có dịch vụ PHCN nhiều hơn hẳn so với người không khuyết tật. Song trong thực tế, khả năng tiếp cận dịch vụ PHCN của người bệnh còn gặp nhiều khó khăn do bị hạn chế về tính sẵn có. Số đông NKT sống ở nông thôn trong khi các cơ sở cung cấp dịch vụ tập trung nhiều ở tuyến TW. NKT ở xa cơ sở cung cấp dịch vụ lại gặp khó khăn trong di chuyển nên thường tiếp cận muộn và vì thế mà thời gian trị liệu dài hơn. Đa số người bệnh đều gặp khó khăn trong chi trả trong khi chi phí về dụng cụ trợ giúp đòi hỏi phải ở mức cao mới đáp ứng được yêu cầu về PHCN. Tỷ lệ người bệnh có đủ khả năng chi trả cho điều trị PHCN và dụng cụ trợ giúp chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ (khoảng từ 10% - 20%). Đáng chú ý, tại những cơ sở tuyến TW có khoảng 10% người bệnh đã từ chối điều trị do không có khả năng chi trả. Với những dụng cụ trợ giúp được trao tặng, theo người bệnh hoặc chất lượng không được như mong muốn hoặc kích cỡ không phù hợp. Ngoài ra, người bệnh tại các địa phương còn gặp khó khăn trong bảo dưỡng dụng cụ trợ giúp do thiếu các cơ sở cung cấp dịch vụ tại địa bàn³².

Bởi vậy, tỷ lệ người bệnh được tiếp cận với dịch vụ PHCN tại các địa phương chỉ đạt khoảng 41,2%; bằng 1/2 chỉ tiêu mong đợi theo Quyết định số 4039/QĐ-BYT³³

2. Thực trạng PHCN trên thế giới

2.1. Nhu cầu PHCN ngày càng tăng trên phạm vi toàn cầu song tại hầu hết các quốc gia đều chưa được đáp ứng

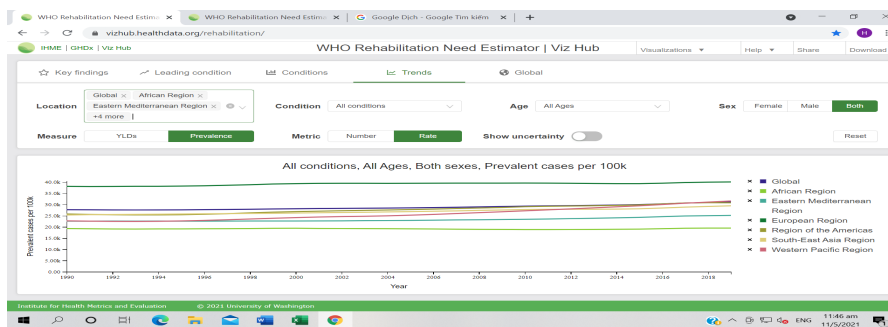
Theo WHO, trên thế giới tại thời điểm năm 2019; cứ ba người thì có một người gặp phải tình trạng sức khỏe cần PHCN. Tỷ lệ hiện mắc các bệnh cần phục hồi chức năng trên toàn thế giới là 31.200/100.000 dân, tương đương 2,4 tỷ người. Số năm sống chung với bệnh tật và phục hồi chức năng không tử vong (YLD) là 310 triệu năm, tăng 69,4% so với năm 1990. Bệnh có nhu cầu phục hồi chức năng cao nhất là đau thắt lưng, với 570 triệu người mắc³⁴

Trong 6 khu vực theo phân chia của WHO, Châu Âu có tỷ lệ hiện mắc cao nhất với tỷ lệ 40.100/100.000 dân, tiếp đến là Tây Thái Bình Dương với tỷ lệ 31.600/100.000 dân. Tây Thái Bình Dương là khu vực có số lượng người có nhu cầu phục hồi chức năng cao nhất với 610 triệu người, trong đó riêng Trung quốc đã là 460 triệu người. Đây cũng là khu vực có tốc độ gia tăng nhu cầu phục hồi chức năng lớn nhất.

³² Báo cáo Đánh giá tác mở rộng chi trả BHYT đối với dụng cụ trợ giúp người KT, Viện Chiến lược và Chính sách Y, T.3/2020

³³ Báo cáo đánh giá tình hình triển khai thực hiện Kế hoạch Quốc gia phát triển PHCN giai đoạn 2014 – 2020, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế.

³⁴ Nguồn: <https://vizhub.healthdata.org/rehabilitation/WHO-Rehabilitation-Need-Estimator>



Biểu đồ 1: Tỷ lệ hiện mắc các bệnh cần phục hồi chức năng/100.000 dân thế giới và theo các khu vực của WHO, 1990-2019

Bằng chứng tại nhiều quốc gia cho thấy, người khuyết tật có nhiều nhu cầu về CSSK, PHCN hơn và cũng chưa được đáp ứng nhiều hơn so với người bình thường: 35% - 50% số NKT ở các nước phát triển và 76% - 85% ở các nước đang phát triển chưa từng được điều trị. Giá dịch vụ đắt đỏ khiến cho việc CSSK trong đó có PHCN cho người khuyết tật (NKT) ở các nước nghèo còn nhiều hạn chế. Có 51% - 53% người khuyết tật không có khả năng chi trả trong khi tỷ lệ tương ứng với người bình thường là 31% - 32%.

Bên cạnh đó, dịch vụ CSSK, dịch vụ PHCN dành cho người có nhu cầu PHCN tại nhiều nước đang phát triển còn rất hạn chế (điển hình là Ấn Độ), cơ sở vật chất tại các cơ sở y tế chưa thuận tiện, chưa phù hợp với người khuyết tật.

Không chỉ thế, nhân viên y tế (NVYT) còn thiếu kiến thức và kỹ năng trong CSSK, PHCN cho NKT cũng là rào cản lớn trong tiếp cận dịch vụ PHCN tại nhiều nước trên thế giới.

Đặc biệt trong bối cảnh thảm họa, xung đột, bùng phát dịch bệnh đang thường xuyên xảy ra trên phạm vi toàn cầu song PHCN lại hiếm khi được coi là một phần trong kế hoạch đối phó với tình trạng khẩn cấp tại nhiều quốc gia. Vì vậy nhu cầu PHCN thường không được đáp ứng kịp thời.

2.2 Sáng kiến PHCN trên thế giới và trong khu vực

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã khởi động “Sáng kiến Phục hồi chức năng đến năm 2030” và đưa ra “Lời kêu gọi hành động” (Tháng 2 năm 2017) để đáp ứng nhu cầu cấp thiết về tăng cường PHCN trên toàn thế giới. Lời kêu gọi này đã xác định 10 lĩnh vực cần được quan tâm phối hợp nhằm giảm nhu cầu PHCN chưa được đáp ứng, tăng cường khả năng lãnh đạo, lập kế hoạch và tích hợp PHCN trong chu trình chăm sóc sức khỏe, kết hợp phục hồi chức năng vào phạm vi bao phủ sức khỏe toàn dân và tích hợp dữ liệu phục hồi chức năng trên các hệ thống thông tin y tế. Lời kêu gọi đã xác định cách tiếp cận tăng cường hệ thống y tế để phục hồi chức năng tốt hơn. Để hỗ trợ các quốc gia tăng cường PHCN, tài liệu “Hướng dẫn về PHCN trong các hệ thống y tế” được ban hành vào năm 2017 và tiếp tục hoàn thiện vào năm 2019 định hướng cho các nước tăng cường hệ thống y tế với trọng tâm là phục hồi chức năng và khẳng định PHCN là 1 dịch vụ y tế dành cho mọi người bao gồm cả người khuyết tật, là 1 phần của chăm sóc liên tục và

cũng là 1 cấu phần của dịch vụ chăm sóc y tế toàn diện (Dự phòng, Điều trị, PHCN, chăm sóc giảm nhẹ)

Tại kỳ họp thứ 69 của Ủy ban Khu vực Tây Thái Bình Dương, các quốc gia thành viên cũng đã tán thành ban hành *Nghị quyết về Quy định Khung của Khu vực đối với PHCN* (WPR/RC69.R6, 12/10/2018) bao gồm 4 lĩnh vực ưu tiên tùy thuộc vào bối cảnh thực tiễn của từng quốc gia thành viên, đó là: Tính sẵn có và chất lượng dịch vụ PHCN tại tất cả các tuyến của hệ thống y tế, quản trị, tài chính, nguồn nhân lực, thông tin dữ liệu về PHCN và chia sẻ các kinh nghiệm thực tiễn tốt nhất³⁵.

Quy định Khung về PHCN của khu vực Tây Thái Bình Dương được ban hành để định hướng cho các quốc gia phát triển PHCN với 10 chỉ số, bao gồm:

● Các chỉ số đầu vào:

- ✓ Chi phí PHCN
- ✓ Lồng ghép PHCN trong kế hoạch phát triển HTYT
- ✓ Mật độ nhân lực PHCN

● Các chỉ số đầu ra:

- ✓ Các Bệnh viện PHCN tuyến TU, tuyến tỉnh
- ✓ Mật độ giường bệnh PHCN
- ✓ PHCN lồng ghép trong CSSKBĐ
- ✓ Quy định về các tiêu chuẩn PHCN: Về cơ sở hạ tầng, danh mục trang thiết bị

● Các chỉ số kết quả:

- ✓ PHCN đa chuyên khoa phù hợp với nhu cầu của mỗi người bệnh
- ✓ Thay đổi chức năng qua các giai đoạn

● Chỉ số tác động: Chức năng hoạt động của quần thể dân cư

Khung PHCN trên đây là cơ sở quan trọng, định hướng cho các nước trong Khu vực hoạch định chính sách phát triển PHCN.

Bên cạnh đó, trong bối cảnh các trường hợp khẩn cấp (bao gồm xung đột, thảm họa và bùng phát dịch bệnh) đang xảy ra trên phạm vi toàn cầu có thể tạo nên sự gia tăng lớn về nhu cầu phục hồi chức năng, vượt quá khả năng cung cấp dịch vụ y tế của hầu hết các quốc gia.

WHO hiện đang xây dựng năng lực chuyên môn để hỗ trợ các nước về PHCN với từng lĩnh vực (xung đột, thảm họa, bùng phát dịch bệnh) gồm 6 bước³⁶:

- i) Đánh giá mức độ và loại chấn thương để xác định nhu cầu PHCN;

³⁵ : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

³⁶ Nguồn: Rehabilitation 2030, rehabilitation@who.int

- ii) Xác định khoảng trống giữa năng lực đáp ứng hiện có so với nhu cầu PHCN cần đáp ứng;
- iii) Điều phối;
- iv) Tư vấn và huy động nguồn lực;
- v) Đào tạo và phát triển nhân lực;
- vi) Xây dựng chiến lược PHCN đáp ứng nhu cầu.

2.3 Kinh nghiệm 1 số nước về PHCN cho người khuyết tật

Tại châu Âu, có 1/6 dân số tương đương khoảng 80 triệu người là người khuyết tật (NKT) với các mức độ khác nhau. Đa số các quốc gia đều đã ban hành luật về chống phân biệt trong CSSK đối với NKT. Người khuyết tật cao tuổi ở châu Âu chủ yếu sử dụng dịch vụ tại Phòng khám Đa khoa. Ở Anh, ngoài các y bác sĩ, có cả đội ngũ y tá giúp đỡ NKT trong việc hoà nhập cộng đồng, từ những công việc đơn giản như sử dụng phương tiện giao thông công cộng tới những việc lớn hơn như tìm kiếm việc làm... Để đủ điều kiện thực hiện công việc này, y tá cần có bằng đại học trong các lĩnh vực liên quan đến CSSK và được cấp phép hành nghề^{37,38}.

Tại Mỹ, người khuyết tật được hưởng các chế độ chăm sóc sức khoẻ giống như người bình thường, chỉ khác về nguồn cung cấp bảo hiểm y tế (BHYT). Những người trong độ tuổi lao động không khuyết tật thường được công ty cung cấp BHYT tư nhân (80.2%). Người khuyết tật trong độ tuổi lao động thường được cung cấp cả BHYT tư nhân và BHYT công như Medicare hay Medicaid (66.3% được nhận BHYT tư; 20.7% được nhận BHYT công). Các quy định về tiêu chuẩn của cơ sở y tế cung cấp dịch vụ CSSK, PHCN cho NKT cũng đã được ban hành trong đó có cả những quy định về kỹ năng giao tiếp ứng xử của NVYT với NKT³⁹. Các cơ sở y tế đều đã được thiết kế tiện dụng đối với bệnh nhân sử dụng xe lăn.

Tại Úc, NKT sử dụng các dịch vụ CSSK giống như người bình thường. Tuy nhiên, họ vẫn còn gặp phải nhiều khó khăn, bất cập trong tiếp cận dịch vụ CSSK, đặc biệt là về khả năng chi trả. Người khuyết tật ở vùng ngoại ô có ít cơ hội được tiếp cận được với các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ hơn so với NKT sống ở các thành phố lớn. Các cơ sở y tế muốn được cấp phép CSSK cho NKT phải hoàn tất thủ tục đăng ký với chính phủ và đảm bảo tuân thủ đầy đủ các quy định theo Human Services Standard (Các tiêu chuẩn về cung cấp dịch vụ cho con người)⁴⁰.

37

² <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

³⁸ <https://academic.oup.com/eurpub/article/23/6/1032/436008>

<https://www.ucas.com/ucas/after-gcses/find-career-ideas/explore-jobs/job-profile/learnin-g-disability-nurse>

³⁹ https://www.ada.gov/medicare_mobility_ta/medicare_ta.htm

⁴⁰ <https://providers.dhhs.vic.gov.au/registration-requirements-disability-service-providers>

Tại Châu Á, NKT hiện đang gặp nhiều khó khăn, bất cập trong việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ CSSK, PHCN. Tuy nhiên, những năm gần đây, nhiều quốc gia trong châu lục đã chú trọng đầu tư nhiều hơn cho việc phát triển các dịch vụ xã hội trong đó có CSSK và tăng cường khả năng tiếp cận cho NKT.⁴¹

Tại Nhật Bản, Trung tâm Phục hồi Quốc gia (NRCD) được thành lập nhằm hỗ trợ NKT để họ tự lập và tham gia xã hội. Trung tâm được tổ chức thành một mạng lưới trong cả nước để cung cấp nhiều dịch vụ PHCN từ chăm sóc y tế đến đào tạo nghề. Các dịch vụ này bao gồm các chương trình sức khỏe, y tế và phúc lợi tiên tiến, toàn diện để giúp mọi người phục hồi và duy trì các chức năng sống tổng thể của họ. NRCD cũng hoạt động như một tổ chức cốt lõi để nghiên cứu và phát triển các công nghệ phục hồi chức năng và các sản phẩm hỗ trợ cũng như giáo dục và đào tạo các chuyên gia PHCN.

Tại Hàn Quốc, nhiều đạo luật đã được ban hành dành cho NKT như: Luật Khuyến khích Giáo dục Đặc biệt năm 1977, Luật Phúc lợi năm 1989 và Luật Khuyến khích việc làm của Người Khuyết tật năm 1990, thành lập Trung tâm Giáo dục Đặc biệt và Phục hồi chức năng năm 2001 ...⁴²

Tại Thái Lan, có gần 2 triệu người, chiếm khoảng 3% dân số là NKT. Họ chủ yếu sống ở các vùng nông thôn. Có 65% số NKT >15 tuổi ở Thái Lan không có việc làm. Trong số những người có việc làm, >50% làm trong các ngành nông nghiệp và đánh cá. Đàn ông khuyết tật có việc làm nhiều hơn phụ nữ khuyết tật: 43% và 28%. Chính phủ Thái Lan đã ban hành nhiều đạo luật nhằm thực hiện trợ giúp xã hội đối với NKT

2.4 Các giải pháp ưu tiên để tăng cường PHCN

Sáng kiến Phục hồi chức năng đến năm 2030 do WHO khởi xướng đã xác định 10 giải pháp ưu tiên cần được thực hiện, bao gồm:

1. Cam kết chính trị mạnh mẽ với bộ máy lãnh đạo hiệu quả và cơ chế chính sách hỗ trợ phát triển PHCN ở các cấp địa phương, quốc gia và toàn cầu.
2. Tăng cường việc lập kế hoạch và triển khai thực hiện kế hoạch PHCN ở cấp quốc gia và cấp địa phương, bao gồm cả việc chuẩn bị sẵn sàng ứng phó với tình huống khẩn cấp
3. Tăng cường việc lồng ghép PHCN vào hệ thống y tế cũng như tăng cường phối hợp liên ngành để có thể đáp ứng hiệu quả nhu cầu PHCN của người dân.
4. PHCN được gắn trong bao phủ CSSK toàn dân
5. Xây dựng các mô hình cung cấp dịch vụ PHCN toàn diện để từng bước đạt được mục tiêu mọi người dân đều có khả năng tiếp cận như nhau với các dịch vụ chất lượng, bao gồm cả các dụng cụ PHCN, kể cả những người ở nông thôn và vùng sâu vùng xa.

⁴¹ (<https://e27.co/these-8-startups-in-southeast-asia-empower-people-with-disabilities-to-be-active-members-of-the-community-one-innovation-at-a-time-20191208/>)

⁴² <http://cirrie-sphhp.webapps.buffalo.edu/culture/monographs/korea.php>

6. Phát triển nhân lực PHCN đa ngành, có trình độ chuyên môn cao, phù hợp với mô hình bệnh tật trong thực tế và thúc đẩy lồng ghép PHCN trong các chương trình đào tạo về CSSK.

7. Tăng cường ngân sách cho PHCN thông qua các cơ chế thích hợp

8. Tăng cường hệ thống thông tin dữ liệu về PHCN trong đó có thông tin về phân loại chức năng theo phân loại Quốc tế về Chức năng, Khuyết tật và Sức khỏe.

9. Xây dựng năng lực nghiên cứu để tập hợp những bằng chứng mạnh mẽ cho việc phát triển PHCN.

10. Thiết lập và củng cố mạng lưới quan hệ quốc tế về PHCN đặc biệt là giữa các nước có thu nhập thấp, trung bình và cao

Tóm lại, cùng với nâng cao sức khỏe, dự phòng, điều trị; PHCN là một cầu phần không thể thiếu trong CSSK. Người bệnh là trung tâm của PHCN và cần được cung cấp dịch vụ phù hợp với nhu cầu của từng cá nhân, gắn liền trong tất cả các giai đoạn điều trị và với mọi lứa tuổi. Trên phạm vi toàn cầu cũng như tại khu vực Tây Thái bình Dương, nhu cầu về PHCN ngày càng gia tăng và chưa được đáp ứng đầy đủ tại hầu hết các quốc gia. Vì vậy WHO đã khởi động Sáng kiến PHCN đến năm 2030 cùng với Lời kêu gọi hành động và Tài liệu Hướng dẫn PHCN trong các hệ thống y tế. WHO khu vực Tây Thái Bình Dương cũng đã ban hành Khung của Khu vực về PHCN để định hướng các quốc gia trong phát triển PHCN. Kinh nghiệm về PHCN đặc biệt là về PHCN cho người khuyết tật tại một số nước và 10 giải pháp hành động ưu tiên trong Sáng kiến PHCN đến năm 2030 của WHO đã chỉ rõ để phát triển PHCN các quốc gia cần phải có cam kết chính trị mạnh mẽ ở các cấp, phải có hành lang pháp lý và cơ chế chính sách thuận lợi, cơ chế tài chính bền vững phù hợp với bối cảnh thực tế, phải gắn liền với CSSK toàn dân, phải phát triển nguồn nhân lực đa ngành chuyên sâu, phải thiết lập được hệ thống thông tin, dữ liệu về PHCN, phải tăng cường phối hợp liên ngành và hợp tác quốc tế về PHCN. Đồng thời phát đẩy mạnh nghiên cứu khoa học cung cấp bằng chứng ...

Định hướng của WHO và kinh nghiệm PHCN cho người khuyết tật tại một số nước trên thế giới là những thông tin hữu ích, rất cần thiết đối với việc xây dựng Chiến lược Quốc gia PHCN ở Việt Nam trong những thập niên sắp tới.

III. CƠ HỘI, THÁCH THỨC VÀ NHU CẦU PHCN TRONG THỜI GIAN TỚI

1. Cơ hội

Tốc độ tăng trưởng GDP Việt Nam dự báo sẽ đạt khoảng 7%/năm, kinh tế vĩ mô về cơ bản ổn định, lạm phát ở mức 3,5 - 4,5%/năm. Mức tăng trưởng kinh tế này là khá cao tạo điều kiện thuận lợi gia tăng nguồn ngân sách cho CSSK trong đó có PHCN.

Cách mạng công nghiệp lần thứ tư đang diễn ra trên phạm vi toàn cầu, công nghệ số đang phát triển mạnh mẽ và tác động sâu rộng đến mọi mặt của đời sống kinh tế - xã hội tại tất cả các quốc gia, trong đó có lĩnh vực y tế. Giai đoạn tới, theo định hướng, ngành y tế sẽ xây dựng và triển khai nền tảng y tế số, xây dựng cơ sở dữ liệu và hạ tầng kỹ thuật số, đẩy mạnh ứng dụng số trong quản lý hệ

thông y tế... Những thay đổi này sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho việc ứng dụng CNTT và KHCN trong quản trị mạng lưới, phát triển các kỹ thuật chuyên sâu, sản xuất và cung cấp dụng cụ trợ giúp cũng như cập nhật quản lý thông tin trong lĩnh vực PHCN.

Việt Nam đã và đang hội nhập ngày càng sâu, rộng vào nền kinh tế thế giới với việc ký kết nhiều hiệp định thương mại tự do song phương và đa phương. Đây là những yếu tố thuận lợi cho việc mở rộng và thúc đẩy hợp tác quốc tế trong lĩnh vực PHCN.

Nhiều chủ trương đường lối của Đảng, chính sách của nhà nước về định hướng phát triển lĩnh vực PHCN đến năm 2030 đã được ban hành: Chỉ thị 39-CT/TW, Nghị quyết số 20/NQ- TW, Quyết định số 735/QĐ-TTg... Công tác BVCSSKND trong đó có PHCN

Chính sách đổi mới cơ chế tài chính, trao quyền tự chủ gắn liền với giải trình trách nhiệm và minh bạch thông tin trong các đơn vị sự nghiệp y tế công lập tạo điều kiện thuận lợi để các cơ sở cung cấp dịch vụ PHCN, dụng cụ trợ giúp phát huy năng động, sáng tạo, phát triển chuyên môn kỹ thuật, nâng cao năng lực hoạt động.

2. Thách thức

Trong giai đoạn tới, tình hình thế giới tiếp tục diễn biến phức tạp, khó lường. Các thách thức an ninh phi truyền thống, đặc biệt là biến đổi khí hậu ngày càng gia tăng về cả tác động và cường độ; dịch bệnh diễn biến phức tạp, đặc biệt là đại dịch Covid-19...

Kinh tế trong nước vẫn còn nhiều khó khăn, thách thức đến từ những yếu kém nội tại của nền kinh tế chưa và chậm được khắc phục cũng như các vấn đề xã hội - môi trường gây áp lực lớn đến phát triển kinh tế - xã hội như già hóa dân số, chênh lệch giàu nghèo, thiên tai, dịch bệnh, biến đổi khí hậu, nước biển dâng, xâm nhập mặn,...

Theo đà tăng trưởng kinh tế, đến năm 2030, Việt Nam gia nhập nhóm nước có thu nhập trung bình cao, điều này cũng đặt Việt Nam trước thách thức bẫy thu nhập trung bình. Mặt khác, khi đó các nguồn viện trợ và vốn vay ưu đãi sẽ bị cắt hoàn toàn cũng như hỗ trợ tài chính, kỹ thuật từ các tổ chức quốc tế sẽ bị hạn chế rất nhiều.

Việt Nam không chỉ là quốc gia từng trải qua nhiều cuộc chiến tranh bảo vệ Tổ quốc mà còn là một trong số những nước chịu ảnh hưởng nặng nề bởi quá trình biến đổi khí hậu và công nghiệp hóa, đô thị hóa với tốc độ nhanh chóng.

3. Dự báo nhu cầu PHCN trong thời gian tới

Nhu cầu về PHCN sẽ ngày càng gia tăng trong thời gian tới do mô hình bệnh tật ở nước ta đang ở giai đoạn chuyển đổi với đa gánh nặng: Chấn thương không chủ định chiếm 18% và bệnh tim mạch chiếm 17% gánh nặng bệnh tật với nam và 18% với nữ. Đột quỵ là gánh nặng bệnh tật hàng đầu đối với người >70 tuổi (nam: 22%; nữ: 14%). Với nhóm nam từ 45 – 64 tuổi đột quỵ cũng chiếm 14% gánh nặng bệnh tật. Ước tính hàng năm có khoảng 15.990 người bị liệt, tàn phế, mất

sức lao động do tai biến mạch máu não.

Cùng với đó là tình trạng gia tăng đáng lo ngại về tai nạn thương tích trong thực tiễn. Sau 4 năm (2012 – 2015), số vụ tai nạn giao thông, tai nạn lao động và số ca bị thương nặng đã tăng từ 1,2 đến 1,4 lần, nhất là tổn thương về tửy sống.

Không chỉ thế, Việt Nam là một trong những quốc gia già hóa nhanh nhất ở châu Á. Tỷ lệ người cao tuổi chiếm 11,9% (2019). Quá trình già hóa dân số ở nước ta chỉ sau 27 năm (2011 có 10% dân số >65 tuổi đến năm 2038 là 20%⁴³) trong khi Pháp mất 115 năm, Mỹ 69 năm, Trung Quốc là 30 năm. Tuổi thọ ở nước ta đạt ở mức cao so với các nước có cùng mức thu nhập nhưng tuổi thọ khỏe mạnh lại chưa cao.

Đồng thời, những tiến bộ trong ứng dụng KHCN phát triển kỹ thuật Y học giúp phát hiện sớm nhiều hơn, cứu sống nhiều bệnh nhân hơn nên số lượng cần PHCN cũng sẽ nhiều hơn.

Theo WHO, ở nước ta vào thời điểm năm 2019; cứ khoảng 7 người thì có 2 người mắc các bệnh/tật cần PHCN, tương ứng với tỷ lệ 30.000/100.000 dân, thấp hơn không đáng kể so với mức trung bình của Thế giới và của khu vực Tây Thái Bình Dương. Ước tính, số lượng người có nhu cầu PHCN của cả nước là 29 triệu người. Tổng số năm sống với bệnh tật do các bệnh cần PHCN của cả nước là 3,8 triệu năm, tăng 91,5% so với năm 1990⁴⁴.

Theo giới tính, tỷ lệ người có nhu cầu PHCN ở nam của nước ta là 29.200/100.000, thấp hơn so với nữ là 30.700/100.000 người.

Theo nhóm bệnh, nhu cầu PHCN cao nhất thuộc nhóm mắc bệnh rối loạn cơ xương khớp (20 triệu người), tiếp đến là nhóm khiếm khuyết về giác quan (7,8 triệu người) và rối loạn thần kinh (3 triệu người). Bệnh có nhu cầu PHCN cao nhất ở nước ta hiện nay là đau thắt lưng: 8,1 triệu người, tiếp đến là khiếm thính: 4,4 triệu người, gãy xương: 4,23 triệu người, đau cổ: 4,1 triệu người và khiếm thị: 4,08 triệu người (*xem Phụ lục 1, Phụ lục 2*).

Theo nhóm tuổi, nhóm có số người mắc bệnh cần PHCN cao nhất là nhóm 50 -54 tuổi và nhóm từ 55 – 59 tuổi, với khoảng 2,8 triệu người mỗi nhóm.

IV. NỘI DUNG CHIẾN LƯỢC

1. Quan điểm xây dựng chiến lược

Đảm bảo cho mọi người dân, thuộc mọi lứa tuổi quyền được tiếp cận sớm với dịch vụ PHCN có chất lượng, đa chuyên ngành, toàn diện bao gồm PHCN thể chất, PHCN tâm thần, PHCN xã hội; phù hợp nhu cầu của mỗi cá nhân, mỗi giai đoạn bệnh tật; góp phần đảm bảo an sinh xã hội và thực hiện công bằng xã hội. Chủ động thích ứng với nhu cầu PHCN gia tăng đột biến trong các tình trạng khẩn cấp về thiên tai, thảm họa, bùng phát dịch bệnh ...

⁴³ Hướng tới chính sách quốc gia toàn diện thích ứng với già hóa dân số ở Việt Nam, UNFPA, T.3/2019 <https://vietnam.unfpa.org/en/publication/towards-comprehensive-national-policy-ageing-Viet-nam>

⁴⁴ Nguồn: <https://vizhub.healthdata.org/rehabilitation/WHO-Rehabilitation-Need-Estimator>

PHCN là một cấu phần quan trọng không thể thiếu trong gói chăm sóc sức khỏe toàn diện, cần được tích hợp trong các dịch vụ y tế khác như: Ngoại khoa, Chỉnh hình, Thần kinh, Tim Mạch, Hô hấp, Nhi khoa, Tâm thần... và chú trọng phát triển cộng nghệ PHCN phù hợp với mô hình bệnh tật.

Phát triển PHCN tại tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBD) là giải pháp cơ bản, hữu hiệu để đáp ứng nhu cầu PHCN ngày càng tăng và thích ứng với tình trạng gia tăng các bệnh mãn tính, bệnh không lây nhiễm, tai nạn thương tích và già hóa dân số ở nước ta trong thời gian tới.

Phát triển PHCN dựa vào cộng đồng và tích hợp PHCN với các dịch vụ xã hội ngoài dịch vụ y tế tại cộng đồng như trong trường học; trong các trung tâm sinh hoạt cộng đồng; trong Trung tâm Bảo trợ xã hội, Trung tâm Điều dưỡng, Trung tâm Chăm sóc người cao tuổi, Trung tâm Cai nghiện ...

Tăng cường ứng dụng CNTT và thực hiện chuyển đổi số trong PHCN để từng bước hiện thực hóa mục tiêu dự phòng thông minh, khám chữa bệnh thông minh và quản trị dữ liệu thông minh.

PHCN là trách nhiệm của mỗi cá nhân, gia đình, cộng đồng với sự cam kết trong chỉ đạo thực hiện của các cấp chính quyền, sự tham gia liên ngành và vai trò nòng cốt của ngành Y tế.

2. Mục tiêu

2.1 Mục tiêu chung:

Nâng cao nhận thức của toàn xã hội về ý nghĩa, tầm quan trọng của PHCN trong CSSK toàn diện; kiện toàn, phát triển mạng lưới, tăng cường khả năng cung cấp dịch vụ PHCN đặc biệt là trong tình trạng khẩn cấp, đảm bảo phòng ngừa khuyết tật, phát hiện sớm, can thiệp sớm, phù hợp với nhu cầu PHCN của mỗi người nhằm giảm thiểu hậu quả, giúp người bệnh từng bước hòa nhập và phát huy tối đa năng lực của bản thân.

2.2 Mục tiêu và chỉ tiêu cụ thể đến năm 2030

a) Nâng cao nhận thức của các cấp ủy Đảng, chính quyền, các ngành, nhân viên y tế và người dân trong cộng đồng về ý nghĩa, tầm quan trọng của PHCN trong CSSK toàn diện:

- Đến năm 2025 có 80% số tỉnh/TP trong cả nước ban hành kế hoạch phát triển PHCN, đầu tư nguồn lực để triển khai thực hiện và nâng lên 100% vào năm 2030.
- Đến năm 2025, có >60% người dân trong cộng đồng và >70% nhân viên y tế nhận biết được vai trò của PHCN.
- Đến năm 2030, các tỷ lệ tương ứng được nâng lên >80% và >90%.

b) Đẩy mạnh phát triển nguồn nhân lực PHCN, đảm bảo đáp ứng đủ về số lượng với cơ cấu nhân lực phù hợp theo mô hình cung cấp dịch vụ tại từng tuyến: Tuyến 1 cung cấp dịch vụ PHCN ban đầu, điều trị ngoại trú; tuyến 2 cung cấp dịch vụ PHCN cơ bản, nâng cao; tuyến 3 cung cấp các kỹ thuật chuyên sâu về

PHCN

- Đến năm 2025 đạt bình quân 0,5 nhân viên PHCN/10.000 dân và nâng lên 0,75 vào năm 2030.
- Đến năm 2025 có 80% các BV/Trung tâm PHCN tại tuyến TU có cơ cấu nhân lực được đào tạo đa ngành, đáp ứng nhu cầu cung cấp dịch vụ PHCN toàn diện và nâng lên 100% vào năm 2030.
- Đến năm 2025 có 60% các BVPHCN/Khoa PHCN của BVĐK tỉnh có cơ cấu nhân lực được đào tạo đa ngành, đáp ứng nhu cầu cung cấp dịch vụ PHCN toàn diện và nâng lên 80% vào năm 2030.
- Đến năm 2025 có 60% các BVĐK huyện/TTYT huyện có đủ số lượng và cơ cấu nhân lực phù hợp để cung cấp dịch vụ PHCN cơ bản, nâng cao và nâng lên 80% vào năm 2030
- Đến năm 2025 có 80% lãnh đạo các BV PHCN tuyến TU, tuyến tỉnh được đào tạo về quản lý bệnh viện và nâng lên 100% vào năm 2030.
- Chuẩn bị các điều kiện cần thiết để được cấp mã đào tạo chuyên ngành PHCN vào sau năm 2025

c) Củng cố và phát triển mạng lưới PHCN trong toàn quốc; từng bước hiện đại hóa cơ sở vật chất, trang thiết bị; phát triển công nghệ PHCN nhằm tăng cường khả năng cung cấp dịch vụ và nâng cao chất lượng của dịch vụ PHCN phù hợp với mô hình cung cấp dịch vụ theo tuyến:

- *Đối với các cơ sở Phục hồi chức năng thuộc ngành Y tế:*

✓ **Tuyến xã cung cấp dịch vụ PHCN ban đầu:** 95% các Trạm YT xã có nhân viên y tế được phân công phụ trách chương trình PHCN, được bồi dưỡng kiến thức cơ bản về PHCN để cung cấp dịch vụ PHCN ban đầu vào năm 2025 và nâng lên 100% vào năm 2030.

✓ **Tuyến huyện cung cấp dịch vụ PHCN cơ bản, nâng cao:** 100% bệnh viện huyện hoặc tương đương có Khoa PHCN hoặc Tổ/Đơn nguyên PHCN lồng ghép trong các khoa Lâm sàng khác, trong đó có bác sỹ, kỹ thuật viên y được đào tạo, bồi dưỡng kiến thức về chuyên ngành PHCN được cấp chứng chỉ hành nghề hoặc bổ sung hành nghề về PHCN. Các Khoa PHCN được bố trí cơ sở vật chất, thiết bị y tế, nhân lực đảm bảo thực hiện tối thiểu 70% danh mục kỹ thuật PHCN theo phân tuyến chuyên môn kỹ thuật vào năm 2025 và >80 vào năm 2030.

✓ **Tuyến tỉnh cung cấp kỹ thuật PHCN đa ngành chuyên sâu:** Duy trì và phát triển các Bệnh viện PHCN hiện có, không sáp nhập Bệnh viện PHCN và Bệnh viện Tâm thần hiện có vào các Bệnh viện khác. Khuyến khích các tỉnh có quy mô dân số >1,2 triệu người thành lập Bệnh viện PHCN; 85% bệnh viện đa khoa tỉnh thành lập khoa PHCN vào năm 2025 và nâng lên 100% vào năm 2030; 60% các bệnh viện chuyên khoa thành lập khoa PHCN hoặc ghép với các khoa Lâm sàng khác vào năm 2025 và nâng lên 80% vào năm 2030. Các Bệnh viện PHCN, Khoa PHCN trong Bệnh viện Đa khoa, Bệnh viện chuyên khoa được bố

trí cơ sở vật chất, thiết bị y tế, nhân lực đảm bảo cung cấp các dịch vụ toàn diện về PHCN: PHCN thể chất, PHCN tâm thần, PHCN xã hội, và triển khai được tối thiểu 80% danh mục kỹ thuật theo phân tuyến chuyên môn kỹ thuật

✓ **Tuyến trung ương cung cấp kỹ thuật PHCN đa ngành chuyên sâu:** Bệnh viện PHCN Trung ương và Trung tâm PHCN của Bệnh viện Bạch Mai, Khoa PHCN Bệnh viện Đa khoa tuyến Trung ương; Bệnh viện Tâm thần Trung ương phát triển chuyên môn kỹ thuật chuyên sâu về PHCN. 80% các Bệnh viện chuyên khoa trực thuộc Bộ Y tế, trực thuộc các Bộ, ngành thành lập khoa PHCN vào năm 2025 và nâng lên 90% vào năm 2030. Các Bệnh viện PHCN, Bệnh viện Tâm thần; Khoa PHCN thuộc các Bệnh viện đa khoa/chuyên khoa được bố trí cơ sở vật chất, thiết bị y tế, nhân lực đảm bảo cung cấp các dịch vụ toàn diện về PHCN: PHCN thể chất, PHCN tâm thần, PHCN xã hội và triển khai tối thiểu 85% danh mục kỹ thuật PHCN theo phân tuyến chuyên môn kỹ thuật.

• *Đối với các cơ sở Chính hình-PHCN và các cơ sở y tế trong các đơn vị thuộc Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội quản lý:*

✓ 80% các cơ sở cung cấp dịch vụ PHCN được cấp phép hoạt động và 80% nhân viên y tế tham gia cung cấp dịch vụ PHCN trong những cơ sở này được cấp Chứng chỉ hành nghề vào năm 2025 và nâng lên 100% vào năm 2030.

✓ 70% các Bệnh viện, Trung tâm Chính hình - Phục hồi chức năng đủ điều kiện khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế vào năm 2025 và nâng lên 100% vào năm 2030. Các Bệnh viện/Trung tâm Chính hình - PHCN đảm bảo cung cấp các dịch vụ toàn diện về PHCN: PHCN thể chất, PHCN tâm thần, PHCN xã hội và triển khai được tối thiểu 80% danh mục dịch vụ kỹ thuật của cơ sở y tế chuyên khoa tuyến tỉnh vào năm 2030.

✓ 30% Trung tâm điều dưỡng thương binh và người có công, Trung tâm Bảo trợ xã hội, Trung tâm Cai nghiện ma túy đủ điều kiện khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế vào năm 2025 và nâng lên >50% vào năm 2030. Các cơ sở này thực hiện được tối thiểu 80% danh mục dịch vụ kỹ thuật của y tế tuyến xã vào năm 2030;

d) **Đẩy mạnh PHCN dựa vào cộng đồng** tại 63 tỉnh/TP trong cả nước nhằm phòng ngừa, phát hiện sớm, can thiệp sớm, duy trì hoạt động PHCN phù hợp với từng người bệnh, tại từng địa bàn với các chỉ tiêu cần đạt được như sau:

✓ 100% các cơ sở PHCN có hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng ngừa khuyết tật, về PHCN và PHCNDVCĐ, góp phần nâng cao nhận thức về ý nghĩa, tầm quan trọng của PHCN trong CSSK cho cán bộ lãnh đạo, quản lý các cấp, các ngành, nhân viên y tế và người dân trong cộng đồng.

✓ 100% các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương triển khai và duy trì chương trình PHCNDVCĐ tại ít nhất 60% số xã/phường/thị trấn của tỉnh/thành phố vào năm 2025 và nâng lên >70% vào năm 2030.

✓ 70% số trẻ em từ sơ sinh đến 6 tuổi được sàng lọc phát hiện sớm khuyết tật bẩm sinh, rối loạn phát triển và được can thiệp sớm các dạng khuyết tật;

e) Tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin trong PHCN để từng bước thực hiện chuyển đổi số, thích ứng với xu thế thương mại điện tử. đáp ứng nhu cầu CSSK, PHCN mọi nơi, mọi lúc và chia sẻ dữ liệu PHCN ngày càng gia tăng:

- 100% các cơ sở cung cấp dịch vụ PHCN triển khai kết nối khám chữa bệnh từ xa vào năm 2025
- 100% bệnh nhân KCB tại các cơ sở PHCN trong cả nước có bệnh án điện tử vào năm 2025.
- 100% người khuyết tật tại cộng đồng được quản lý, theo dõi hồ sơ sức khỏe điện tử.
- 60% người bệnh được tiếp cận trực tuyến với các dịch vụ về hướng dẫn sàng lọc, phát hiện sớm các bệnh, tật cần PHCN vào năm 2025 và nâng lên 80% vào năm 2030
- 60% người bệnh được tiếp cận trực tuyến với các phương pháp PHCN thiết yếu vào năm 2025 và nâng lên 80% vào năm 2030
- Tăng số địa phương triển khai thực hiện Hệ thống thông tin quản lý sức khỏe và PHCN cho người khuyết tật lên 50 tỉnh/TP vào năm 2025 và 63 tỉnh/TP vào năm 2030.

g) Tăng tỷ lệ người bệnh được tiếp cận với dịch vụ PHCN phù hợp và có chất lượng lên 60% vào năm 2025 và 80% vào năm 2030⁴⁵

2.3 Tầm nhìn đến 2050

- PHCN được tích hợp trong các dịch vụ y tế tại tất cả các tuyến trong và ngoài ngành Y tế với sự đa dạng về phương pháp can thiệp để đảm bảo cung cấp dịch vụ PHCN toàn diện, có chất lượng.
- PHCN tại cộng đồng được phát triển rộng khắp ở các địa phương trong cả nước và được tích hợp trong nhiều dịch vụ xã hội khác ngoài cơ sở y tế.
- Thông tin về PHCN được cập nhật thường xuyên, chính xác có sự kết nối, chia sẻ dữ liệu giữa PHCN tại cộng đồng với PHCN trong các cơ sở KCB trong và ngoài ngành Y tế
- Mọi người dân thuộc mọi lứa tuổi đều được tiếp cận trực tuyến với các dịch vụ về hướng dẫn sàng lọc, phát hiện sớm nhu cầu PHCN và các phương pháp PHCN thiết yếu.
- Mọi người dân thuộc mọi lứa tuổi trong mọi hoàn cảnh đều được tiếp cận thuận lợi với dịch vụ PHCN phù hợp theo nhu cầu.

⁴⁵ Theo Báo cáo Đánh giá tình hình triển khai kế hoạch Quốc gia về PHCN giai đoạn 2014 – 2020, tr lệ người KT được tiếp cận với dịch vụ PHCN tại các địa phương là 41,2%

3. Các nhiệm vụ và giải pháp thực hiện chiến lược

3.1 Hoàn thiện hành lang pháp lý, tạo cơ chế chính sách thuận lợi cho phát triển PHCN

Đề nâng cao vai trò, tầm quan trọng của PHCN trong chăm sóc sức khỏe toàn diện và gắn kết PHCN trong hệ thống Y tế; cần thiết phải xây dựng Chiến lược Quốc gia PHCN trình Chính phủ phê duyệt để tạo sự đồng thuận giữa các ngành, các cấp, các tầng lớp xã hội đối với việc quan tâm phát triển PHCN trong thời gian tới.

Đồng thời phải rà soát, điều chỉnh, bổ sung và hoàn thiện các văn bản quy pháp luật có liên quan nhằm tạo dựng hành lang pháp lý thuận lợi cho việc phát triển PHCN. Cụ thể như:

✓ Luật Khám bệnh chữa bệnh sửa đổi và các văn bản hướng dẫn thực hiện cần ban hành quy định về mã nghề cụ thể cho một số chức danh chuyên môn trong lĩnh vực PHCN để đảm bảo các tiếp cận chuyên sâu đa ngành như: Cử nhân/Kỹ thuật viên Vật lý trị liệu; Cử nhân/KTV Ngôn ngữ trị liệu; Cử nhân/KTV Hoạt động trị liệu; Cử nhân/KTV Tâm lý trị liệu, Kỹ thuật viên dụng cụ trợ giúp ...

✓ Luật Bảo hiểm Y tế sửa đổi và các văn bản hướng dẫn thực hiện Luật cần mở rộng chi trả BHYT cho các vật tư y tế và phương tiện/dụng cụ trợ giúp PHCN. Đồng thời cần điều chỉnh quy định thanh toán BHYT cho 1 đợt điều trị nội trú tối đa 14 ngày để phù hợp với nhu cầu điều trị liên tục, dài ngày về PHCN của người bệnh

✓ Điều chỉnh những trùng lặp giữa các kỹ thuật của PHCN với kỹ thuật của Y học cổ truyền trong điều trị một số bệnh thuộc quy định về phân tuyến kỹ thuật.

✓ Ban hành văn bản quy định về danh mục trang thiết bị theo khả năng cung cấp dịch vụ PHCN của từng tuyến.

✓ Ban hành văn bản quy định về việc tích hợp PHCN trong các dịch vụ y tế tại các cơ sở KCB và tích hợp với các dịch vụ xã hội tại cộng đồng theo quy trình cung cấp dịch vụ PHCN: i) Giai đoạn 1 – Cấp gần với khoa Cấp cứu tại cơ sở KCB; ii) Giai đoạn 2 – Sau cấp gần với các chuyên khoa tại cơ sở KCB; iii) Giai đoạn 3- Hồi phục tại Khoa/Trung tâm/BV PHCN; iv) PHCN tại cộng đồng với sự trợ giúp của nhân viên y tế/nhân viên xã hội/người thân được đào tạo về PHCN, v) Hoạt động có hỗ trợ của người thân, nhóm đồng đẳng tại cộng đồng và vi) Hòa nhập tại cộng đồng.

✓ Ban hành văn quy định về danh mục các dụng cụ trợ giúp thiết yếu phù hợp với nhu cầu PHCN theo mô hình bệnh tật ở nước ta

✓ Ban hành văn bản quy định tiêu chuẩn chất lượng Quốc gia về dụng cụ trợ giúp ...

Bên cạnh đó phải xây dựng và triển khai thực hiện có hiệu quả Chương trình hành động phối hợp giữa các bộ, ngành về PHCN. Cụ thể như: Thúc đẩy triển khai Chương trình hành động giữa Bộ Y tế với Bộ Lao động Thương Binh Xã

hội, xây dựng Chương trình hành động giữa Bộ Y tế với Bộ Giáo dục Đào tạo trong phát triển các mã ngành đào tạo chuyên sâu về PHCN và tăng chỉ tiêu tuyển sinh hàng năm về PHCN, giữa Bộ Y tế với các bộ, ngành có các cơ sở cung cấp dịch vụ PHCN nhằm phát huy vai trò quản lý nhà nước về y tế trong kiểm soát và nâng cao chất lượng dịch vụ ...

3.2 *Củng cố, kiện toàn tổ chức mạng lưới của hệ thống PHCN*, tăng cường vai trò quản lý nhà nước, đẩy mạnh sự kết nối giữa cơ sở PHCN thuộc các tuyến trong ngành Y tế cũng như giữa các cơ sở của ngành Y tế với các ngành khác.

Để làm được điều đó, cần thiết phải kiện toàn về tổ chức và nhân lực của bộ phận chịu trách nhiệm là đầu mối quản lý nhà nước về chuyên môn nghiệp vụ PHCN tại Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Bộ Y tế (Phòng PHCN – Giám định) và đầu mối trực tiếp quản lý các đơn vị PHCN thuộc các bộ, ngành khác trong đó có Phòng Y tế Lao động Xã hội thuộc Cục Bảo trợ Xã hội, Bộ Lao động Thương binh Xã hội.

Không chỉ thế, cần phân định rạch ròi phạm vi quản lý sao cho phù hợp với chức năng nhiệm vụ giữa các bộ, ngành trong cung cấp dịch vụ PHCN. Các BV/Trung tâm Chỉnh hình – PHCN thuộc các bộ, ngành sẽ trực thuộc quản lý của ngành Y tế. Ngành Lao động Thương binh Xã hội và các bộ, ngành khác chỉ quản lý các cơ sở điều dưỡng có kết hợp cung cấp dịch vụ PHCN cho các nhóm xã hội thuộc phạm vi quản lý. Chẳng hạn như ngành Lao động Thương binh Xã hội chỉ quản lý các Trung tâm Điều dưỡng chăm sóc thương bệnh binh, người có công và các Trung tâm Bảo trợ xã hội dành cho người già neo đơn, trẻ em mồ côi, người khuyết tật, người tâm thần, người bị rối nhiễu trí tuệ.

Đồng thời cần phải thiết lập phân tuyến kỹ thuật, tăng cường hoạt động chỉ đạo tuyển về chuyên môn kỹ thuật đối với các cơ sở PHCN trong và ngoài ngành Y tế.

Cùng với đó ngành Y tế cần phải tăng cường chỉ đạo thực hiện và giám sát chặt chẽ việc tích hợp PHCN trong các dịch vụ y tế của từng cơ sở KCB cũng như việc tích hợp dịch vụ PHCN trong các dịch vụ xã hội tại cộng đồng.

Bộ Y tế cần ký kết Chương trình phối hợp hành động hàng năm với Bộ Lao động Thương binh Xã hội và các bộ, ngành khác có quản lý các cơ sở cung cấp dịch vụ PHCN để phân công, phân nhiệm rõ ràng giữa trách nhiệm quản lý nhà nước đối với đơn vị sự nghiệp công lập và quản lý nhà nước về chuyên môn nghiệp vụ y tế.

Với các cơ sở PHCN trong ngành Y tế cần duy trì mô hình các Khoa PHCN trong BV Đa khoa tỉnh hoặc BV chuyên khoa PHCN tuyển tỉnh độc lập, không ghép với Y học Cổ truyền, thiết lập phân tuyến kỹ thuật và tăng cường kết nối trong chuyển tuyến điều trị và nâng cao hiệu quả chỉ đạo tuyển

3.3 *Phát triển nguồn nhân lực nhằm đáp ứng nhu cầu PHCN ngày càng nhiều và càng đa dạng về phương pháp tiếp cận với chất lượng ngày càng cao.*

Phát triển các mã ngành chuyên sâu về PHCN, mở rộng các cơ sở đào tạo, tăng thêm chỉ tiêu đào tạo hàng năm và đa dạng hóa về đào tạo các chức danh chuyên môn để đáp ứng về số lượng, chất lượng và cơ cấu chuyên ngành hợp lý

của nguồn nhân lực PHCN trong thời gian sắp tới. Phần đầu đến năm 2025 bình quân có 0,5 nhân viên PHCN/10.000 dân và đến năm 2030 chỉ số này sẽ là 0,75 đạt mức trung bình theo khuyến cáo của WHO

Phát triển các mã nghề mới về PHCN, xây dựng chuẩn năng lực hành nghề và chương trình đào chuyên ngành dựa theo chuẩn năng lực hành nghề được thế giới công nhận, tạo tiền đề thuận lợi trong hội nhập khu vực và thế giới.

Linh hoạt trong tuyển sinh, đào tạo nhân lực PHCN cho tuyến y tế cơ sở thuộc vùng sâu, vùng xa, vùng khó khăn.

Tăng cường phối kết hợp giữa ngành Y tế với các bộ, ngành trong đào tạo mới và đào tạo liên tục cho nhân lực thuộc lĩnh vực PHCN.

Chú trọng đào tạo kiến thức, kỹ năng PHCN cho thân nhân người bệnh và nhân lực tham gia hỗ trợ PHCN tại cộng đồng.

Đẩy mạnh đào tạo về quản lý bệnh viện, quản lý chất lượng dịch vụ cho lãnh đạo các cơ sở cung cấp dịch vụ PHCN tại các tuyến, các ngành.

3.4 Tăng cường khả năng cung cấp dịch vụ và nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ của hệ thống PHCN trong cả nước thông qua việc tăng cường đầu tư cải thiện các điều kiện về cơ sở vật chất, trang thiết bị; về danh mục thuốc; về danh mục dụng cụ PHCN, phát triển công nghệ PHCN ... Tăng cường chỉ đạo tuyến và hỗ trợ chuyển giao kỹ thuật từ tuyến trên cho tuyến dưới.

Mở rộng danh mục triển khai kỹ thuật trong các cơ sở PHCN trên cả nước phù hợp với mô hình cung cấp dịch vụ theo phân tuyến chuyên môn. Chú trọng phát triển các kỹ thuật PHCN đa ngành, chuyên sâu đảm bảo cung cấp dịch vụ PHCN toàn diện (PHCN thể chất, PHCN tâm thần, PHCN xã hội) nhất là tại các BVĐK, BVCK tuyến tỉnh và tuyến TU.

Tăng cường phát triển công nghệ PHCN phù hợp với mô hình bệnh tật trong thực tế.

Đồng thời phải rà soát và thực hiện cấp Giấy phép hoạt động cho các cơ sở và cấp Chứng chỉ hành nghề cho nhân viên tại một số cơ sở có cung cấp dịch vụ PHCN thuộc các bộ, ngành chưa tuân thủ theo đúng quy định của pháp luật. Đảm bảo cho người bệnh được tiếp cận sớm với các dịch vụ PHCN.

Các cơ sở cung cấp dịch vụ PHCN phải coi người bệnh là trung tâm, đáp ứng thỏa đáng quyền được tiếp cận với dịch vụ phù hợp, có chất lượng của người bệnh

3.5. Tăng cường giám sát, cải tiến quy trình cung cấp dịch vụ và đẩy mạnh ứng dụng công nghệ thông tin trong cập nhật và quản lý dữ liệu về PHCN.

Xây dựng biểu mẫu thu thập, cập nhật thông tin thống nhất giữa các cơ sở PHCN trong và ngoài ngành Y tế,,

Ứng dụng công nghệ thông tin quản lý bệnh viện, quản lý chuyên môn PHCN, giám định bảo hiểm y tế, khám chữa bệnh từ xa, bệnh án điện tử, hội chẩn, theo hướng Bệnh viện thông minh với các BV chuyên khoa PHCN tuyến tỉnh và tuyến TU.

Tại những bệnh viện chuyên khoa PHCN tuyến tỉnh và tuyến TU cần không ngừng hoàn thiện các phần mềm quản lý bệnh viện và hạ tầng công nghệ thông tin, phần đầu đạt ở mức 7 (bệnh viện không sử dụng bệnh án giấy) theo quy định tại Thông tư số 54/2017/TT-BYT, đảm bảo an toàn, an ninh mạng, đảm bảo bí mật thông tin người bệnh.

Ứng dụng CNTT trong xây dựng hệ thống quản lý, điều hành bệnh viện.

Tuyển dụng và đào tạo nhân lực chuyên trách về công nghệ thông tin có đủ năng lực vận hành...

Đồng thời chú trọng phát triển các dịch vụ trực tuyến về sàng lọc, phát hiện sớm nhu cầu PHCN cũng như các dịch vụ PHCN thiết yếu và dịch vụ khám chữa bệnh từ xa trong các cơ sở y tế đảm bảo cho người bệnh dễ dàng tiếp cận với dịch vụ có chất lượng trong mọi lúc, ở mọi nơi khi có nhu cầu, thích ứng với xu thế thương mại điện tử đang ngày càng phát triển

3.6. Đổi mới cơ chế quản lý, đẩy mạnh tự chủ về nhiệm vụ chuyên môn, tổ chức bộ máy, nhân sự, tài chính gắn liền với trách nhiệm giải trình, minh bạch thông tin của các đơn vị sự nghiệp công lập cung cấp dịch vụ PHCN.

Tăng cường xã hội hóa, đa dạng hóa các loại hình, thu hút các cơ sở ngoài công lập cùng tham gia cung cấp dịch vụ về dụng cụ trợ giúp, PHCN tại cộng đồng đặc biệt là với cung cấp dịch vụ PHCN tại nhà cho người bệnh ...

Với các Bệnh viện chuyên khoa PHCN tuyến tỉnh, tuyến TU, cần thực hiện tốt các giải pháp về quản lý Quỹ Khám chữa bệnh bảo hiểm y tế và tổ chức triển khai có hiệu quả các nguồn thu hợp pháp khác.

Tăng cường các giải pháp tiết kiệm chi để đảm bảo kinh phí duy trì hoạt động và thực hiện chính sách cho người lao động theo quy định của pháp luật. Xây dựng cơ chế phân phối chênh lệch thu chi cho người lao động phù hợp, hiệu quả.

Điều chỉnh mức độ tự chủ tài chính sao cho phù hợp với nguồn thu của các đơn vị PHCN tại tuyến y tế cơ sở, tuyến tỉnh ở những vùng khó khăn và các cơ sở Điều dưỡng, Bảo trợ xã hội của các bộ, ngành...

Việc phân bổ kinh phí cho các đơn vị này cần phải được thực hiện theo hai nguồn: Kinh phí chi thường xuyên do ngân sách nhà nước cấp phù hợp với tỷ lệ tự chủ được giao và thực hiện nhiệm vụ do nhà nước đặt hàng.

3.7 Đẩy mạnh truyền thông, vận động xã hội về ý nghĩa tầm quan trọng của PHCN và sự gắn kết giữa dự phòng, điều trị với PHCN, nâng cao SK:

Tăng cường các hoạt động truyền thông tại cộng đồng cho các nhà lãnh đạo, quản lý, các cấp, các ngành; cho người dân về tầm quan trọng, vai trò của PHCN trong CSSK và quyền của mọi người dân được tiếp cận dịch vụ PHCN toàn diện, không phân biệt tuổi tác, vùng, miền, tình trạng bệnh tật.

Cùng với đó phải duy trì thường xuyên hoạt động truyền thông tại các cơ sở PHCN cho nhân viên y tế, người bệnh, người nhà người bệnh về vai trò của PHCN trong CSSK và phòng ngừa khuyết tật nhằm giúp người bệnh nâng cao nhận thức, chủ động nhận biết nhu cầu PHCN của bản thân đồng thời giúp nhân

viên y tế chỉ định dịch vụ PHCN cho người bệnh lồng ghép, tích hợp cùng với các dịch vụ y tế khác như: Ngoại khoa, Thần kinh, Phẫu thuật, Chỉnh hình ...

Đồng thời cần đẩy mạnh truyền thông trong toàn ngành Y tế về tầm quan trọng của PHCN và sự cần thiết của việc tích hợp PHCN vào các dịch vụ y tế trong cơ sở KCB, vào các dịch vụ xã hội ngoài y tế tại cộng đồng cùng các cấp độ trong quy trình cung cấp dịch vụ PHCN nhằm nâng cao nhận thức và chuyển đổi hành vi cho lãnh đạo các cơ sở y tế trong cả nước về việc tăng cường gắn kết dịch vụ PHCN với các dịch vụ y tế và xã hội khác.

3.8 Tăng cường phối hợp liên ngành trong cung cấp dịch vụ truyền thông, tư vấn, giáo dục sức khỏe và chuyên môn kỹ thuật về PHCN với việc chú trọng phát huy vai trò quản lý nhà nước về chuyên môn nghiệp vụ của ngành YT trong hướng dẫn, giám sát triển khai thực hiện PHCN tại các bộ. ngành cũng như hỗ trợ nâng cao năng lực cho các ngành thông qua chỉ đạo tuyến, đào tạo liên tục cho nhân viên YT. Đồng thời tạo cơ chế thuận lợi để các ngành, các cơ sở y tế ngoài công lập huy động nguồn lực sẵn có cùng tham gia cung cấp dịch vụ PHCN.

3.9 Tăng cường nghiên cứu khoa học trong cải tiến công nghệ sản xuất dụng cụ hỗ trợ PHCN và ứng dụng các thành tựu khoa học kỹ thuật trong sàng lọc, phát hiện sớm và can thiệp PHCN phù hợp với nhu cầu của người bệnh.

3.10 Đẩy mạnh hợp tác quốc tế nhằm tranh thủ sự hỗ trợ về kỹ thuật và nguồn lực để phát triển lĩnh vực PHCN trong thời gian sắp tới

4. Các chương trình, đề án, dự án thực hiện chiến lược

4.1 Đề án kiện toàn và phát triển mạng lưới các cơ sở PHCN trong cả nước

- Cơ quan chủ trì: Bộ Y tế
- Cơ quan phối hợp: Bộ Lao động Thương binh Xã hội, Bộ Nông nghiệp phát triển nông thôn, Bộ Xây dựng, Bộ Công an, Ủy ban Nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc TƯ

4.2 Đề án phát triển nhân lực PHCN

- Cơ quan chủ trì: Bộ Y tế
- Cơ quan phối hợp: Bộ Giáo dục – Đào tạo, Bộ Lao động Thương binh Xã hội, Bộ Nông nghiệp phát triển nông thôn, Bộ Xây dựng, Bộ Công an, Ủy ban Nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc TƯ

4.3 Đề án phát triển sản xuất và cung ứng dụng cụ PHCN

- Cơ quan chủ trì: Bộ Y tế
- Cơ quan phối hợp: Bộ Lao động Thương binh Xã hội, Bộ Giáo dục – Đào tạo, Bộ Nông nghiệp phát triển nông thôn, Ủy ban Nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc TƯ

4.3 Đề án phát triển PHCN tại cộng đồng

- Cơ quan chủ trì: Bộ Y tế
- Cơ quan phối hợp: Bộ Lao động Thương binh Xã hội, Bộ Giáo dục – Đào

tạo, Ủy ban Nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc TƯ

V. Trách nhiệm thực hiện

1. Trách nhiệm của 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 PHCN.
- c) Chủ trì, phối hợp với các Bộ, ngành liên quan để xây dựng Đề án số 2, 3, 4, 5 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.

2. Trách nhiệm của Bộ Lao động Thương binh xã hội

- a) Chủ trì, phối hợp với Bộ Y tế, các Bộ, ngành có liên quan và Ủy ban Nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương xây dựng Đề án số 1 của Chiến lược trình cấp có thẩm quyền ban hành.
- b) Triển khai các hoạt động truyền thông giáo dục về vai trò, tầm quan trọng của PHCN cho người lao động trong cả nước và trong các cơ sở cung cấp dịch vụ PHCN thuộc phạm vi quản lý
- c) Phối hợp với Bộ Y tế xây dựng các mã ngành đào tạo nhân lực PHCN theo các chuyên ngành có trình độ cao đẳng, mở rộng các cơ sở đào tạo và tăng chỉ tiêu đào tạo hàng năm

3. Trách nhiệm của Bộ Giáo dục - Đào tạo

- a) Chủ trì, phối hợp với Bộ Y tế, các Bộ, ngành có liên quan xây dựng các mã ngành về đào tạo các chức danh chuyên môn chuyên sâu về PHCN và mở rộng các cơ sở đào tạo, tăng cường chỉ tiêu đào tạo.
- b) Triển khai các hoạt động truyền thông giáo dục về vai trò, tầm quan trọng của PHCN trong chương trình ngoại khóa và chính khóa của các cấp bậc học.
- c) Triển khai các hoạt động giáo dục, ngôn ngữ trị liệu, hoạt động trị liệu, tâm lý trị liệu cho trẻ em khuyết tật tại các trường học

4. Trách nhiệm của Bộ Giao thông Vận tải

- a) Phối hợp với Bộ Y tế, các Bộ, ngành có liên quan và Ủy ban Nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương xây dựng kế hoạch, dự án, triển khai thực hiện Chiến lược PHCN cho các đối tượng trong các cơ sở PHCN thuộc phạm vi quản lý
- b) Bố trí ngân sách, nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị để triển khai thực hiện Chiến lược trong ngành

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

5. Trách nhiệm của Bộ Xây dựng

a) Phối hợp với Bộ Y tế, các Bộ, ngành có liên quan và Ủy ban Nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương xây dựng kế hoạch, dự án, triển khai thực hiện Chiến lược PHCN cho các đối tượng trong các cơ sở thuộc phạm vi quản lý

b) Bố trí ngân sách, nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị để triển khai thực hiện Chiến lược trong ngành

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

6. Trách nhiệm của Bộ Thông tin và Truyền thông

Phối hợp với Bộ Y tế và các tổ chức triển khai hoạt động thông tin truyền thông về vai trò, tầm quan trọng của PHCN trong cộng đồng.

7. Trách nhiệm của Bộ Kế hoạch – Đầu tư

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

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

8. Trách nhiệm của Bộ Tài chính

a) Bố trí kinh phí cho 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 của dụng cụ trợ giúp nhằm khuyến khích các tổ chức, cá nhân tham gia sản xuất, cung ứng.

9. Trách nhiệm của Các Bộ/ ngành khác

d) Phối hợp với Bộ Y tế, các Bộ, ngành có liên quan và Ủy ban Nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương xây dựng kế hoạch, dự án, triển khai thực hiện Chiến lược PHCN cho các đối tượng trong các cơ sở thuộc phạm vi quản lý

e) Bố trí ngân sách, nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị để triển khai thực hiện Chiến lược trong ngành

- f) Kiểm tra, giám sát, báo cáo tiến độ và kết quả thực hiện Chiến lược

10. Trách nhiệm của Ủy ban Nhân dân các tỉnh/thành phố trực thuộc TƯ.

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

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

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

Căn cứ vào 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 báo cáo cho

Bộ Y tế tổng hợp báo cáo Thủ tướng Chính phủ.

PHỤ LỤC

Bảng 1: Số trường hợp mắc 25 bệnh/tật cần phục hồi chức năng phổ biến và có khả năng phục hồi cao nếu được tiếp cận dịch vụ PHCN, Việt Nam 1990 và 2019

Bệnh/tật	1990	2019	Tỷ lệ tăng (%)
Đau lưng dưới	3,801,284	8,121,517	114
Đau cổ	1,843,563	4,100,703	122
Gãy xương	1,793,439	4,231,028	136
Chấn thương khác	1,765,671	3,298,485	87
Viêm xương khớp	921,677	2,432,810	164
Cắt cụt chi	756,214	1,541,711	104
Viên khớp dạng thấp	30,225	83,152	175
Bại não	338,141	536,967	59
Đột quỵ	531,500	1,253,237	136
Chấn thương sọ não	222,930	594,579	167
Alzheimer và sa sút trí tuệ	196,970	458,374	133
Chấn thương tủy sống	53,354	135,628	154
Parkinson	15,391	41,268	168
Bệnh đa xơ cứng	1,119	2,528	126
Thần kinh vận động	958	1,607	68
Hội chứng S-B	453	652	44
Mất thính lực	2,788,370	4,376,376	57
Mất thị lực	2,540,856	4,086,620	61
Thiếu năng trí tuệ chậm phát triển	1,462,647	1,279,036	-13
Tâm thần phân liệt	172,662	360,396	109
Rối loạn phổ tự kỷ	221,106	298,844	35
Phổi tắc nghẽn mạn tính	512,922	1,501,519	193
Suy tim	154,172	351,978	128
Nhồi máu cơ tim cấp	3,036	7,055	132
Ung thư	39,643	175,586	343

Bảng 2: Số mắc các bệnh/tật cần phục hồi chức năng ở Việt Nam
(ước tính từ năm 1990 đến năm 2019)

Năm	Số mắc	Thấp nhất	Cao nhất
1990	22.713	21.723	23.797
1991	22.727	21.747	23.794
1992	22.752	21.787	23.819
1993	22.793	21.828	23.867
1994	22.857	21.877	23.927
1995	22.935	21.962	24.002
1996	23.058	22.098	24.117
1997	23.212	22.271	24.256
1998	23.347	22.403	24.397
1999	23.514	22.572	24.549
2000	23.698	22.758	24.745
2001	23.916	22.964	24.976
2002	24.134	23.180	25.185
2003	24.359	23.417	25.432
2004	24.598	23.632	25.676
2005	24.852	23.863	25.956
2006	25.165	24.168	26.278
2007	25.515	24.526	26.639
2008	25.881	24.876	27.013
2009	26.235	25.218	27.377
2010	26.546	25.518	27.727
2011	26.851	25.822	28.013
2012	27.154	26.110	28.317
2013	27.463	26.404	28.625
2014	27.781	26.699	28.965
2015	28.105	27.000	29.285
2016	28.542	27.449	29.761
2017	29.001	27.883	30.202
2018	29.452	28.337	30.671
2019	29.971	28.841	31.196

