

Đánh giá nhanh các rào cản toàn hệ thống đối với tiêm chủng ở Việt Nam vào năm 2004

Nguyễn Văn Khoát, Phạm Huy Tiến,
Nguyễn Minh Tuấn và cs.

Đánh giá nhanh các rào cản toàn hệ thống đối với tiêm chủng ở Việt Nam vào năm 2004 nhằm xác định được các rào cản cũng như các thực hành tốt có tác động quan trọng đến chương trình tiêm chủng mở rộng (TCMR) và đưa ra các khuyến nghị về những can thiệp ưu tiên. Các tác giả đã nghiên cứu những tài liệu sẵn có thu thập được, phỏng vấn sâu 15 cán bộ ở tuyến trung ương và một số tổ chức quốc tế, phỏng vấn 80 cán bộ kết hợp với thảo luận nhóm ở liên tuyến tỉnh, huyện và xã theo tiếp cận và công cụ đánh giá quốc gia đã được sử dụng thí điểm ở Uganda và Zambia trong tháng 4 và tháng 5 năm 2004 và được vận dụng vào Việt Nam trong tháng 9 và tháng 10 cùng năm.

Những rào cản toàn hệ thống nổi bật là sự thiếu hụt về ngân sách, về nhân lực, về dây chuyền lạnh, đặc biệt là ở các vùng hẻo lánh, miền núi, hải đảo... Những thực hành tốt là xã hội hóa tiêm chủng, huy động cộng đồng, nâng cao nhận thức của người dân về tiêm chủng và sản xuất được nhiều loại vaccin TCMR tại Việt Nam.

Những can thiệp ưu tiên là: tăng tỷ lệ ngân sách y tế trong ngân sách quốc gia, chú ý ngân sách cho TCMR, tìm nguồn viện trợ nước ngoài để triển khai tiêm chủng các vaccin mới được đưa vào chương trình TCMR, tăng cường chất lượng thu thập và sử dụng các dữ liệu, giảm bớt cho tuyến cơ sở số lượng các báo cáo hàng tháng theo ngành dọc; xây dựng chính sách đào tạo, bồi dưỡng và sử dụng cán bộ y tế ở cơ sở, chú ý cán bộ người dân tộc thiểu số.

The rapid assessment of system-wide barriers to immunization in Viet Nam conducted in 2004 aims at identifying barriers and best practices that can impact on the EPI, and providing recommendations on EPI prioritised interventions. The authors took the advantage of available EPI and health-related documents, carried out in-depth interviews with 15 officials at the central level and some international agencies; conducted individual interviews with 80 officials in combination with group discussions at provincial, district and commune levels. Application of the approach and tools for country assessment piloted in Uganda and Zambia in April and May 2004 was made in Viet Nam in September and October of the same year. Prominent system-wide barriers are insufficiencies in budget, manpower and cold chain, particularly for the remote, mountainous and island areas. Best practices are socialization of immunisation, community mobilization, people's awareness raising on EPI, and domestic production of vaccines. Prioritized interventions are as follows: increasing the health sector's proportion in the state budget with attention given particularly to budget allocation for EPI; seeking foreign aids in order to introduce successfully new EPI vaccines; improving quality of data collection and use; reducing the number of monthly vertical reports submitted by the grassroots level workers; developing policies for training, refresher training and employment for basic health workers, especially those who are from the ethnic minorities.

1. Đặt vấn đề

Chương trình tiêm chủng mở rộng (CTTCMR) ở Việt Nam đã không chế rất thành công các bệnh có vaccin dự phòng. Bệnh bại liệt đã được thanh toán và bệnh uốn ván sơ sinh được loại trừ từ năm 2000. Các bệnh khác trong CTTCMR đã giảm rõ rệt¹. Việc đánh giá nhanh hệ thống rào cản trên

diện rộng đối với tiêm chủng ở Việt Nam là một phần quan trọng trong kế hoạch công tác của Liên Minh toàn cầu về Vaccin và Tiêm chủng (GAVI) trong năm 2004-2005².

Đánh giá nhanh các rào cản toàn hệ thống đối với tiêm chủng ở Việt Nam vào năm 2004 nhằm mục tiêu (a) mô tả các đặc điểm về địa hình, dân

số, kinh tế, xã hội và y tế của Việt Nam có liên quan đến ngành y tế nói chung và CTTCMR nói riêng; (b) xác định được các rào cản trên diện rộng có tác động quan trọng đến CTTCMR cũng như các tiếp cận thành công và các thực hành tốt ở cả hai tuyến trung ương và địa phương và (c) đưa ra các khuyến nghị về những can thiệp ưu tiên, chuẩn bị cho việc lập kế hoạch nhằm giảm bớt các rào cản trọng điểm và lồng ghép các can thiệp ưu tiên này vào các quá trình và kế hoạch tiêm chủng hiện hành ở Việt Nam.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Nghiên cứu các tài liệu sẵn có thu thập được từ các thư viện, tủ sách và trên mạng internet có liên quan đến mục tiêu nghiên cứu, phần lớn là các tài liệu đã xuất bản.

2.2. Tiến hành phỏng vấn sâu 15 cán bộ lãnh đạo ở tuyến trung ương và các tổ chức quốc tế là:

- Lãnh đạo Vụ Hợp tác Quốc tế, Vụ Kế hoạch và Tài chính, Viện Dinh dưỡng, Cục Y tế Dự phòng và Phòng chống HIV/AIDS của Bộ Y tế.
- Lãnh đạo Vụ Ngân sách Nhà nước, Vụ Tài chính đối ngoại, Vụ Kinh tế đối ngoại, Vụ Lao động, Văn hóa và Xã hội của Bộ Tài chính.
- Chuyên viên TCMR của Tổ chức Y tế thế giới (WHO).
- Trưởng phòng và cán bộ dự án về Sức khỏe và Dinh dưỡng của UNICEF.
- Chuyên viên cao cấp của PATH/CVP, một tổ chức phi chính phủ quốc tế.
- Điều phối viên về Phát triển Con người của Ngân hàng Thế giới.
- Phó Đại diện của Cơ quan Hợp tác Quốc tế của Nhật Bản (JICA).

2.3. Tiến hành phỏng vấn theo bảng hỏi cấu trúc tự điền ở 4 huyện và 8 xã bao gồm 80 cán bộ là lãnh đạo Ủy ban Nhân dân, ngành Y tế, một số ngành và đoàn thể thành viên của Ban chỉ đạo CTTCMR ở các địa phương.

2.4. Tổ chức thảo luận nhóm liên tuyến tỉnh, huyện và xã ở các huyện thuộc 4 tỉnh được chọn là Na Rì, Bắc Kạn và Phổ Yên, Thái Nguyên (miền núi phía Bắc), Hoài Đức, Hà Tây và Vũ Thư, Thái Bình (đồng bằng sông Hồng). Tuyến tỉnh sẽ xuống huyện và tuyến xã sẽ lên huyện để dự thảo luận nhóm. Do điều kiện kinh phí và thời gian nên

CTTCMR chỉ chọn có chủ đích 4 tỉnh nói trên trong số các tỉnh ở phía Bắc.

2.5. Phương pháp và quá trình đánh giá được nêu ra trong cuốn "Những nỗ lực để giải quyết các rào cản toàn hệ thống đối với tiêm chủng ở một số quốc gia được chọn", do Trung tâm Phát triển Y tế và Xã hội ở Oslo, Na Uy, biên soạn vào tháng 4.2004 và đã được áp dụng ở Zambia². Các chuyên gia độc lập và lãnh đạo Chương trình Tiêm chủng Mở rộng Việt Nam đã thử nghiệm bộ câu hỏi và hoàn chỉnh nó để người được phỏng vấn có thể trả lời dễ dàng hơn về các vấn đề được đặt ra.

2.6. Nhóm đánh giá gồm có 3 chuyên gia độc lập của Việt Nam và TS. Ingvar Theo Olsen, chuyên gia quốc tế của WHO.

2.7. Nhóm tham vấn do Bộ Y tế chủ trì, với sự tham gia của các thành viên của Bộ Kế hoạch và Đầu tư, Bộ Tài chính, WHO và các thành viên khác của Ủy ban điều phối liên ngành (ICC); đặc biệt là của Chủ nhiệm CTTCMR quốc gia, TS. Đỗ Sĩ Hiến. Nhóm tham vấn đã thông qua kế hoạch nghiên cứu trước khi triển khai và báo cáo kết quả nghiên cứu của Nhóm nghiên cứu trước khi gửi cho các Bộ có liên quan, cho WHO và GAVI.

Thời gian nghiên cứu là từ tháng 8 đến tháng 10 năm 2004.

3. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

3.1. Các đặc điểm địa hình, dân số, kinh tế, xã hội và y tế của Việt Nam có liên quan đến ngành y tế nói chung và chương trình TCMR nói riêng.

- Việt Nam là một nước có địa hình đa dạng và phức tạp: vùng núi, trung du, đồng bằng, vùng biển và các đảo lớn nhỏ. Chương trình TCMR phải đối đầu với thực tế khó khăn về địa hình ở các vùng Tây Bắc, Đông Bắc, Tây Nguyên và các vùng núi ở một số tỉnh miền Trung từ Thanh Hoá đến Ninh Thuận. Tỷ lệ % các đối tượng TCMR ở gần trạm y tế xã còn thấp (bảng 1). Các vùng núi này còn là địa bàn sinh sống của 54 dân tộc ít người của Việt Nam. Đặc điểm của vùng núi là phát triển kinh tế xã hội và văn hóa chưa theo kịp miền xuôi.

- Việt Nam là một trong những nước nghèo trên thế giới, lại trải qua 3 thập kỷ chiến tranh với những hậu quả nặng nề đến tận nay như tai nạn về bom mìn và chất độc da cam. Ngân sách quốc gia hạn hẹp nên không thể đáp ứng nhu cầu thực sự của ngành y tế trong đó có nhu cầu của tiêm chủng mở

Bảng 1. Tỷ lệ % các đối tượng của CTCMR tiếp cận với các Trạm y tế xã³

Khoảng cách từ nhà của đối tượng TCMR đến trạm y tế xã	Tỷ lệ %
Trong vòng 5 km	37.5%
10 km	50.0%
15km	12.5%

Nguồn: WHO/UNICEF Joint report 2003³ EPI National survey 2003

rộng. Việt Nam có con người cần cù, sáng tạo nhưng thiếu các phương tiện cần thiết để bảo quản, dự trữ và vận chuyển vaccin, thiếu kinh phí để triển khai mọi hoạt động liên quan đến tiêm chủng như tập huấn, động viên và khuyến khích cán bộ tiêm chủng, truyền thông đến các vùng xa, vùng sâu.

- Thiếu hụt ngân sách cả ở trung ương và nhiều địa phương càng bộc lộ rõ ràng khi vài năm gần đây, Việt Nam bắt đầu đưa vào tiêm chủng nhiều loại vaccin mới như viêm gan B, viêm não Nhật Bản cần thiết cho trẻ em.

- Tuy là một nước nghèo nhưng Việt Nam vẫn đạt được nhiều thành tựu trên một số lĩnh vực y tế. Các chỉ số như tỷ lệ phát triển dân số tự nhiên, tỷ lệ phụ thuộc, tuổi thọ trung bình đều có tiến bộ so với các nước lân cận như Lào, Campuchia và Thái Lan (Bảng 2).

Bảng 2. Một vài chỉ số của Việt Nam, Lào, Campuchia và Thái Lan⁴

Chỉ số	Việt Nam	Lào	Campuchia	Thái Lan
Tỷ lệ phát triển dân số tự nhiên %	1.5	2.4	2.8	1.1
Tỷ lệ phụ thuộc %	59	84	81	46
Tuổi thọ trung bình	69.6	55.1	54.6	69.3

Nguồn: http://www.who.int/whr/2003/annex_1_en.xls

- Tỷ lệ chết trẻ em dưới 1 tuổi, tỷ lệ chết trẻ em dưới 5 tuổi, tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ nhỏ, tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ của trẻ dưới 1 tuổi, tỷ lệ phụ nữ có thai và phụ nữ tuổi 15 đến 49 được tiêm phòng uốn ván đầy đủ, số bác sĩ cho 10.000 dân, kết quả phòng chống sốt rét v.v.(các bảng 3, 4, 5, 6 và 7) là những minh chứng rõ rệt.

Bảng 3. Tỷ lệ tử vong trẻ em/1.000 trẻ em⁵

	1995	2002
Tỷ lệ chết trẻ em dưới 1 tuổi	32	20
Tỷ lệ chết trẻ em dưới 5 tuổi	44	23

Nguồn: <http://unstats.un.org/unsd/mi.mi.series.results.asp>

Bảng 4. Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em 2003⁶

Theo cân nặng	28.4
Theo chiều cao	32.0
Cân nặng/Chiều cao	7.2

Nguồn: Tổng cục Thống kê. Niên giám Thống kê y tế 2003: tr.75

Bảng 5. Tỷ lệ tiêm chủng⁷

	2002	2003
Tỷ lệ % trẻ dưới 1 tuổi tiêm chủng đầy đủ	89.7	92.3
Tỷ lệ % phụ nữ có thai tiêm phòng UVSS đầy đủ	89.3	91.0
Tỷ lệ % phụ nữ lứa tuổi 15-49 tiêm phòng UVSS đầy đủ	91.2	92.5
Tỷ lệ tiêm phòng Viêm gan B đến mũi 3		78.0
Tỷ lệ uống Vitamin A vòng 2		99.3

Nguồn: WHO/UNICEF Joint report 2003. EPI National survey 2003

Bảng 6. Phòng chống sốt rét⁷

	1999	2003
Số ca sốt rét điều trị	369.414	165.803
Trẻ dưới 15 tuổi bị sốt rét	45.979	14.543
Số phụ nữ có thai bị sốt rét	2.194	340
Số tử vong do sốt rét	190	88

Nguồn: Tổng cục Thống kê. Niên giám Thống kê y tế 2003: tr.110

Bảng 7. Số bác sĩ và số ca đỡ đẻ tốt^{8 và 9}

1. Số BS cho 10.000 dân	năm 1995	4.3
	năm 2003	5.8
Nguồn Tổng cục Thống kê. Niên giám Thống kê y tế 2003: tr.495		
2. Đỡ đẻ		
Tỷ lệ ca đẻ do nữ hộ sinh được đào tạo		77.8%
Tỷ lệ ca đẻ ở cơ sở y tế		64.4%

Nguồn: Cải thiện tình trạng sức khỏe và xoá đói giảm nghèo. Poverty TaskForce 7.2002

Sự cam kết mạnh mẽ của các cấp chính quyền kể từ khi cố Thủ tướng Phạm Văn Đồng phát động Chương trình TCMR năm 1985 cùng với việc xã hội hóa có sự đóng góp của các ngành, các đoàn thể ở cơ sở đã giúp cho Việt Nam đạt được thành tựu khá ấn tượng trong chương trình TCMR. Việt Nam đã được công nhận là nước thanh toán bệnh bại liệt và loại trừ bệnh uốn ván sơ sinh vào năm 2000.

3.2. Những rào cản toàn hệ thống nổi bật

3.2.1. Tổng ngân sách nhà nước và ngân sách địa phương ở nhiều tỉnh hạn hẹp là rào cản quan trọng nhất đối với CTTCMR. Tỷ lệ ngân sách nhà nước và ngân sách của nhiều tỉnh ở Việt Nam cấp cho ngành y tế tương đối thấp hơn so với một số ngành khác. Tình hình trên dẫn đến kết quả là ngân sách của ngành dành cho chương trình tiêm chủng mở rộng cũng thấp hơn so với nhu cầu thực tế. Theo trang web của WHO 2003, GDP trên đầu người là 419 USD năm 2001. Ngân sách dành cho CTTCMR là 61,2 tỷ đồng năm 1999 đã tăng lên 100 triệu đồng vào năm 2004² nhưng vẫn không đủ. Theo tài liệu của Vụ Kế hoạch Tài chính Bộ y tế về Ngân sách y tế và của CTTCMR về ngân sách TCMR², tỉ lệ Ngân sách TCMR so với Ngân sách y tế chưa được 1% (0,93% năm 2001 và 0,78% năm 2004).

- Thu chi ngân sách chung của một số tỉnh, huyện nghèo thường không cân đối, thu thấp hơn chi nhiều, do đó Ủy ban Nhân dân các địa phương không thể cấp ngân sách bổ sung cho ngành y tế trong đó có TCMR.

- Việc giải ngân của Bộ Tài chính và Kho bạc Nhà nước cho các Bộ, ngành và cho các tỉnh đã có tiến bộ nhưng quá trình giải ngân của địa phương thường chậm. Nhìn chung từ tháng 1 đến tháng 5 dương lịch, các hoạt động thực hiện kế hoạch thường chậm lại vì chưa có kinh phí. Ví dụ: Ở Thái Bình, lương của cán bộ y tế xã do Ngân sách của địa phương nên các tháng đầu năm thường không thể cấp kịp thời do chưa có thu vào.

- Các nhà tài trợ có xu hướng giảm bớt sự đóng góp do thấy độ bao phủ của TCMR đã khá cao và do quan tâm đến những ưu tiên mới như SARS, HIV/AIDS. Các thành viên trong Ủy ban phối liên ngành (ICC) về TCMR có mối liên hệ tốt, nhưng ít tham dự họp bàn và phối hợp các nỗ lực hành động.

- Định mức chi phí cho thực hiện tiêm chủng

hiện nay theo Thông tư liên bộ số 51 là rất thấp. Mức tiền chi cho các cơ sở để tiêm chủng đầy đủ cho 1 trẻ trong một năm là 2.000 đồng (tương đương 0,13 USD), trong đó gồm cả phụ cấp cho nhân viên tiêm chủng và mọi chi phí khác.

3.2.2. Hệ thống dây chuyền lạnh và phương tiện vận chuyển vacxin như tủ lạnh, tủ đá, phích vacxin và bình tích lạnh đã qua trên 10 năm sử dụng bị hỏng chưa được thay thế kịp thời để đảm bảo chất lượng vacxin. Theo ước tính, tỷ lệ dụng cụ dây chuyền lạnh cần thay thế hàng năm là khoảng 10%-20% trong một số năm.

- Nói chung, ở tuyến xã không có tủ lạnh để bảo quản vacxin, ngoại trừ 4.000 xã miền núi vùng sâu vùng xa mới nhận được tủ lạnh do Chính phủ Luxembourg viện trợ. Thiếu tủ lạnh nên trước buổi tiêm chủng, cán bộ y tế xã phải lên huyện lĩnh vacxin bảo quản trong các phích vacxin. Điều này làm cho CBYT ở xã phải mất thời gian và có thể làm giảm hiệu lực của vacxin và tăng lãng phí vacxin.

3.2.3. Chưa đảm bảo nhân lực và cơ sở vật chất cho tuyến thôn bản, đặc biệt là ở các vùng hẻo lánh, miền núi, hải đảo; những nơi có nhiều rào cản về địa lý, thời tiết, ngôn ngữ. Dân chúng sống ở đây và dân chúng thuộc nhóm thu nhập thấp có tỷ lệ bao phủ tiêm chủng thấp hơn nơi khác, điều đó biểu hiện phần nào sự không công bằng về thành quả tiêm chủng.

- Chưa đủ cán bộ để quản lý được các nhóm di dân. Những người lao động từ nông thôn ra, dân chài, trẻ lang thang, thường bị bỏ sót qua các cuộc điều tra, không được đăng ký, quản lý, dẫn đến thiếu hiểu biết, ít tiếp cận được với Chăm sóc sức khỏe ban đầu và Tiêm chủng mở rộng.

- Thiếu cán bộ y tế thôn bản ở miền núi. Cán bộ y tế thôn bản được coi như tình nguyện viên và chỉ được lĩnh 40.000 đồng 1 tháng (tương đương 2,6 USD).

- Các Trạm y tế xã ở những vùng hẻo lánh miền núi gặp khó khăn trong việc giữ cán bộ vì họ thường muốn trở về quê nhà hoặc chuyển đến những nơi khác thuận lợi hơn để làm những công tác khác hấp dẫn hơn. Còn ở những nơi do ngân sách địa phương trả lương, các bác sĩ công tác ở đó cũng muốn tìm một công việc khác ít gặp khó khăn hơn. Do đó nảy sinh nhu cầu phải định kỳ huấn luyện và huấn luyện lại cán bộ cơ sở.

3.2.4. Thiếu hệ thống máy vi tính ở tuyến tỉnh và huyện là một khó khăn cho hoạt động kiểm tra và thông tin trong TCMR nhưng quan trọng hơn là trình độ tin học hiện nay của cán bộ y tế địa phương ở các tỉnh được nghiên cứu còn rất thấp.

3.2.5. Hiện nay Bảo hiểm y tế mới chỉ bao quát lĩnh vực điều trị. Khả năng tham gia vào lĩnh vực dự phòng của Bảo hiểm y tế nên được nghiên cứu khai thác trong thời gian tới.

Chưa có chủ trương thu một phần phí dịch vụ cho chương trình tiêm chủng trên cơ sở tiếp tục nâng cao nhận thức của người dân và của các bà mẹ ở những vùng mà kinh tế phát triển tốt hơn. Vì người giàu chi trả cho dịch vụ của họ, hy vọng tiền thu được có thể dùng để chi bù cho người nghèo.

3.3. Những thực hành tốt

3.3.1. Tình hình chính trị, kinh tế và xã hội trong vài thập kỷ qua ở Việt Nam là ổn định và kinh tế xã hội tiếp tục phát triển khá nhanh. Bảng 8 dưới đây cho thấy tỉ lệ các hộ nghèo ở cả 4 tỉnh và cả nước năm 2003 đã giảm rõ rệt so với năm 2001.

Bảng 8. Thống kê về kết quả xóa đói giảm nghèo¹⁰

Năm	Tỉ lệ % số hộ nghèo so với tổng số hộ; theo tiêu chuẩn phân loại của Việt Nam				
	Bắc Cạn	Thái Nguyên	Hà Tây	Thái Bình	Cả nước
2001	30.9	14.5	9.1	10.1	14.5
2002	26.6	12.8	7.4	8.5	11.6
2003	21.6	10.5	8.5	7.8	9.5
Tỉ lệ% giảm thêm số hộ nghèo năm 2003 so với 2001	8.3	4.0	0.6	2.3	5.0

Nguồn: Bộ LDTBXH, 2003.

Thống kê về xóa đói giảm nghèo thời kỳ 1998-2000 và 2001-2003.

3.3.2. Xã hội hóa tiêm chủng, huy động cộng đồng với sự tham gia của các ngành, các đoàn thể đã góp phần quyết định vào việc hoàn thành các kết quả như hơn nửa triệu người dân tham gia khi có chiến dịch tiêm chủng, cộng đồng góp các phương tiện vận chuyển vaccine như ô tô, xe máy và có nơi góp một phần kinh phí tổ chức bữa ăn trưa cho cán bộ tiêm chủng. Nhận thức của người dân về tiêm chủng đã được nâng cao. Các cuộc thảo luận nhóm ở cả 4 huyện đều khẳng định thực hành

tốt này với các mức độ và kinh nghiệm khác nhau.

3.3.3. Hầu hết các trạm y tế xã và nhân viên y tế xã với nhiệt tình và lòng tận tâm trong 20 năm qua (1985-2004) là một thuận lợi cho Chương trình TCMR. Mặc dù thù lao còn thấp, cán bộ y tế xã đã có nhiều cố gắng trong những năm gần đây.

3.3.4. Nhiều vaccine có chất lượng đã được sản xuất tại Việt Nam như vaccine BCG, vaccine bại liệt, vaccine bạch hầu - ho gà - uốn ván v.v...

4. Kết luận

4.1. Các thực hành tốt cần phát huy là sự cam kết chính trị từ trung ương đến địa phương, sự quan tâm của các cấp ủy Đảng và chính quyền; khả năng xã hội hóa và huy động cộng đồng; mạng lưới y tế cơ sở khá rộng khắp và khả năng sản xuất trong nước các vaccine TCMR.

4.2. Các rào cản trên diện rộng, nghĩa là các rào cản không những tác động đến CTTCMR mà còn tác động đến nhiều chương trình và hoạt động y tế khác cần khắc phục là thiếu các nguồn lực, đặc biệt là thiếu ngân sách dành cho ngành y tế và cho TCMR, trang thiết bị bảo quản và vận chuyển vaccine, hệ thống quản lý thông tin.

4.3. Các can thiệp ưu tiên nên là:

- Nhà nước nên tăng tỷ lệ ngân sách y tế trong ngân sách quốc gia. Bộ Y tế tập trung hơn ngân sách cho y tế dự phòng và tiêm chủng mở rộng; các địa phương tìm và tận dụng nguồn lực của mình. Các cấp chính quyền địa phương cần giải ngân kịp thời.

- Bộ Y tế và Ủy ban điều phối liên ngành ICC tích cực thông báo và tìm nguồn viện trợ cho trang thiết bị và hệ thống dây chuyền lạnh. Đề nghị GAVI hỗ trợ cả các chi phí triển khai tiêm chủng các vaccine mới được đưa vào chương trình tiêm chủng.

- Trợ giúp phần mềm cho chương trình TCMR, tăng cường chất lượng các dữ liệu và sử dụng các dữ liệu ở các tuyến. Giảm bớt cho tuyến y tế cơ sở nội dung các báo cáo hàng tháng theo ngành dọc.

- Xây dựng và bổ sung chính sách đào tạo, bồi dưỡng và sử dụng cán bộ y tế ở cơ sở; chú ý cán bộ người dân tộc thiểu số ở miền núi, vùng sâu vùng xa.

Tác giả:

BS. Đặng Văn Khoát, Giám đốc Trung tâm Huy động
Cộng đồng VN phòng chống HIV/AIDS.

Email: vicomc@hn.vnn.vn

Tài liệu tham khảo chính

1. Dự án Tiêm chủng Mở rộng Quốc gia, Viện Vệ sinh Dịch tễ TW. Kế hoạch tài chính bền vững cho tiêm chủng mở rộng. Hà Nội. 2003: 34

2. Center for Health and Social Development (HeSo). Oslo, Norway. Efforts to address system-wide barriers to immunization in selected countries. 2004: 8-18

3. WHO/UNICEF Joint report 2003. EPI National survey 2003

4. http://www.who.ent/whr/2003 annex_I_en.xls

5. <http://unstats.un.org/unsd/mi.mi.series.results.asp>

6. Tổng cục Thống kê. Niên giám Thống kê y tế 2003: tr.75

7. Tổng cục Thống kê. Niên giám Thống kê y tế 2003: tr.110

8. Tổng cục Thống kê. Niên giám Thống kê Y tế 2003: tr.495

9. Cải thiện tình trạng sức khoẻ và xoá đói giảm nghèo. Poverty Task Force 7.2002

10. Bộ LĐTBXH. Thống kê về xoá đói giảm nghèo thời kỳ 1998-2000 và 2001-2003. Hà Nội. 2003

11. Bộ Y tế và Tổng cục Thống kê. Báo cáo kết quả điều tra y tế quốc gia 2001-2002. Hà Nội. 2003: 38 - 41

12. MOH. Health Policies and Guidelines. Hanoi. 2002

13. Bộ Y tế. Tài khoản y tế quốc gia. Nhà xuất bản Thống kê. Hà Nội. 2004

14. Tổng cục Thống kê. Niên giám Thống kê Y tế 2002