

LỜI GIỚI THIỆU

Môn học Dược xã hội học, dân số, sức khỏe sinh sản, bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em, chương trình y tế quốc gia là môn học nhằm cung cấp, tạo ra những cơ hội và kiến thức giúp cho sinh viên có khả năng:

- Hiểu biết được sơ lược lịch sử phát triển của ngành Dược thế giới và Việt Nam.

- Trình bày được những đặc điểm trong công tác dược bệnh viện, xu thế phát triển hiện nay của ngành dược trên thế giới và Việt Nam.

- Trình bày được các quan điểm, đường lối chính sách cơ bản của Đảng và Nhà nước về ngành y tế, chương trình y tế trọng điểm.

- Trình bày được những nội dung cơ bản trong chính sách quốc gia về thuốc của Việt Nam.

Mặc dù đã có nhiều cố gắng trong biên soạn, nhưng chắc chắn sẽ không tránh khỏi những thiếu sót, rất mong các đồng nghiệp và các bạn sinh viên góp ý để lần biên soạn sau sẽ được hoàn chỉnh hơn.

MỤC LỤC

BÀI 1: LỊCH SỬ NGÀNH DƯỢC	3
BÀI 2: TỔ CHỨC NGÀNH DƯỢC VIỆT NAM	22
BÀI 3: QUAN ĐIỂM NHIỆM VỤ NGÀNH DƯỢC VIỆT NAM ...	33
BÀI 4: CÔNG TÁC DƯỢC BỆNH VIỆN	40
BÀI 5: LUẬT BẢO VỆ SỨC KHỎE NHÂN DÂN	58
BÀI 6: BẢO HIỂM Y TẾ.....	65
BÀI 7: ĐẠO ĐỨC HÀNH NGHỀ Y DƯỢC.....	74
BÀI 8: CHÍNH SÁCH THUỐC THIẾT YẾU CỦA VIỆT NAM.....	83
BÀI 9: CHƯƠNG TRÌNH Y TẾ QUỐC GIA	89

BÀI 1: LỊCH SỬ NGÀNH DƯỢC

MỤC TIÊU

1. Hiểu được quy luật chung của sự phát triển ngành dược thế giới nói chung và ngành dược Việt Nam nói riêng.

2. Trình bày được các giai đoạn phát triển ngành dược thế giới và ngành dược Việt Nam.

3. Giải thích được một số dấu hiệu, biểu tượng dược dùng như thế hiện sự nối tiếp giữa quá khứ và hiện tại ngành dược.

I. LỊCH SỬ NGÀNH DƯỢC THẾ GIỚI

Lịch sử hơn nhiều năm xây dựng và phát triển ngành dược là một quá trình lâu dài và phức tạp. Ta có thể chia quá trình này làm 7 giai đoạn lớn:

1. Giai đoạn 1 (thời kỳ bản năng): Bắt đầu từ khi có loài người (từ vài chục năm đến vài vạn năm trước công nguyên).

Trong thời kì cổ đại, để đấu tranh chống lại bệnh tật và bảo vệ sự sống, người nguyên thủy đã cố tìm những phương tiện để phòng và chữa bệnh. Trong quá trình lao động, tìm kiếm thức ăn, họ đã ngẫu nhiên tìm thấy một số cây có tác dụng chữa bệnh và một số khác có độc tính. Những kinh nghiệm này được truyền từ đời này sang đời khác bằng miệng. Điều này được xem như là khởi đầu của việc dùng thuốc và chữa bệnh của con người.

2. Giai đoạn 2 (thời kỳ tôn giáo): Từ vài vạn năm trước công nguyên đến thế kỉ 4, 5 trước công nguyên.

Thời kỳ này loài người đã biết làm những công cụ bằng đá. Họ sống tập hợp thành bộ lạc. Bằng lao động con người đã có dư, từ đó con người đã phân chia giai cấp. Trong bộ lạc, ngoài tù trưởng còn có một người có địa vị cao quý là thầy phù thủy, là người phụ trách phần hồn kiêu nhiệm việc chữa bệnh cho mọi người trong bộ tộc. Do đó việc chữa bệnh và dùng thuốc trong thời kỳ này còn lồng ghép trong

các hình thức mê tín dị đoan, nhưng dù sao trong quá trình hoạt động để tồn tại các thầy phù thủy đã bổ sung vào kho tàng kiến thức y dược của nhân loại bằng các kỹ năng phân biệt dược liệu có tác dụng trị bệnh và dược liệu có độc tính.

Giai đoạn này tuy rất dài nhưng không có những phát kiến quan trọng do có sự cản trở của mê tín dị đoan nên đã làm trì trệ sự phát triển của nền y dược học.

Dựa trên các tài liệu bằng đá ở thời kỳ này còn lưu lại, người ta thấy có những hình khắc trên đá mô tả các dạng thuốc giống thuốc bột, viên hoàn, thuốc nước, cao dán.

3. Giai đoạn 3 (Thời kỳ Hy – La): Từ thế kỉ thứ 4, 5 trước công nguyên đến thế kỉ thứ 9, 10 sau công nguyên.

Từ các kinh nghiệm chữa bệnh được đúc kết lại, dần dần đã xuất hiện những thầy thuốc không dùng cúng bái và Y dược học đã mất dần tính chất huyền bí. Đây là một giai đoạn rực rỡ của xã hội loài người với một số nền văn minh sớm trên thế giới.

3.1. Trung Hoa: Từ hơn 2000 năm đã có một nền Y học uyên bác, được truyền lại bằng tài liệu và được sắp xếp có hệ thống

Tài liệu có giá trị còn lưu lại:

“ Bản thảo” của Thần Nông được xem là y văn cổ xưa nhất của Trung Hoa và cả Thế giới

“ Nội kinh” của Hoàng đế.

“ Bản thảo cương mục” của Lý Thời Trân

* Các danh y:

Thần Nông: Là một nhân vật huyền thoại sống cách đây hơn 4000 năm. Được nhân dân Trung Hoa tôn làm chúa nghề nông do ông đã dạy dân cách đốt rừng để làm ruộng và sử dụng cái cày làm ruộng trong nghề nông. Thần nông 3000 năm trước CN đã thử trên bản thân các cây cỏ để tìm và xác định các cây thuốc và các

phương pháp chữa bệnh. Ông cũng được nhân dân tôn vinh là chúa tể của nền Y dược học cổ truyền Trung Quốc

Hoàng đế: Là một vị vua sống cách đây nhiều thế kỷ trước công nguyên, ông rất giỏi về châm cứu và có sáng kiến thay những mũi kim châm đá bằng những mũi kim châm kim loại. Nhưng rất tiếc phát minh này không được người cùng thời với ông công nhận và sử dụng, mãi đến những năm sau công nguyên điều này mới được thực hiện.

Nền Y học của Trung Quốc dựa chủ yếu trên thuyết Âm dương ngũ hành và thuyết Dấu ấn. Đây là hai học thuyết có ảnh hưởng sâu rộng đến nền Y học cổ truyền của dân tộc ta.

3.2. Ấn Độ: Ngành dược Ấn Độ đã phát triển rực rỡ và có ảnh hưởng đến một số nước như Tây Tạng, Trung Á, Đông Dương, 1 số vùng ở Trung Quốc và Nhật Bản.

Tài liệu quý thời này còn lưu lại: Tập Védas

Nguồn dược liệu được sử dụng rất phong phú, đặc biệt là các dược liệu được dùng làm gia vị: Tỏi, tiêu, đại hồi... Các loại động vật và khoáng vật cũng được dùng nhiều như Hg, Bo, phèn, rắn... Các phương pháp trị bệnh rất hiệu quả đặc biệt là phương pháp trị rắn cắn. Ngoài ra, Ấn Độ và Trung Hoa là hai dân tộc đầu tiên đã dùng thủy ngân trị bệnh Giang Mai. Ấn Độ còn tiến bộ vượt bậc trong Khoa giải phẫu thẩm mỹ, một lĩnh vực mà mãi đến thế kỷ 16 các nước Châu Âu mới chập chững bước vào.

Nền Y học của con cháu nữ thần Arya bắt đầu lu mờ kể từ khi Hồi giáo du nhập và dưới ảnh hưởng của phương Tây sau này.

3.3. Ai Cập: Ai Cập đã có một nền văn minh chói sáng và rất sớm trên thế giới nhưng rất tiếc trải qua nhiều cuộc chiến tranh, các tài liệu quý giá của thời đại này đã bị thất lạc và không còn tồn tại bao nhiêu. Để có sự hiểu biết về nền văn minh này, người ta phải dựa vào

những tài liệu của Hy Lạp, La Mã và thánh kinh Do Thái giáo vì ngay cả người Ai Cập cũng không thể hiểu nổi cổ tự của họ.

Cho đến thời nay vẫn còn lưu lại nhiều vết tích của thời kỳ này:

Từ truyền thuyết cách đây hơn 50 000 năm, Horus là thần mặt trời của Ai Cập (được biểu hiện bằng hình đầu người chim ưng), khi còn nhỏ ông bị mù sau một cuộc đấu tranh với ác quỷ. Mẹ của ông đã cầu thần Thoth (Thần cứu nạn) chữa lành mắt giúp ông mắt giúp ông khỏi mù. Chính từ đó dân Ai Cập đã coi con mắt của thần Horus tượng trưng bảo vệ của thần thánh, nên các thầy thuốc đã vẽ con mắt thần lên toa khi cho thuốc bệnh nhân, tượng trưng cho sự che chở của thần thánh. Đến thời Trung Cổ mắt của thần Horus được xuất hiện dưới hình thức mới: Giống số 4, rồi dần thay đổi thành chữ R rồi sau đó thêm phía sau chữ p thành Rp = viết tắt của chữ “ Recipe” có nghĩa là “ Hãy dùng toa thuốc này như sau”. Ngày nay sử dụng chữ Rx trên các toa thuốc, hộp thuốc để nói đến đó là thuốc kê toa.

Ngày nay biểu tượng Rx được dùng như sự liên lạc giữa y học cổ truyền và y học hiện đại.

Y sĩ nổi tiếng: Imhotep, ông được dân Ai Cập rất tôn sùng và kính trọng. Ông được tôn vinh là vị thần của sức khỏe, ông còn là nhà tu sĩ, nhà thiên văn, nhà hiền triết và là nhà kiến trúc sư nổi tiếng (có tài liệu cho rằng ông là người đã dựng những bậc đi lên của kim tự tháp Sakhura). Tuy nhiên khác với Hyppocrate ông không để lại một công trình nào về y học và cũng không có học trò. Người Ai cập xem họ như là Asklepios của họ. Ông là một trong ba vị thánh của toàn dân Ai Cập.

Tài liệu Y học: Nguồn tài liệu quan trọng nhất là những hình vẽ trong khắp các đền đài, lăng tẩm của vua chúa và các vị thần. Kể từ khi biết làm giấy, nguồn tài liệu này trở nên phong phú hơn, nhưng phần lớn đã bị thất lạc qua nhiều cuộc chiến tranh.

3.4. Hy Lạp: Xuất phát từ nền y học cổ đại của Hy Lạp với truyền thuyết: Trong thời kỳ loài người còn sống chung với thần linh, ở xứ Thessalie có một vị vua là Asklepios Esculape, ngoài việc là một đáng minh quân ông còn là một thầy thuốc rất giỏi. Ông đã sớm truyền ngôi vua lại cho con để có thời gian nghiên cứu y học và luôn tận tâm trong việc chữa bệnh cho mọi người đặc biệt là người dân nghèo. Ông có 10 người con, đều là những nhân tài có những cống hiến to lớn cho đất nước và được sử sách ghi công, trong đó có 2 người con gái đi theo bước đường y học của cha: Công chúa Panacée và công chúa Hygie. Cả ba người đều đã được phong thần và đều có đền thờ ở Hy Lạp: **Vua Asklepios được phong là ông Tổ của ngành Y thế giới**, công chúa Panacée được phong nữ thần của các phương thuốc cổ truyền và công chúa Hygie là nữ thần sức khỏe hiện thân của sự sạch sẽ và vệ sinh môi trường.

Công chúa Hygie là cô con gái út của vua Asklepios đồng thời là một trợ thủ đắc lực của cha trong việc chữa bệnh cho người dân, là người bào chế thuốc trong khi cha là người thăm khám và bốc thuốc.

* **Biểu tượng của ngành dược xuất phát từ truyền thuyết này của Hy Lạp cổ đại:** Đây là hình tượng của 1 cái bát có chân, xung quanh có 1 con rắn quấn từ dưới chân lên tới miệng bát.



- Cái bát: Là bát đựng thuốc của công chúa Hygie.

- Con rắn: Là rắn thần Epidaure tượng trưng cho sự khôn ngoan và thận trọng

* **Ý nghĩa của biểu tượng ngành dược:** Ngành dược là ngành có nhiệm vụ sản xuất ra thuốc phục vụ sức khỏe của nhân dân và người

làm công tác dược phải có 2 đức tính khôn ngoan và thận trọng trong nghề nghiệp.



Asklepios- Ông Tổ ngành Y
sạch sẽ và vệ sinh



Hygieia- Nữ thần của sức khỏe,

** Biểu tượng của Asklepios với ngành Y:*



Thứ nhất, theo thần thoại Hy Lạp, Thần Asklepios quan sát thấy một con rắn đã ngậm một cái lá thần bỏ vào miệng một con rắn đã chết, và con rắn đó được cứu sống. Thứ hai, theo thần thoại La mã (khoảng năm 295 trước Công nguyên), thần Asklepios đã dùng con mãng xà để tiêu diệt một đợt dịch hạch nghiêm trọng. Khai thác trong các chữ tượng hình cổ đại, người ta đọc được những dòng chữ được

cho là của Asklepios:" Không còn phải sợ hãi nữa! Ta sẽ đến và sẽ để lại hình ảnh của ta. Các người phải ghi nhận lại hình ảnh con rắn quấn quanh cây gậy này của ta vào trong trí nhớ các người. Ta sẽ dùng con rắn này để cải hoá". Sau khi ông chiến thắng được bệnh dịch hạch ở đây, thì các đền thờ được lập nên trong suốt thời đế chế La mã để vinh danh Asklepios, và từ đó mà cây gậy Asklepios được gắn liền với ngành y. Giả thuyết thứ ba cho là xuất phát từ một thuật chữa trị chứng nhiễm sán guinea (*Dracunculus medinensis*), bằng cách dùng một cái que như mô tả ở trên, nhưng ở đây là một con sán chứ không phải hai con! Còn ái nữ của ông, nàng Hygiea Thần Sức khoẻ (God of Health) thì cầm trên tay một con rắn và một cái chén.

Vết tích của Asklepios đầu tiên được tìm thấy có liên quan đến Y khoa có lẽ là trong một cuốn giáo khoa Y khoa của một thầy thuốc nổi tiếng người Ả rập, Avicenna vào năm 1544, có in hình Asklepios ở trang bìa Rồi từ đó phù hiệu Asklepios được sử dụng là biểu tượng của ngành Y ở nhiều nơi, từ Âu (Hiệp hội Y khoa Hoàng gia Anh) đến Á, sang Canada và một số hiệp hội Y khoa Mỹ. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) cũng sử dụng phù hiệu của Asklepios đưa vào trong cờ hiệu chung, cũng như sử dụng biểu tượng con rắn và cái ly (cái dạng từ con rắn và cái chén mà Thần sức khoẻ Hygiea, con của Asklepios cầm trên tay) làm biểu tượng của ngành Dược.

3.5. La Mã: Một thế kỷ trước công nguyên, nhiều thầy thuốc Hy Lạp đã chạy sang La Mã (do chiến tranh). Đến thế kỷ thứ nhất sau công nguyên, La Mã đã có một uy tín rất lớn trong lĩnh vực Y học. Giai đoạn này La Mã có rất nhiều thầy thuốc giỏi như:

Galien (131-201) - Ông tổ ngành dược thế giới



Người thầy thuốc lớn nhất thời Cổ đại, sau Hippocrate (Tổ sư ngành Y thế giới). Sinh năm 131 tại Pergame, Claude Galien là con của Nicon, một kiến trúc sư uyên thâm giàu có của Hy Lạp. Lúc 15 tuổi, ông bắt đầu học logique và triết học tại thành phố nơi ông sinh ra. Nhưng hai năm sau, cha ông thấy một giấc mơ lạ kỳ, trong giấc mơ đó, ông thấy Claude Galien trở thành một nhà thuốc đại tài. Từ đó Nicon hướng dẫn con trên con đường đó vì theo ông, Galien đã được tiền định.

Sau đó ông đã sang La Mã (Rome) sống và trở thành một danh y nổi tiếng, ông được mời làm thầy thuốc gia đình cho hoàng đế La Mã nổi tiếng Marc Aurèle. Ngoài sinh lý học (physiologie) là đề tài ông ham thích nhất, ông còn khảo cứu về lĩnh vực vệ sinh và dược phẩm (những cây thuốc). Ông đã viết hơn 500 quyển sách về thuốc, đặc biệt là các phương pháp bào chế thuốc. Tuy cũng là một thầy thuốc lừng lẫy, nhưng ông chính là người đầu tiên đã đưa ngành dược lên một vị trí xứng đáng, do đó ông được tôn vinh là Tổ sư của ngành Dược thế giới và tên của ông được đặt cho tên của một môn học lớn trong ngành dược: Pharmacie gallénique- Bào chế học

3.6. Israel

Nhờ đặc điểm chỉ thờ một tôn giáo, y học Do Thái đã tránh được giai đoạn chìm đắm bùa chú và tà ma. Theo Cựu ước, Chúa là vị thầy thuốc độc nhất và cũng là nguồn gốc của bệnh tật. Dần dần nhiều thầy thuốc tài ba đã chiếm quyền năng chữa bệnh của Chúa.

Trong thời kỳ này việc chữa bệnh nằm trong tay các vị tu sĩ gọi là nhà tiên tri. Nổi bật là thánh Moise (đã được phong thánh) với công trình vệ sinh học làm nền tảng cho Y tế cộng đồng bằng áp dụng những luật lệ về vệ sinh và biệt trú gắt gao.

Y học Do Thái đã chấm dứt với kỷ nguyên của thiên chúa giáo, nhưng có điều vĩ đại là sự toàn thịnh của nền y tế công cộng ở quốc gia bé nhỏ này đã tồn tại mấy ngàn năm.

4. Giai đoạn IV (Thời kì trung đại): Từ thế kỉ 9, 10 đến 11, 12

Người bệnh đã tìm thầy thuốc nhiều hơn cúng bái và số bệnh nhân ngày càng đông, do đó người thầy thuốc không còn đủ thời gian để vừa kê đơn, vừa pha chế, nên họ cần những trợ thủ để giúp họ trong công việc bào chế là: Pigmentarius và đồng thời cũng xuất hiện những người có kiến thức chuyên môn, chuyên đi thu hái dược liệu để bán lại cho thầy thuốc gọi là: Apothicaire. *Đây chính là tiền thân nghề nghiệp của dược sĩ hiện nay*, với hai chức năng: Có chuyên môn kỹ thuật bào chế và biết kinh doanh thuốc.

Giai đoạn này đánh dấu bước đầu sự tách ra của ngành dược khỏi ngành y.

5. Giai đoạn V (Thời kỳ thực nghiệm): Từ thế kỉ 11, 12 đến thế kỉ 14, 15

Người thầy thuốc lúc này đảm nhận công việc chuyên sâu của mình, không còn đủ thời gian để hướng dẫn người trợ thủ và đồng thời các phương pháp bào chế các dạng thuốc ngày càng trở nên phức tạp hơn, đòi hỏi phải có nhiều thời gian để nghiên cứu. Do đó, đây là giai đoạn ngành dược tách hẳn khỏi ngành y và nhanh chóng phát triển để trở thành một ngành độc lập và hợp pháp.

Trong giai đoạn này sự đóng góp của người Ả Rập cho ngành dược thật là to lớn. Họ không những đóng vai trò trung gian trong việc truyền bá y học mà còn đóng góp thêm vào nền y học thế giới bằng kiến thức của mình. Vì ngoài tri thức của Hy Lạp và La Mã, họ

còn thông qua Ba Tư mà truyền lại cho đời sau vốn kiến thức y học của nền văn minh Ấn Độ và Do Thái nữa.

Thế giới Ả Rập cũng có công đầu trong việc chú ý đến các công tác và quản lý trong ngành dược, bằng cách ban hành các quy chế dược chính mà sau này đã trở thành mẫu mực của ngành dược Châu Âu. Vào thế kỷ 12, họ đã tổ chức ra một cơ quan thanh tra đầu tiên trên thế giới trong ngành dược

Trong giai đoạn này đánh dấu sự thất bại của thuật giả kim và thuốc trường sinh. Mặc dù thất bại trong việc tìm kiếm thuốc trường sinh nhưng quá trình tìm kiếm này cũng đã làm phong phú thêm kiến thức và thực nghiệm trong lĩnh vực hóa dược

6. Giai đoạn VI (Thời kì cận hiện đại): Từ thế kỉ 14, 15 đến thế kỉ 18, 19: Ở giai đoạn này với sự phát triển của ngành hàng hải, do đã đóng được những tàu lớn nên đã có sự giao lưu rộng rãi giữa các Châu. Nhờ đó nguồn dược liệu cũng được phong phú thêm. Ví dụ 2 vị thuốc của châu Mỹ được đưa vào phương Tây là thuốc chữa sốt rét và kiết lỵ, các dược liệu và các loại gia vị được đưa từ Châu Á sang Châu Âu: Quế, đinh hương, nhục đậu khấu...

Paracelse (1493 – 1541) người thầy thuốc đầu tiên đã dùng hóa chất trong điều trị và từ đó các thuốc hóa chất ngày càng phát triển và được người dược sĩ đã ngày càng cũng cố thêm uy tín của mình.

Nơi hành nghề của người dược sĩ là hiệu thuốc. Nhiều hiệu thuốc đã trở thành trung tâm nghiên cứu vì có phòng thí nghiệm, phòng pha chế (Viện Hàn lâm khoa học Pháp xuất thân từ một hiệu thuốc)

7. Giai đoạn thế kỷ XVII (Thời kỳ hiện đại): Từ thế kỷ 19, 20 đến nay: Nửa đầu thế kỷ 19 đã xuất hiện nhiều loại thuốc mới có nguồn gốc tổng hợp từ hóa chất hay chiết xuất từ dược liệu.

Năm 1833, Louis Pasteur tìm ra vi trùng

Đến cuối thế kỷ 19, đánh dấu sự ra đời của vắc xin làm giảm bớt sự thương vong ở trẻ con do thoát khỏi những bệnh do siêu vi gây ra

Thế kỷ 20 với sự ra đời của các phát minh mới về lĩnh vực: Hóa liệu pháp, các kháng sinh, các nội tiết tố, các vitamin....

II. LỊCH SỬ NGÀNH DƯỢC VIỆT NAM

1. Giai đoạn 1: Từ XH nguyên thủy đến năm 111 TCN: Thời thượng cổ, con người đã phát hiện ra rất nhiều cây cỏ làm thuốc, và các phương pháp chữa bệnh như: Hơ, xông, chườm, xoa, nắn, bó... Những kinh nghiệm dùng thuốc và phương pháp chữa bệnh được truyền miệng từ đời này qua đời khác và ngày phong phú, hoàn chỉnh hơn.

2. Giai đoạn 2: Từ năm 111 TCN đến 937 (TK Bắc thuộc): Nhà Hán thất bại trong việc đồng hóa Việt Nam. Phái thuốc Bắc + phái thuốc Nam = nền tảng Y dược học cổ truyền Việt Nam. Thời Bắc thuộc, do điều kiện địa dư và quan hệ chính trị, nền Y Dược Việt Nam có sự giao lưu với Y Dược Trung Quốc. Qua trao đổi những vị thuốc, kinh nghiệm chữa bệnh nên Y dược Việt Nam từng bước phát triển với bản sắc của nền Y học dân tộc.

3. Giai đoạn 3: Từ năm 937 đến 1945 (Nền Y dược trong các triều đại phong kiến): Năm 938, thời kì Bắc thuộc kết thúc, Y Dược Việt Nam tiếp tục phát triển.

3.1. Nhà Ngô-Đinh-Lê (937-1009): Suốt ba triều đại do tình hình phải đối phó với thù trong giặc ngoài nên nền y học trong thời kỳ này không có gì phát triển và cũng không có tài liệu ghi chép nào còn ghi lại.

3.2. Nhà Lý (1009-1224): Dời kinh đô về Thăng Long (1010)

* Đời nhà Lý: (1010 - 1224) có nhiều thầy thuốc.

- Lập Thái Y viện để chữa bệnh cho vua và hoàng gia. Có Ty Thái Y, Ngự Y chữa bệnh cho nhà Vua.

- Năm 1070 Trường Đại Học đầu tiên ở Việt Nam có dạy kiến thức ngành Y.

3.3. Nhà Trần (1225-1400):

* Đòi nhà Trần: Y học có điều kiện phát triển do có phong trào chống mê tín dị đoan

- Nâng Ty Thái Y lên Viện Thái Y, trông nom sức khỏe cho vua quan.

- Mở khoa thi để tuyển dụng Lương y cho Ty Thái y. Mở khoa thi tuyển chọn lương y đầu tiên (1261)

- Để chống nhà Nguyên, có kế hoạch chuẩn bị thuốc men để kháng chiến: Trồng thuốc nam để tự túc thuốc (Đông Triều, Chí Linh) góp phần bảo vệ sức khỏe của nhân dân chiến thắng quân Nguyên (1288).

- Năm 1362 Vua Trần Dụ Tông tổ chức trồng thuốc nam ở sông Tô Lịch, ý thức trồng thuốc nam đã bắt nguồn từ đây. Đồng thời chữa bệnh bằng châm cứu.

- Trần Canh: Dùng châm cứu chữa Trần Dụ Tông lúc nhỏ bị chết đuối sống lại.

- Phạm Công Bân giữ chức Ngự Y triều Trần Anh Tông (1293 - 1313). Ngoài việc chăm sóc sức khỏe cho vua, còn chữa bệnh cho dân nghèo. Ông không phân biệt sang hèn, bệnh nguy thì ông chữa trước.

- Chu văn An (1292 - 1370) đậu Thái học sinh năm 1304, từ bỏ chức tư nghiệp trường Quốc Tử Giám 1341 về ẩn cư ở Chí Linh, Hải Hưng chuyên dạy học, viết sách về nghiên cứu ngành Y. Biên soạn cuốn “ Y học yếu giải tập chú di biên” gồm lý luận cơ bản, chẩn đoán, trị bệnh, và một số phương thuốc.

- Nguyễn Bá Tĩnh (thế kỷ XIV) đi tu, lấy pháp hiệu là Tuệ Tĩnh. Ông soạn: Bộ “Nam dược thần hiệu” một trong những bộ sách y dược sớm nhất của ta, 11 quyển gồm 580 vị thuốc, 3879 phương thuốc dân tộc trị 184 loại bệnh chia làm 10 khoa. Bộ “Hồng nghĩa giáo tư” 2 quyển thơ Nôm nói về lý luận Đông Y, dược học dân tộc và biện chứng luận trị.

TUỆ TĨNH THIÊN SƯ – (Ông tổ ngành dược Việt Nam)



Tuệ Tĩnh tên thật là Nguyễn Bá Tĩnh, sinh vào đời Trần (1330), thế kỷ thứ XIV, tại làng Nghĩa Phú, xã Văn Thai, huyện Cẩm Giàng, tỉnh Hải Dương. Tương truyền, Bá Tĩnh là người rất thông minh, học giỏi, mồ côi cha mẹ từ năm lên 6 tuổi, được các nhà sư nuôi dạy. Năm 22 tuổi, thi đỗ Hoàng Giáp, Tiến sĩ, khoa Tân Mão nhưng không ra làm quan mà nương nhờ cửa Phật, lấy pháp hiệu là Tuệ Tĩnh để theo đuổi chí hướng suốt đời nghiên cứu thuốc Nam, cứu dân độ thế...

Với phương châm “Nam dược trị Nam nhân” (dùng thuốc Nam trị bệnh người nước Nam), ông đã nghiên cứu những cây cỏ Việt Nam dùng để chữa bệnh, sưu tầm các bài thuốc lưu truyền trong dân gian, đúc rút kinh nghiệm trị bệnh của thuốc Bắc xây dựng được sự nghiệp y dược mang tính dân tộc đại chúng. Ông còn để lại tài liệu “Nam dược thần diệu”, gồm 11 quyển nói về dược tính của 580 vị thuốc Nam, 10 khoa và 3.873 phương thuốc điều trị 184 loại bệnh. Với khẩu hiệu “Nam dược trị Nam nhân” ông đã kêu gọi mọi người sử dụng thuốc nam trong trị bệnh.

Về việc chữa trị ông chú trọng việc phòng bệnh hơn chữa bệnh và quan tâm đến việc chữa bệnh cho người nghèo bằng cách sử dụng

thuốc nam trong điều trị và đã tổ chức một hệ thống y tế thiện nguyện gồm 24 ngôi chùa để chăm sóc y tế miễn phí cho người dân, truyền thống trị bệnh miễn phí bằng thuốc nam vẫn còn được lưu giữ tại một số ngôi chùa cho đến ngày nay.

Ông chủ trương chống việc chữa bệnh bằng bùa chú, chữa bệnh phải chữa tận gốc - phải tìm ra nguyên nhân để chữa bệnh, đặc biệt ông rất chú trọng đến việc truyền bá kiến thức y học bằng cách viết sách thuốc bằng chữ Nôm cho mọi người dễ nhớ, dễ hiểu, có thể tự học thuốc và học cách chữa bệnh bằng các dược liệu có sẵn.

Ngoài việc sử dụng thuốc Nam để phục vụ rộng rãi mọi tầng lớp nhân dân, ông đã vận dụng lí luận Trung Y một cách có sáng tạo vào hoàn cảnh Việt Nam, Tuệ Tĩnh là người có công rất lớn trong việc mở rộng y học đại chúng, nêu cao tinh thần dân tộc độc lập và ý thức tự lực cánh sinh. *Vì những công trạng trên, nên nhân dân ta đã tôn ông là Tổ sư của ngành Dược Việt Nam.*

3.4. Nhà Hồ & Thời kỳ thuộc Minh (1400-1427): Lập Y tế thự là cơ quan y tế đầu tiên của nhân dân. Thời kỳ thuộc Minh là gia đình rất tai hại của nước nhà.

* Đòi nhà Hồ: Mở rộng chữa bệnh cho nhân dân bằng cách châm cứu, tổ chức các Y Ty ở các trấn, tỉnh để chữa bệnh cho quan lại và nhân dân. Nguyễn Đại Năng ở Hải Hưng biên soạn cuốn “Châm cứu tiếp hiệu diển ca” bằng thơ.

3.5. Nhà Hậu Lê (1428-1788):

+Thời kỳ ổn định (1428-1527)

+Thời kỳ Trịnh Nguyễn phân tranh (1527-1788)

Ban hành Luật Hồng Đức quy định về hành nghề Y Dược. Có luật Hồng Đức đặt quy chế nghề Y, trừng phạt những thầy thuốc vụ lợi, cố tình chữa bệnh dây dưa, cấm bán thịt thối thiu, quy chế pháp y khi khám án mạng, tử thi..., cấm phá thai, chống tảo hôn. Phát hành sách “Bảo sinh diên thọ toàn yếu” để truyền bá phương

pháp vệ sinh, hô hấp, vận động cho nhân ân. Có Thái Y Viện ở Trung ương, có kho thuốc dự trữ ở các Tỉnh. Ở các Huyện có những nơi bảo dưỡng người tàn tật, già yếu, trẻ mồ côi... Có chống dịch (vua trưng dụng các thầy thuốc), phát triển trồng thuốc Nam. Mở khoa thi Y Khoa, xây dựng Y miếu Thăng Long và khuyến khích phát triển y học.

+Tổ chức Y tế:

- Cấp Trung ương: Thái Y viện (Chăm sóc sức khỏe cho hoàng gia), Thú Y viện (chăm sóc sức khỏe cho ngựa chiến), cơ sở lương y cho quân đội

- Cấp địa phương: Tế Sinh đường (nguồn gốc là Y tế thực: Thành lập thời nhà Hồ là cơ quan y tế đầu tiên của nhân dân), Quản ty (cho người già và neo đơn)

* Đời nhà Lê, Danh y có:

- Phan Phú Tiên đậu Thái học sinh năm 1396 ông đã biên soạn cuốn “Bản thảo thực vật toàn yếu” (1429) gồm 392 vị thuốc Nam dùng làm thức ăn để phòng bệnh, trị bệnh, chủ trương tiết chế, dinh dưỡng.

- Nguyễn Trục: (1416 - 1473) Biên soạn cuốn” Bảo anh lương phương” về nhi khoa, xoa bóp.

- Lê Hữu Trác (Hải Thượng Lãn Ông) ở Hải Hưng, không ở trong quân đội Trịnh, bỏ về nghiên cứu nghề thuốc. Ông ghi chép bệnh án kỹ lưỡng, đối chiếu biến đổi thời tiết khí hậu với cơ thể người bệnh. Quan tâm đến đạo đức của người thầy thuốc, hết lòng vì người bệnh. Ông soạn “Hải Thượng y tông tâm lĩnh” 28 tập, 86 quyển y đức, vệ sinh phòng bệnh, chẩn đoán, mạch học, biện chứng luận trị bệnh học, dược học, bệnh án về nội ngoại, phụ, nhi, chấn thương, cấp cứu. Phát hiện thêm 300 vị thuốc nam, tổng hợp thêm 2854 phương thuốc dân tộc. Đề cao phương pháp dưỡng sinh, khuyên nên hạn chế sinh đẻ.

Các tài liệu y học của Lãn Ông vừa có tính lý luận cao, vừa có giá trị thực tiễn, tiêu biểu cho nền y học cổ truyền Việt nam.

Hải Thượng lãn Ông (1720-1791), 3 điều chú ý:

Y đức: Không được xem là nghề y là một nghề kiếm sống mà là một nghề cứu nhân, giúp đời, phải hết lòng phục vụ người bệnh nhất là người nghèo khổ.

Thuốc Nam: Ông chuyển sang dùng thuốc Nam và thu thập những kinh nghiệm dùng thuốc trong nhân dân để làm ra những bài thuốc mới có giá trị hơn

Phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc: Ông chủ trương dùng những phương pháp chữa bệnh đơn giản để có thể phổ biến rộng rãi, ông chú trọng đặc biệt đến những phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc: Xông hơi, xoa bóp, châm cứu....

Tài liệu “Hải thương Y Tông tâm lĩnh” gồm 28 tập, 68 quyển. Đây là bộ sách được dùng giảng dạy nhiều năm sau đó. Ông được nhân dân tôn là tổ sư của ngành y Việt Nam, được UNESCO công nhận là danh nhân Thế giới.

Giữa TK XVII, chúa Nguyễn có dùng một số giáo sĩ phương Tây chữa bệnh, từ đó bắt đầu du nhập y học phương Tây vào nước ta.

3.6. Triều đại Tây Sơn (1788-1802): Do quá ngắn ngủi nên không có cải cách gì đặc sắc.

* Triều Tây Sơn (1788 - 1802): Duy trì tổ chức Thái Y Viện, tổ chức Nam dược Cục, mở rộng nghiên cứu thuốc nam.

- Nguyễn Gia Phan: (1748 - 1847) Sau 12 năm công tác ở Thái y Viện về nhà làm thuốc, tổ chức cứu sống rất nhiều người trong 2 vụ dịch lớn năm 1789 - 1791. Năm 1792 vua Quang Trung triệu vào Phú Xuân làm việc ở Thái Y Viện, phụ trách đi chống dịch ở các địa phương, ông đúc kết các kinh nghiệm trong các tác phẩm:

“Liệu dịch phương pháp toàn tập” nói về bệnh thời khí, ôn dịch chuồng khí (sốt rét), nói tác hại môi trường bản, đề ra phương pháp vệ sinh; “Hộ sinh phương pháp tổng lực” về nhi khoa.

3.7. *Triều đại nhà Nguyễn (1802-1945)* Chia làm 2 thời kỳ:

-Thời kỳ có độc lập tự chủ (1802-1884): Vua Tự Đức mở trường thuốc ở Huế

-Thời kỳ Pháp thuộc (1884-1945)

Từ thời Lý, Trần, Hồ, thời kì thuộc Minh, Hậu Lê, Tây Sơn và triều Nguyễn, dân tộc Việt Nam đã sản sinh ra rất nhiều danh y tiêu biểu như: Nguyễn Bá Tĩnh, Lê Hữu Trác...Y Dược thời này đã được chú trọng đáng kể: Nhà Trần đã lập viện thái y chăm sóc sức khỏe cho nhà vua và phát thuốc cho nhân dân, lập vườn thuốc ở Phả Lại, Đại Yên....; Triều Hậu Lê đã tổ chức khoa thi Y học, lập Y miếu, Luật Hồng Đức đã đặt quy chế về nghề Y, phát triển nguồn Dược liệu...

4. Giai đoạn 4: Nền Y Dược học trong kháng chiến chống Pháp (1945-1954): Thời Pháp thuộc, người Pháp đã đưa Tây y vào nước ta, năm 1902 mở trường đào tạo Dược sĩ Hà Nội, tổ chức một số bệnh viện, bệnh xá ở các tỉnh, thành phố, phủ, huyện. Dưới sức ép của Pháp, nhiều dược sĩ không được phép mở cửa hiệu, viện nghiên cứu khai thác dược liệu trong nước cũng bị chèn ép, nhiều tài năng không được phát huy. Trong giai đoạn kháng chiến chống Pháp (1946-1954) ngành Dược vừa thiếu dược sĩ, công nhân, trang thiết bị, vật tư, vừa thiếu kinh nghiệm và tổ chức quản lí. Chúng ta đã phát triển ngành Dược theo hướng tự lực cánh sinh, tận dụng mọi nguyên liệu sẵn có từ cây thuốc trong nước. Thời kì này chúng ta đã, sản xuất được thuốc chiến thương, Philatov, ống tiêm, kim kẹp máu, dao mổ, kim khâu....Cũng ở trong giai đoạn này, ở Thanh Hóa đã mở các lớp trung cấp Dược, ở Việt Bắc có viện đại học Dược, và có nhiều lớp dược tá ở các liên khu.

5. Giai đoạn 5: Nền Y Dược học trong giai đoạn chống Mỹ cứu nước (1954-1975) : Những năm 1954-1975, miền Bắc tiến hành cải tạo ngành Dược tư doanh, xây dựng phát triển ngành dược quốc doanh. Năm 1965, nhu cầu sử dụng thuốc tăng nhanh, nên hầu hết các xã đều có phong trào trồng và sử dụng cây thuốc nam, hình thành một mạng lưới sản xuất Dược hoàn chỉnh từ Trung ương đến địa phương để có thể sản xuất thuốc men trong những tình huống xấu nhất. Trong khi đó, tại miền Nam, vùng giải phóng chi viện người từ miền Bắc vào, còn vùng bị tạm chiếm, chính quyền Sài Gòn cũ có chế độ khuyến khích sản xuất hóa dược hơn là nhập nguyên liệu.

6. Giai đoạn 6: Ngành Dược Việt Nam sau ngày 30/4/1975:

Sau khi miền Nam hoàn toàn được giải phóng, ngành Dược có điều kiện hơn trước. Các nhà thuốc phát triển rất nhanh, sản phẩm Dược đa dạng, phong phú hơn. Đặc biệt sau khi có Nghị quyết Trung ương IV và Quyết định 58 của Thủ tướng chính phủ về công nghiệp Dược đã có những bước phát triển khá, đảm bảo phần lớn nhu cầu về thuốc chữa bệnh, khắc phục được tình trạng thiếu thuốc của nhiều năm trước đây.

Hệ thống doanh nghiệp nhà nước sản xuất và cung ứng thuốc đã và đang được tổ chức lại, giải thể và sát nhập các doanh nghiệp Dược quận huyện và các doanh nghiệp Dược tuyến tỉnh để tăng cường khả năng làm chủ trên địa bàn và giảm bớt cạnh tranh không lành mạnh. Bên cạnh đó, các chính sách hỗ trợ của Nhà nước như cung cấp miễn phí vaccin phục vụ tiêm chủng mở rộng, thuốc phòng chống bệnh dịch...vẫn được duy trì. Chính phủ vẫn tiếp tục cấp thuốc cho đồng bào miền cao bao gồm các thuốc thiết yếu nhất.

Trong những năm vừa qua Bộ y tế đánh giá: " Ngành Dược đã có thành tích nổi bật là đảm bảo tốt nhu cầu về thuốc chữa bệnh cho nhân dân, khắc phục được tình trạng thiếu thuốc trong những năm trước đây ".

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Lịch sử ngành Dược thế giới trải qua mấy giai đoạn ?

Câu 2: Lịch sử ngành Dược Việt Nam đến nay trải qua những giai đoạn nào?

Câu 3: Nêu đặc điểm của giai đoạn 2 trong LS ngành Dược thế giới ?

Câu 4: Asklepios, Hypocrates, Galien được ngành Y Dược thế giới tôn vinh với vai trò gì?

Câu 5: Nêu đặc điểm tổ chức Y tế Việt Nam thời Hậu Lê (1428 – 1788) ?

Câu 6: Cho biết sự hình thành và ý nghĩa của chữ Rp?

Câu 7: Cho biết ý nghĩa của biểu tượng ngành Dược?

Câu 8: Tiền thân nghề nghiệp của người Dược sĩ hiện nay là ai?

Câu 9: Ngành Dược thế giới chính thức tách khỏi ngành Y và trở thành một ngành độc lập và hợp pháp trong thời kì nào của lịch sử?

BÀI 2: TỔ CHỨC NGÀNH DƯỢC VIỆT NAM

MỤC TIÊU

1. Kể ra được các đặc điểm của ngành dược Việt Nam.
2. Trình bày được các tổ chức trong ngành dược Việt Nam

Để làm tốt nhiệm vụ của mình, ngành dược cần có một tổ chức khoa học và phù hợp nhiệm vụ được đề ra.

Khoa học: Phải xác định được nhiệm vụ của ngành trước rồi mới xây dựng tổ chức tiến trình này không thể đảo ngược.

Phù hợp: Với 2 nội dung sau:

- + Phù hợp với những nguyên tắc của ngành
- + Phù hợp với điều kiện kinh tế đất nước

I. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA NGÀNH DƯỢC VIỆT NAM

Cũng như các ngành nghề khác, tổ chức ngành dược Việt Nam cũng có những tính chất đặc trưng riêng.

1. Tính tập trung : Toàn bộ các hoạt động chuyên môn của ngành dược đều tập trung trong một tổ chức trực thuộc bộ y tế

- Bộ y tế: - Sản xuất thuốc
- Kinh doanh thuốc
 - Đào tạo nguồn nhân lực

Nhận xét :

Ưu điểm: Việc tập trung các khâu liên quan đến thuốc (như sản xuất, đào tạo, kinh doanh,...) vào trong một tổ chức sẽ tạo ra được sự hợp tác thuận lợi trong việc điều hòa và phối hợp các khâu trong ngành dược với nhau. Từ đó dễ dàng đưa ra những kế hoạch phát triển ở cấp vĩ mô.

Khuyết điểm: Nhưng việc tập trung ngành dược sẽ làm cho từng khâu chuyên môn trong ngành bị tách khỏi hệ thống chuyên môn chung của cả nước, do đó bị bất lợi hơn trong việc đầu tư phát triển

và khó khăn hơn trong việc hỗ trợ về chuyên môn giữa các ngành khác nhau.

Có thể nhận thấy, ưu điểm là cơ bản trong khi khuyết điểm có thể khắc phục được, vì nếu tách rời từng khâu trong ngành dược, ví dụ:

Sản xuất dược phẩm thuộc Bộ công nghiệp

Kinh doanh thuốc thuộc Bộ thương mại

Dược liệu thuộc Bộ Nông Lâm nghiệp

Cơ cấu này gặp nhiều khó khăn trong việc lên kế hoạch chung, cũng như trong việc nắm bắt thị trường để điều phối sản xuất, kinh doanh, đào tạo.

2. Dược kết hợp với y : Dược và Y cùng hỗ trợ lẫn nhau trong công tác y tế nhằm mục đích chung là phục vụ và chăm sóc sức khỏe cho nhân dân và quốc phòng.

2.1. Ngành dược và ngành y cùng chung một tổ chức quản lý nhà nước: Là Bộ y tế, hay nói các khác Bộ y tế gồm 2 ngành: Y và Dược. Đây cũng là một điểm khác với ngành y tế cả nước

Ví dụ:

Trung Quốc: Y và Dược là hai ngành quản lý độc lập, do vậy để tạo sự phối hợp trong hoạt động của hai ngành, Chính phủ Trung quốc có thành lập một Ủy Ban Phối hợp sức khỏe để chỉ đạo chung.

Thụy điển: Y và Dược là hai ngành tổ chức riêng. Trong bệnh viện không có khoa dược. Hiệu thuốc dược tổ chức bên cạnh và ở ngoài bệnh viện, dược bán thuốc cho cả bệnh nhân trong và ngoài bệnh viện

* Nhận xét : Y và Dược là 2 ngành cùng chung một tổ chức quản lý nhà nước là Bộ y tế, có cùng chung một mục đích hoạt động là bảo vệ sức khỏe cho nhân dân và quốc phòng nhưng Y và Dược không cùng chung nhiệm vụ cơ bản vì ngành Y không có nghĩa vụ phải đóng góp vào ngân sách nhà nước, phát triển sản xuất. Đây là

đặc điểm riêng của ngành Dược. Ngoài ra, trong chương trình đào tạo hai loại hình ngành nghề này cũng có những điểm khác nhau cơ bản: Y là một ngành học về kỹ thuật chẩn đoán và điều trị, Dược là một ngành kinh tế - kỹ thuật. Vì thế, Dược và Y là 2 ngành độc lập, cùng phát triển và có mối liên hệ mật thiết và chặt chẽ với nhau, cùng hoạt động vì một mục đích chung là giữ gìn và bảo vệ sức khỏe chung cho con người.

Ưu điểm: Cách tổ chức y và dược cùng chung một cơ quan quản lý nhà nước sẽ rất thuận lợi cho ngành dược trong việc xác định nhu cầu về thuốc nhằm cung ứng thuốc kịp thời và phù hợp với mô hình bệnh tật trong nước theo từng thời điểm, cũng như rất thuận tiện cho ngành Y trong việc cung cấp thông tin mới về thuốc, tư vấn thuốc,... để có thể xây dựng những phác đồ điều trị chuẩn có hiệu quả trong điều trị và với một chi phí chấp nhận được.

Khuyết điểm: Theo cách tổ chức Y và Dược trong cùng một cơ quan quản lý nhà nước ngành Dược có nhiều bất lợi hơn so với ngành Y vì ở mọi cấp quản lý của ngành y người phụ trách chung bao giờ cũng là người của ngành Y, người ở ngành Dược thực chất chỉ là cấp Phó, thậm chí có nơi trong cơ cấu lãnh đạo chung cũng không có đại diện ngành Dược

Do có cấu tổ chức như thế, nên công tác dược thường bị xem nhẹ hơn công tác y, vì bộ ngành Y thường không hiểu hết chuyên môn sâu và nhu cầu của ngành Dược.

Tuy nhiên nhìn chung ưu điểm của sự kết hợp y và dược là một điều kiện thuận lợi, thực hiện việc chăm sóc sức khỏe toàn dân, nhược điểm có thể khắc phục được. Do đó hiện nay nhà nước vẫn duy trì cơ chế kết hợp y và dược trong cùng hệ thống quản lý nhà nước.

2.2. Dược và Y cùng chịu sự quản lý hành chính của cơ quan nhà nước : Tổ chức y tế cấp nào thì cũng chịu sự quản lý toàn diện

của Ủy ban nhân dân cấp đó, đồng thời chịu sự quản lý về chuyên môn nghiệp vụ của cơ quan y tế cấp trên.

2.3. Công tác kiêm nhiệm : Do đặc điểm tập trung tổ chức nên các tổ chức y và dược ngoài chức năng chính của mình còn được bộ y tế giao việc kiêm nhiệm thêm những chức năng khác như: Đào tạo, nghiên cứu khoa học, hướng dẫn nghiệp vụ cho các đơn vị tuyến dưới.

Ví dụ :

Trường đại học Dược

- Đào tạo cán bộ
- Nghiên cứu khoa học
- Giúp đỡ đào tạo cho các trường y dược tuyến dưới

Bệnh viện:

- Điều trị cho bệnh nhân
- Nghiên cứu khoa học
- Đào tạo thực tế cho sinh viên
- Hỗ trợ chuyên môn cho bệnh viện tuyến dưới

II. TỔ CHỨC NGÀNH DƯỢC VIỆT NAM

Tổ chức ngành Dược gồm 6 loại hình thức và 4 cấp tổ chức (cấp TW, tỉnh, huyện và xã)

1. Tổ chức quản lý nhà nước

Gồm 3 cơ quan: Cơ quan quản lý dược, cơ quan kiểm nghiệm thuốc và mỹ phẩm Thanh tra dược (nằm trong thanh tra y tế)

1.1. Tổ chức quản lý dược

Cấp trung ương: Cục quản lý dược là cơ quan chuyên trách về dược của Bộ y tế, thuộc tổ chức quản lý dược trung cấp

Trước đây gọi là vụ quản lý dược nhưng do những đòi hỏi khách quan cần phải tổ chức lại cơ quan quản lý nhà nước về dược, ngày 13-8-1996 thủ tướng chính phủ ra quy định thành lập Cục Quản lý Dược Việt Nam.

Nội dung công tác quản lý của Vụ và Cục thì cũng như nhau nhưng quyền hạn thì Cục Quản lý được Bộ trưởng giao cho rộng hơn. Cụ thể:

Cục quản lý được phép ban hành một số quyết định: Quyết định cấp phép cho lưu hành hay thu hồi thuốc...Được có con dấu riêng và được hạch toán thành lập trong khi Vụ quản lý được trước năm 1997 trong các văn bản phải ký thừa lệnh “TL” của Bộ trưởng và đóng dấu của Bộ y tế :

- Cục: - Có dấu riêng
 - Có ngân sách riêng
 - Chủ động trong thu chi
 - Quản lý thuốc và mỹ phẩm

- Vụ: - Không có dấu riêng
 - Phải làm dự trù cho Bộ duyệt
 - Thu chi phải thông qua tài vụ
 - Chỉ quản lý về thuốc

* *Chức năng, nhiệm vụ của Cục Quản lý dược*: Cục Quản lý dược việt nam được Bộ trưởng Bộ y tế ủy quyền thực hiện các nhiệm vụ sau đây trong lĩnh vực quản lý nhà nước về chất lượng thuốc:

1. Xây dựng quy hoạch, kế hoạch về quản lý chất lượng thuốc để trình Bộ trưởng Bộ y tế phê duyệt và tổ chức thực hiện theo kế hoạch được phê duyệt.

2. Xây dựng và trình bộ trưởng y tế ban hành các văn bản pháp quy về tiêu chuẩn chất lượng thuốc, hướng dẫn kiểm tra việc thực hiện các văn bản trên.

3. Quản lý việc đăng ký tiêu chuẩn cơ sở, cung cấp thông tin về khoa học kỹ thuật liên quan đến đảm bảo chất lượng thuốc.

4. Chỉ đạo, giám sát hệ thống kiểm tra chất lượng thuốc trên toàn quốc.

5. Kiểm tra và cấp giấy chứng nhận: Cơ sở đạt tiêu chuẩn “ thực hành sản xuất thuốc” và phòng kiểm nghiệm đạt tiêu chuẩn “ thực hành tốt kiểm nghiệm thuốc”.

6. Tổ chức hướng dẫn nghiệp vụ cho cán bộ quản lý chất lượng thuốc của ngành y tế, tổ chức đào tạo và bồi dưỡng nghiệp vụ tiêu chuẩn đo lường chất lượng thuốc.

7. Phối hợp với thanh tra bộ y tế thực hiện chức năng kiểm tra, thanh tra nhà nước về chất lượng thuốc và xử lý vi phạm pháp luật về chất lượng thuốc theo thẩm quyền.

8. Xử lý theo thẩm quyền các vi phạm về quản lý dược và mỹ phẩm theo quy định của pháp luật.

** Sơ đồ tổ chức Cục Quản lý dược Việt Nam:*

Cấp địa phương

Cấp tỉnh/ thành phố thuộc TW: Phòng quản lý dược và quản lý hành nghề dược tư nhân trực tiếp thuộc Sở y tế.

+ Chức năng nhiệm vụ: Thực hiện các luật lệ quy chế dược, góp ý cho cục quản lý dược trong việc thực hiện quy chế cũng như trong việc xây dựng quy chế mới. Có thẩm quyền cấp giấy chứng nhận đủ điều kiện hành nghề tư nhân, ra quyết định đình chỉ lưu hành và thu hồi thuốc trong phạm vi địa phương. Xử lý theo thẩm quyền các vi phạm về quản lý thuốc và mỹ phẩm theo quy định của pháp luật. Góp ý cho giám đốc sở y tế và Ủy ban nhân dân tỉnh những vấn đề chuyên môn.

Cấp huyện: Tổ hay Ban Quản Lý dược làm công tác chuyên ngành dược trong địa bàn trực thuộc trung tâm y tế

Cấp xã: Cán bộ phụ trách công tác dược (dược tá, y tá, đôi khi chính người trạm y tế phụ trách chung, trong đó có công tác dược), trực thuộc Trạm y tế xã.

1.2 Tổ chức Thanh tra dược

Dược tổ chức ở 2 cấp: Thanh tra bộ y tế và Thanh tra sở y tế

1.3. Tổ chức tiêu chuẩn hóa: Được tổ chức ở 2 cấp

Cấp trung ương: Viện kiểm nghiệm. Gồm 2 đơn vị: Viện kiểm nghiệm trung ương được đặt tại Hà Nội và Phân viện kiểm nghiệm TP Hồ Chí Minh, Viện và Phân viện có mối quan hệ hợp tác và hỗ trợ với cục quản lý dược, Thanh tra bộ y tế trong việc thực hiện nhiệm vụ quản lý nhà nước về chất lượng thuốc.

Vị trí: Viện kiểm nghiệm giữ một vai trò quan trọng trong việc quản lý chất lượng thuốc của ngành là cơ quan kiểm nghiệm xác định chất lượng thuốc, các nguyên phụ liệu làm thuốc ở tuyến cao nhất của ngành, đồng thời là nơi tập trung nghiên cứu khoa học kỹ thuật về kiểm nghiệm thuốc để ngày càng nâng cao chất lượng thuốc.

Chức năng nhiệm vụ:

- Kiểm nghiệm xác định chất lượng thuốc, các nguyên phụ liệu dùng làm thuốc tại các khâu: Sản xuất, bào chế trong nước, xuất nhập khẩu, thu mua, phân phối, bảo quản và sử dụng.
- Nghiên cứu khoa học kỹ thuật, chủ yếu là nghiên cứu các phương pháp kiểm nghiệm, kiểm soát và tiêu chuẩn chất lượng thuốc.
- Đào tạo bồi dưỡng cán bộ chuyên khoa về kỹ thuật và nghiệp vụ
- Chỉ đạo mạng lưới chuyên khoa về kỹ thuật và nghiệp vụ
- Tham gia nghiên cứu xây dựng Dược điển Việt Nam, Nghiên cứu các mẫu, hướng dẫn bảo quản và kiểm tra độ chính xác các dụng cụ, phương tiện đo lường chuyên dùng trong ngành Dược, quản lý các dụng cụ đo lường chuẩn.
- Thông tin, tuyên truyền, phổ biến khoa học, kỹ thuật về kiểm nghiệm và các vấn đề nghiên cứu nêu trên.

Sơ đồ tổ chức Viện kiểm nghiệm

Cấp địa phương (cấp tỉnh):

Trung tâm kiểm nghiệm thuốc và Mỹ phẩm: Là cơ quan thực hiện nhiệm vụ quản lý bảo đảm chất lượng thuốc và mỹ phẩm ở cấp địa phương, trực thuộc Sở y tế.

Ngoài ra còn có bộ phận đảm bảo chất lượng thuốc ở mỗi đơn vị sản xuất, kinh doanh là đơn vị thực hiện nhiệm vụ quản lý bảo đảm chất lượng thuốc trong nội bộ, của xí nghiệp dược phẩm hoặc công ty kinh doanh thuốc, đây cũng là nơi xây dựng tiêu chuẩn chất lượng cấp cơ sở.

Nhận xét: Cơ quan Quản lý dược, cơ quan tiêu chuẩn hóa và cơ quan Thanh tra dược là 3 bộ phận độc lập cùng phối hợp hoạt động dưới sự chỉ đạo của Bộ y tế, tạo thành một hệ thống nhất quản lý nhà nước về dược.

2. Tổ chức sản xuất kinh doanh

2.1. Tổ chức sản xuất: Đến cuối năm 2003, cả nước hiện nay có 136 doanh nghiệp sản xuất thuốc tân dược và trên 300 tổ hợp, cá nhân sản xuất thuốc đông dược. Tháng 9/1996, Bộ y tế ban hành Quyết định triển khai áp dụng các nguyên tắc chuẩn “Thực hành tốt sản xuất tốt” (GMP-ASEAN), nhiều doanh nghiệp đã đầu tư cải tạo, nâng cấp hoặc xây dựng mới nhà sản xuất theo tiêu chuẩn của GMP.

Doanh thu của thuốc sản xuất trong nước tăng khá mạnh: Năm 2000 đạt xấp xỉ hai lần so với năm 1996.

Thuốc sản xuất trong nước chiếm khoảng 40% giá trị tiêu dùng nội địa vào năm 2003. Phấn đấu đến năm 2010 sẽ chiếm được 60% thị trường trong nước.

=> Mỗi doanh nghiệp đều có hai chức năng: Sản xuất và kinh doanh. Có hai loại hình doanh nghiệp dược:

+ Doanh nghiệp có chức năng chủ yếu là sản xuất, chức năng kinh doanh chỉ là phụ (tiền thân của nó là các xí nghiệp dược phẩm)

+ Doanh nghiệp có chức năng chủ yếu là kinh doanh, chức năng sản xuất chỉ là phụ (tiền thân của nó là công ty kinh doanh dược phẩm như Yteco, Sapharco..).

2.2. Tổ chức kinh doanh

Hệ thống phân phối thuốc si:

Gồm các doanh nghiệp có chức năng kinh doanh tài chính:

- Công ty dược phẩm cấp trung ương/ tỉnh/ thành phố phụ trách việc kinh doanh thuốc và trang thiết bị y tế cũng như việc kiểm nhiệm chức năng xuất khẩu nhập thuốc.

- Công ty dược quận huyện phụ trách việc kinh doanh thuốc và trang thiết bị y tế

Hệ thống phân phối thuốc lẻ:

- Khối quốc doanh: Gồm các hiệu thuốc và đại lý thuốc cho các công ty dược của nhà nước

- Khối kinh tế tư nhân hành nghề kinh doanh dược gồm các hình thức: Nhà thuốc và đại lý thuốc

=> Đến ngày 31/12/ 2003 toàn quốc có hơn 37.700 quầy bán lẻ (năm 2002 có hơn 37.000). Trong đó có gần 5.300 quầy thuốc doanh nghiệp nhà nước (năm 2002 là 4.100), hơn 5.500 quầy thuốc doanh nghiệp nhà nước đã được cổ phần hóa (năm 2002 là 3.000), hơn 10.500 quầy đại lý bán lẻ (năm 2003 là 10.300), hơn 7.500 nhà thuốc tư nhân và trên 200 nhà thuốc bệnh viện (năm 2002 là 8.400 bao gồm cả nhà thuốc tư nhân và nhà thuốc bệnh viện).

3. Tổ chức đào tạo – Nghiên cứu khoa học

Các cơ quan có chức năng đào tạo và nghiên cứu khoa học gồm: Trường và Viện

Trường đại học Dược: Đào tạo 2 cấp: Đại học và Sau đại học. Riêng trường Đại học Y dược TPHCM – Khoa Dược được phép đào tạo 4 cấp: Sau đại học, Đại học, Trung cấp và Sơ cấp.

Ngoài 2 trường Đại học Dược Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh, năm 2002, Bộ y tế đã cho phép thành lập thêm 2 khoa dược trong trường ĐH Y Huế và Y Cần Thơ, có chức năng đào tạo cán bộ dược đại học cho 2 khu vực miền trung và miền Tây Nam Bộ

Trường trung cấp dược: Đào tạo cán bộ dược trung cấp và sơ cấp. Từ sau năm 1997, có 2 trường

- Trung học y tế trung ương 1 ở Hải Hưng
- Trung học y tế trung ương 2 ở Đà Nẵng

Viện Dược liệu: Nghiên cứu các cây và con làm thuốc, kỹ thuật nuôi trồng, thuần hóa... nghiên cứu các thành phần hóa học của dược liệu và các dạng chế biến dược liệu (dạng thô, tinh, thành phần)

4. Dược bệnh viện: Hệ thống dược bệnh viện được tổ chức dưới hình thức: Khoa Dược trong mỗi bệnh viện Trung ương – Bệnh viện địa phương – Trung tâm y tế – Viện điều dưỡng Trung ương – Viện điều dưỡng Thành phố.

5. Thông tin thuốc

Thư viện y học: Lưu trữ sách báo y học và những thông tin về dược.

Báo chí: Các tạp chí chuyên môn: Tạp chí dược học, tạp chí Thuốc và Sức khỏe...

6. Đoàn thể dược

Hội dược học Việt Nam: Tên giao dịch quốc tế Vietnamese Pharmaceutical Association, viết tắt VPA. Hội dược học Việt Nam là một tổ chức xã hội nghề nghiệp tự nguyện của dược sĩ Việt Nam và các bộ khoa học kỹ thuật hoạt động trong các lĩnh vực dược Việt Nam. Nhằm cùng nhau đoàn kết, học tập, trau dồi kinh nghiệm, đạo đức và nghiên cứu để phát huy tác dụng nghề nghiệp, góp phần vào việc xây dựng và phát triển ngành Dược trên cơ sở một nền y học Việt Nam.

Hội dược học Việt Nam có tổ chức theo nguyên tắc dân chủ tập trung, hoạt động dưới sự lãnh đạo của Đảng CSVN và chịu sự quản lý nhà nước của Bộ y tế. Hội là thành viên của Liên Hiệp Các Hội khoa học kỹ thuật Việt Nam hoạt động phạm vi cả nước, hội có tư cách pháp nhân, có biểu tượng, con dấu, cơ quan ngôn luận và tài khoản riêng tại ngân hàng. Hội đặt trụ sở tại thủ đô Hà Nội.

Kết luận: Tất cả các tổ chức nêu trên của ngành dược, nói chung đã đáp ứng được 3 nhiệm vụ cơ bản của ngành, nhưng vẫn còn phải hoàn thiện thêm để kịp với các diễn biến thực tế của xã hội và yêu cầu pháp chế hóa ngành dược.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Đặc điểm tổ chức ngành Dược Việt Nam?

Câu 2: Nêu đặc điểm của khối quản lý nhà nước trong hệ thống tổ chức ngành Dược nước ta?

BÀI 3. QUAN ĐIỂM NHIỆM VỤ NGÀNH DƯỢC VIỆT NAM MỤC TIÊU:

1. Trình bày được các nhiệm vụ cụ thể của ngành dược VN

2. Nêu được các trọng tâm các nhiệm vụ cụ thể hiện nay

I. NHIỆM VỤ CƠ BẢN: Là những nhiệm vụ chủ yếu xuyên suốt trong tất cả hoạt động trong ngành, nhiệm vụ cơ bản:

1. Cung ứng thuốc: Ngành dược phải bảo đảm cung ứng thuốc tốt để phục vụ cho sự nghiệp bảo vệ sức khỏe cho nhân dân và quốc phòng. Cung ứng thuốc bao gồm các hoạt động từ khâu nghiên cứu khoa học về dược -> thuốc -> lưu thông phân phối -> người dùng thuốc. Nó bao gồm phần lớn các hoạt động ngành, do đó trong 3 nhiệm vụ cơ bản của ngành thì nhiệm vụ cung ứng thuốc được xem là nhiệm vụ quan trọng nhất. Để làm tốt được nhiệm vụ cung ứng thuốc, Ngành dược thực hiện 4 yêu cầu sau:

1.1. Đầy đủ: Thuốc cung ứng phải đầy đủ cả về chủng loại và số lượng để dùng trong việc phòng bệnh cho người dân khi cần thiết.

Chủng loại: Đến cuối năm 2003, tổng số đăng ký mà bộ y tế đã cấp và hiện đang lưu hành bao gồm:

+ Thuốc sản xuất trong nước: 6.107 biệt dược với 393 loại hóa chất

+ Thuốc ngoại nhập: 4.656 biệt dược với 902 loại hoạt chất

Tổng số 10.763 biệt dược với 1.295 hoạt chất gồm các loại thuốc thông thường và thuốc dùng cho chuyên khoa, đặc trị. So với số lượng hoạt chất hiện nay đang được sử dụng trên thế giới thì ngành dược Việt Nam thực tế vẫn chưa đáp ứng đủ thuốc đặc trị cho tất cả các loại bệnh hiện có ở trong nước.

Số lượng: Theo cục quản lý dược Việt Nam, số lượng thuốc tiêu thụ trung bình quân hàng năm trên mỗi người đạt khoảng 7,6 USD/ người/ năm (năm 2003), so với số lượng thuốc tiêu thụ năm 1990 là khoảng 0,5 USD/ người/ năm thì số lượng thuốc tiêu thụ bình quân trên dân số nước ta đã tăng lên nhiều lần. Nhưng so với số lượng tiêu

thụ thuốc bình quân trên dân số ở một nước phát triển 40USD/ người/ năm 1995 và dự báo sẽ tăng lên 60 USD/ người/ năm 2005; ở các nước đang phát triển khoảng 15,6 USD/ người/ năm (2005), thì số lượng thuốc bình quân ở nước ta còn khá thấp.

Trước đây, trong cơ chế bao cấp số lượng thuốc cung cấp không đủ cầu, nhưng hiện nay trong nền kinh tế nhiều thành phần, với sự tham gia của nhiều hình thức ngành nghề được tư nhân, số lượng thuốc cung ứng cho nhu cầu điều trị không còn là vấn đề khó khăn nữa, đặc biệt là đối với những loại thuốc mà ta chủ động được nguồn cung ứng (ví dụ thuốc sản xuất trong nước).

Tuy nhiên, cần phải tổ chức việc cung ứng thuốc vừa đủ cho nhu cầu điều trị để tránh nhiều tác hại tốn kém và không cần thiết. Tổ chức y tế thế giới (WHO) đã đưa ra mô hình VEN nhằm mục đích giúp các nước đang phát triển dễ dàng trong việc phân loại các loại thuốc phải cung ứng.

V (Vital drugs) = Thuốc tối cần: Là loại thuốc chiếm tỉ lệ khoảng 60%- 70% trong danh mục thuốc quốc gia. Là những thuốc mà ngành dược cần phải cố gắng cung ứng.

E (Essential drugs) = Thuốc thiết yếu: WHO đưa ra một danh mục thuốc thiết yếu gồm 250 loại thuốc cần thiết cho đa số dân trong nước và ngành dược phải luôn luôn có sẵn sàng để phục vụ . Đây là danh mục thuốc mẫu mà tổ chức y tế thế giới đã đưa ra để các nước tham khảo, và trên cơ sở đó chọn cho mình một danh mục thuốc thiết yếu cho thích hợp.

N (Non essential drugs) = Thuốc thông thường là những loại thuốc nằm trong mục thuốc trên. Là những loại thuốc ngành dược cung ứng theo khả năng giá bán và giá thị trường.

1.2 Kịp thời: Việc cung ứng thuốc được thực hiện càng nhanh càng tốt để phục vụ kịp thời điều trị của người dân. Để làm tốt yêu cầu, ngành dược phải thực hiện càng tốt để phục vụ kịp thời điều trị

của người dân. Để làm tốt điều này, ngành dược phải thực hiện các yêu cầu sau:

- Tổ chức mạng lưới phân phối thuốc rộng khắp để người dân có thể đến hiệu thuốc gần nhất để mua.

- Hệ thống mạng lưới phân phối thuốc phải sát với nhân dân và sẵn sàng phục vụ bất cứ khi nào yêu cầu.

Ngoài hệ thống phân phối thuốc lẻ thuộc khu vực nhà nước và tư nhân, ngành dược cần tổ chức thêm hệ thống nhà thuốc định kỳ ngoài giờ, để đảm bảo cho việc cung ứng thuốc kịp thời và liên tục 24/24.

Phải có đủ cơ sở thuốc dự trữ: Cấp quốc gia – cấp tỉnh – cấp thành phố- huyện. Để dự phòng cho nhu cầu dùng thuốc tăng đột xuất trong những trường hợp khẩn cấp như thiên tai, dịch bệnh.

1.3. Chất lượng: Thuốc cung ứng phải đảm bảo tiêu chuẩn lượng vì đây là một loại hàng hóa đặc biệt liên quan đến sức khỏe và tính mạng con người. Chất lượng thuốc không chỉ là tiêu chuẩn thể hiện đạo đức hành nghề của người dược sĩ mà còn là vấn đề sống còn của doanh nghiệp dược nói riêng và của cả ngành dược Việt Nam nói chung trong xu thế hội nhập.

1.4. Giá cả hợp lý: Giá thuốc phải phù hợp với khả năng thanh toán của người bệnh đồng thời đáp ứng nhu cầu tái hoạt động của nhà sản xuất kinh doanh. Trong vấn đề này, để tránh việc đầu tư cơ tăng giá trị hoặc bán giá một cách bất hợp lý hoặc tùy tiện với ý đồ cạnh tranh bất chính, rất cần sự tham gia của hội Dược Học Việt Nam để hỗ trợ cho nhà nước trong việc quản lý và kiểm soát giá cả.

2. Tham gia quản lý kinh tế dược: Ngành dược là một ngành kinh tế kỹ thuật, nghĩa là ngành dược ngoài nhiệm vụ chuyên môn trong khoa kỹ thuật còn cần phải làm nhiệm vụ của một người tham gia. Với tổ chức dược đào tạo và lương tâm trách nhiệm của một người thầy thuốc, người dược sĩ được phép tham gia quản lý kinh tế dược, kinh doanh thuốc một cách hợp pháp, đúng luật định nhằm ổn

định thị trường thuốc và tạo ra lợi nhuận hợp lý để đóng góp một phần nghĩa vụ cho ngân sách nhà nước, góp phần xây dựng và phát triển đất nước. Với 2 nhiệm vụ cơ bản cung ứng thuốc và tham gia quản lý – kinh doanh thuốc, tốt nhất là phải thực hiện đồng thời. Nhưng vì mục đích cao nhất là phục vụ cho sức khỏe nhân dân và quốc phòng, do đó trong một vài trường hợp đặc biệt mục tiêu tạo ra lợi nhuận

3. Tư vấn thuốc: Phải nắm vững những kiến thức về thuốc để làm tốt nhiệm vụ tư vấn về thuốc cho cán bộ y tế, hướng dẫn việc sử dụng thuốc cho người dùng và tham gia vào chương trình y tế cộng đồng.

II. CÁC NHIỆM VỤ CỤ THỂ

Để thực hiện được các nhiệm vụ cơ bản trên, trước mắt ngành dược cần thực hiện cho được 10 nhiệm vụ cụ thể sau:

1. Điều tra, thống kê nhu cầu về thuốc: Ngành dược cần phải có những con số tương đối chính xác về thị trường thuốc: nhu cầu về số lượng, chủng loại thuốc, sở thích, yêu cầu thị trường... Để làm cơ sở cho việc lập kế hoạch sản xuất, kinh doanh, xuất nhập khẩu cho phù hợp với nhu cầu thị trường.

2. Nâng cao việc sản xuất thuốc: Để đáp ứng phần lớn nhu cầu về thuốc trong nước và hướng tới thị trường thuốc nước ngoài, ngành dược phải nâng cao việc sản xuất thuốc đa dạng hóa sản xuất dưới nhiều hình thức

3. Vận động nhân dân nuôi trồng và trồng cây con làm thuốc:

Ngành dược không có nhiệm vụ nuôi trồng mà có nhiệm vụ thu mua và chế biến dược liệu. Do đó phải vận động và hướng dẫn kỹ thuật để nhân dân tham gia và phát triển nguồn dược liệu trong nước nhằm đáp ứng:

- Nguyên liệu cho sản xuất
- Nhu cầu chế biến thuốc thang trong nhân dân
- Nhu cầu xuất khẩu dược liệu

4. Tổ chức mạng lưới phân phối thuốc: Để đưa thuốc và giữ thuốc ổn định chất lượng cho tới nay người tiêu dùng, ngành dược tổ chức tốt việc tồn trữ, bảo quản thuốc trong việc phân phối thuốc kịp thời và rộng khắp nhân dân nhằm đảm bảo việc cung ứng thuốc kịp thời và đầy đủ cho nhu cầu điều trị.

5. Quản lý việc xuất khẩu và nhập khẩu thuốc

- Xuất khẩu: Nhà nước chủ trương khuyến khích xuất khẩu. Hiện nay, nước ta mới xuất khẩu dược liệu ở dạng thô và một số ít thành phẩm thuốc y học dân tộc, hướng phấn đấu xuất khẩu nhiều loại thành phẩm hơn và với các dạng dược liệu đã tinh chế

- Nhập khẩu: Chỉ nhập khẩu những loại thuốc và nguyên liệu làm thuốc mà ta chưa sản xuất được trong nước. Hiện nay chủ trương nhập khẩu của ta là:

+ Nhập thành phẩm thuốc, đặc biệt là thuốc chuyên khoa đặc trị, trong nước có nhu cầu, ngành công nghiệp dược trong nước chưa sản xuất được.

+ Nhập nguyên liệu để sản xuất thành phần nhằm giải quyết lao động ở trong nước, đặc biệt là nguyên liệu để sản xuất thuốc thiết yếu.

Nhập máy móc để hiện đại hóa ngành công nghiệp dược trong nước

6. Pháp chế công tác dược: Bằng cách hoàn chỉnh hơn các luật dược và văn bản dưới luật nhằm đưa mọi hoạt động của ngành dược vào khuôn khổ luật định, tránh thiếu sót hoặc không khả thi.

7. Tiêu chuẩn hóa chất lượng thuốc: Đây là một biện pháp tích cực để đảm bảo chất lượng thuốc tốt nhằm phục vụ cho sự nghiệp chăm sóc, bảo vệ sức khỏe cho người dân và nâng cao uy tín ngành dược đối với người tiêu dùng trong nước và nước ngoài. Đồng thời dựa trên tiêu chuẩn quy định, các cơ quan quản lý nhà nước về dược tiến hành thường xuyên việc thanh tra kiểm soát chất lượng thuốc trong lưu thông phân phối trên thị trường.

8. Tăng cường nghiên cứu khoa học: Đây là biện pháp tích cực và hợp lý nhất để rút ngắn khoảng cách giữa nước ta và các nước tiến bộ khác trong khu vực và trên thế giới. Tăng cường nghiên cứu khoa học nhằm:

- + Tạo những thuốc mới có chất lượng và hiệu quả điều trị cao.
- + Đưa ra những phương pháp những quy trình sản xuất mới, hợp lý hơn để nâng cao chất lượng thuốc và hạ giá thành sản phẩm.
- + Đưa ra những phương pháp quản lý chất lượng thuốc tốt hơn để giảm tiêu hao nhân lực và nguyên liệu.

9. Tăng cường chất lượng đào tạo cán bộ: Phải quan tâm tới việc đào tạo và đào tạo lại đội ngũ cán bộ khoa học kỹ thuật và cán bộ quản lý trong ngành dược cho phù hợp với yêu cầu của thời kỳ mới. Phải quan tâm đến chất lượng đào tạo cán bộ ở tất cả các cấp: Sơ cấp, trung cấp, đại học và sau đại học.

10. Thông tin dược: Đẩy mạnh hệ thống thông tin ngành dược nhằm cung cấp những kiến thức chuyên môn bổ ích và cần thiết cho dân chúng, cho cán bộ y tế trong việc sử dụng thuốc an toàn và hợp lý.

III. CÁC NHIỆM VỤ CỤ THỂ TRỌNG TÂM HIỆN NAY

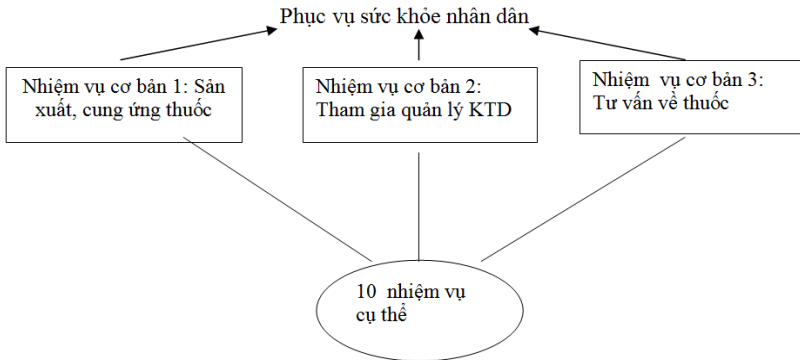
1. Nhiệm vụ then chốt: Là khâu đào tạo cán bộ, vì việc xây dựng, đào tạo cho được con người có khả năng nắm bắt những tiến bộ mới trong khoa học kỹ thuật, có đạo đức là yếu tố quan trọng cho sự quyết định.

2. Nhiệm vụ thể hiện đường lối lãnh đạo của Đảng và Nhà nước: Là khâu pháp chế hóa ngành dược vì đây là hành trang pháp luật của ngành dược, là kim chỉ nam hướng dẫn ngành dược phát triển đúng hướng trong cơ chế thị trường theo định hướng xã hội chủ nghĩa.

3. Nhiệm vụ nền tảng của ngành: Là khâu sản xuất, chính nền công nghiệp dược phẩm của một quốc gia sẽ thể hiện sức mạnh ngành dược của đất nước mình. Hiện nay ngành dược của ta chiếm lĩnh được đa số thị phần trong nước do đó chưa được gọi là mạnh, chúng ta cần phải tập trung sức nhiều hơn nữa để đẩy mạnh sự phát triển công nghiệp dược nước nhà. Để đạt được điều này thật khó khăn

nhưng không phải là không thể, đây là nhiệm vụ của nền tảng của ngành trong giai đoạn hiện nay.

SƠ ĐỒ NGÀNH DƯỢC



* 10 nhiệm vụ cụ thể gồm:

1. Thống kê nhu cầu thuốc.
2. Sản xuất thuốc -> Nhiệm vụ nền tảng
3. Vận động nuôi trồng dược liệu
4. Phân phối thuốc
5. Quản lý xuất nhập khẩu
6. Pháp chế công tác dược -> Nhiệm vụ chính trị
7. Tiêu chuẩn hóa
8. Nghiên cứu khoa học -> Nhiệm vụ tạo động lực ngành
9. Đào tạo cán bộ dược -> Nhiệm vụ then chốt
10. Thông tin về dược

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Nêu các nhiệm vụ cơ bản của ngành Dược nước ta hiện nay ?

Câu 2: Nêu 10 nhiệm vụ cụ thể của ngành Dược nước ta hiện nay ?

Câu 3: Trong các nhiệm vụ cơ bản của ngành Dược, nhiệm vụ nào là quan trọng nhất, vì sao?

BÀI 4: CÔNG TÁC DƯỢC BỆNH VIỆN

MỤC TIÊU

1. *Nêu được vị trí, chức năng, nhiệm vụ và tổ chức của khoa Dược bệnh viện.*

2. *Trình bày được công tác cung ứng, quản lý, cấp phát, pha chế và sử dụng thuốc của khoa Dược bệnh viện.*

I. MỞ ĐẦU

Bệnh viện là 1 xã hội thu nhỏ, nơi tập hợp nhiều nhóm xã hội, nơi tồn tại và nảy sinh nhiều mối quan hệ chằng chéo như:

- Có mọi tầng lớp xã hội: Trí thức, mù chữ, dân tộc...
- Có mối quan hệ: Thầy thuốc – người bệnh (mối quan hệ chủ yếu), người bệnh – người phát thuốc, người bệnh – người nhà...

Công tác dược bệnh viện ngày càng gắn với lâm sàng và cộng đồng nhiều hơn.

Dược sĩ bệnh viện:

- Trực tiếp tham gia hội đồng thuốc quản trị
- Trực tiếp tư vấn sử dụng thuốc cho bác sỹ, người bệnh
- Trực tiếp cấp phát thuốc cho bệnh nhân (nội trú, ngoại trú, BHYT)
- Trực tiếp cung cấp các vật tư y tế, tham gia y tế cộng đồng
- Trực tiếp kiểm tra thực hiện pháp luật về Dược của các khoa, phòng

Trước đây, Khoa dược bệnh viện tương đối tách biệt với các bộ phận khác trong bệnh viện vì chủ yếu làm nhiệm vụ cung ứng thuốc, vật tư y tế cho các khoa phòng nhưng hiện nay công tác dược bệnh viện ngày càng được chú ý, người cán bộ dược ngày càng tiếp cận với các bộ phận lâm sàng và cận lâm sàng, thậm chí với cả người bệnh, người nhà người bệnh, do đó công tác dược bệnh viện ngày càng mang tính cộng đồng hơn.

II. VỊ TRÍ, CHỨC NĂNG, NHIỆM VỤ VÀ TỔ CHỨC KHOA DƯỢC BỆNH VIỆN

1. Vị trí: Một khoa chuyên môn trực thuộc ban giám đốc có nhiệm vụ thực hiện tất cả các công tác chuyên môn dược, kỹ thuật dược. Một bộ phận quản lý toàn bộ vật tư, hóa chất... có 1 bộ phận thống kê, kế toán...

Trong một bệnh viện chỉ có 1 khoa Dược, nó là tổ chức cao nhất đảm nhiệm mọi công tác về dược, nên không chỉ có tính chất thuần túy của một khoa chuyên môn mà còn mang tính chất của một bộ phận quản lý và tham mưu toàn bộ công tác về dược trong cơ sở điều trị đó, nhằm góp phần nâng cao hiệu quả, đảm bảo an toàn trong khám và chữa bệnh nhất là trong quản lý sử dụng thuốc an toàn hợp lý. Vì vậy, Khoa dược chịu sự chỉ đạo trực tiếp của Giám đốc bệnh viện. Giúp giám đốc bệnh viện quản lý toàn bộ công tác dược bệnh viện.

Trong bệnh viện, khoa Dược được bố trí ở địa điểm thuận tiện, có đủ điều kiện làm việc, hệ thống kho, phòng pha chế, nơi bào chế thuốc y học cổ truyền, phòng cấp phát đảm bảo chế độ vệ sinh sạch sẽ, cao ráo, thoáng mát, an toàn, hợp lý.

2. Chức năng: Căn cứ vào vị trí dược xác định trên, khoa dược có các chức năng:

Thực hiện công tác chuyên môn kỹ thuật về dược, nghiên cứu khoa học, tham gia huấn luyện và bồi dưỡng cán bộ. Quản lý thuốc men, hóa chất, y cụ và các chế độ chuyên môn về dược trong toàn bệnh viện. Tham mưu, tổng hợp, nghiên cứu và đề xuất các vấn đề về công tác dược bệnh viện nhằm đảm bảo thông tin, tư vấn về sử dụng thuốc, kiểm tra theo dõi việc sử dụng thuốc an toàn, hợp lý trong toàn bệnh viện giúp Giám đốc bệnh viện chỉ đạo thực hiện

phát triển công tác được theo phương hướng của ngành và yêu cầu điều trị. Ba chức năng trên đều phải thực hiện đầy đủ, nhưng chức năng thực hiện công tác chuyên môn là trọng tâm

3. Nhiệm vụ: Nhiệm vụ của khoa Dược bệnh viện theo thông tư 22 năm 2011 do Bộ Y tế ban hành, Khoa Dược bệnh viện có 14 nhiệm vụ sau:

(1) Lập kế hoạch cung ứng thuốc, đủ về số lượng, tốt về chất lượng cho nhu cầu điều trị và thử nghiệm lâm sàng trong bệnh viện.

(2) Quản lý thuốc, cấp phát thuốc cho các khoa phòng lâm sàng trong bệnh viện.

(3) Khoa Dược bệnh viện trực tiếp triển khai và thực hiện các hoạt động thuốc của hội đồng trong bệnh viện.

(4) Bảo quản thuốc theo yêu cầu chuyên môn, từng bước triển khai trong kho của khoa Dược bệnh viện.

(5) Pha chế thuốc, Pha chế một số thuốc dùng cho bệnh viện.

(6) Thực hiện công tác dược lâm sàng.

(7) Quản lý theo dõi việc thực hiện các công tác chuyên môn Dược tại các khoa trong bệnh viện.

(8) Nghiên cứu khoa học và đào tạo, là cơ sở thực hành của các trường đại học, trung học y tế, dược, khoa y trong các trường đại học. Tham gia công tác nghiên cứu khoa học, thông tin về thuốc.

(9) Phối hợp với các khoa cận lâm sàng, lâm sàng, theo dõi, đánh giá, giám sát việc sử dụng thuốc hiệu quả, an toàn, hợp lý đặc biệt là lĩnh vực sử dụng kháng sinh và tình hình sử dụng kháng sinh trong bệnh viện. Kiểm tra, theo dõi việc sử dụng thuốc an toàn, hợp lý trong toàn bệnh viện. Trưởng khoa Dược và dược sỹ được ủy nhiệm có quyền thay thế thuốc có cùng chủng loại.

(10) Tham gia chỉ đạo tuyên.

(11) Tham gia hội chẩn khi được yêu cầu.

(12) Tham gia theo dõi kinh phí sử dụng thuốc.

(13) Quản lý hoạt động của nhà thuốc bệnh viện. Tham gia quản lý kinh phí thuốc, thực hiện tiết kiệm có hiệu quả cao trong phục vụ người bệnh.

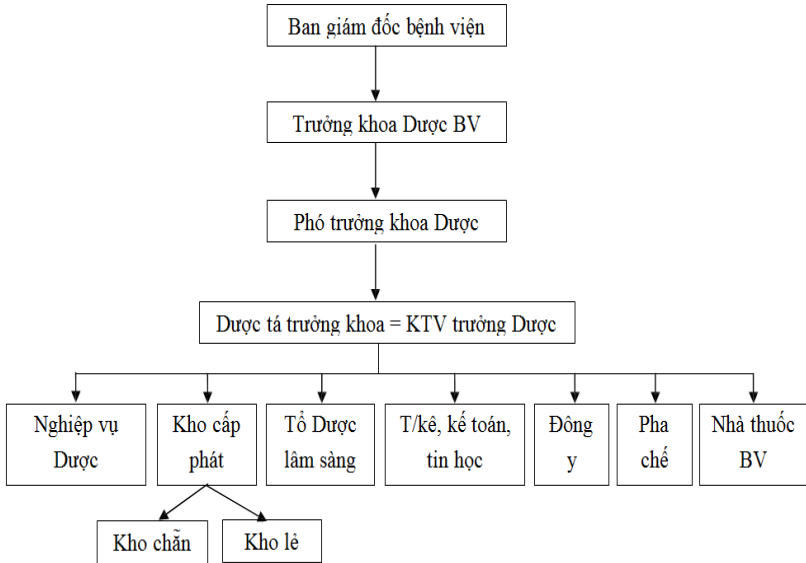
(14) Thực hiện cung ứng, quản lý, kiểm tra, báo cáo về vật tư y tế tiêu hao. Lập kế hoạch cung ứng và đảm bảo số lượng, chất lượng thuốc thông thường và thuốc chuyên khoa, hóa chất, vật dụng tiêu hao (bông băng, gạc, cồn,...) cho điều trị nội trú và ngoại trú, đáp ứng được yêu cầu điều trị hợp lý.

4. Tổ chức: Tùy theo chức năng và biên chế mà khoa Dược bệnh viện có thể được tổ chức thành tổ (phòng) sau:

- Tài chính – kế toán
- Pha chế – kiểm nghiệm
- Kho – cấp phát

Ngoài ra, hiện nay một số bệnh viện lớn trên cả nước đã thành lập bộ phận dược lâm sàng.

4.1. Cơ cấu tổ chức của khoa dược bệnh viện



Vai trò

1. Ban Giám đốc: Chỉ đạo mọi công việc của khoa dược bệnh viện

2. Trưởng khoa dược bệnh viện: Là Dược sĩ đại học, với bệnh viện hạng I trở lên là dược sĩ sau đại học, phụ trách toàn bộ công tác Dược trong bệnh viện, chịu sự chỉ đạo trực tiếp của GĐBV.

3. Phó trưởng khoa dược: Tùy theo quy mô có thể có hoặc không có phó trưởng khoa Dược. Riêng bệnh viện hạng I và đặc biệt có 2 – 3 phó trưởng khoa Dược => chịu trách nhiệm trước thống kê dược về nhiệm vụ được giao

4. Dược tá trưởng (KTV trưởng): Dược sĩ trung học, có nhiệm vụ quản lý công tác hành chính, nhân sự, chăm công.

5. Nghiệp vụ Dược: Khá quan trọng, có thể lên đến 10 người, triển khai thực hiện tất cả các văn bản quy phạm pháp luật cho toàn bệnh viện

6. Kho cấp phát: Bao gồm

+ Kho chẵn: Nhận thuốc từ các công ty, bảo quản đúng yêu cầu chuyên môn và định kỳ cấp phát thuốc cho kho lẻ.

+ Kho lẻ: Trực tiếp cấp phát thuốc hằng ngày cho bệnh nhân nội trú, cho các khoa phòng lâm sàng, bệnh nhân ngoại trú, bệnh nhân bảo hiểm y tế. Vì số lượng bệnh nhân bảo hiểm y tế ngày càng đông nên khoa được tổ chức tổ phân phát thuốc bảo hiểm y tế.

7. Tổ Dược lâm sàng: Chức năng chủ yếu là thông tin thuốc

8. Bộ phận thống kê – kế toán, tin học: Theo dõi, báo cáo các thông số về thuốc, tiền thuốc, thông số dụng cụ tiêu hao

9. Bộ phận pha chế: Chủ yếu pha chế thuốc dùng ngoài và 1 số thuốc theo yêu cầu riêng của bệnh viện.

10. Bộ phận đông y: Các bệnh viện đa khoa thường có để cung ứng 1 số loại thuốc thường và dược liệu cho bệnh nhân nội trú

11. Nhà thuốc bệnh viện: Tùy theo đặc điểm của bệnh nhân mà vai trò nhà thuốc bệnh viện khác nhau

4.2. Hội đồng thuốc và điều trị trong bệnh viện: Trước đây việc lạm dụng thuốc, việc chỉ định thuốc không hợp lý, an toàn xảy ra khá phổ biến trong bệnh viện. Do đó để cung ứng thuốc đầy đủ, thường xuyên và có chu kỳ, việc sử dụng thuốc hợp lý, an toàn, hiệu quả về kinh tế, năm 1997 Bộ Y tế ra quyết định tất cả các bệnh viện phải thành lập Hội đồng thuốc và điều trị với quy mô 5 – 15 người gồm:

- Chủ tịch hội đồng: GĐBV hay PGĐ phụ trách chuyên môn
- Phó chủ tịch HĐ kiêm ủy viên thường trực: DS trưởng khoa

Dược BV

- Thư kí hội đồng là trưởng phòng kế hoạch tổng hợp

- Ủy viên: 1 số trưởng khoa lâm sàng chủ chốt, trưởng phòng

y vụ, tài vụ.

Họp thường kì hay đột xuất tùy thuộc theo đề nghị của DS trưởng khoa Dược, nội dung do DS trưởng khoa dược đề nghị

Nội dung cuộc họp liên quan đến các vấn đề:

Quản lý, sử dụng thuốc trong BV: Xây dựng ban hành danh mục thuốc bệnh viện. Xem xét giải quyết các vấn đề tương tác thuốc, phản ứng có hại của thuốc. Xem xét giải quyết để đưa ra phác đồ điều trị chuẩn trong bệnh viện

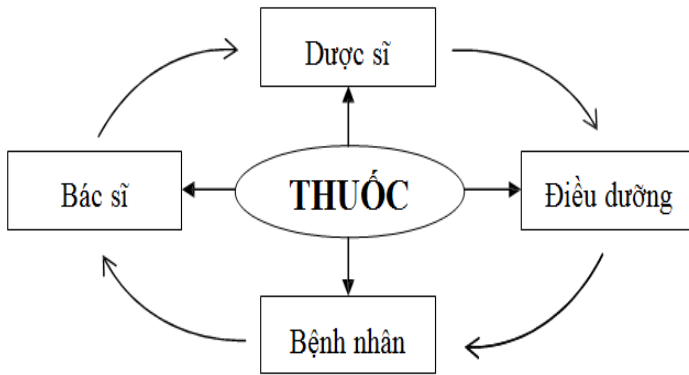
4.3. Dựa vào quy mô của bệnh viện, người ta chia các bệnh viện thành các hạng

- Hạng đặc biệt: BV Bạch Mai, TW Huế, Chợ Rẫy.....
- Hạng I: BV tỉnh, TW
- Hạng II: Huyện tỉnh và 1 số BV huyện
- Hạng III: Huyện
- Không xếp hạng: Các phòng khám khu vực

4.4. Nhà thuốc bệnh viện phải bán lẻ thuốc theo giá quy định

Giá nhập theo đơn vị nhỏ nhất (VND)	Thặng số bán lẻ	
	BV tuyến tỉnh trở lên	Bệnh viện tuyến huyện trở xuống
< 1.000	15%	20%
1.000 – 5.000	10%	15%
5.000 – 100.000	7%	10%
100.000 – 1.000.000	5%	7%
> 1.000.000	2%	5%

4.5. Mối quan hệ sử dụng thuốc tại bệnh viện



Mối quan hệ sử dụng thuốc tại bệnh viện

Thuốc tác động đến cả 4 đối tượng: Bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng và bệnh nhân.

- Việc kê đơn và chỉ định dùng thuốc do bác sĩ thực hiện theo đúng quy chế thực hành tốt kê đơn thuốc do BHYT ban hành. (Người DSDH đóng vai trong tư vấn sử dụng thuốc cho bác sĩ)

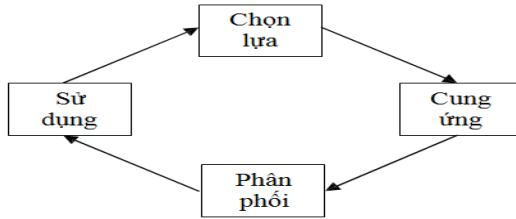
- Người DSBV ngoài công tác chuyên môn còn có công tác quản lý việc sử dụng thuốc tại bệnh viện, tư vấn sử dụng thuốc cho bác sĩ và bệnh nhân. Hiện nay, việc cấp phát thuốc tại BV do Dược sĩ lâm sàng thực hiện, cấp phát và hướng dẫn cho từng bệnh nhân

- Cần định kỳ phân tích, rút kinh nghiệm về các đơn thuốc bất hợp lý, không an toàn, kém hiệu quả để điều chỉnh kịp thời

- Điều dưỡng phân phát thuốc cho bệnh nhân và theo dõi quá trình sử dụng thuốc của bệnh nhân

- Đối với bệnh nhân, người nhà và nhân dân: Thường xuyên có các hình thức thông tin giáo dục về tác hại thuốc, lạm dụng thuốc, tác dụng không mong muốn và hậu quả do dùng sai thuốc

4.6. Sơ đồ quản lý thuốc trong bệnh viện



* Nhiệm vụ của khoa dược bệnh viện:

- Xác định phác đồ điều trị
- Xác định danh mục thuốc trong BV
- Giám sát tình hình sử dụng thuốc trong BV

* Mục tiêu:

- Đảm bảo cung ứng thuốc đầy đủ, kịp thời và chất lượng
 - Sử dụng thuốc an toàn, hợp lý, hiệu quả và tiết kiệm,
 - Cân bằng chi phí cho dùng thuốc trong BV
- => Kết quả: Tính hiệu quả: Chữa hết bệnh
- Tính hiệu năng: Chi phí thấp nhất trong hoàn cảnh nguồn

lực BV còn hạn chế

- Tính công bằng: Tất cả các BN không phân biệt giàu – nghèo được hưởng chất lượng điều trị như nhau

III. CÔNG TÁC CUNG ỨNG, QUẢN LÝ, CẤP PHÁT, PHA CHẾ VÀ SỬ DỤNG THUỐC CỦA KHOA DƯỢC BỆNH VIỆN

1. Công tác cung ứng, quản lý thuốc và vật dụng y tế tiêu hao

1.1. Dự trữ mua, vận chuyển và kiểm nhập

- Lập kế hoạch thuốc, hoá chất vật dụng y tế tiêu hao hàng năm phải đúng thời gian quy định; phải sát với nhu cầu và định mức của bệnh viện; phải làm theo đúng mẫu quy định; trường khoa dược tổng hợp, giám đốc bệnh viện kí duyệt sau khi đã có ý kiến tư vấn của hội đồng thuốc và điều trị bệnh viện. Khi nhu cầu thuốc tăng vọt xuất phải làm dự trữ bổ sung.

+ Tên thuốc trong dự trù phải ghi theo tên gốc, rõ ràng và đầy đủ đơn vị, nồng độ, hàm lượng, số lượng. Trong trường hợp thuốc nhiều thành phần có thể dùng tên biệt dược.

- *Mua thuốc:*

- + Mua thuốc chủ yếu tại doanh nghiệp Nhà nước.
- + Phải bảo đảm số lượng, chất lượng theo đúng kế hoạch.
- + Thực hiện đúng các quy định hiện hành về mua sắm của Nhà nước.
- + Thuốc phải nguyên trong bao bì đóng gói, nguyên si nút kín.
- + Thuốc phải được bảo quản ở điều kiện theo đúng yêu cầu kĩ thuật, cả trong lúc vận chuyển.

- *Vận chuyển:*

- + Xe chở thuốc phải đi thẳng từ nơi mua về bệnh viện.
- + Người đi mua thuốc phải là dược sĩ.

- *Kiểm nhập:*

+ Mọi nguồn thuốc trong bệnh viện: Mua, viện trợ đều phải kiểm nhập.

+ Thuốc mua về trong 24 giờ phải kiểm nhập hàng nguyên đai nguyên kiện, trong vòng một tuần lễ phải tiến hành kiểm nhập toàn bộ, do hội đồng kiểm nhập thực hiện.

+ Thành lập hội đồng kiểm nhập gồm: Giám đốc bệnh viện là chủ tịch, trưởng khoa dược là thư kí, trưởng phòng tài chính kế toán, kế toán dược người đi mua thuốc và thủ kho là uỷ viên.

+ Việc kiểm nhập tiến hành đối chiếu hoá đơn, phiếu báo với số lượng thực tế hăng sản xuất, quy cách đóng gói hàm lượng, số lượng, nơi sản xuất, số đăng kí, số kiểm soát, hạn dùng và nguyên nhân hư hao, thừa thiếu.

+ Biên bản kiểm nhập gồm các nội dung trên và có chữ kí của hội đồng.

+ Hàng nguyên đai, nguyên kiện bị thiếu phải thông báo

cho cơ sở cung cấp để bổ sung.

+ Thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện phải làm biên bản kiểm nhập riêng theo quy chế thuốc độc.

- Các lô thuốc nhập có tác dụng sinh học mạnh phải có giấy báo lô sản xuất và hạn dùng kèm theo.

1.2. Quản lý thuốc, hoá chất và vật dụng y tế tiêu hao tại các khoa phòng: Thuốc theo y lệnh lĩnh về phải được dùng trong ngày; riêng ngày lễ và chủ nhật thuốc được lĩnh vào hôm trước ngày nghỉ. Khoa được tổ chức thường trực phát thuốc cấp cứu 24 giờ trong ngày.

- Phiếu lĩnh thuốc thường phải theo đúng mẫu quy định; thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện có phiếu riêng theo quy chế thuốc độc.

- Băng, băng, vật dụng y tế tiêu hao, lĩnh hàng tuần.

- Hoá chất chuyên khoa, lĩnh hàng tháng hoặc hàng quý. Không được san lẻ các hoá chất tinh khiết và hoá chất tinh khiết kiểm nghiệm.

- Thuốc cấp phát theo đơn ở khoa khám bệnh cuối tháng sẽ thanh toán với phòng tài chính kế toán bệnh viện.

- Trưởng khoa điều trị có trách nhiệm kiểm tra, theo dõi bảo quản, sử dụng thuốc hoá chất, vật dụng theo dõi tiêu hao trong khoa.

- Tuỳ nhiệm vụ và yêu cầu cấp cứu được giao, các khoá điều trị, cận lâm sàng có tủ thuốc trực, cấp cứu, việc sử dụng và bảo quản phải theo đúng quy chế sử dụng thuốc.

- Hoá chất độc tại kho dược do dược sĩ giữ, tại các khoa khác người giữ hoá chất độc ít nhất phải có trình độ từ trung học trở lên, giám đốc bệnh viện có văn bản quyết định phân công người giữ .

- Thực hiện đúng quy chế nhãn về nội dung và hình thức.

- Thuốc dư ra trong ngày phải thực hiện theo quy chế sử dụng thuốc .

- Nghiêm cấm mọi hình thức tư nhân, khoa phòng bán thuốc trong bệnh viện.

1.3. Kiểm kê thuốc, hoá chất, y cụ tiêu hao

- Thực hiện việc kiểm kê định kì theo quy định: Hàng tháng đối với khoa dược, 2 lần trong năm đối với các khoa, kiểm kê đột xuất khi có xảy ra vụ việc mất thuốc.

- Thành lập hội đồng kiểm kê bệnh viện:

+ Kiểm kê tháng gồm: Trưởng khoa dược, kế toán dược, thủ kho dược và phòng tài chính kế toán.

+ Kiểm kê cuối năm gồm: Giám đốc bệnh viện là chủ tịch hội đồng; trưởng khoa dược là thư kí hội đồng; trưởng phòng tài chính kế toán, trưởng phòng kế hoạch tổng hợp, trưởng phòng y tá (điều dưỡng), kế toán dược là uỷ viên.

+ Khoa điều trị, khoa cận lâm sàng thành lập tổ kiểm kê, ít nhất có 3 người do trưởng khoa làm tổ trưởng, y tá (điều dưỡng) trưởng khoa, kĩ thuật viên trưởng khoa, y tá (điều dưỡng) chăm sóc và kĩ thuật viên.

- Nội dung kiểm kê tại khoa dược:

+ Đối chiếu sổ xuất, sổ nhập với chứng từ.

+ Đối chiếu sổ sách với hiện vật về số lượng và chất lượng.

+ Đánh giá lại thuốc, hoá chất, vật dụng y tế tiêu hao; tìm nguyên nhân chênh lệch, hư hao. Nếu chất lượng không đạt yêu cầu, hội đồng làm biên bản xác định trách nhiệm và đề nghị cho xử lí.

+ Mở sổ sách cho năm tới.

- Nội dung kiểm kê của hội đồng kiểm kê bệnh viện, các uỷ viên xuống từng khoa:

+ Xác định lại số lượng, chất lượng và nguyên nhân thừa thiếu.

+ Xử lí thuốc, hoá chất, vật dụng y tế tiêu hao cần huỷ bỏ .

+ Điều hoà thuốc, hoá chất thừa thiếu.

+ Tổng kết công tác kiểm kê toàn bệnh viện.

1.4. Lập sổ sách thanh toán, thống kê báo cáo, bàn giao và kiểm tra

Mở sổ sách theo dõi xuất nhập thuốc, hoá chất, vật dụng y tế tiêu hao: Bông, băng, cồn, gạc: Lưu trữ chứng từ, đơn thuốc theo quy định.

Thanh toán thuốc:

+ Khoa dược thống kê và tổng hợp số lượng thuốc kê cả thuốc pha chế, hoá chất, dụng cụ y tế tiêu hao đã phát ra; số liệu phải phù hợp với các chứng từ xuất nhập và chuyển phòng tài chính kế toán quyết toán.

+ Khoa điều trị tổng hợp thuốc, hoá chất, vật dụng y tế tiêu hao sử dụng cho từng người bệnh theo quy chế ra viện, chuyển phòng tài chính kế toán thanh toán viện phí.

+ Phòng tài chính kế toán tổng hợp các chứng từ, hoá đơn, báo cáo sử dụng thuốc, hoá chất, vật dụng y tế tiêu hao để thanh toán viện phí, bảo hiểm y tế, cơ quan lao động thương binh xã hội...

- Thống kê, báo cáo sử dụng thuốc:

+ Khoa dược có nhiệm vụ thực hiện báo cáo 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng và 12 tháng theo quy định và báo cáo đột xuất khi cần thiết.

+ Báo cáo gửi lên cấp trên phải được giám đốc bệnh viện thông qua và kí duyệt.

+ Phải ghi đầy đủ cột mục đúng quy định từng mẫu báo cáo.

+ Thống kê báo cáo nhằm lẫn và tai biến dùng thuốc thực hiện hàng tháng, 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 12 tháng. Trường hợp nghiêm trọng phải báo cáo đột xuất theo quy định.

- Bàn giao:

+ Khi viên chức trực tiếp giữ thuốc, hoá chất, vật dụng y tế tiêu hao thay đổi công tác phải tiến hành bàn giao theo quy định.

+ Trước khi bàn giao, viên chức giao phải vào sổ đầy đủ

và khoá sổ, số liệu phải khớp với chứng từ xuất, nhập ghi rõ các khoản thừa thiếu, hư hao.

+ Người bàn giao là trưởng khoa dược phải có sự chứng kiến và kí duyệt biên bản bàn giao của giám đốc bệnh viện; là viên chức khoa dược phải có sự chứng kiến và kí duyệt biên bản bàn giao của trưởng khoa dược.

+ Nội dung bàn giao bao gồm các sổ sách, giấy tờ, chứng từ đã khoá sổ, đối chiếu với hiện vật về số lượng và chất lượng, những việc cần theo dõi và hoàn thành tiếp.

+ Tất cả mọi tài liệu bàn giao phải rõ ràng.

- Công tác kiểm tra:

+ Trưởng khoa dược có trách nhiệm xây dựng lịch, nội dung và tổ chức kiểm tra.

+ Kiểm tra tại các khoa điều trị có sự phối hợp của trưởng phòng kế hoạch tổng hợp và trưởng phòng y tá (điều dưỡng); khi cần thiết có sự chủ trì của giám đốc bệnh viện.

2. Kho và công tác bảo quản, cấp phát

2.1. Tổ chức

- Kho chính: Trưởng kho phải là dược sĩ giúp trưởng khoa làm dự trù mua thuốc, hoá chất, vật dụng y tế tiêu hao, phải nắm vững tình hình tồn kho, cấp phát thuốc cho các kho phát lẻ và buồng pha chế.

- Kho cấp phát lẻ: Cấp phát cho các khoa điều trị, khoa cận lâm sàng, khoa khám bệnh.

2.2. Quy định kho: Kho phải được thiết kế theo đúng quy định chuyên môn theo từng chủng loại, bảo đảm cao ráo, thoáng mát, vệ sinh sạch sẽ, đủ ánh sáng, đủ phương tiện bảo quản và an toàn chống mất trộm.

- Việc sắp xếp trong kho phải bảo đảm ngăn nắp, có đủ giá, kệ; xếp theo chủng loại dễ thấy dễ lấy.

- Phải thực hiện 5 năm chống:

+ Nhàm lẩn.

+ Quá hạn

+ Mối, mọt, chuột, dán.

+ Trộm cắp.

+ Thảm họa (cháy, nổ, ngập lụt).

- Phải có thẻ kho riêng cho từng loại thuốc, có ghi sổ kiểm soát của thuốc.

2.3. Cấp phát thuốc

- Thuốc pha chế trong bệnh viện phải bàn giao cho kho cấp phát lẻ, trường hợp hai cơ sở ở xa nhau, sẽ cấp phát ngay tại phòng pha chế.

- Thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện thực hiện cấp phát đúng theo quy chế thuốc độc.

- Phiếu lĩnh thuốc ghi sai hoặc phải thay thuốc sau khi có ý kiến của dược sĩ khoa dược, bác sĩ điều trị sửa lại và kí xác nhận vào phiếu.

- Phiếu lĩnh thuốc phải được trưởng khoa dược hoặc dược sĩ được uỷ nhiệm duyệt và kí tên.

- Các loại thuốc bột, thuốc nước phải được đóng gói thành liều nhỏ cho từng người bệnh; các loại thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện dạng bột, nước phải do dược sĩ tự đóng gói thành liều nhỏ.

- Trước khi giao thuốc dược sĩ phải thực hiện 3 kiểm tra, 3 đối chiếu theo quy chế sử dụng thuốc.

- Khoa dược chịu trách nhiệm toàn bộ về chất lượng thuốc do khoa dược phát ra.

3. Công tác pha chế, sản xuất thuốc và chế thuốc y học cổ truyền

3.1. Pha chế thuốc

- Phòng pha chế phải bảo đảm dây chuyền một chiều, bảo đảm quy chế vệ sinh vô khuẩn; có phòng pha chế thuốc thường và phòng pha chế thuốc vô khuẩn.

- Viên chức làm công tác pha chế phải đảm bảo tiêu chuẩn sức khoẻ và chuyên môn theo quy định; khi vào phòng pha chế vô khuẩn phải thực hiện quy định vô khuẩn tuyệt đối.

- Pha chế thuốc thường:

+ Có khu vực hoặc bàn pha chế riêng cho các dạng thuốc khác nhau.

+ Có trang bị tủ lạnh, các tủ đựng thuốc độc, thuốc thường, nguyên liệu và thành phẩm

+ Nước cất phải đạt tiêu chuẩn dược điển Việt Nam để pha chế cho từng loại thuốc; phải có buồng cất nước và hứng nước cất riêng.

+ Hoá chất phải bảo đảm chất lượng.

+ Chai, lọ, nút phải đạt tiêu chuẩn của ngành, xử lí đúng kĩ thuật.

+ Trước khi pha chế phải kiểm soát lại đơn thuốc, công thức, chai và nhãn thuốc, vào sổ pha chế theo đúng quy định. Khi thay đổi nguyên liệu pha chế dược sĩ phải báo cho bác sĩ kê đơn biết.

+ Sau khi pha chế phải đối chiếu lại đơn, kiểm tra liều lượng, tên hoá chất đã dùng và phải dán nhãn ngay.

+ Đơn thuốc cấp cứu phải pha ngay, pha xong ghi thời gian vào đơn và giao thuốc ngay.

- Pha chế thuốc vô khuẩn:

+ Ngoài những quy định của buồng pha chế thuốc thường cần chú ý: Trong phòng chỉ để máy và dụng cụ cần thiết, mặt bàn phải lát gạch men chịu acid hoặc bằng thép inox, có thiết bị khử khuẩn không khí bằng phương pháp vật lí hay hoá học.

+ Tủ đựng nguyên liệu, bàn cân thuốc bố trí ở buồng tiền vô khuẩn.

+ Người pha chế, dụng cụ pha chế phải bảo đảm vệ sinh vô khuẩn theo quy định.

+ Khi pha chế xong phải kiểm nghiệm thành phẩm theo quy định của từng loại thuốc.

- Nghiêm cấm pha chế nhiều thứ thuốc trong cùng một thời gian hoặc cùng một thứ thuốc nhưng nhiều nồng độ khác nhau tại một buồng pha chế.

3.2. Sản xuất và bào chế thuốc y học cổ truyền

- Phải có đủ cơ sở và phương tiện chế biến sao tẩm thuốc; được bố trí khu vực riêng hợp lý, vệ sinh vô khuẩn.

- Dược liệu phải đảm bảo chất lượng, không bị mối mọt, nấm mốc.

- Có cơ sở sắc thuốc cho người bệnh nội trú.

4. Công tác thông tin và tư vấn sử dụng thuốc

Trường khoa được giám sát việc sử dụng thuốc an toàn, hợp lý và hiệu quả.

Thực hiện dược lâm sàng trong bệnh viện, dược sĩ khoa dược tư vấn cùng bác sĩ điều trị tham gia chọn thuốc điều trị đối với một số người bệnh nặng, mạn tính cụ thể.

Khoa dược chịu trách nhiệm thông tin về thuốc, triển khai mạng lý theo dõi phản ứng có hại của thuốc (ADR: adverse drug reactions), giới thiệu thuốc mới

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Tại sao nói: Bệnh viện là 1 XH thu nhỏ và công tác dược bệnh viện ngày càng gắn với lâm sàng và cộng đồng nhiều hơn?

Câu 2: Cho biết nhiệm vụ của khoa Dược bệnh viện (không nêu chi tiết)?

Câu 3: Trình bày vị trí, chức năng của khoa Dược bệnh viện?

Câu 4: Vẽ và trình bày sơ đồ về mối quan hệ sử dụng thuốc tại bệnh viện?

Câu 5: Nêu thành phần hội đồng thuốc và điều trị BV? Nội

dung các cuộc họp của hội đồng thuốc và điều trị trong BV thường đề cập đến vấn đề gì?

Câu 6: Vẽ sơ đồ mô tả cơ cấu tổ chức của một khoa dược bệnh viện? Nêu vai trò của các bộ phận, chức danh cấu thành một khoa Dược bệnh viện?

Câu 7: Dựa vào quy mô của bệnh viện, người ta chia các bệnh viện thành các hạng nào?

Câu 8: Nhà thuốc bệnh viện phải bán lẻ thuốc theo giá quy định như thế nào?

Câu 9: Vẽ và phân tích sơ đồ quản lý thuốc trong bệnh viện?

BÀI 5: LUẬT BẢO VỆ SỨC KHỎE NHÂN DÂN

I. LUẬT BẢO VỆ SỨC KHỎE NHÂN DÂN

Sức khoẻ là vốn quý nhất của con người, là một trong những điều cơ bản để con người sống hạnh phúc, là mục tiêu và là nhân tố quan trọng trong việc phát triển kinh tế, văn hoá, xã hội và bảo vệ Tổ quốc.

Để bảo vệ và tăng cường sức khoẻ nhân dân;

Căn cứ vào Điều 47, Điều 61 và Điều 83 của Hiến pháp nước Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam; Luật này quy định việc bảo vệ sức khoẻ nhân dân.

❖ CHƯƠNG I: NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1 : Quyền và nghĩa vụ của công dân trong bảo vệ sức khoẻ.

1- Công dân có quyền được bảo vệ sức khoẻ, nghỉ ngơi, giải trí, rèn luyện thân thể; được bảo đảm vệ sinh trong lao động, vệ sinh dinh dưỡng, vệ sinh môi trường sống và được phục vụ về chuyên môn y tế.

2- Bảo vệ sức khoẻ là sự nghiệp của toàn dân. Tất cả công dân có nghĩa vụ thực hiện nghiêm chỉnh những quy định của pháp luật về bảo vệ sức khoẻ nhân dân để giữ gìn sức khoẻ cho mình và cho mọi người.

Điều 2: Nguyên tắc chỉ đạo công tác bảo vệ sức khoẻ.

1- Đẩy mạnh tuyên truyền, giáo dục vệ sinh trong nhân dân; tiến hành các biện pháp dự phòng, cải tạo và làm sạch môi trường sống; bảo đảm tiêu chuẩn vệ sinh lao động, vệ sinh lương thực, thực phẩm và nước uống theo quy định của Hội đồng bộ trưởng.

2- Mở rộng mạng lưới nhà nghỉ, nhà điều dưỡng, cơ sở tập luyện thể dục thể thao; kết hợp lao động, học tập với nghỉ ngơi và giải trí; phát triển thể dục thể thao quần chúng để duy trì và phục hồi khả năng lao động.

3- Hoàn thiện, nâng cao chất lượng và phát triển mạng lưới phòng, chống dịch, khám bệnh, chữa bệnh; kết hợp phát triển hệ thống y tế Nhà nước với y tế tập thể và y tế tư nhân.

4- Xây dựng nền y học Việt Nam kế thừa và phát triển nền y học, dược học cổ truyền dân tộc; kết hợp y học, dược học hiện đại với y học, dược học cổ truyền dân tộc, nghiên cứu và ứng dụng những tiến bộ khoa học kỹ thuật của y học thế giới vào thực tiễn Việt Nam, xây dựng các mũi nhọn khoa học y học, dược học Việt Nam.

Điều 3: Trách nhiệm của Nhà nước.

1- Nhà nước chăm lo bảo vệ và tăng cường sức khỏe nhân dân; đưa công tác bảo vệ sức khỏe nhân dân vào kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội và ngân sách Nhà nước; quyết định những chế độ chính sách, biện pháp để bảo vệ và tăng cường sức khỏe nhân dân.

2- Bộ y tế có trách nhiệm quản lý, hoàn thiện, nâng cao chất lượng và phát triển hệ thống phòng bệnh, chống dịch, khám bệnh, chữa bệnh, sản xuất, lưu thông thuốc và thiết bị y tế, kiểm tra việc thực hiện các quy định về chuyên môn nghiệp vụ y, dược.

3- Hội đồng nhân dân các cấp dành tỷ lệ ngân sách thích đáng cho công tác bảo vệ sức khỏe nhân dân ở địa phương; thường xuyên giám sát, kiểm tra việc tuân theo pháp luật về bảo vệ sức khỏe nhân dân của Ủy ban nhân dân cùng cấp, của các cơ quan, các tổ chức xã hội, cơ sở sản xuất, kinh doanh của Nhà nước, tập thể, tư nhân và mọi công dân trong địa phương. Ủy ban nhân dân các cấp có trách nhiệm thực hiện các biện pháp để bảo đảm vệ sinh ăn, ở, sinh hoạt, vệ sinh công cộng cho nhân dân trong địa phương; lãnh đạo các cơ quan y tế trực thuộc, chỉ đạo sự phối hợp giữa các ngành, các tổ chức xã hội trong địa phương để thực hiện những quy định của pháp luật về bảo vệ sức khỏe nhân dân.

Điều 4: Trách nhiệm của các cơ quan Nhà nước, các cơ sở sản xuất, kinh doanh, các đơn vị vũ trang nhân dân.

Các cơ quan Nhà nước, các cơ sở sản xuất, kinh doanh của Nhà nước, các đơn vị vũ trang nhân dân (gọi chung là các tổ chức Nhà nước), các cơ sở sản xuất, kinh doanh của tập thể và tư nhân có trách nhiệm trực tiếp chăm lo, bảo vệ, tăng cường sức khoẻ của những thành viên trong cơ quan, đơn vị mình và đóng góp tiền của, công sức theo khả năng cho công tác bảo vệ sức khoẻ nhân dân.

Điều 5: Trách nhiệm của các tổ chức xã hội.

1- Mặt trận Tổ quốc Việt Nam, Tổng liên đoàn lao động Việt Nam, Đoàn thanh niên Cộng sản Hồ Chí Minh, Hội liên hiệp phụ nữ Việt Nam, Hội nông dân Việt Nam, Tổng hội y dược học Việt Nam, Hội y học cổ truyền dân tộc Việt Nam và các tổ chức xã hội khác động viên, giáo dục các thành viên trong tổ chức thực hiện những quy định của pháp luật về bảo vệ sức khoẻ nhân dân và tham gia tích cực vào sự nghiệp bảo vệ sức khoẻ nhân dân trong phạm vi điều lệ của tổ chức mình.

2- Hội chữ thập đỏ Việt Nam tuyên truyền, phổ biến những kiến thức y học thường thức cho hội viên và nhân dân, vận động nhân dân thực hiện các biện pháp giữ gìn sức khoẻ cho bản thân và cho mọi người, hiến máu cứu người; tổ chức cứu trợ nhân dân khi có tai nạn, thiên tai, dịch bệnh và chiến tranh xảy ra.

❖ CHƯƠNG IV: KHÁM VÀ CHỮA BỆNH

Điều 23: Quyền được khám bệnh và chữa bệnh.

1- Mọi người khi ốm đau, bệnh tật, bị tai nạn được khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ở nơi công dân cư trú, lao động, học tập.

Người bệnh còn được chọn thầy thuốc hoặc lương y, chọn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và ra nước ngoài để khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Hội đồng bộ trưởng.

2- Trong trường hợp cấp cứu, người bệnh được cấp cứu tại bất kỳ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nào. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải tiếp nhận và xử trí mọi trường hợp cấp cứu.

Điều 24: Điều kiện hành nghề của thầy thuốc.

Người có bằng tốt nghiệp y khoa ở các trường đại học hoặc trung học và có giấy phép hành nghề do Bộ y tế hoặc Sở y tế cấp được khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở y tế Nhà nước, tập thể, tư nhân.

Điều 25: Trách nhiệm của thầy thuốc.

1- Thầy thuốc có nghĩa vụ khám bệnh chữa bệnh, kê đơn và hướng dẫn cách phòng bệnh, tự chữa bệnh cho người bệnh; phải giữ bí mật về những điều có liên quan đến bệnh tật hoặc đời tư mà mình được biết về người bệnh.

2- Thầy thuốc phải có ý đức, có tinh thần trách nhiệm, tận tình cứu chữa người bệnh; chấp hành nghiêm chỉnh các quy định chuyên môn nghiệp vụ, kỹ thuật y tế; chỉ sử dụng những phương pháp, phương tiện, được phẩm được Bộ y tế cho phép.

3- Nghiêm cấm hành vi vô trách nhiệm trong cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh làm tổn hại đến sức khỏe, tính mạng, danh dự, nhân phẩm của người bệnh.

Điều 26: Giúp đỡ bảo vệ thầy thuốc và nhân viên y tế.

1- Mọi tổ chức và công dân có trách nhiệm giúp đỡ, bảo vệ thầy thuốc và nhân viên y tế khi họ làm nhiệm vụ.

2- Trong trường hợp khẩn cấp để đưa người bệnh hay người bị tai nạn đến cơ sở cấp cứu, thầy thuốc, nhân viên y tế được quyền sử dụng các phương tiện vận chuyển có mặt tại chỗ. Người điều khiển phương tiện phải thực hiện yêu cầu của người thầy thuốc và nhân viên y tế.

3- Nghiêm cấm hành vi làm tổn hại đến sức khỏe, tính mạng, danh dự, nhân phẩm của thầy thuốc và nhân viên y tế trong khi đang làm nhiệm vụ.

Điều 27: Trách nhiệm của người bệnh.

1- Người bệnh có trách nhiệm tôn trọng thầy thuốc và nhân viên y tế; chấp hành những quy định trong khám bệnh, chữa bệnh.

2- Người bệnh phải trả một phần chi phí y tế. Hội đồng bộ trưởng quy định chế độ thu chi phí y tế.

Điều 29: Bắt buộc chữa bệnh.

1- Các cơ sở y tế phải tiến hành các biện pháp bắt buộc chữa bệnh đối với người mắc bệnh tâm thần thể nặng, bệnh lao, phong đang thời kỳ lây truyền, bệnh lây truyền qua đường sinh dục, bệnh nghiện ma túy, bệnh AIDS và một số bệnh truyền nhiễm khác có thể gây nguy hại cho xã hội.

2- Việc bắt buộc chữa bệnh tại các cơ sở y tế phải được thực hiện theo quy định của pháp luật.

Điều 32: Khám bệnh, chữa bệnh cho người nước ngoài tại Việt Nam.

1- Người nước ngoài đang ở trên lãnh thổ Việt Nam được khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở y tế và phải chấp hành những quy định pháp luật về bảo vệ sức khỏe nhân dân. Người nước ngoài có thể vào Việt Nam để khám bệnh, chữa bệnh.

2- Hội đồng bộ trưởng quy định chế độ khám bệnh, chữa bệnh cho người nước ngoài tại Việt Nam.

Điều 33 : Giám định y khoa.

1- Hội đồng giám định y khoa xác định tình trạng sức khỏe và khả năng lao động của người lao động theo yêu cầu của các tổ chức sử dụng lao động và người lao động.

2- Các tổ chức sử dụng lao động và các cơ quan bảo hiểm xã hội phải căn cứ vào kết luận của Hội đồng giám định y khoa để thực hiện chính sách đối với người lao động.

❖ **CHƯƠNG 5: Y HỌC, DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN DÂN TỘC**

Điều 34 : Kế thừa và phát triển nền y học, dược học cổ truyền dân tộc.

1- Bộ y tế, Hội y học cổ truyền dân tộc Việt Nam và Tổng hội y dược học Việt Nam có trách nhiệm tổ chức thực hiện việc kế thừa, phát triển nền y học, dược học cổ truyền dân tộc, kết hợp y học, dược học hiện đại với y học, dược học cổ truyền dân tộc trong mọi lĩnh vực hoạt động y tế và bảo đảm điều kiện hoạt động cho các bệnh viện, viện đầu ngành y học dân tộc.

2- Ngành y tế, Ủy ban nhân dân các cấp phải củng cố và mở rộng mạng lưới phục vụ y tế bằng y học, dược học cổ truyền dân tộc và phát triển nuôi trồng dược liệu trong địa phương mình.

Điều 35 : Điều kiện hành nghề của lương y.

Người đã tốt nghiệp ở các trường, lớp hoặc được gia truyền về y học, dược học cổ truyền dân tộc, chữa bệnh bằng các phương pháp y học cổ truyền dân tộc hoặc bằng các bài thuốc gia truyền và có giấy phép hành nghề do Bộ y tế hoặc Sở y tế cấp được khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở y tế Nhà nước, tập thể và tư nhân.

Điều 36 : Trách nhiệm của lương y.

1- Lương y có nhiệm vụ khám bệnh, chữa bệnh và hướng dẫn cách phòng bệnh, tự chữa bệnh cho người bệnh; phải có y đức, có tinh thần trách nhiệm tận tình cứu chữa người bệnh.

2- Những bài thuốc mới, phương pháp chữa bệnh mới phải được Bộ y tế hoặc Sở y tế cùng với Hội y học cổ truyền dân tộc cùng cấp kiểm tra xác nhận mới được áp dụng vào khám bệnh, chữa bệnh cho nhân dân.

3- Nghiêm cấm việc sử dụng các hình thức mê tín trong khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 37: Giúp đỡ và bảo vệ lương y.

1- Nhà nước bảo đảm quyền tác giả cho lương y về việc phổ biến những bài thuốc, vị thuốc và dược liệu quý, phương pháp chữa bệnh gia truyền có hiệu quả của mình.

2- Mọi người có trách nhiệm giúp đỡ và bảo vệ lương y cũng như đối với thầy thuốc theo quy định tại Điều 26 của Luật này.

❖ CHƯƠNG VI: THUỐC PHÒNG BỆNH, CHỮA BỆNH

Điều 3: Quản lý sản xuất, lưu thông, xuất khẩu, nhập khẩu thuốc và nguyên liệu làm thuốc.

1- Bộ y tế thống nhất quản lý sản xuất, lưu thông, xuất khẩu, nhập khẩu thuốc và nguyên liệu làm thuốc, tổ chức bán và cung cấp thuốc thiết yếu trong phòng bệnh, chữa bệnh cho nhân dân.

2- Các cơ sở của Nhà nước, tập thể, tư nhân được cơ quan y tế có thẩm quyền cho phép mới được sản xuất, lưu thông, xuất khẩu, nhập khẩu thuốc, nguyên liệu làm thuốc và chỉ được phép sản xuất, lưu thông, xuất khẩu, nhập khẩu các loại thuốc và nguyên liệu làm thuốc đã được Bộ y tế quy định.

3- Người có bằng cấp chuyên môn về dược và được Bộ y tế hoặc Sở y tế cấp giấy phép mới được hành nghề dược.

4- Các loại thuốc mới phải được Bộ y tế hoặc Sở y tế kiểm tra, xác định hiệu lực phòng bệnh, chữa bệnh, bảo đảm an toàn đối với người bệnh mới được đưa vào sản xuất, lưu thông, xuất khẩu, nhập khẩu.

Điều 39: Quản lý thuốc độc, thuốc và chất dễ gây nghiện, gây hưng phấn, ức chế tâm thần.

1- Các loại thuốc có độc tính cao, các thuốc và chất dễ gây nghiện, gây hưng phấn, ức chế tâm thần chỉ được dùng để chữa bệnh và nghiên cứu khoa học.

2- Bộ y tế quy định chế độ sản xuất, lưu thông, bảo quản, sử dụng, tồn trữ cá loại thuốc và các chất quy định tại khoản 1 của Điều này.

Điều 40: Chất lượng thuốc.

1- Thuốc đưa vào lưu thông và sử dụng phải bảo đảm tiêu chuẩn chất lượng Nhà nước và an toàn cho người dùng.

2- Nghiêm cấm việc sản xuất, lưu thông thuốc giả, thuốc không bảo đảm tiêu chuẩn chất lượng Nhà nước.

BÀI 6: BẢO HIỂM Y TẾ

I. QUÁ TRÌNH HÌNH THÀNH BẢO HIỂM Y TẾ Ở VIỆT NAM

Thời kì thuộc địa đã có vài chế độ bảo hiểm xã hội cho công nhân lao động (thuộc địa pháp)

1918: Có BHXH cho công nhân bị tàn tật. Trong thời kì bao cấp có bảo hiểm y tế được lồng vào tiền lương và hoạt động dưới sự chỉ đạo của nhà nước

Trong thời kì đổi mới, ngày 15/8/1992, BHYTVN chính thức được thành lập theo Nghị định số 299 HĐBT

Sau đó BHYT trực thuộc BHXH (69/2005/NĐCP)

Luật BHYT ngày 14/11/2008 => thuộc CP, bắt đầu áp dụng từ 1/1/2010

II. KHÁI NIỆM, MỤC ĐÍCH VÀ Ý NGHĨA CỦA BHYT

Trong Luật bảo hiểm y tế này, các từ ngữ dưới đây được hiểu như sau:

- **Bảo hiểm y tế** là hình thức bảo hiểm được áp dụng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, không vì mục đích lợi nhuận, do Nhà nước tổ chức thực hiện và các đối tượng có trách nhiệm tham gia theo quy định của Luật này.

- **Bảo hiểm y tế toàn dân** là việc các đối tượng quy định trong Luật này đều tham gia bảo hiểm y tế.

- **Quỹ bảo hiểm y tế** là quỹ tài chính được hình thành từ nguồn đóng bảo hiểm y tế và các nguồn thu hợp pháp khác, được sử dụng để chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho người tham gia bảo hiểm y tế, chi phí quản lý bộ máy của tổ chức bảo hiểm y tế và những khoản chi phí hợp pháp khác liên quan đến bảo hiểm y tế.

- **Người sử dụng lao động** bao gồm cơ quan nhà nước, đơn vị sự nghiệp công lập, đơn vị vũ trang nhân dân, tổ chức chính trị, tổ chức chính trị - xã hội, tổ chức chính trị xã hội - nghề nghiệp, tổ chức xã

hội, tổ chức xã hội - nghề nghiệp, doanh nghiệp, hợp tác xã, hộ kinh doanh cá thể và tổ chức khác; tổ chức nước ngoài, tổ chức quốc tế hoạt động trên lãnh thổ Việt Nam có trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế.

- **Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu** là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đầu tiên theo đăng ký của người tham gia bảo hiểm y tế và được ghi trong thẻ bảo hiểm y tế.

- **Giám định bảo hiểm y tế** là hoạt động chuyên môn do tổ chức bảo hiểm y tế tiến hành nhằm đánh giá sự hợp lý của việc cung cấp dịch vụ y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế, làm cơ sở để thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- **Mục đích** là 1 chính sách xã hội nhằm huy động sự đóng góp của người sử dụng lao động, người lao động, các tổ chức, cá nhân để thanh toán chi phí khám chữa bệnh cho người có thẻ BHYT khi ốm đau.

- **Ý nghĩa** do nhà nước tổ chức thực hiện mang tính chất XH, không vì mục tiêu thu lợi nhuận, hướng tới mục tiêu công bằng và hiệu quả trong khám chữa bệnh và toàn dân tham gia.

III. NĂM NGUYÊN TẮC CƠ BẢN VỀ BHYT ÁP DỤNG Ở VIỆT NAM HIỆN NAY

Điều 3. Nguyên tắc bảo hiểm y tế: Luật đã quy định 5 nguyên tắc của BHYT đó là:

- Đảm bảo chia sẻ rủi ro giữa những người tham gia BHYT
- Mức đóng BHYT được xác định theo tỷ lệ % của tiền lương, tiền công, tiền lương hưu, tiền trợ cấp hoặc mức lương tối thiểu của khu vực hành chính
- Mức hưởng BHYT theo mức độ bệnh tật, nhóm đối tượng trong phạm vi quyền lợi của người tham gia BHYT
- Chi phí khám chữa bệnh BHYT do quỹ BHYT và người tham gia BHYT cùng chi trả
- Quỹ BHYT được quản lý tập trung, thống nhất, công

khai, minh bạch, đảm bảo cân đối thu chi và được Nhà nước bảo hộ

IV. NHỮNG HÀNH VI BỊ NGHIÊM CẤM.

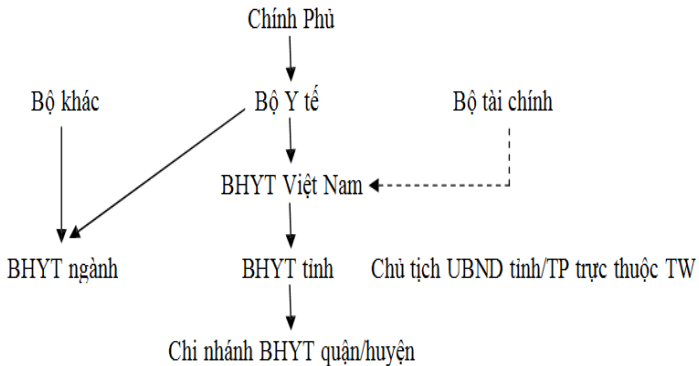
Điều 11: Các hành vi bị nghiêm cấm. Luật BHYT quy định 6 hành vi bị nghiêm cấm, đó là:

- Không đóng BHYT hay đóng BHYT không đúng theo quy định
- Gian lận, giả mạo hồ sơ, thẻ BHYT
- Sử dụng tiền đóng BHYT, quỹ BHYT sai mục đích
- Cản trở, gây khó khăn hoặc làm thiệt hại đến quyền, lợi ích hợp pháp của người tham gia BHYT và các bên liên quan đến BHYT.

- Cố ý báo cáo sai sự thật, cung cấp sai lệch thông tin, số liệu về BHYT

- Lợi dụng chức vụ, quyền hạn, chuyên môn, nghiệp vụ để làm trái với các quy định của pháp luật về BHYT

V. SƠ ĐỒ TỔ CHỨC BHYT VIỆT NAM



Ghi chú:

- > Quản lý trực tiếp, toàn diện
- Quản lý theo chức năng

VI. ĐẶC ĐIỂM CÁC HÌNH THỨC BHYT

	BHYT nhà nước	BHYT tư nhân
Đối tượng	Người lao động ăn lương	Người có nhu cầu
Phương thức	Bắt buộc	Tự nguyện
Cơ quan quản lý	Cơ quan BHYT nhà nước	Công ty BH kinh doanh: Nhà nước, tư nhân, cổ phần
Tính chất bảo hiểm	Nhân đạo, cộng đồng	Hạch toán kinh tế, đóng nghĩa vụ
Nguồn quỹ	Đóng % theo lương và sự hỗ trợ của ngân sách	Phí thỏa thuận
Phương thức và mức thanh toán	Chuyển cơ sở y tế Thanh toán theo quy định	Trả cho người bảo hiểm Theo mức đã hợp đồng

VII. TRÌNH BÀY LỘ TRÌNH THỰC HIỆN BHYT TOÀN DÂN Luật BHYT 2008

Điều 12. Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế.

1. Người lao động làm việc theo hợp đồng lao động không xác định thời hạn, hợp đồng lao động có thời hạn từ đủ 3 tháng trở lên theo quy định của pháp luật về lao động; người lao động là người quản lý doanh nghiệp hưởng tiền lương, tiền công theo quy định của pháp luật về tiền lương, tiền công; cán bộ, công chức, viên chức theo quy định của pháp luật (sau đây gọi chung là người lao động).

2. Sĩ quan, hạ sĩ quan nghiệp vụ và sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên môn, kỹ thuật đang công tác trong lực lượng Công an nhân dân.

3. Người hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động hằng tháng.

4. Người đang hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội hằng tháng do bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp.

5. Người đã thôi hưởng trợ cấp mất sức lao động đang hưởng trợ cấp hằng tháng từ ngân sách nhà nước.

6. Cán bộ xã, phường, thị trấn đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp

bảo hiểm xã hội hằng tháng.

7. Cán bộ xã, phường, thị trấn đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp từ ngân sách nhà nước hằng tháng.

8. Người đang hưởng trợ cấp thất nghiệp.

9. Người có công với cách mạng.

10. Cựu chiến binh theo quy định của pháp luật về cựu chiến binh.

11. Người trực tiếp tham gia kháng chiến chống Mỹ cứu nước theo quy định của Chính phủ.

12. Đại biểu Quốc hội, đại biểu Hội đồng nhân dân các cấp đương nhiệm.

13. Người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hằng tháng theo quy định của pháp luật.

14. Người thuộc hộ gia đình nghèo; người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn.

15. Thân nhân của người có công với cách mạng theo quy định của pháp luật về ưu đãi người có công với cách mạng.

16. Thân nhân của các đối tượng sau đây theo quy định của pháp luật về sĩ quan Quân đội nhân dân, nghĩa vụ quân sự, Công an nhân dân và cơ yếu:

a) Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp thuộc Quân đội nhân dân đang tại ngũ; hạ sĩ quan, binh sĩ đang phục vụ trong Quân đội nhân dân;

b) Sĩ quan, hạ sĩ quan nghiệp vụ và sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên môn, kỹ thuật đang công tác trong lực lượng Công an nhân dân; hạ sĩ quan, chiến sĩ Công an nhân dân phục vụ có thời hạn;

c) Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp đang làm công tác cơ yếu tại Ban Cơ yếu Chính phủ và người đang làm công tác cơ yếu hưởng lương theo bảng lương cấp bậc quân hàm sĩ quan Quân đội nhân dân và bảng lương quân nhân chuyên nghiệp thuộc Quân đội nhân dân nhưng không phải là quân nhân, công an nhân dân.

17. Trẻ em dưới 6 tuổi.

18. Người đã hiến bộ phận cơ thể người theo quy định của pháp luật về hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác.

19. Người nước ngoài đang học tập tại Việt Nam được cấp học bổng từ ngân sách của Nhà nước Việt Nam.

20. Người thuộc hộ gia đình cận nghèo.

21. Học sinh, sinh viên.

22. Người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp.

23. Thân nhân của người lao động quy định tại khoản 1 Điều này mà người lao động có trách nhiệm nuôi dưỡng và sống trong cùng hộ gia đình.

24. Xã viên hợp tác xã, hộ kinh doanh cá thể.

25. Các đối tượng khác theo quy định của Chính phủ.

25 nhóm đối tượng trong đó 11 đối tượng được cấp thẻ BHYT từ nguồn ngân sách nhà nước. Lộ trình thực hiện BHYT bắt buộc:

- 11 đối tượng được cấp thẻ BHYT từ nguồn ngân sách: áp dụng từ ngày 1/7/2009

- Học sinh sinh viên: Áp dụng từ 1/1/2010

- Người thuộc hộ gia đình nông, lâm, ngư nghiệp, diêm nghiệp: áp dụng từ 1/1/2012

- Thân nhân của người lao động mà người lao động có trách nhiệm nuôi dưỡng và sống trong cùng hộ gia đình, xã viên hợp tác xã, hộ kinh doanh cá thể: áp dụng từ 1/1/2014

Điều 23. Các trường hợp không được hưởng bảo hiểm y tế

1. Chi phí trong trường hợp quy định tại khoản 1 Điều 21 đã được ngân sách nhà nước chi trả.

2. Điều dưỡng, an dưỡng tại cơ sở điều dưỡng, an dưỡng.

3. Khám sức khỏe.

4. Xét nghiệm, chẩn đoán thai không nhằm mục đích điều trị.

5. Sử dụng kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, nạo hút thai, phá thai, trừ trường hợp phải đình chỉ thai nghén do nguyên nhân bệnh lý của thai nhi hay của sản phụ.

6. Sử dụng dịch vụ thẩm mỹ.

7. Điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt.

8. 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.

9. Khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng đối với bệnh nghề nghiệp, tai nạn lao động, thảm họa.

10. Khám bệnh, chữa bệnh trong trường hợp tự tử, tự gây thương tích.

11. Khám bệnh, chữa bệnh nghiện ma túy, nghiện rượu hoặc chất gây nghiện khác.

12. Khám bệnh, chữa bệnh tổn thương về thể chất, tinh thần do hành vi vi phạm pháp luật của người đó gây ra.

13. Giám định y khoa, giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần.

14. Tham gia thử nghiệm lâm sàng, nghiên cứu khoa học.

VIII. CÁC QUY ĐỊNH MỚI CỦA BHYT ÁP DỤNG TỪ NGÀY 1/10/2009

- Áp dụng với thẻ được cấp từ 1/1/2010

- Mức đóng BHYT tăng 1,5 lần, tương đương với 4,5% tiền lương tối thiểu. Riêng HSSV đóng BHYT, áp dụng cho tất cả các bậc học bằng 3% lương tối thiểu ngân sách hỗ trợ tối thiểu 50% mức đóng đối với hộ cận nghèo, tối thiểu 30% mức đóng đối với HSSV và người thuộc hộ nông-lâm-ngư nghiệp có mức sống trung bình

- Khi nghỉ chế độ thai sản: không phải đóng BHYT nhưng vẫn được tính vào thời gian tham gia BHYT

IX. QUYỀN LỢI CỦA NGƯỜI CÓ THẺ BHYT BẮT BUỘC

- Được khám chữa bệnh ngoại trú và nội trú ở các cơ sở khám chữa bệnh (KCB) công lập và ngoài công lập có hợp đồng với cơ quan BHXH

- Được KCB tại cơ sở KCB ban đầu và những cơ sở KCB khác theo giới thiệu chuyển viện phù hợp với tuyến chuyên môn KT theo quy định của Bộ Y tế hoặc trong những trường hợp cấp cứu tại các cơ sở KCB BHYT, được cơ quan BHXH thanh toán chi phí KCB theo giá viện phí hiện hành của nhà nước

X. PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH CHO NGƯỜI CÓ THẺ BHYT

Điều 30. Phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện theo các phương thức sau đây:

a) Thanh toán theo định suất là thanh toán theo định mức chi phí khám bệnh, chữa bệnh và mức đóng tính trên mỗi thẻ bảo hiểm y tế được đăng ký tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong một khoảng thời gian nhất định;

b) Thanh toán theo giá dịch vụ là thanh toán dựa trên chi phí của thuốc, hóa chất, vật tư, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế được sử dụng cho người bệnh;

c) Thanh toán theo trường hợp bệnh là thanh toán theo chi phí khám bệnh, chữa bệnh được xác định trước cho từng trường hợp theo chẩn đoán.

2. Chính phủ quy định cụ thể việc áp dụng phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quy định tại khoản 1 Điều này .

XI. CÁC NGUỒN HÌNH THÀNH QUỸ BHYT

Điều 33. Nguồn hình thành quỹ bảo hiểm y tế

1. Tiền đóng bảo hiểm y tế theo quy định của Luật này.
2. Tiền sinh lời từ hoạt động đầu tư của quỹ bảo hiểm y tế.
3. Tài trợ, viện trợ của các tổ chức, cá nhân trong nước và nước ngoài.
4. Các nguồn thu hợp pháp khác.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Nêu quá trình hình thành bảo hiểm y tế ở Việt Nam?

Câu 2: Nêu mục đích và ý nghĩa của BHYT?

Câu 3: Nêu 5 nguyên tắc cơ bản về BHYT áp dụng ở Việt Nam hiện nay?

Câu 4: Nêu những hành vi bị nghiêm cấm theo Điều 11, Luật BHYT?

Câu 5: Nêu đặc điểm các hình thức BHYT?

Câu 6: Trình bày lộ trình thực hiện BHYT toàn dân?

Câu 7: Nêu các quy định mới của BHYT áp dụng từ ngày 1/10/2009?

Câu 8: Nêu quyền lợi của người có thẻ BHYT bắt buộc?

Câu 9: Có mấy hình thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh cho người có thẻ BHYT? Đó là hình thức nào?

BÀI 7: ĐẠO ĐỨC HÀNH NGHỀ Y DƯỢC

I. KHÁI NIỆM VỀ ĐẠO ĐỨC

- Đạo đức là một hình thái ý thức xã hội bao gồm những nguyên tắc, tiêu chuẩn, khuôn mẫu về hành vi, phong cách của con người thể hiện bổn phận, trách nhiệm của con người đó đối với xã hội và bản thân

- Về phương diện xã hội: Đạo đức là những nguyên tắc, tiêu chuẩn, quy định hành vi-quan hệ giữa con người với nhau và đối với xã hội, được dư luận xã thừa nhận

- Đạo đức giống với pháp luật ở nó bắt con người phải hành động, cư xử theo những nguyên tắc, chuẩn mực, để thực hiện bổn phận, trách nhiệm của mình đối với xã hội và bản thân. Đạo đức khác với luật pháp ở chỗ nó không phải thông qua hệ thống ràng buộc của pháp lý, bộ máy hành pháp... mà theo những chuẩn mực, phong tục, tập quán, lương tâm.

•Đề cập đến vấn đề đạo đức trong hành nghề y dược, Hải Thượng Lãn Ông đã nêu: “ Nghề thuốc là một nghề nhân thuật, phải lo cái lo của người, vui cái vui của người, chỉ lấy việc giúp người làm phận sự mà không cần lợi- kể công”

•Từ xưa nghề y dược đã được xã hội trân trọng và tôn vinh với tên gọi “ Thầy thuốc”

- Từ các khái niệm trên, chúng ta nên xem xét trên các khía cạnh:

•Lương tâm nghề nghiệp: Lương tâm là một phạm trù của đạo đức, một hình thái đặc biệt về ý thức xã hội của một con người.

Lương tâm nghề nghiệp nêu ra định hướng và những yêu cầu cần phấn đấu của người cán bộ y tế để “ vươn lên cái đẹp- cái ưu việt”, tạo ra một “ quan hệ đẹp giữa người và người” xây dựng đất nước giàu đẹp, văn minh.

Cần nhận thức như thế nào giữa giá trị tuyệt đối và giá trị tương đối vấn đề đạo đức của người thầy thuốc?

Châm ngôn có câu: “Con người tạo ra hoàn cảnh ở mức độ nào thì hoàn cảnh sẽ tạo ra con người ở mức độ ấy”

• Đạo đức nghề nghiệp: Mỗi nghề nghiệp đều có những tiêu chuẩn đạo đức riêng gọi là đạo đức nghề nghiệp. Đạo đức nghề nghiệp là sự cụ thể hóa các tiêu chuẩn đạo đức chung đối với con người hoạt động trong từng nghề nghiệp cụ thể, dựa vào đặc điểm, tính chất, vai trò của nghề đối với xã hội. Đạo đức hành nghề y được nêu ra một số chuẩn mực để thể hiện hàng ngày, kiên trì phấn đấu để tạo ra một môi trường đẹp để trong quan hệ giữa người và người, và hơn nữa những chuẩn mực phấn đấu của người Cộng sản

Trong tình hình hiện nay, người cán bộ y tế cần nhận thức và thể hiện như thế nào để xứng đáng với tin tưởng của Đảng và nhà nước, sự trân trọng của nhân dân ?

Cần tránh tư tưởng nóng vội, thái độ cầu an, tặc trách, thái độ buông lỏng kỷ cương nề nếp

Cần kiên trì phấn đấu: Khắc phục khó khăn để đưa cuộc sống, quan hệ giữa con người đi lên. Mỗi người chúng ta cũng sẽ đi lên theo đường đó.

II. ĐẠO ĐỨC Y HỌC

-Y đức là phẩm chất tốt đẹp của người làm công tác y tế, biểu hiện bởi tinh thần trách nhiệm cao, tận tụy phục vụ - hết lòng thương yêu chăm sóc người bệnh, coi họ đau đớn như chính mình đau đớn... như Bác Hồ đã dạy “ Lương y phải như từ mẫu”

- Nhằm nhắc nhở cán bộ công chức trong ngành y tế những chuẩn mực trong mối quan hệ giữa thầy thuốc và người bệnh (đối tượng phục vụ chính của người cán bộ y tế), Bộ trưởng Bộ Y tế đã ra quyết định số 2088/BYT- QĐ ngày 06/11/1996.

Quy định 12 điều đạo đức người cán bộ y tế phải thực hiện bao gồm:

Điều 1: Chăm sóc sức khỏe cho mọi người là một nghề cao quý, khi đã tự nguyện đứng trong hàng ngũ y tế phải nghiêm túc thực hiện lời dạy của Bác Hồ: “Thầy thuốc như mẹ hiền”. Phải có lương tâm và trách nhiệm cao, hết lòng yêu nghề, luôn rèn luyện nâng cao phẩm chất đạo đức của người thầy thuốc. Không ngừng học tập để nâng cao trình độ chuyên môn. Sẵn sàng vượt mọi khó khăn gian khổ vì sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe chuyên môn.

Điều 2: Tôn trọng pháp luật và thực hiện nghiêm túc các qui chế chuyên môn. Không được sử dụng người bệnh làm thực nghiệm cho những phương pháp chẩn đoán điều trị, nghiên cứu khoa học khoa chưa được phép của Bộ Y tế và sự chấp nhận của người bệnh.

Điều 3: Tôn trọng quyền được khám bệnh, chữa bệnh của nhân dân. Tôn trọng những bí mật riêng tư của người bệnh. Khi thăm khám, chăm sóc cần bảo đảm kín đáo và lịch sự. Quan tâm đến những người bệnh trong diện chính sách ưu đãi xã hội. Không được phân biệt đối xử người bệnh. Không được có thái độ ban ơn, lạm dụng nghề nghiệp và gây phiền hà cho người bệnh. Phải trung thực khi thanh toán các chi phí khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 4: Khi tiếp xúc với người bệnh và gia đình của họ, luôn có thái độ niềm nở, tận tình, trang phục phải chỉnh tề, sạch sẽ để tạo niềm tin cho người bệnh. Phải giải thích tình hình bệnh tật cho người bệnh và gia đình họ hiểu để cùng hợp tác điều trị, tập luyện để phục hồi.

Trong trường hợp bệnh nặng hoặc tiên lượng xấu, phải hết lòng cứu chữa và chăm sóc đến cùng, đồng thời thông báo cho người bệnh biết.

Điều 5: Khi cấp cứu phải khẩn trương chẩn đoán, xử lý kịp thời không được đùn đẩy người bệnh.

Điều 6: Kê đơn phải phù hợp với chẩn đoán và bảo đảm sử dụng thuốc hợp lý, an toàn không vì lợi ích cá nhân mà giao cho người

bệnh thuốc kém phẩm chất, thuốc không đúng với yêu cầu và mức độ bệnh.

Điều 7: Không được rời bỏ vị trí làm nhiệm vụ, theo dõi và xử trí kịp thời các diễn biến của người bệnh.

Điều 8: Khi người bệnh ra viện phải dặn dò chu đáo, hướng dẫn họ tiếp tục điều trị, tự chăm sóc và giữ gìn sức khỏe.

Điều 9: Khi người bệnh tử vong, phải thông cảm sâu sắc, chia buồn và hướng dẫn gia đình họ làm các thủ tục cần thiết

Điều 10: Thật thà, đoàn kết, tôn trọng đồng nghiệp, kính trọng các bậc thầy, sẵn sàng truyền thụ kiến thức, học hỏi kinh nghiệm, giúp đỡ lẫn nhau.

Điều 11: Khi bản thân có thiếu sót phải tự giác nhận trách nhiệm về mình, không đổ lỗi cho đồng nghiệp, cho tuyến trước.

Điều 12: Hăng hái tham gia công tác truyền truyền giáo dục sức khỏe, phòng chống bệnh dịch, cứu chữa người bị tai nạn, ốm đau tại cộng đồng, gương mẫu thực hiện nếp sống vệ sinh, giữ gìn môi trường trong sạch.

- Bên cạnh việc ban hành 12 điều y đức đối với cán bộ - công chức ngành y tế, Bộ trưởng Bộ y tế đã ra quyết định số 2397/1999/QĐ – BHYT với nội dung “ 10 điều quy định về đạo đức hành nghề Dược”

Cụ thể trong hành nghề dược cần được rèn luyện, tu dưỡng, phấn đấu thực hiện tốt 10 điều quy định sau:

Điều 1: Đặt lợi ích của người bệnh và sức khỏe nhân dân lên trên hết.

Điều 2: Hướng dẫn sử dụng thuốc hợp lý, an toàn và tiết kiệm cho người bệnh và nhân dân. Tích cực, chủ động tuyên truyền kiến thức về chăm sóc sức khỏe và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

Điều 3 : Tôn trọng và bảo vệ quyền của người bệnh, những bí mật liên quan đến bệnh tật của người bệnh.

Điều 4: Nghiêm chỉnh chấp hành pháp luật và những quy định chuyên môn, thực hiện chính sách quốc gia về thuốc. Không lợi dụng hoặc tạo điều kiện cho người khác lợi dụng nghề nghiệp để mưu cầu lợi ích cá nhân, vi phạm pháp luật.

Điều 5: Tôn trọng và hợp tác với cơ quan quản lý nhà nước kiên quyết đấu tranh với các hiện tượng tiêu cực trong hoạt động nghề nghiệp.

Điều 6: Trung thực, thật thà, đoàn kết, kính trọng các bậc thầy, tôn trọng đồng nghiệp, sẵn sàng học hỏi kinh nghiệp, trao đổi kiến thức với đồng nghiệp và giúp đỡ nhau cùng tiến bộ.

Điều 7: Hợp tác chặt chẽ với cán bộ y tế khác để thực hiện tốt nhiệm vụ phòng chống dịch bệnh, nghiên cứu khoa học.

Điều 8: Thận trọng, tỉ mỉ, chính xác trong khi hành nghề, không được vì mục đích lợi nhuận mà làm thiệt hại sức khỏe và quyền lợi người bệnh, ảnh hưởng xấu đến danh dự và phẩm chất nghề nghiệp

Điều 9: không ngừng học tập nâng cao trình độ chuyên môn, kinh nghiệm nghề nghiệp, tích cực nghiên cứu và ứng dụng tiến bộ khoa học – công nghệ, phát huy sáng kiến, cải tiến, đáp ứng tốt các yêu cầu phục vụ xã hội trong mọi tình huống.

Điều 10: Nâng cao tinh thần trách nhiệm trong hành nghề, gương mẫu thực hiện nếp sống văn minh, tích cực tham gia đấu tranh phòng chống các tệ nạn xã hội.

Tóm lại:

Phẩm chất đạo đức của người cán bộ y tế nói chung, cán bộ Dược nói riêng thể hiện ở các yếu tố:

Ý thức trách nhiệm cao

Đối tượng phục vụ của cán bộ y tế là người bệnh và phục vụ có quan hệ mật thiết đến cuộc sống và hạnh phúc của người bệnh. Mọi sự sơ suất, cẩu thả đều có thể gây hậu quả làm tổn hại đến sức khỏe, tính mạng của người bệnh,, do đó đòi hỏi người cán bộ y tế phải

nhận thức sâu sắc và không ngừng nâng cao ý thức trách nhiệm của mình.

Lòng trung thực hiện

Trong thực tế không thể kiểm tra toàn bộ mọi hoạt động của các nhân viên y tế, vì vậy trung thực phải là đức tính cơ bản của người nhân viên y tế, thể hiện ở lòng tự trọng và trong mối quan hệ giữa đồng nghiệp với nhau và giữa nhân viên y tế với người bệnh.

Sự ân cần và cảm thông sâu sắc

Không chỉ là sự đồng cảm mà còn là khả năng cảm thụ nỗi đau đón của người bệnh như nỗi đau của chính mình. Cần chống biểu hiện biến sự ân cần, lòng cảm thông thành chủ nghĩa cá nhân gây ảnh hưởng ngược lại với mục đích cao đẹp của ngành.

Tính mềm mỏng và có nguyên tắc

Người cán bộ y tế phải là nhà tâm lý học, biết xem xét và đánh giá đặc điểm cá nhân của người bệnh trong mỗi giai đoạn. Cần mềm mỏng khi tiếp xúc với người bệnh, hướng dẫn giải thích cho người bệnh về bệnh tật của họ cùng hợp tác trong điều trị bệnh của họ, tuy nhiên phải đảm bảo tính nguyên tắc trong chuyên môn, để hoàn thành nhiệm vụ.

Tính khẩn trương và tự tin

Trong nhiều trường hợp sự chậm trễ có thể đưa đến mất cơ hội cứu chữa người bệnh. Tuy nhiên khẩn trương không có nghĩa là hấp tấp mà phải bình tĩnh – tự tin.

Lòng say mê nghề nghiệp

Là động cơ thúc đẩy người cán bộ y tế không ngừng học tập vươn lươn, vượt qua trở ngại để hoàn thành tốt nhiệm vụ. Đây là một phẩm chất không thể thiếu của người cán bộ y tế.

III. VAI TRÒ CỦA NGƯỜI DƯỢC SĨ

- **Trong cộng đồng:** Ngành Dược là 1 ngành kinh tế kỹ thuật
Người Dược sĩ không những giỏi về chuyên môn mà còn là 1

người có khả năng, trình độ trong quản lý kinh tế

-Trong lĩnh vực chuyên môn: Chịu trách nhiệm toàn diện về mặt khoa học, kỹ thuật. Chăm lo bảo đảm chất lượng thuốc từ khâu sản xuất – tồn trữ ở kho – phân phối lưu thông. Phải có đạo đức, lương tâm nghề nghiệp. Giải thích, an ủi, động viên người bệnh an tâm về bệnh tật của họ. Tham gia sinh hoạt nghề nghiệp đều đặn. Tự trau dồi nghề nghiệp. Không được mắc sai phạm nghề nghiệp.

- Trong quản lý kinh tế: Phải đề ra quy định làm việc tại bộ phận mình chịu trách nhiệm. Điều khiển các sinh hoạt của đơn vị. Thực hiện đầy đủ nghĩa vụ 1 công dân VN. Chấp hành nghiêm chỉnh pháp luật. Đảm bảo đem lại hiệu quả kinh tế phù hợp với đơn vị.

IV. GIAO TIẾP TRONG HÀNH NGHỀ DƯỢC

1. Giao tiếp là gì?

Giao tiếp là quá trình thiết lập và phát triển mối quan hệ giữa các cá nhân có nhu cầu trao đổi

Cấu trúc của 1 cuộc giao tiếp gồm 3 giai đoạn:

Giai đoạn mở đầu: 2 kỹ năng: chào hỏi, xưng hô...

Quan trọng, quyết định sự thành công của cuộc giao tiếp.

Tùy theo đối tượng giao tiếp (nam – nữ, trình độ học vấn, tuổi tác...) nơi giao tiếp mà giao tiếp cho phù hợp

Trong ngành Dược: Lịch sự, ngắn gọn, chia sẻ, thân thiết

Nguyên tắc 3/20: 20 cm đầu tiên nhìn thật gần ; 20s đầu tiên phát sinh cuộc giao tiếp ; 20 từ đầu tiên dùng lời hay, dễ nghe.

Giai đoạn trao đổi: 2 kỹ năng: hỏi, nghe

Hỏi ngắn gọn, rõ ràng, từng câu, rõ nghĩa; chỉ tập trung liên quan đến triệu chứng bệnh, chế độ dinh dưỡng và bài tiết, việc sử dụng thuốc...

Nghe: Chủ động bằng sự chăm chú, tích cực (lắng nghe)

Lắng nghe, ánh mắt nhìn trực tiếp, thái độ chú ý, cử chỉ động viên, khuyến khích, nếu cần có thể dùng từ đệm.

Giai đoạn kết thúc: Sử dụng 1 câu kết luận vấn đề, tạo sự tin tưởng, hài lòng và thái độ tốt ở hoạt động giao tiếp để phát triển niềm tin cho đối tượng giao tiếp và tạo cơ hội cho những lần giao tiếp tiếp theo. Nếu cắt ngang câu chuyện, gây giận dữ cho đối tượng, mất cơ hội giao tiếp tiếp theo.

2. Các công cụ giao tiếp thường dùng trong hành nghề Dược **Giao tiếp bằng lời**

Là công cụ giao tiếp chủ yếu trong lĩnh vực hành nghề Dược.

Ngôn ngữ sử dụng trong sáng dễ hiểu, 1 nghĩa

Tốc độ trung bình, cường độ vừa phải, tốt nhất nên sử dụng thuật ngữ địa phương nhưng không được nhại tiếng

Nếu không sử dụng thuật ngữ địa phương thì người ta hoặc không hiểu, hoặc hiểu sai

Giao tiếp không bằng lời

- Là công cụ hỗ trợ cho giao tiếp bằng lời

- Cử chỉ, dáng vẻ, nụ cười gần gũi thân thương, sự thân mật, chia sẻ, tăng sự cộng tác, tin tưởng của đối tượng.

V. VĂN HÓA GIAO TIẾP KHI HÀNH NGHỀ DƯỢC

Cách sử dụng ngôn ngữ: Ngôn ngữ lịch sự, xưng hô đúng cách, chào hỏi, cảm ơn, lễ phép, không dùng tiếng lóng hay ngôn ngữ quá bình dân

Trang phục: Áo blouse sạch sẽ, thẳng nếp

Trang sức: Không nên đeo quá nhiều loại trang sức, kiểu dáng, màu sắc của trang sức cũng không nên quá đặc biệt

Trang điểm: Nhẹ nhàng, lịch sự, chu đáo, chứng tỏ sự chuẩn bị cho cuộc giao tiếp và tôn trọng đối tượng giao tiếp.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Trình bày điều 1, 2, 3 trong 12 điều y đức của người cán bộ y tế?

Câu 2: Nêu nội dung của “10 điều quy định về đạo đức

hành nghề Dược” do BYT ban hành?

Câu 3: Trình bày vai trò của người DSDH trong cộng đồng, trong lĩnh vực chuyên môn và quản lý kinh tế?

BÀI 8: CHÍNH SÁCH THUỐC THIẾT YẾU CỦA VIỆT NAM

MỤC TIÊU

1. Trình bày được quá trình hình thành danh mục Thuốc thiết yếu ở thế giới và ở Việt Nam
2. Trình bày được quan niệm về thuốc thiết yếu và nguyên tắc lựa chọn thuốc thiết yếu
3. Kể được các nội dung chính của danh mục thuốc thiết yếu lần V
4. Cho biết phạm vi áp dụng danh mục thuốc thiết yếu lần V

I. QUÁ TRÌNH HÌNH THÀNH DANH MỤC THUỐC THIẾT YẾU

1. Thế giới

Để chuẩn bị cho hội nghị Alma Ata, năm 1977 WHO thành lập “Tổ chuyên viên 1” với nhiệm vụ thành lập danh mục thuốc thiết yếu (TTY) và danh mục này đã được công bố năm 1978 tại hội nghị. Năm 1978, WHO và UNICEF tổ chức Hội nghị quốc tế tại Alma Ata (Thủ đô nước CHXHCN Kazacxtan) gồm 150 nước tham dự với khẩu hiệu: “Vì sức khỏe mọi người đến năm 2000”.

Sau đó, năm 1979 WHO thành lập “Tổ chuyên viên 2” với nhiệm vụ chọn lọc các thuốc thiết yếu dựa trên danh mục TTY đã công bố và các yêu cầu thay đổi của ngành y tế ở các nước tham gia và họ đã đưa ra một danh mục thuốc thiết yếu mẫu gồm 250 loại thuốc. Tuy nhiên theo khuyến cáo của tổ chuyên viên: Mỗi nước sẽ tùy theo hoàn cảnh cụ thể của mình mà xây dựng cho mình một danh mục TTY riêng và danh mục sẽ được thường kỳ xem xét lại để điều chỉnh kịp thời

Cuối năm 1982 WHO thành lập “Tổ chuyên viên 3” với nhiệm vụ nghiên cứu việc sử

Dụng thuốc thiết yếu của các nước. Họ đã rút ra từ danh mục thuốc mẫu, một danh mục thuốc rút gọn, gồm 22 loại gọi là Thuốc tối cần để dùng cho các chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Nội dung của Hội nghị là “chương trình chăm sóc sức khỏe

ban đầu” bao gồm 8 nội dung

+ 6 nội dung phòng bệnh

+ 2 nội dung chữa bệnh (Y và dược)

(1) Giáo dục sức khỏe

(2) Dinh dưỡng thể nào là hợp lý, khoa học

(3) Tiêm chủng mở rộng

(4) Thanh khiết môi trường

(5) Phòng chống dịch bệnh

(6) Chăm sóc sức khỏe cho bà mẹ trẻ em

(7) Đầu tư và Y tế ban đầu (đa khoa)

(8) Cung cấp TTY, phục vụ nhu cầu điều trị

2. Việt Nam

Ở nước ta, từ những năm 60, một danh mục “thuốc tối thiểu cần thiết” đã được Bộ y tế xây dựng phù hợp với mô hình bệnh tật ở nước ta và khả năng kỹ thuật của đội ngũ cán bộ y tế. Danh mục được chia thành 4 cấp: xã, huyện, tỉnh, trung ương. Sau mỗi 2-3 năm danh mục sẽ được xem xét, sửa đổi cho phù hợp với nền kinh tế, kỹ thuật của từng thời điểm. Từ cuối năm 70 với kết quả thu được trong quá trình áp dụng danh mục thuốc, ngành y tế nước ta đã phát động phong trào “sử dụng thuốc chất lượng và an toàn”

Chính trong bối cảnh đó, vào đầu những năm 80, chúng ta đã tham gia vào “chương trình hành động về các loại thuốc và vaccine chủ yếu” của WHO vào năm 1990. Bộ y tế Việt NAM đã công bố Danh mục thuốc thiết yếu lần I của Việt Nam với các định kỳ hằng năm sẽ được xem xét lại

II. QUAN NIỆM VỀ THUỐC THIẾT YẾU

1. Định nghĩa

Thuốc thiết yếu là:

- Những thuốc cần thiết cho nhu cầu chăm sóc sức khỏe của đa số nhân dân.

- Được đảm bảo bằng chính sách thuốc quốc gia, gắn liền với nghiên cứu, sản xuất phân phối thuốc với nhu cầu thực tế chăm sóc sức khỏe cho nhân dân

- Luôn sẵn có bất cứ lúc nào với chất lượng bảo đảm, đủ số lượng cần thiết, dưới dạng bào chế thích hợp, an toàn, giá cả hợp lý

- Đối với thuốc y học cổ truyền, phải giữ bản sắc, truyền thống dân tộc

2. Danh mục thuốc thiết yếu là cơ sở để

Xây dựng thống nhất các chính sách của nhà nước về: đầu tư, giá, vốn, thuế,.. liên quan đến thuốc phòng chữa bệnh cho người nhằm tạo điều kiện có đủ thuốc trong danh mục thuốc thiết yếu để phục vụ cho công tác CSSK nhân dân

Cơ quan quản lý nhà nước xây dựng chủ trương, chính sách trong việc tạo điều kiện cấp sổ đăng ký lưu hành thuốc, xuất nhập khẩu thuốc.

Các đơn vị trong ngành y tế tập trung các hoạt động của mình trong các khâu: Xuất nhập khẩu, sản xuất, phân phối, tồn trữ, sử dụng thuốc thiết yếu an toàn, hợp lý, đạt hiệu quả cao nhằm đáp ứng nhu cầu CSSK nhân dân

Các cơ sở kinh doanh thuốc của nhà nước và tư nhân, kể cả các cơ sở kinh doanh thuốc có vốn đầu tư nước ngoài phải bảo đảm danh mục thuốc thiết yếu với giá cả thích hợp, có hướng dẫn sử dụng thuốc

III. NGUYÊN TẮC LỰA CHỌN THUỐC THIẾT YẾU

1. Thuốc thiết yếu được lựa chọn trên nguyên tắc

- Đảm bảo có hiệu lực, hợp lý và an toàn

Phải có sẵn số lượng đầy đủ, có dạng bào chế thích hợp với điều kiện bảo quản, cung ứng và sử dụng

- Phù hợp với mô hình bệnh tật, phương tiện kỹ thuật, trình độ cán bộ chuyên môn của tuyến sử dụng

- Đa số là đơn chất, nếu là đa chất thì phải chứng minh được sự kết hợp đó có lợi khi dùng từng thành phần thuốc riêng lẻ về cả tác dụng cũng như độ an toàn

Nếu có 2 hay nhiều thuốc tương tự nhau thì phải lựa chọn trên cơ sở đánh giá đầy đủ về hiệu lực, độ an toàn, chất lượng, giá cả, khả năng cung ứng.

- Giá cả hợp lý

2. Phần quy định thêm đối với thuốc thiết yếu y học cổ truyền

Những thuốc được đưa vào danh mục thuốc chế phẩm là những thuốc đã được cấp số đăng ký, sản xuất, lưu hành tại Việt Nam và hiện số đăng ký còn hiệu lực

- Danh mục thuốc chế phẩm tập trung vào những chế phẩm cổ phương, những chế phẩm có uy tín trên thị trường và những chế phẩm có công thức trong dược điển Việt Nam

- Thuốc phải giữ được phương pháp bào chế truyền thống của thuốc cổ truyền, đồng thời phải có dạng bào chế thuận tiện cho sử dụng, bảo quản và lưu thông phân phối, nhằm thực hiện tốt công tác cổ truyền với y học hiện đại.

IV. NỘI DUNG CHÍNH CỦA DANH MỤC THUỐC THIẾT YẾU

Danh mục thiết yếu lần V gồm 2 nội dung:

1. Danh mục thuốc thiết yếu tân dược

Gồm 355 tên thuốc của 314 hoạt chất dùng cho 27 nhóm điều trị

- Các tuyến sử dụng:

+ Tuyến A: Gồm các bệnh viện hạng 1, hạng 2. Sử dụng 355 thuốc.
 + Tuyến B: Gồm các bệnh viện hạng 3 và không sử dụng 294 thuốc
 + Tuyến C: Gồm các cơ sở y tế có bác sĩ (phòng khám y tế cơ quan, trường học, trạm y tế xã sử dụng 117 thuốc.

+ Tuyến D: Gồm các cơ sở y tế không có bác sĩ (phòng khám, y tế cơ quan, trường học, trạm y tế xã). Sử dụng 61 thuốc.

2. Danh mục thuốc thiết yếu y học cổ truyền, gồm:

- Danh mục thuốc chế phẩm gồm 94 loại cho 11 nhóm bệnh
- Danh mục cây thuốc nam gồm 30 cây thuốc nam cho 9 nhóm bệnh.
- Danh mục các vị thuốc

V. QUY ĐỊNH SỬ DỤNG DANH MỤC THUỐC THIẾT YẾU

Danh mục thuốc thiết yếu là cơ sở để xây dựng danh mục thuốc chủ yếu sử dụng tại các cơ sở khám chữa bệnh

1. Danh mục thuốc thiết yếu tân dược

- Các thuốc điều trị đặc hiệu bệnh phong, tâm thần, động kinh, vô sinh, lao và vaccine, tiêm chủng, được sử dụng theo quy định hiện hành của Bộ y tế về thuốc trong các chương trình
- Các thuốc hạn chế sử dụng, là các thuốc có ký hiệu (*). Đây là các thuốc dự trữ, được sử dụng trong các trường hợp đặc biệt, trường hợp các thuốc khác cùng nhóm không có hiệu quả trong điều trị.
- Các thuốc kháng virus ký hiệu (**), khi dùng điều trị nhiễm HIV, không chữa được căn bệnh nhiễm HIV, chỉ tác dụng tạm thời, làm chậm lại sự phát triển của virus, cải thiện các triệu chứng bệnh. Thuốc điều trị HIV/AIDS chỉ được sử dụng khi có chỉ định của bác sĩ chuyên khoa.

2. Danh mục thuốc thiết yếu y học cổ truyền

- *Danh mục thuốc chế phẩm* được dùng cho tất cả các tuyến và các cơ sở y học: bệnh viện y học cổ truyền, Viện y học cổ truyền, Khoa y học cổ truyền của các viện, trạm y tế, phòng chuẩn trị y học cổ truyền và các cơ sở kinh doanh đông dược trong và ngoài nước.

Chú ý: Đối với các cơ sở khám chữa bệnh, ngoài những vị thuốc thiết yếu có trong danh mục thuốc, thêm các vị thuốc khác cho phù hợp với các yêu cầu điều trị khi cần thiết.

Danh mục các cây thuốc nam áp dụng trong các vườn thuốc Nam của các trạm y tế xã, BV y học cổ truyền, Viện y học cổ truyền, Khoa y học cổ truyền của các bệnh viện, các trường y dược

3. Một số chú ý khi vận dụng danh mục thuốc cần thiết lần V

Các cơ sở điều trị có thể lựa chọn các thuốc đã được cấp SDK và còn hiệu lực có cùng công thực hoặc công dụng tương tự để thay thế.

Các cơ sở điều trị xây dựng danh mục thuốc cho cơ sở của mình theo danh mục thuốc thiết yếu đã quy định, trong quá trình xây dựng nếu có bổ sung thêm cho phù hợp với mô hình bệnh tật của địa phương thì phải được thông qua hội đồng thuốc và điều trị (đối với bệnh viện tuyến TW) hoặc thông qua Sở Y tế địa phương trước khi đưa vào sử dụng.

Đối với Danh mục cây thuốc Nam: trong quá trình thực hiện, các địa phương căn cứ vào các danh mục đã quy định có thể thay đổi một số cây thuốc khác có sẵn ở địa phương mình để trồng cho phù hợp với mô hình bệnh tật của địa phương (không được vượt quá 15% tổng số cây) hoặc có thể bổ sung thêm một số ngoài 60 cây quy định.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Cụm từ TTY xuất hiện đầu tiên ở đâu? Khi nào? Nội dung của chương trình?

Câu 2: Danh mục thuốc thiết yếu ở Việt Nam bắt đầu áp dụng từ năm nào, hiện nay đang sử dụng danh mục nào?

Câu 3: Thuốc thiết yếu là gì?

Câu 4: Nêu các nguyên tắc để lựa chọn thuốc thiết yếu?

Câu 5: Nêu nội dung chủ yếu của danh mục thuốc thiết yếu hiện nay tại VN?

Câu 6: Nêu những quy định trong sử dụng TTY tân dược?

Câu 7: Mô hình V.E.N là gì, nêu đặc điểm?

BÀI 9: CHƯƠNG TRÌNH Y TẾ QUỐC GIA

MỤC TIÊU

1. Liệt kê được tên của các chương trình mục tiêu y tế quốc gia đang được triển khai hiện nay.

2. Trình bày được mục tiêu chung của ngành y tế và các giải pháp để thực hiện các chương trình mục tiêu y tế quốc gia.

I. CÁC CHƯƠNG TRÌNH MỤC TIÊU Y TẾ QUỐC GIA

1. Mở đầu

Ngay từ kế hoạch 5 năm 1991-1995 trong chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân, ngành y tế đã đề cập đến sự cần thiết phải có Chương trình y tế quốc gia (Chương trình chăm sóc sức khỏe quốc gia) để giải quyết những vấn đề nổi cộm nhất, cấp bách nhất về chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

Trong giai đoạn 1996 - 2000, Chương trình y tế quốc gia (CTYTQG) đã đạt được nhiều kết quả bước đầu đáng ghi nhận: Thanh toán bại liệt, loại trừ uốn ván sơ sinh, nhiều bệnh dịch đã được khống chế và đẩy lùi, giảm đáng kể tỷ lệ mắc, tỷ lệ chết bởi một số bệnh như sốt rét, bướu cổ, phong... Tuy nhiên, ngành y tế đang đứng trước các thách thức gay gắt đó là: Sự chuyển dịch phức tạp của bệnh tật nhiễm trùng và không nhiễm trùng, sự biến động của sinh thái môi trường, các bệnh dịch nguy hiểm, tối nguy hiểm và khó kiểm soát như bò điên, SAR, cúm gà, HIV/AIDS có xu hướng bùng phát, tình hình bệnh dịch vẫn còn diễn biến phức tạp, tất cả các vấn đề này đang đòi hỏi chúng ta vượt qua chặng đường phía trước còn nhiều khó khăn và thách thức lớn.

Trước tình hình trên, ngày 13 tháng 12 năm 2001, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 190/2001/QĐ-TTg phê duyệt Chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống một số bệnh xã hội, bệnh dịch nguy hiểm và HIV/AIDS, gồm 10 chương trình sau:

1 Chương trình phòng chống sốt rét.

2. Chương trình phòng chống các rối loạn do thiếu iod.
3. Chương trình tiêm chủng mở rộng.
4. Chương trình phòng chống phong.
5. Chương trình phòng chống lao.
6. Chương trình bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng.
7. Chương trình phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em.
8. Chương trình bảo đảm chất lượng, vệ sinh an toàn thực phẩm.
9. Chương trình phòng chống HIV/AIDS.
10. Chương trình phòng chống sốt xuất huyết.

2. Mục tiêu chung của ngành y tế

Giữ vững những thành quả đã đạt được của các năm trước đây. Chủ động phòng, chống dịch, dập tắt kịp thời, không để dịch xảy ra. Giảm tỷ lệ mắc, tỷ lệ chết do một số bệnh xã hội, bệnh dịch nguy hiểm và HIV/AIDS, tăng tuổi thọ của người dân, cải thiện giống nòi, góp phần thực hiện công bằng xã hội trong chăm sóc sức khỏe, tăng trưởng kinh tế, giữ vững an ninh chính trị trong mọi địa bàn, nhất là ở vùng núi, vùng sâu, vùng xa, biên giới, hải đảo.

3. Giải pháp chung

3.1. *Đẩy mạnh hơn nữa công tác xã hội hoá* về chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân nói chung và thực hiện các mục tiêu của chương trình mục tiêu y tế quốc gia nói riêng. Các hoạt động của chương trình y tế quốc gia phải được Đảng lãnh đạo, Chính quyền quan tâm, các đoàn thể, các ngành phối hợp hành động và đông đảo tầng lớp nhân dân nhiệt tình hưởng ứng.

Bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe là bổn phận của mỗi người dân, mỗi gia đình và cộng đồng, là trách nhiệm của các cấp uỷ Đảng, chính quyền, Mặt trận Tổ quốc, các đoàn thể nhân dân và các tổ chức xã hội, trong đó ngành y tế giữ vai trò nòng cốt về chuyên môn và kỹ thuật. Khuyến khích các thành phần kinh tế đầu tư phát triển các dịch vụ chăm sóc và nâng cao sức khỏe.

3.2. Tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe với các nội dung và hình thức phù hợp để người dân hiểu biết tự chăm sóc, bảo vệ sức khỏe cho chính mình và hăng hái tham gia các hoạt động chung của cộng đồng.

Trang bị kiến thức và kỹ năng để mỗi người, mỗi gia đình, mỗi cộng đồng có thể chủ động phòng bệnh, xây dựng nếp sống vệ sinh, rèn luyện thân thể, hạn chế những lối sống và thói quen có hại đối với sức khỏe, tham gia tích cực các hoạt động bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe cho cộng đồng.

3.3. Gắn liền và phù hợp thực tế với kế hoạch của Chương trình mục tiêu y tế quốc gia với phát triển kinh tế, văn hoá, xã hội từng vùng.

3.4. Huy động nguồn vốn đầu tư như Nhà nước cấp, viện trợ, vay vốn, giúp đỡ của các tổ chức từ thiện, nhà nước và nhân dân cùng làm...

3.5. Củng cố và phát triển mạng lưới y tế cơ sở đảm bảo 100% số xã có trạm y tế, nâng tỷ lệ số xã có bác sỹ, 100% phòng khám đa khoa khu vực ở vùng sâu, vùng xa, miền núi, hải đảo được xây dựng kiên cố và có bác sỹ, 100% số trạm y tế có nữ hộ sinh hoặc y sỹ sản nhi, các trạm y tế đều có cán bộ làm công tác dược và y học cổ truyền, chú trọng kiện toàn mạng lưới y tế đến tận thôn bản, nhất là những nơi vùng sâu, vùng xa, vùng cao, miền núi.

Tiếp tục phát triển và hoàn thiện hệ thống y tế dự phòng. Mở rộng và triển khai có hiệu quả các chương trình mục tiêu quốc gia về y tế và nâng cao khỏe. Phát triển các phong trào vệ sinh, phòng bệnh và thể dục thể thao. Triển khai mạnh mẽ các biện pháp kiểm soát vệ sinh, an toàn thực phẩm. Kịp thời dự báo và có biện pháp ngăn ngừa để hạn chế tối đa những tác động tiêu cực đối với sức khỏe do thay đổi lối sống, môi trường và điều kiện lao động trong quá trình hiện nay. Nâng cao năng lực giám sát, phát hiện và không chế dịch

bệnh, đặc biệt là HIV/AIDS và các dịch bệnh mới phát sinh.

3.6. Phát huy truyền thống kết hợp quân dân y trong chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân, đặc biệt là những vùng xa xôi hẻo lánh, miền núi, vùng cao, biên giới, hải đảo Chủ động phòng, chống, giảm nhẹ và khắc phục hậu quả các tình huống khẩn cấp như dịch bệnh, thảm họa, thiên tai... đưa chương trình kết hợp quân, dân y thành một nội dung của Chương trình mục tiêu y tế quốc gia.

3.7. Mở rộng hợp tác, giao lưu tranh thủ sự giúp đỡ và đầu tư nguồn lực của các nước, các tổ chức quốc tế, tiếp thu các thành tựu về khoa học công nghệ và kinh nghiệm quản lý phục vụ sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân.

3.8. Lồng ghép nội dung hoạt động giữa các mục tiêu Chương trình mục tiêu y tế quốc gia và giữa Chương trình mục tiêu y tế quốc gia với quản lý y tế, đặc biệt là chăm sóc sức khỏe ban đầu.

3.9. Chú ý chăm lo và tạo điều kiện tốt cho cán bộ, nhân viên về đời sống, học tập nâng cao trình độ để họ yên tâm phục vụ lâu dài. Thường xuyên nêu cao tinh thần thái độ phục vụ, giáo dục y đức: "Thầy thuốc như mẹ hiền".

3.10. Thường xuyên kiểm tra, giám sát mọi hoạt động của Chương trình mục tiêu y tế quốc gia, xây dựng tiêu chuẩn đánh giá theo từng mục tiêu cụ thể. Tăng cường công tác chỉ đạo ở tất cả các cấp.

II. CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG CHỐNG SỐT RÉT

1. Tình hình chung

- Bệnh sốt rét là một bệnh do ký sinh trùng sốt rét Plasmodium gây nên.

- Bệnh lây truyền theo đường máu, chủ yếu do muỗi Anopheles truyền bệnh. Bệnh biểu hiện điển hình bằng những cơn sốt rét với ba triệu chứng cơ bản: Rét run, sốt, ra mồ hôi. Trong cơ thể người, bệnh phát triển có chu kỳ và có hạn định, nếu không bị tái nhiễm.

Bệnh gây miễn dịch đặc hiệu nhưng không tuyệt đối. Trong xã hội, bệnh lưu hành từng địa phương; khi gặp điều kiện thuận lợi có thể phát thành dịch. Bệnh sốt rét là một trong những bệnh có thuốc điều trị đặc hiệu; vaccin phòng sốt rét đang được nghiên cứu tích cực.

- Ở Việt Nam, từ đầu thập kỷ 80, tình hình bệnh sốt rét quay trở lại và có chiều hướng ngày càng xấu đi. Đến năm 1991, tình hình bệnh sốt rét ngày càng trầm trọng: 144 vụ dịch sốt rét, 1.091.201 người mắc sốt rét, trong đó có 4.646 người chết.

- Trước tình hình trên, từ năm 1992, Chính phủ và Bộ Y tế đã đưa chương trình phòng chống sốt rét thành một trong các chương trình y tế quốc gia. Nhờ đó sự bùng nổ của sốt rét đã bị chặn đứng và bắt đầu bị đẩy lùi. Sốt rét trong vài năm gần đây đang có chiều hướng giảm dần.

-Hiện nay, chương trình phòng chống sốt rét là một trong những chương trình mục tiêu y tế quốc gia và đã có những thành quả đáng ghi nhận trong công tác phòng chống sốt rét:

2. Mục tiêu và giải pháp chuyên môn kỹ thuật

2.1. Mục tiêu chung đến năm 2010

- Tiếp tục làm giảm mắc, giảm chết, giảm dịch sốt rét để đến năm 2010 bệnh sốt rét không ảnh hưởng lớn đến sức khỏe nhân dân.

- Tiếp tục phát triển và củng cố các yếu tố bền vững để duy trì thành quả phòng chống sốt rét lâu dài.

- Được chia làm 2 giai đoạn 2001 - 2005 và 2006 - 2010 có các mục tiêu cụ thể để thực hiện.

2.2. Kế hoạch phòng chống sốt rét giai đoạn 2006 - 2010

- Giữ vững thành quả phòng chống sốt rét giai đoạn 2001 - 2005 và tiếp tục phấn đấu giảm mắc, giảm chết để bệnh sốt rét không ảnh hưởng lớn tới sức khỏe nhân dân.

- Củng cố các yếu tố bền vững để duy trì thành quả phòng chống sốt rét lâu dài: Dân số được bảo vệ bằng hoá chất, số lượt điều

trị sốt, số màn được cấp

2.3. Giải pháp chuyên môn kỹ thuật

- Tập trung đầu tư các nguồn lực, nâng cao hiệu quả phòng chống sốt rét tại các vùng sốt rét lưu hành nặng. Duy trì áp lực cao các biện pháp can thiệp: Phòng, chống véc tơ bảo vệ mỗi năm 12 - 13 triệu người vùng sốt rét lưu hành nặng, bảo đảm đủ thuốc phòng và chữa sốt rét mỗi năm 3 - 4 triệu liều.

-Tập trung nghiên cứu và áp dụng các biện pháp thích hợp cho các đối tượng có nguy cơ cao. Nghiên cứu thuốc sốt rét mới, điều trị triệt để nhằm làm giảm số lượng của ký sinh trùng sốt rét, nghiên cứu việc chỉ định biện pháp sử dụng hoá chất hợp lý, tiết kiệm (giảm bớt số lượng hoá chất diệt muỗi, tăng cường biện pháp nằm màn).

- Đẩy mạnh phát triển các yếu tố bền vững trong phòng chống sốt rét:

+ Giáo dục và vận động nhân dân tự phòng chống sốt rét cho bản thân và gia đình (nằm màn 100%, vệ sinh môi trường, uống đúng thuốc, đủ liều).

+ Phát triển y tế thôn bản, củng cố y tế xã, huyện, quản lý y dược tư nhân...đảm bảo chất lượng chăm sóc sức khoẻ ban đầu trong phòng chống sốt rét.

+ xây dựng một hệ thống giám sát mạnh đủ sức phát hiện và xử lý nhanh nhạy các diễn biến của sốt rét từ Trung ương đến địa phương với đội ngũ cán bộ đủ số lượng, trình độ chuyên môn tốt và trang bị kỹ thuật tiên bộ.

+ Lồng ghép chặt chẽ công tác phòng chống sốt rét trong các hoạt động y tế chung, trong các dự án phát triển kinh tế xã hội và xã hội hoá cao từ Trung ương đến địa phương.

Các biện pháp phòng chống bệnh sốt rét cần chú trọng ở tuyến y tế xã:

- Điều trị cho những người mắc sốt rét:

+ Phát hiện sớm: Thường xuyên đi thăm hộ gia đình, lấy lam máu cho những người có sốt để xét nghiệm tìm ký sinh trùng sốt rét.

+ Cho người bệnh uống đúng thuốc, đủ liều, đúng phác đồ qui định.

+ Theo dõi và quản lý người bệnh: Người bệnh mắc sốt rét phải được lấy lam máu 2 lần trước khi uống thuốc sốt rét và sau khi uống hết liều thuốc sốt rét.

- Diệt và xua muỗi truyền bệnh:

+ Tẩm màn bằng hóa chất diệt muỗi..

+ Phun hóa chất diệt muỗi lên tường, vách nhà ở.

+ Vệ sinh ngăn nắp để triệt các nơi muỗi trú đậu trong nhà, phát quang bụi rậm quanh nhà ở, lấp các vũng nước đọng, khơi thông cống rãnh.

+ Rời chuồng gia súc ra xa nhà.

- Phòng bệnh sốt rét cho người lành:

+ Ngủ màn có tẩm hóa chất là biện pháp tốt nhất, mang theo màn khi phải ngủ lại nương rẫy.

+ Dùng hương xua, xông khói.,

+ Mặc quần dài và áo dài tay khi làm việc ban đêm.

III. CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG CHỐNG CÁC RỐI LOẠN DO THIẾU IOD

1. Tình hình chung

- Ở Việt Nam, qua điều tra dịch tễ học bướu cổ trước đây cho thấy tỷ lệ mắc bướu cổ trung bình ở nước ta là 34,7%. Đặc biệt là vùng cao, giao thông đi lại khó khăn, tỷ lệ mắc bướu cổ lên tới 50 - 80%, ở những vùng này tỷ lệ mắc chứng đần độn 1 - 8%.

2. Mục tiêu và định hướng

- Giữ vững và phát huy thành quả ở các vùng đã đạt được mục tiêu.

- Hoàn thành mục tiêu thanh toán các rối loạn do thiếu iod gây nên, với nội dung:

- + Tỷ lệ hộ gia đình dùng muối iod đạt trên 90%.
- + Mức iod nước tiểu trung vị đạt 10 - 20 mcg/dl.
- + Tỷ lệ bướu cổ trẻ em 8 - 12 tuổi còn 5% (hoặc dưới 5%).

Thanh toán tình trạng thiếu iod trên phạm vi cả nước theo tiêu chuẩn của UNICEF, WHO

+ Tiếp tục phổ cập muối iod toàn dân (> 90%) nhân dân cả nước dùng muối iod và các sản phẩm có iod.

+ Mức iod niệu ở trẻ em 8 - 12 tuổi mcg/dl.

+ Tỷ lệ bướu cổ ở trẻ em từ 8 - 12 tuổi <10%.

- 100% các bà mẹ có con dưới 5 tuổi hiểu biết kiến thức về phòng chống các rối loạn do thiếu hụt iod.

3. Giải pháp chuyên môn kỹ thuật

3.1. Đảm bảo muối iod

- Phổ cập muối iod toàn dân.

- Hàm lượng muối iod tại các nhà máy sản xuất muối iod là 40 ppm, hộ gia đình > 20 ppm.

- Tăng cường giám sát và kiểm tra chất lượng muối iod ở nhiều nơi: Nhà máy, kho, hộ gia đình.

3.2. Giải pháp chuyên môn

- Phối hợp chặt chẽ hơn nữa với các Bộ, ngành, Ủy ban nhân dân, SỞ Y tế.

- Trang bị thêm máy siêu âm cho các tỉnh miền núi, máy định lượng iod niệu góp phần đánh giá đúng hiệu quả phòng bệnh.

- Trang bị thêm máy vi tính cho các trạm để cập nhật thông tin kịp thời, báo cáo, ứng dụng trong dịch tễ học.

- Tiến hành nghiên cứu bệnh Basedow có liên quan tới iod và các yếu tố khác gây nên.

- Tăng cường công tác truyền thông và vận động xã hội, đặc biệt là cán bộ xã/phường, quận/huyện.

- Đào tạo lại để nâng cao năng lực cho cán bộ chuyên khoa ở 100% trạm phòng chống rối loạn do thiếu hụt iod.

- Duy trì nhà máy sản xuất và lưu thông iod trong cả nước như hiện nay.

- Bộ Y tế thực hiện kiểm tra, giám sát và đánh giá chất lượng muối iod.

3.3. Giám sát muối iod ở khâu phân phối (tuyến huyện)

- Cần phân phối muối iod có chất lượng tốt:

+ Đảm bảo chất lượng muối iod từ phía người quản lý kho.

+ Giám sát định kỳ từ Trung tâm phòng chống CRLTI của tỉnh.

IV. CHƯƠNG TRÌNH TIÊM CHỦNG MỞ RỘNG

1. Tình hình chung

- Công tác tiêm chủng mở rộng ở Việt Nam được tiến hành từ năm 1982, diện triển khai được tăng dần hàng năm, năm 1995 không còn "xã trắng" về tiêm chủng.

- Từ năm 1989, liên tục đạt tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ cho trẻ em dưới 1 tuổi trên 85% và từ năm 1994 duy trì ở mức trên 90%. Năm 1993 triển khai tiêm vaccin phòng chống uốn ván cho phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ (15 - 35 tuổi) đạt trên 90% tại 210 huyện có nguy cơ uốn ván cao. Ngoài công tác tiêm chủng thường xuyên, từ năm 1993, hàng năm tổ chức ngày tiêm chủng toàn quốc cho trẻ em dưới 5 tuổi uống vaccin phòng bệnh bại liệt đạt 99%.

- Một số bệnh dịch như viêm gan B, viêm não Nhật Bản B, tả, thương hàn trong vài năm gần đây đã phát triển thành dịch gây ảnh hưởng lớn đến sức khỏe, phát triển kinh tế xã hội. Số mắc tập trung vào độ tuổi 11 - 15 tuổi.

- Bệnh thương hàn ngày càng tăng trong toàn quốc. Năm 1995 chết 29/27.552 trường hợp mắc, trong 6 tháng đầu năm

1996 chết 8/13.064 trường hợp mắc.

2. Mục tiêu và định hướng

- Tiếp tục duy trì tiêm chủng đầy đủ vaccin phòng bệnh trong chương trình cho trẻ em đạt trên 90%.

- Duy trì và bảo vệ thành quả thanh toán bại liệt, không để vi rút bại liệt hoang dại từ nước ngoài xâm nhập vào Việt Nam. Tiếp tục cho trẻ em uống vaccin phòng bại liệt.

- Tiếp tục giảm tỷ lệ uốn ván sơ sinh xuống còn 0,14/100.000 dân.

- Tỷ lệ mắc bệnh sởi còn 4/100.000 dân.

- Tỷ lệ mắc bệnh bạch hầu còn 0,05/100.000 dân.

- Từng bước triển khai rộng rãi trong toàn quốc 4 loại vaccin: tả, thương hàn, viêm não Nhật Bản B, viêm gan B.

- Triển khai thêm vaccin Hiu (*Haemophilus influenzae*) phòng viêm màng não và viêm phổi cấp ở trẻ em.

3. Giải pháp chuyên môn kỹ thuật

Công tác đảm bảo:

- Đảm bảo kinh phí phục vụ công tác tiêm chủng mở rộng ở các tuyến từ

các nguồn: Nhà nước, địa phương, quốc tế.

- Đảm bảo đáp ứng đủ nhu cầu về vaccin, dây chuyền lạnh, dụng cụ tiêm chủng cho các tuyến.

- Đặc biệt chú trọng nâng cao chất lượng của công tác tiêm chủng và an toàn tiêm chủng.

- Kết hợp chặt chẽ, hiệu quả giữa công tác tiêm chủng thường xuyên và tiêm chủng chiến dịch nhằm đảm bảo 100% xã, phường triển khai tiêm chủng với tỉ lệ cao nhất.

- Duy trì trên 90% trẻ dưới 1 tuổi được tiêm chủng đầy đủ 7 loại vaccin.

- Triển khai tiêm 3 loại vaccin: Thương hàn, tả và viêm não ở

các vùng có bệnh lưu hành, đạt tỷ lệ tiêm chủng 80% đối tượng có nguy cơ mắc phải.

- Triển khai chiến lược tiêm nhắc lại vaccin sởi mũi 2 cho trẻ dưới 10 tuổi trong cả nước, giảm tỷ lệ mắc sởi từ 17/100.000 dân năm 2000 xuống còn 4/100.000 dân năm 2005 và xuống dưới 1/100.000 dân vào năm 2010.

- 90% phụ nữ có thai được tiêm đủ tiêu vaccin uốn ván.

- Trên 80% đối tượng ở một số tỉnh, thành phố nằm trong kế hoạch triển khai được tiêm vaccin viêm não Nhật Bản B, thương hàn và ương vaccin tả.

Công tác tổ chức và quản lý:

- Tăng cường công tác huấn luyện cho cán bộ y tế các tuyến đặc biệt về:

+ Quản lý tiêm chủng mở rộng.

+ An toàn tiêm chủng.

- Tăng cường giám sát lồng ghép bại liệt - uốn ván sơ sinh - sởi tại tất cả các tuyến.

- Củng cố hệ thống giám sát bệnh bại liệt và các bệnh trong chương trình tiêm chủng mở rộng.

- Phấn đấu 100% số ca nghi sởi được lập phiếu điều tra và xét nghiệm huyết thanh học.

- Tăng cường giám sát bệnh viêm não Nhật Bản B, chẩn đoán xác định phòng thí nghiệm đối với các trường hợp được chẩn đoán hội chứng não cấp hoặc viêm não do virus.

- Lồng ghép với các dự án mục tiêu khác trong chương trình mục tiêu y tế quốc gia về đào tạo cán bộ y tế cơ sở, giám sát dịch tễ, tuyên truyền giáo dục.

V. CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG CHỐNG PHONG

1. Tình hình chung

1.1. Nguyên nhân gây ra bệnh phong: Bệnh phong là bệnh

nhiễm khuẩn mãn tính do *Mycobacterium leprae* (trực khuẩn phong) gây ra. Bệnh chủ yếu gây tổn thương da và các dây thần kinh ngoại biên, đôi khi là mắt. Trong tất cả các bệnh lây truyền, bệnh phong là quan trọng nhất bởi khả năng tiềm tàng của nó gây tàn tật về thể chất một cách tiến triển và vĩnh viễn. Con người là nguồn bệnh duy nhất. Trực khuẩn phong được truyền từ một người bệnh thể nhiều trực khuẩn không được điều trị đến những người khác qua đường hô hấp hoặc da. Những vị trí trên cơ thể người bệnh phong mà từ trực khuẩn phong được giải phóng ra ngoài nhiều nhất là mũi và miệng. Mũi là nơi trực khuẩn phong thường xâm nhập nhất.

1.2. Tình hình mắc bệnh phong và kết quả thực hiện chương trình phòng chống phong

Nước ta là một trong 80 nước trên thế giới có tỷ lệ bệnh phong cao, thành kiến xã hội còn nặng nề, người bệnh còn chịu nhiều đau khổ vì thành kiến này.

Tính từ 1/1982 - 5/1996, Việt Nam đã chữa khỏi 34.085 bệnh nhân phong bằng đa hoá trị liệu theo phác đồ của Tổ chức Y tế Thế giới. Mặc dù tỷ lệ lưu hành bệnh phong đã giảm từ 0,6/10.000 (năm 1996) xuống 0,23/10.000 (năm 2000) song hàng năm có khoảng 2.000 - 2.500 bệnh nhân mới phát hiện. Trong số này, số bệnh nhân nhiều trực khuẩn (MB) chiếm tỷ lệ cao (trên 50%) và tỷ lệ tàn tật cao tới 20,92%. Điều này chứng tỏ còn nhiều bệnh nhân trong cộng đồng chưa phát hiện được và nhiều bệnh nhân bị phát hiện muộn, tỷ lệ trẻ em dưới 15 tuổi bị phong còn cao. Có 28 tỉnh được công nhận là tỉnh loại trừ bệnh phong theo 3 tiêu chuẩn của Việt Nam:

- + Tiêu chuẩn 1: Tất cả bệnh nhân trong vùng phải được chữa khỏi.
- + Tiêu chuẩn 2: Không có bệnh nhân phong mới ở thời điểm kiểm tra.

+ Tiêu chuẩn 3: Trên 80% dân số trong vùng hiểu biết kiến thức cơ bản về bệnh phong.

Những nơi có tỷ lệ lưu hành bệnh phong cao đều rơi vào các tỉnh miền núi, vùng sâu, vùng xa, trình độ dân trí thấp, kinh tế chậm phát triển, giao thông khó khăn. Mặt khác, chiến lược chống phong ở Việt Nam được tiến hành theo kiểu da báo (vùng có điều kiện làm trước, vùng khó khăn tằm sau). Chính vì vậy vùng sâu, vùng xa, miền núi, hải đảo 1 - 2 năm gần đây công tác chống phong mới được quan tâm, số bệnh nhân phong tiềm ẩn vẫn còn nhiều, khả năng lây lan còn lớn.

2. Mục tiêu

+ Giữ vững thành quả đã đạt được.

Loại trừ bệnh phong trên địa bàn cấp huyện theo tiêu chuẩn của Tổ chức

Y tế Thế giới (WHO) và của Việt Nam.

2 tiêu chuẩn của WHO:

+ Tỷ lệ lưu hành dưới 1/10.000 dân.

+ Tỷ lệ lây lan dưới 1/10.000 dân.

4 tiêu chuẩn của Việt Nam:

+ Tỷ lệ lưu hành < 1/50.000 dân.

+ Tỷ lệ phát hiện < 1/100.000 dân, với điều kiện các hoạt động liên quan đến phát hiện bệnh nhân phong mới như: Giáo dục y tế, khám tiếp xúc, khám nhóm... được duy trì đều, có hiệu quả.

+ Tỷ lệ tàn tật độ II trong số bệnh nhân phong mới được phát hiện < 15%.

+ Cán bộ (y tế, chính quyền, đoàn thể...) và nhân dân trong vùng hiểu biết, quan niệm đúng về bệnh phong.

3. Những giải pháp chuyên môn kỹ thuật

- Xã hội hoá công tác chống phong: Các cấp, các ngành, các cơ quan đoàn thể có trách nhiệm phối hợp với ngành y tế tham gia vào

công tác loại trừ bệnh phong mà trọng tâm là để mọi người dân hiểu biết, có kiến thức thông thường về bệnh phong, tự phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm, điều trị kịp thời thông qua giáo dục y tế, thông tin tuyên truyền...

- Đảm bảo khám người tiếp xúc với chất lượng cao.

- Ưu tiên các hoạt động chống phong cho những vùng có tỷ lệ lưu hành cao > 1/10 000 dân. Thực hiện các chiến dịch loại trừ bệnh phong đối với những tỉnh không được nước ngoài hỗ trợ.

- Thực hiện các dự án, đặc biệt cho những vùng có tỷ lệ lưu hành cao, có nhiều khó khăn trong công tác chống phong.

- Tăng cường công tác kiểm tra và giám sát ở các cấp tỉnh thành, quận huyện và xã/phường về công tác khám phát hiện, điều trị.

- Ở những tỉnh có tỷ lệ lưu hành thấp < 1/10.000 dân củng cố và duy trì các hoạt động chống phong, giáo dục y tế toàn dân, phát hiện và điều trị sớm những bệnh nhân phong mới.

- Tăng cường công tác phòng chống tàn tật và phục hồi chức năng cho bệnh nhân phong.

- Tranh thủ sự viện trợ của các tổ chức phi Chính phủ, đặc biệt trong công tác phục hồi chức năng.

VI. CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG CHỐNG LAO

1. Tình hình chung

- Việt Nam đứng thứ 12 trong 23 nước có số lượng bệnh nhân lao cao trên toàn cầu. Trong khu vực Tây Thái Bình Dương, Việt Nam là nước đứng thứ 3 sau Trung Quốc và Philippines về số lượng bệnh nhân, chương trình Chống lao Quốc gia cùng phối hợp với Tổ chức Y tế Thế giới phân tích và ước tính nguy cơ nhiễm lao hàng năm ở nước ta là 1,7%, trong đó ước tính nguy cơ nhiễm lao trung bình hàng năm ở các tỉnh phía Bắc khoảng 1,2% và các tỉnh phía Nam là 2,2%.

- Từ năm 1995, nhà nước chính thức đưa công tác phòng

chống lao vào Chương trình y tế quốc gia.

- Năm 1997, chương trình chống lao Việt Nam đã phối hợp với Tổ chức Y tế Thế giới nghiên cứu bệnh lao kháng thuốc, kết quả kháng thuốc của vi khuẩn lao chung cho toàn quốc là 32,5% số bệnh nhân, trong đó chủ yếu kháng với streptomycin hoặc kháng phối hợp hai loại trên. Tình hình bệnh lao và nhiễm HIV gia tăng, đặc biệt tại một số tỉnh phía Nam gây ảnh hưởng không nhỏ đến tình hình dịch tễ bệnh lao hiện nay.

Theo Niên giám thống kê y tế năm 2004, tình hình mắc lao trong toàn quốc là: Tổng số bệnh nhân lao phổi: 99.162; AFB (+) mới: 58.389; tái phát AFB (+): 6.676; âm tính AFB (-): 17.106, tạo ngoài phổi: 16.218.

Hiện nay, bệnh lao phổi là một trong những bệnh được xếp trong danh sách 10 bệnh có tỷ lệ mắc và tử vong cao nhất trong toàn quốc với tỷ lệ mắc là 75,65/100.000 dân, tỷ lệ chết là 0,99/100.000 dân.

Trước tình hình trên, hoạt động phòng chống lao ở Việt Nam nói chung và ở các tỉnh miền núi phía Bắc nói riêng vẫn phải tiếp tục đối phó với tình hình dịch tễ lao ở mức độ cao. Chính vì vậy chương trình phòng chống lao được xác định là một. trong những chương trình mục tiêu y tế quốc gia trong giai đoạn hiện nay.

2. Mục tiêu cơ bản của chương trình chống lao giai đoạn 2001 - 2010

- Giảm 50% số lượng bệnh nhân hiện mắc vào năm 2010 và 50% số bệnh nhân lao phổi AFB (+) mới vào năm 2015 nhằm giảm tỷ lệ chết và tỷ lệ nhiễm lao.

- Giảm tối đa nguy cơ kháng thuốc của vi khuẩn lao bằng duy trì kết quả khỏi bệnh cao trên 85% bằng hoá trị liệu ngắn ngày có kiểm soát (DOTS).

3. Giải pháp chuyên môn kỹ thuật

- Đảm bảo cung cấp đầy đủ thuốc điều trị, vật tư, hoá chất, thiết

bị y tế.

- Tăng cường đào tạo cán bộ làm công tác chống lao các tuyến. Về quản lý chương trình và các kỹ năng kiểm tra giám sát tại địa phương, đẩy mạnh khả năng quản lý của cán bộ chuyên khoa tuyến tỉnh thông qua giám sát kế hoạch và lượng giá kế hoạch định kỳ, đặc biệt là vùng sâu, vùng xa.

- Tiếp tục làm tốt công tác truyền thông giáo dục sức khoẻ về bệnh lao rộng khắp bằng mọi hình thức, xã hội hoá công tác chống lao, phối hợp chặt chẽ với các ban ngành, các tổ chức nhân đạo, các tổ chức Chính phủ và phi Chính phủ hỗ trợ cho hoạt động này ở các tuyến.

- Đầu tư phương tiện kiểm tra, giám sát, trang bị đầy đủ phương tiện đi lại đối với khu vực khó khăn, lồng ghép với các chương trình y tế khác cùng tham gia hoạt động chống lao.

Tập trung nâng cao chất lượng xét nghiệm cho tuyến huyện, coi đây là biện pháp chủ yếu trong công tác khám phát hiện bệnh lao đồng thời nâng cấp kỹ thuật chẩn đoán cho tuyến tỉnh.

- Giám sát chất lượng thuốc điều trị lao trong và ngoài chương trình. Giám sát điều trị ở tuyến y tế tư nhân, dần từng bước trình Bộ Y tế và Chính phủ hình thành luật kiểm soát, giám sát thuốc chống lao trên toàn quốc.

- Tiến hành các điều tra nghiên cứu dịch tễ, nghiên cứu điều hành, theo dõi tính không thuốc của vi khuẩn lao qua từng thời gian.

- Giám sát tình hình mắc bệnh lao kèm với HIV trong cộng đồng.

VII. CHƯƠNG TRÌNH BẢO VỆ SỨC KHOẺ TÂM THẦN CỘNG ĐỒNG

1. Tình hình chung

- Sức khoẻ tâm thần là một trạng thái không chỉ không có rối loạn hay dị tật tâm thần mà còn là một trạng thái tâm thần hoàn

toàn thoải mái. Muốn có một trạng thái tâm thần hoàn toàn thoải mái cần phải có chất lượng nuôi sống tốt, có được sự cân bằng và hoà hợp giữa cá nhân, người xung quanh và môi trường xã hội, đồng thời phải có chất lượng cuộc sống tốt.

- Bệnh tâm thần là những bệnh do hoạt động não bộ bị rối loạn gây nên những biến đổi bất thường về lời nói, ý tưởng, hành vi, tác phong, tình cảm...

- Bệnh tâm thần là một bệnh rất phổ biến. Công nghiệp ngày càng phát triển, sự tập trung dân cư vào các thành phố ngày càng đông, môi trường càng bị ô nhiễm, tiếng ồn càng nhiều, cuộc sống càng căng thẳng thì bệnh ngày càng tăng. Bệnh tâm thần thường không gây chết đột ngột nhưng làm giảm sút khả năng lao động, học tập, làm đảo lộn sinh hoạt, gây căng thẳng cho các thành viên trong gia đình, tổn hại kinh tế ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Bệnh tâm thần nếu không được chữa trị kịp thời có thể dẫn đến trạng thái tâm thần sa sút, người bệnh trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội.

- Ở Việt Nam, bệnh tâm thần được chia làm 10 nhóm, trong đó đáng quan tâm nhất là tâm thần phân liệt và động kinh. Theo thống kê năm 1994:

Tỷ lệ bệnh tâm thần phân liệt : Thế giới là: 0,4 - 1,5%; Việt Nam là: 0,3 - 1%.

Tỷ lệ bệnh động kinh : Thế giới là: 0,5 - 1,4%; Việt Nam là: 0,3 - 1,5%.

Như vậy tâm thần phân liệt và bệnh động kinh ở Việt Nam tương đương với thế giới. Hiện có khoảng nửa triệu người mắc bệnh tâm thần phân liệt cá thể và cũng khoảng 500.000 người bị động kinh. Hiện nay quản lý chưa được 1/10 số bệnh nhân tâm thần phân liệt và động kinh.

Nghị quyết 15/CP của Chính phủ đã công nhận hai bệnh tâm

TRƯỜNG CAO ĐẲNG PHƯƠNG ĐÔNG QUẢNG NAM

www.cpd.edu.vn

thần phân liệt và bệnh động kinh là bệnh xã hội. Nếu giải quyết tốt hai bệnh này sẽ giảm gánh nặng, sự căng thẳng nguy hiểm cho toàn xã hội, góp phần nâng cao sức khoẻ cho nhân dân.

Ngày 10/10/1998, ngày Sức khoẻ tâm thần thế giới lần thứ 7, Thủ tướng Chính phủ đã ký quyết định thành lập chương trình quốc gia bảo vệ sức khoẻ tâm thần cộng đồng.

2. Mục tiêu định hướng

Xây dựng mạng lưới, triển khai mô hình lồng ghép nội dung chăm sóc sức khoẻ tâm thần với các nội dung chăm sóc sức khoẻ khác của trạm y tế ở các xã, phường trên toàn quốc.

Phát hiện, quản lý và điều trị cho 50.000 bệnh nhân tâm thần phân liệt, trong đó quản lý, điều trị ổn định không tái phát bệnh cho 35.000 bệnh nhân, để trở về sống hoà nhập với cộng đồng.

3. Giải pháp chuyên môn kỹ thuật

- Phát hiện sớm người bị động kinh và tâm thần phân liệt: áp dụng các biện pháp phòng ngừa tái phát, giảm cơn bệnh... để tăng tỷ lệ thuyên giảm.

- Tổ chức chăm sóc sức khoẻ tâm thần tại phường xã theo cơ chế lồng ghép vào mạng lưới y tế cơ sở bằng cách tập huấn các kiến thức chuyên khoa từng đợt ngắn ngày và bổ túc kiến thức nghiệp vụ để cán bộ y tế xã có khả năng phát hiện tốt và quản lý các ca bệnh đã chẩn đoán và điều trị.

- Nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh nhân tâm thần phân liệt và động kinh cho cán bộ khoa tâm thần ở các tuyến.

VIII. CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG CHỐNG SUY DINH DƯỠNG THỂ EM

1. Tình hình chung

Hiện nay, tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) ở trẻ em vẫn còn ở mức cao: Năm 1985 (từ năm 1995 bắt đầu thực hiện kế hoạch hành động quốc gia về dinh dưỡng (KHQGDD) thì tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ

giảm với tốc độ nhanh, trung bình mỗi năm giảm 2%, năm 1999 tỷ lệ suy dinh dưỡng giảm còn 36,7%. Năm 2000, theo số liệu điều tra của tổng cục thống kê, tỷ lệ trên còn 33.1%.

Trước đây, SDD trẻ em thường là các thể nặng như thể phù, thể teo đét dẫn đến tử vong cao. Hiện nay, các thể đó đã giảm mà tồn tại chủ yếu ở các thể vừa và nhẹ. Có thể nói, SDD trẻ em đã chuyển dịch từ thể nặng sang các thể vừa và nhẹ, chuyển từ bệnh viện ra ngoài cộng đồng. Trẻ em bị SDD vừa và nhẹ thường lẫn vào đám trẻ ở cộng đồng, dễ bị bỏ qua, không được coi là vấn đề quan trọng cần giải quyết Chính vì vậy cán bộ y tế cơ sở, đặc biệt là tuyến y tế xã có vai trò rất quan trọng trong việc góp phần vào thực hiện có hiệu quả chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống SDD trẻ em.

- Các nguyên nhân của suy dinh dưỡng là phức hợp từ nguyên nhân trực tiếp là ăn uống, bệnh tật đến các yếu tố về chăm sóc và nguyên nhân gốc rễ là sự đói nghèo. Tuy vậy, mức độ tác động của các yếu tố khác nhau theo vùng: Vấn đề an ninh lương thực, vấn đề chăm sóc nuôi dưỡng trẻ, tình trạng thiếu năng lượng trường diễn ở phụ nữ phản ánh những vấn đề tồn tại trong chăm sóc phụ nữ, đồng thời có liên quan tới tỷ lệ suy dinh dưỡng bào thai.

Tình hình thiếu vi chất dinh dưỡng:

+ Thiếu vitamin A: Hiện nay thiếu vitamin A thể tiền lâm sàng vẫn còn cao (lo 8% ở trẻ em và trên 50% ở bà mẹ nuôi con bú). Thiếu vitamin A thể tiền lâm sàng có liên quan tới bệnh tật và tử vong.

+ Thiếu máu do thiếu sắt: Là vấn đề thiếu vi chất dinh dưỡng quan trọng hàng đầu hiện nay. Nhóm đối tượng có nguy cơ cao là phụ nữ tuổi sinh đẻ và trẻ em (53% phụ nữ có thai, 40% phụ nữ không có thai và 60% trẻ em dưới 2 tuổi bị thiếu máu do thiếu sắt).

+ Thiếu iod: Các bệnh rối loạn do thiếu iod khá phổ biến ở

nước ta. Còn hơn 1/4 trẻ em tuổi học đường bị bướu cổ.

- Tình hình chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em: Số liệu mới đây cho thấy mức tăng cân trong thời kỳ có thai ở phụ nữ nông thôn còn thấp phản ánh chất lượng chăm sóc thai nghén còn hạn chế, trung bình tăng 8 kg trong thời kỳ mang thai (năm 1985 là 6 kg), trong khi đó phụ nữ có thai ở Hà Nội tăng trung bình được 10,6 kg (năm 1985 là 8,5 kg). Có khoảng 40% bà mẹ không được chăm sóc thai sản và không được theo dõi cân nặng trong quá trình mang thai. Thực hành nuôi con bằng sữa mẹ đã có nhiều tiến bộ. Tuy nhiên mới có 31,1% bà mẹ cho con bú hoàn toàn trong 4 tháng đầu và 20,2% bà mẹ đã có kiến thức thực hành nuôi dưỡng hợp lý khi trẻ bị bệnh.

2. Mục tiêu tổng quát

Đảm bảo đến năm 2010, tình trạng dinh dưỡng của nhân dân được cải thiện rõ rệt, các gia đình trước hết là trẻ em và bà mẹ được nuôi dưỡng và chăm sóc hợp lý, bữa ăn của người dân ở tất cả các vùng đủ hơn về số lượng, cải thiện hơn về chất lượng, đảm bảo về an toàn vệ sinh. Hạn chế các vấn đề sức khỏe mới nảy sinh có liên quan đến dinh dưỡng.

Người dân được nâng cao về kiến thức và thực hành dinh dưỡng hợp lý Giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em và bà mẹ

Giải quyết về cơ bản tình trạng thiếu vitamin A, thiếu iod và giảm đáng kể tình trạng thiếu máu dinh dưỡng

Giảm tỷ lệ hộ gia đình có mức năng lượng ăn vào thấp

Cải thiện rõ rệt tình trạng vệ sinh an toàn thực phẩm

3. Các giải pháp và chính sách chủ yếu

3.1. Cải thiện dinh dưỡng và chất lượng vệ sinh an toàn thực phẩm

- Giáo dục và phổ cập kiến thức dinh dưỡng cho toàn dân:
 - +Huấn luyện dinh dưỡng phổ cập.
 - + Giáo dục truyền thông dinh dưỡng.
 - + Đào tạo cán bộ và nghiên cứu khoa học.

- Đảm bảo an ninh thực phẩm ở cấp hộ gia đình.
- Phòng chống suy dinh dưỡng protem - năng lượng ở trẻ em và bà mẹ.
- Phòng chống thiếu vi chất dinh dưỡng:
 - + Phòng chống thiếu vitamin A.
 - + Phòng chống thiếu máu dinh dưỡng.
 - + Phòng chống thiếu iod.
- Phòng chống các bệnh mạn tính liên quan đến dinh dưỡng.
- Lòng ghép hoạt động dinh dưỡng trong chăm sóc sức khỏe ban đầu.
- Đảm bảo chất lượng và vệ sinh an toàn thực phẩm.
- Theo dõi, đánh giá, giám sát dinh dưỡng.
- Xây dựng mô hình điểm để rút kinh nghiệm chỉ đạo.

IX. CHƯƠNG TRÌNH BẢO ĐẢM CHẤT LƯỢNG VỆ SINH AN TOÀN THỰC PHẨM

1. Tình hình chung

- Công tác bảo đảm chất lượng, vệ sinh an toàn thực phẩm là công việc hết sức phức tạp, ngay cả ở những nước công nghiệp phát triển có hệ thống quản lý chất lượng tiên tiến vẫn xảy ra rủi ro.

- Việc quản lý chất lượng, vệ sinh an toàn thực phẩm (VSATTP) đối với các loại thực phẩm sản xuất trong nước và thực phẩm nhập khẩu vào Việt Nam đang đặt ra nhiều vấn đề cần phải giải quyết. Tỷ lệ ngộ độc thực phẩm ở nước ta còn cao theo báo cáo chưa đầy đủ của các tỉnh, thành phố, trong năm 2000 đã xảy ra 213 vụ ngộ độc thực phẩm với 4.233 người mắc, 59 người tử vong. Trên thực tế, số trường hợp ngộ độc thực phẩm nhiều gấp 300 - 350 lần (ước tính 1,3 - 1,5 triệu trường hợp/năm) vì còn nhiều vụ ngộ độc thức ăn lẻ tẻ vài người mắc không được báo cáo.

- Vấn đề ô nhiễm môi trường do phát triển công nghệ ngày càng gia tăng, làm môi trường sinh thái ngày càng ô nhiễm, ảnh hưởng trực tiếp tới chất lượng, vệ sinh an toàn thực phẩm; làm tăng lượng

tồn dư một số kim loại nặng trong các loại động, thực vật sống trong ao, hồ có chứa nước thải công nghiệp. Đây là nguy cơ gia tăng các vụ ngộ độc thực phẩm và các bệnh gây ra do thức ăn đồ uống.

Việc ứng dụng các thành tựu khoa học mới trong chăn nuôi, trồng trọt, sản xuất chế biến thực phẩm làm cho nguy cơ thực phẩm bị ô nhiễm ngày càng tăng: Lượng tồn dư thuốc bảo vệ thực vật trong rau quả, tồn dư thuốc thú y trong gia cầm, gia súc, thực phẩm sử dụng công nghệ biến đổi gen, thực phẩm chiếu xạ đang là vấn đề dư luận người tiêu dùng quan tâm. Tất cả những vấn đề đó đang gây nhiều khó khăn, phức tạp cho công tác quản lý chất lượng, vệ sinh an toàn thực phẩm.

- Xu thế hoà nhập với khu vực và thế giới trong thị trường kinh doanh xuất nhập khẩu lương thực, thực phẩm đòi hỏi Việt Nam phải phấn đấu để tương đồng với các nước về luật lệ, về cơ quan Nhà nước kiểm soát chất lượng, vệ sinh an toàn thực phẩm và điều kiện an toàn bảo đảm chất lượng, vệ sinh an toàn thực phẩm của các cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm.

Nhận rõ tính chất cấp bách của tình hình VSATTP ở Việt Nam, ngày 10/12/1999, Thủ tướng Chính phủ đã ra Quyết định số 228/1999/QĐ-TTg bổ sung mục tiêu bảo đảm chất lượng, vệ sinh an toàn thực phẩm vào Chương trình mục tiêu quốc gia thanh toán một số bệnh xã hội và bệnh dịch nguy hiểm.

2. Mục tiêu

Giảm tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong do ngộ độc thực phẩm, góp phần bảo vệ sức khoẻ nhân dân.

3. Các giải pháp chính

- Xây dựng và hoàn thiện hệ thống văn bản quy phạm pháp luật về chất lượng, vệ sinh an toàn thực phẩm.

- Đưa mục tiêu bảo đảm chất lượng, VSATTP vào chương trình

phát triển kinh tế - xã hội của các cấp từ Trung ương đến địa phương.

- Kiện toàn tổ chức và đào tạo đội ngũ cán bộ chuyên sâu về VSATTP.

- Đẩy mạnh công tác về tiêu chuẩn hoá và áp dụng các hệ thống quản lý chất lượng, vệ sinh an toàn thực phẩm.

- Tăng cường năng lực kiểm nghiệm chất lượng, VSATTP bao gồm vật tư trang thiết bị kỹ thuật, đào tạo cán bộ đủ khả năng phát hiện thực phẩm ô nhiễm vi sinh vật, hoá học, vật lý...

- Đẩy mạnh hoạt động giám sát nguy cơ ô nhiễm thực phẩm, ngộ độc thực phẩm và quản lý thông tin về ngộ độc thực phẩm.

- Tăng cường hiệu lực công tác thanh tra, kiểm tra chất lượng vệ sinh an toàn thực phẩm.

- Đẩy mạnh công tác phổ biến kiến thức và hướng dẫn thực hành vệ sinh an toàn thực phẩm.

- Chỉ đạo hoạt động nghiên cứu khoa học về chất lượng, VSATTP; xây dựng mô hình điểm bảo đảm vệ sinh an toàn thực phẩm.

- Đẩy mạnh hợp tác liên ngành về quản lý chất lượng, VSATTP.

X. CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG CHỐNG HIV/AIDS

1. Tình hình chung

- Hiện nay, HIV/AIDS không chỉ là vấn đề riêng của mỗi quốc gia mà là một đại dịch lan ra toàn cầu, tấn công vào mọi đối tượng không phân biệt già trẻ, phụ nữ, nam giới, thành phần xã hội, nghề nghiệp, tôn giáo, địa lý.

- Nước ta, lần đầu tiên HIV được phát hiện vào tháng 12 năm 1990 tại Tp HCM nhưng thực sự dịch HIV/AIDS bắt đầu bùng nổ từ năm 1993 trong nhóm những người nghiện chích ma tuý tại Thành phố Hồ Chí Minh, sau đó bắt đầu lan ra các tỉnh. Đến cuối tháng 12 năm 1998, toàn bộ 61 tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương đều đã phát hiện có người nhiễm HIV. Hiện nay HIV/AIDS

đã được báo cáo từ 64/64 tỉnh, thành phố, 95% số quận huyện và 53% số xã phường trong cả nước.

Ở Việt Nam, lây nhiễm HIV/AIDS không chỉ phát hiện ở những người tiêm chích ma túy và mua bán mại dâm mà còn phát hiện trong thanh niên, học sinh, sinh viên, phụ nữ mang thai, người dân tộc thiểu số...

Nhiễm HIV hiện nay chủ yếu ở nhóm tuổi 20 - 29 tuổi, chiếm 62%. Theo thời gian, nhiễm HIV có xu hướng tăng dần ở nhóm tuổi trẻ (năm 1993 nhóm tuổi 20 - 29 chiếm 15%, năm 2004 là 62%). Nam giới chiếm phần lớn các trường hợp nhiễm HIV, chiếm 85,3%. Nguyên nhân nhiễm HIV của thanh niên chủ yếu là do tiêm chích ma túy (65 %).

Hiện nay, chúng ta cũng đang rất quan tâm đến sức khỏe và an toàn của phụ nữ và các vấn đề giới ở Việt Nam. Phụ nữ ngày càng dễ bị tổn thương trước nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS, là 1 trong 4 vấn đề cấp bách trong giai đoạn này: Phụ nữ chiếm khoảng 14% trong tổng số người bị nhiễm HIV hiện nay; Nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS/BỆNH lây truyền qua đường tình dục đối với phụ nữ ngày càng cao. Nguyên nhân chính là do:

- Phụ nữ không kiểm soát được hoạt động tình dục ngoài hôn nhân của nam giới.
- Phụ nữ ít có tiếng nói trong việc nam giới sử dụng bao cao su - phương pháp phòng bệnh duy nhất.
- Hiểu biết của phụ nữ về phòng tránh HIV/AIDS còn yếu.
- Nhận thức của nam giới về bảo vệ bản thân và phụ nữ khỏi lây nhiễm HIV/AIDS còn yếu.
- Thiếu dịch vụ tư vấn cho phụ nữ về phòng chống HIV/AIDS.

HIV/AIDS đã lan ra cộng đồng và đang là đại dịch nguy hiểm, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe nhân dân, tác động trực tiếp đến sự phát triển kinh tế, văn hóa, trật tự và an toàn xã hội. Vì

vậy, phòng chống HIV/AIDS đã trở thành một vấn đề y tế công cộng cấp bách và lâu dài.

2. Mục tiêu và định hướng

2.1. Mục tiêu

- Hạn chế tốc độ lan truyền HIV/AIDS trong cộng đồng.
- Làm chậm quá trình tiến triển của HIV thành AIDS.
- Làm giảm tác hại của HIV/AIDS đối với sự phát triển kinh tế xã hội.

2.2. Định hướng

Trên 90% cán bộ, công chức, viên chức nhà nước, cán bộ các đoàn thể, lực lượng vũ trang, học sinh, sinh viên, trên 80% nhân dân ở thành thị và 70% nhân dân ở các vùng nông thôn và miền núi hiểu biết về HIV/AIDS và có thái độ tích cực tham gia công tác phòng chống AIDS.

- 40 tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương đều có khả năng tự đánh giá và tự dự báo về diễn biến của nhiễm HIV/AIDS ở địa phương. Đảm bảo 100% các túi máu được sàng lọc HIV trước khi truyền ở tất cả các tuyến.

- 90% người nhiễm HIV/AIDS được quản lý, chăm sóc và tư vấn tại các tuyến. 100% các bà mẹ mang thai bị nhiễm HIV đều được tư vấn, điều trị và chăm sóc thích hợp.

- 100% các trường đại học, cao đẳng, trung học, phổ thông triển khai công tác giáo dục phòng chống AIDS. 100% các cơ sở chữa bệnh, các trại giam, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng triển khai công tác thông tin, giáo dục truyền thông và các biện pháp can thiệp phòng chống HIV/AIDS.

- Có trên 70% xã phường triển khai công tác phòng chống HIV/AIDS.

- Thực hiện công tác giám sát các đối tượng có nguy cơ lây nhiễm HIV cao đạt 80% trở lên.

2.3. Các giải pháp chủ yếu

- Đẩy mạnh hơn nữa công tác thông tin - giáo dục - truyền thông (TT-GD- TT) bằng nhiều hình thức như tờ rơi, tranh áp phích, pa no, băng vi deo, loa đài..., tư vấn cho nhân dân về phòng tránh HIV/AIDS/BỆNH lây truyền qua đường tình dục, tầm quan trọng của nam giới bảo vệ phụ nữ khỏi lây nhiễm.

- Thực hiện các hoạt động tư vấn cho các đối tượng như học sinh, sinh viên, phụ nữ mang thai, nông dân, nhân viên nhà hàng khách sạn...

- Đào tạo cho phụ nữ kỹ năng thương lượng tình dục an. toàn, giáo dục giới tính và tư vấn phòng tránh các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở trường phổ thông. Tạo điều kiện dễ dàng cung cấp và sử dụng bao cao su, đặc biệt với nhóm nguy cơ cao.

- Tăng cường các hoạt động phòng chống AIDS trong lĩnh vực y tế. Các cơ sở y tế cần nắm chắc để báo cáo về số bệnh nhân HIV, bệnh nhân AIDS, bệnh nhân tử vong do HIV/AIDS; làm tốt công tác xét nghiệm phát hiện, đặc biệt là giám sát các đối tượng như: Người nghiện chích ma túy, gái mại dâm, bệnh nhân hoa liễu, bệnh nhân lao, người cho máu... để có thể phát hiện số người dương tính. Thực hiện an toàn trong truyền máu, đảm bảo 100% các túi máu trước khi truyền phải được xét nghiệm sàng lọc HIV.

- Tăng cường công tác đào tạo cán bộ phòng chống HIV/AIDS: Mở các lớp hội thảo, tập huấn, sinh hoạt khoa học, giao ban hàng tháng, hàng quý nhằm đào tạo những kiến thức cơ bản về HIV/AIDS cho cán bộ y tế, đặc biệt là vấn đề chẩn đoán, điều trị và chăm sóc bệnh nhân HIV/AIDS.

- Tăng cường nhân lực cho hệ thống phòng chống AIDS.

- Đầu tư về vật tư, nguyên liệu, phương tiện, máy móc cho các cơ sở y tế phục vụ cho công tác điều trị, chăm sóc bệnh nhân HIV/AIDS.

- Tăng cường và mở rộng hơn nữa hợp tác quốc tế trong phòng chống AIDS, thúc đẩy các dự án phòng chống AIDS hợp tác với nước ngoài đang triển khai tại địa phương.

- Từng bước hoàn chỉnh cơ chế, chính sách, luật pháp về phòng chống HIV/AIDS Kinh phí: Ngân sách của Nhà nước, sự tài trợ của các tổ chức, cá nhân trong và ngoài nước.

XI. CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG CHỐNG SỐT XUẤT HUYẾT

1. Tình hình chung

- Bệnh sốt xuất huyết là một bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus Dengue gây ra, lây truyền chủ yếu qua muỗi *Aedes aegypti* (muỗi vằn, muỗi đốm, thường có nhiều ở thành phố, thị xã), thứ yếu là *Aedes albopictus* (có nhiều ở nông thôn, ngoại thành...) và một số muỗi khác. Người bệnh là nguồn truyền nhiễm nguy hiểm nhất, đặc biệt là người bệnh thể nhẹ và những trường hợp không biểu hiện triệu chứng.

- Mọi người đều có thể mắc bệnh nhưng thường gặp chủ yếu ở trẻ em.

- Ở Việt Nam, vụ dịch được chú ý đầu tiên là vụ dịch xuất hiện tại Hà Nội vào năm 1959. Từ đó đến nay dịch xuất hiện đều đặn theo từng khu vực hoặc rộng khắp cả nước, có những năm dịch bùng nổ lớn và lan rộng

- Qua nhiều năm hoạt động phòng chống dịch chúng ta đã thu được một số kết quả: Tỷ lệ mắc bệnh sốt xuất huyết giảm rõ rệt, giảm 4,2 lần: 92.122 trường hợp (năm 1991) giảm xuống 21.449 trường hợp (năm 2000). Đặc biệt là nâng cao ý thức tham gia phòng chống bệnh dịch trong cộng đồng. Tình hình triển khai chương trình ở các địa phương theo đúng kế hoạch, đạt chỉ tiêu, nhất là công tác tổ chức, huấn luyện và truyền thông.

- Sốt xuất huyết là một bệnh dịch lưu hành phổ biến ở các tỉnh khu vực miền Trung và miền Nam, đặc biệt có tỷ lệ mắc và chết cao tại Bình Thuận, Khánh Hoà, Phú Yên. Dịch có tính chu kỳ rõ

rệt, khoảng 3 - 4 năm lại có một vụ dịch lớn, bệnh phân bố quanh năm nhưng có số mắc cao vào mùa mưa ở các tỉnh miền Trung.

Gần đây dịch sốt xuất huyết Dengue lại diễn biến phức tạp và bùng phát mạnh ở một số tỉnh phía Nam. Năm 1998 số mắc và tử vong do sốt Dengue/sốt xuất huyết Dengue rất cao với 234.920 trường hợp mắc, 337 trường hợp tử vong tại 56/61 tỉnh/thành phố. Vì vậy, ngày 10/10/1998, Thủ tướng Chính phủ đã có Quyết định số 196/1988/QĐ~ TTg đưa dự án phòng chống sốt Dengue/sốt xuất huyết Dengue trở thành một mục tiêu trong chương trình Mục tiêu Quốc gia thanh toán một số bệnh xã hội và bệnh dịch nguy hiểm.

2. Mục tiêu

- Giảm tỷ lệ mắc và tử vong.
- Không chế không để dịch lớn xảy ra.
- Nâng cao nhận thức của cộng đồng về các hoạt động phòng chống sốt xuất huyết.

3. Giải pháp chuyên môn kỹ thuật

Đến nay, bệnh sốt Dengue/sốt xuất huyết Dengue chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và chưa có vaccin phòng bệnh, vì vậy diệt vector, đặc biệt là diệt bọ gậy (loăng quăng) với sự tham gia tích cực của cộng đồng là biện pháp hiệu quả nhất trong phòng chống sốt Dengue/sốt xuất huyết Dengue.

3.1. Phòng chống chủ động vector

Thực hiện thường xuyên ngay từ khi chưa có dịch.

Các bước triển khai:

- Thành lập và tập huấn cho Ban chỉ đạo đến tuyến xã/phường. Ban chỉ đạo bao gồm ít nhất 3 thành viên: Chính quyền, y tế và giáo dục.
- Xây dựng, tập huấn mạng lưới cộng tác viên y tế, giáo viên, học sinh nhà trường về bệnh SD/SXHD, các hoạt động cụ thể loại trừ nơi sinh sản của vector.
- Điều tra xác định ổ bọ gậy, hàng tháng đến từng hộ gia đình thông qua hoạt động của cộng tác viên y tế, học sinh và các tổ chức quần chúng (thả cá, đập nắp, loại bỏ phế thải...).
- Giáo dục nâng cao nhận thức về SD/SXHD và huy động sự tham gia của cộng đồng phát hiện loại bỏ ổ bọ gậy, các vật dụng phế

thải, thả cá ăn bọ gậy.

Các hoạt động cụ thể phòng chống chủ động vector:

+ Giảm nguồn sinh sản của vector: Quản lý dụng cụ chứa nước, loại trừ ổ

bọ gậy, chống muỗi đẻ trứng trong các dụng cụ tích trữ nước.

+ chống muỗi đốt: Làm lưới chắn ở cửa ra vào, cửa sổ. Ngủ màn ban ngày, nhất là đối với trẻ nhỏ.

+ Diệt muỗi bằng hương muỗi, bình xịt thuốc cá nhân, hun khói, hoá chất.

+ Truyền thông, giáo dục cộng đồng: Tổ chức các buổi nói chuyện của cán bộ y tế trong các trường học, các buổi họp dân, khẩu hiệu, tờ tranh, các cuốn sách nhỏ, thăm hỏi cộng tác viên y tế, truyền thanh... bằng những thông tin đơn giản, dễ hiểu.

3.2. Khi có dịch sốt Denguel sốt xuất huyết Dengue

- Tổ chức phòng chống dịch, tổ chức cơ sở thuốc, hoá chất, phương tiện cho phòng chống dịch tại các tuyến.

- Tổ chức điều trị bệnh nhân.