



OFFICE OF THE WHO REPRESENTATIVE IN THE SOCIALIST REPUBLIC OF VIET NAM  
BUREAU DU REPRESENTANT DE L'OMS EN REPUBLIQUE SOCIALISTE DU VIET NAM  
P.O. Box 52, Hanoi, Viet Nam

In reply please refer to: WRV/11/L  
Prière de rappeler la référence: VNM, NCD-G

Prof Nguyen Thi Kim Tien  
Minister  
Ministry of Health  
138A Giang Vo  
Ha Noi

19 September 2011

*Subject: Recommendations for strengthening NCD prevention and control in Viet Nam*

Dear Minister Tien,

As you were aware, noncommunicable diseases (NCDs) are the biggest cause of deaths worldwide and prevention and control of the diseases is a global priority. To support Member States in effectively combating NCDs, the World Health Organization has strongly advocated for higher priority of NCD prevention and control, and developed guidelines and tools to combat these diseases.

In order to make the WHO guidelines for NCD prevention and control more specific to the Viet Nam context, our office has developed brief recommendations for strengthening action in this field.

We are pleased to introduce these recommendations to you and we do hope that they will be useful for combating the NCD burden in Viet Nam.

Thank you for your continued cooperation.

Yours sincerely,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'G. Harrison'.

Dr Graham Harrison  
Acting WHO Representative for Vietnam

## **Strengthening prevention and control of NCDs in Viet Nam.**

### **Recommendations from WHO**

#### **Introduction**

These recommendations represent an extract from a larger report recently developed as a resource to support MOH with the development of a national policy/action plan for the prevention and control of NCDs in Viet Nam.

#### **Background.**

Non-communicable diseases (NCDs) such as cardiovascular disease, cancer, chronic respiratory disease and diabetes - are the leading cause of death worldwide. Of the 57 million global deaths estimated by WHO in 2008, 36 million - almost two thirds - were due to NCDs. The burden is greatest in low and middle income countries (LMIC) with nearly 80% of the global NCD deaths. In addition, NCD-related premature mortality is more common in LMIC with 48% of NCD deaths being under 70 years of age, compared to 24% in high income countries (HIC).

NCDs also badly impact on household incomes and national economies due to costs for risk factors such as tobacco and alcohol, medical costs for NCD patients, and loss of productivity. The World Economic Forum ranks NCDs as one of the major global threats to economic development.

In Viet Nam, WHO estimated that 430 000 deaths in 2008 were caused by NCDs, accounting for 75% of total deaths. Of these NCD-related deaths, cardiovascular diseases (CVD) comprised 40%, cancers 14%, chronic respiratory diseases (CRD) 8% and diabetes 3%. Age-standardized death per 100 000 habitants for all NCDs was 687.2 for males and 508.2 for females. The study on burden of diseases in 2008 shows that the Disability-Adjusted Life Year (DALY) of NCDs comprised of 71% of the total burden of disease, which is almost 6 times higher than that of communicable diseases, malnutrition and maternal and child conditions (13%).

Over the last 10 years, Viet Nam has made some significant efforts to address NCDs including the establishment of the NCD prevention and control program and advocating for it's further prioritization, developing models for community based management of NCDs and initiating surveillance systems. Despite this progress, action to date has not been adequate to prevent the burden of NCDs from continuing to rise.

Viet Nam currently applies a vertical disease-specific approach to NCD control where national hospitals/institutes serve as a focal point for all action (clinical treatment and to a much smaller extent, prevention) on that specific disease. As a consequence, multi-sectoral action for prevention of NCDs through a focus on common risk factors has received limited support and priority (except for tobacco, which is managed by a separate program with coordination office located in MOH).

To strengthen effective management of NCDs, whilst simultaneously demonstrating the impact of packaged good practice intervention, Viet Nam should consider further application of WHO guidelines made available by the Organization.

In addition to an important role, advocating for greater prioritization of NCDs, the World Health Organization has developed several guidelines and tools for NCD prevention and control including the WHO Global Status Report on NCDs (2010), the Moscow Declaration (2011) and the Regional Action Plan for NCD prevention and control 2008-2013. The primary objectives for these documents are to assist member states: (a) Integrate NCD prevention and control into national health policies and programmes; (b) Promote a multi-sectoral approach for NCD prevention and control focusing on risk factors and determinants; (c) Strengthen the health care system focusing on primary health care to meet long term care needs of NCD patients; (d) Develop surveillance systems to monitor the magnitude and trend of NCDs as well as the capacity of the public health system to respond to the challenge of prevention and control; and (e) Advocate and develop partnerships.

Prevention and control of NCDs is gradually becoming an international public health priority, more commensurate with its impact on health and development. The United Nations General Assembly (UNGA) is calling all member states to a High-Level Meeting on the prevention and control of NCDs from 19 to 20 September 2011. Reflecting the importance of this issue, this meeting represents one of only a few times in the history of the UN where a meeting of Heads of States/Governments has been called to discuss an emerging health crisis.

## **Recommendations.**

### ***Improving the leadership and governance capacity of the Ministry of Health.***

1. For further prioritization for the prevention and control of NCDs in Viet Nam it is critical to strengthen the capacity of the Ministry of Health (MoH) to assume the mantle of national leadership and coordination. The National NCD Steering Committee should be re-structured towards multi-sectoral and comprehensive approaches with relevant sub-committees concerning clinical management; prevention of risk factors, and surveillance components. We strongly recommend the importance of a single official unit within MoH with sufficient staffing and relevant expertise to coordinate all prevention and management programs related to NCD. Such a Unit would work as an implementation arm for the decisions made by the National Steering Committee.

2. The functions and roles of each component of the NCD program (including the steering committee, thematic sub-committees and a Standing Office) should be clearly defined to avoid any overlaps and miscommunication. Policies and regulations for improving the role of MoH and quality control of activities of the program should be established and implemented.

3. Medium to long term national strategic plans for a whole-of-government approach to NCD prevention and control should be developed as a major priority. A step wise approach to scaling up NCD prevention and control and such strategies should include attention to national and provincial coordination, multi-sectoral action and monitoring and evaluation of measurable targets. These strategies should be integrated into national health policies and programmes.

### ***Advocating for higher priority for NCDs.***

4. Reflecting the importance of the dangerously low awareness of NCDs and risk factors, mass media social marketing campaigns should be prioritized as part of an overall communications strategy.

5. Raising public awareness and support could also have the added benefit of elevating NCD prevention and control to a higher priority within the public health agenda. The Health Education and Communication Network could be an asset in coordinating the development and implementation of such campaigns.

### ***Strengthening primary health care***

6. The primary health care (PHC) system (represented in Viet Nam primary through the commune health station) is the main resource to conduct health activities at community level. Capacity within the PHC for case management of selected NCDs and implementing prevention and health promotion activities should be strengthened, so that the majority of NCD case management can take place at the commune health station level rather than requiring patients to travel large distances to already over-crowded provincial or central hospitals.

7. In Viet Nam, the management of hypertension (for most rural communes) or CVD risks including diabetes (mainly for urban communes) by non-pharmaceutical and pharmaceutical therapies at commune level should be the first priority for case management.

### ***Strengthening system of preventive medicine.***

8. Multi-sectoral action is critical for effective NCD prevention. That said, the coordination and leadership cannot come from other sectors, it must come from MOH and more specifically, the preventative medicine sector within MOH.

9. Further to the previous recommendation, the preventative medicine sector should also support all elements of prevention within the commune based PHC network, supplementing localized case management.

10. In addition, the preventive medicine network should support primary health care (PHC) in case managing NCD conditions including pharmaceutical and non-pharmaceutical therapies. At the beginning, the hospital system can support System of Preventive Medicine (SPM) to deal with this task, but later SPM should implement this by itself because SPM is the right system to bring health services to community.

11. To deal with this task, it is likely to be necessary to re-organize Centers of Preventive Medicine (CPM). There should be one NCD unit and NCD outpatient department/unit in these centers at regional, provincial and district level, and these centers should be entitled to sign a contract with health insurance agency to provide outpatient service for NCD patients. This probably is a good motivation to strengthen CPM.

12. Considering Viet Nam's current situation of vertical prevention and control programs for five specific NCDs (hypertension, cardiovascular diseases, diabetes, cancer and mental

health) managed by central clinical institutions, it is highly recommended that a new prevention component be added.

13. This component should deal with tasks not yet covered or fully covered by existing components. These tasks include developing and implementing policies to address NCD risk factors apart from tobacco, implementing healthy settings and population and supporting PHC in case management using pharmaceutical and non-pharmaceutical therapies. Furthermore, consolidation of existing programs and modification of their roles/duties to avoid overlap should be taken.

#### ***Consolidating hospital system.***

14. The grass-roots hospital system should be consolidated to provide essential clinical services for NCD patients. The efforts should be made to ensure that in the future district level hospitals can provide, for example, the WHO recommended essential package for patients of major NCDs.

15. Clinical guidelines for specific NCDs should be developed or revised. In addition, the regulations of health insurance need to be modified to cover the list of essential medications and equipment, and to reduce the number of times patients need to visit health institutes.

#### ***Implementing healthy settings.***

16. In healthy settings, NCD risk factors can be addressed through integration with other risk factors. Three types of healthy settings would be worthwhile considering:

- Health promoting schools: The risk of NCDs in students is low. However we can use health promoting schools to establish good habits for students. Furthermore, young students, especially primary school children can effectively influence their family in changing lifestyles.
- Healthy workplace: People at these places are at their most productive ages. Prevention and control NCDs at these ages can prevent economic loss. Healthy workplaces should be combined with case management for the older group (maybe for people aged 40 and above) because they have high risk of developing NCDs.
- Healthy cities: This setting is more complex but has great potential. Healthy cities combine all other settings in the city and require very strong leadership and action of city governments.

## *Developing and implementing policies to make change in the macro socio-economic environment*

### *Developing alliances and partnerships*

17. To make a strong voice for NCD prevention and control, alliances and partnerships with all stakeholders should be established. A strong community voice can help create a favourable situation that will facilitate greater political support for prioritizing NCD programs, especially for prevention action. The alliances and partnerships are also a good channel to share information and experiences, and support government in implementing policies/legislations related to NCDs including policies in other sectors.

18. Viet Nam should also participate in regional and global NCD prevention networks. Since NCD is a global problem, no single country can solve the problem and cooperation is therefore essential.

### *Developing and implementing policies*

19. National strategic prevention policies will undoubtedly have a substantial impact on the burden of NCDs as they have had with other health issues of national priority. To be effective, however, these require significant financial, human and time investments on behalf of Government before the benefits can be demonstrated and documented, and so we would like to recommend that this commence as soon as possible.

20. Currently the tobacco control program is well managed and undergoing further strengthening with the finalization of the national Law on Prevention and Control of Tobacco Harms. Programs for other risk factors such as alcohol-abuse and physical inactivity should now also be established. Collaborative links between programs should be explored, for example a program on healthy diet could be integrated into the programs on nutrition and food safety.

### *Developing an effective surveillance system*

21. WHO recommends that an effective national NCD surveillance system should include 3 components: (i) exposure (risk factors and determinants); (ii) health outcomes (morbidity and cause-specific mortality); and (iii) health system capacity and response. These are detailed as follows:

*(i) Exposure: risk factor surveillance.*

- WHO has demonstrated (including in Viet Nam) the effectiveness of risk factor surveillance through its STEPS Model. Further adaption and adoption of this model would be a worthwhile priority for Viet Nam, (including capacity building for implementation) to define the need for national programs as well as evaluating the impact of interventions.

*(ii) Monitoring health outcomes: Mortality and morbidity.*

- National statistics for mortality and morbidity outcomes currently underestimate the magnitude of the burden and need to be strengthened.
- Viet Nam currently has a cancer registry system with six centers throughout the country: Ha Noi, Thai Nguyen, Hai Phong, Hue, Ho Chi Minh City, Can Tho. This system can provide data on incidence of cancers which is crucial information for the cancer prevention and control sub-program. Further strengthening of this system is required as currently only two of these six registries meet international standard (Ha Noi and Ho Chi Minh City) and report to IACR. Registries for further diseases such as stroke should be considered, applying Stroke STEPwise for example.
- Mortality and morbidity surveillance from the hospital system should also be maintained to provide routine data of this category, however the acknowledgement that the majority of deaths from chronic illness do not occur at the hospital level needs to be recognized in order to supplement hospital based systems with community reporting.
- The current death registration system (the A6 book in every commune health station), for example, is one important source of mortality from communes that is under utilized. As part of efforts to strengthen the use of this existing system, training and capacity building for standardized coding (ICD10) of all events is essential for reliable national comparison and compilation of more complete data.

*(iii) Monitoring health system response and country capacity*

- Comprehensive assessment of the national health system capacity to address NCD prevention and control should be a priority. The following areas should be considered of particularly timely importance: (a) the status of all national policies,



strategies and action programs relevant to NCD prevention and control; and (b) an audit of all current surveillance systems to compare with data needs.

22. The surveillance system should link with the national health information system. The integration of NCD surveillance into existing disease surveillance system of preventive medicine should be considered. The information from the surveillance system is accessible to the public and used for policy development. There should be a unit to supervise surveys and research to make sure overlap is not occurred.

23. Similar to the Capacity Assessment (CA) for effective tobacco control that was recently conducted in Viet Nam, an assessment of the requirements for NCD, utilizing WHO guidelines, should also be considered a priority.

#### ***Promoting research***

24. The promotion of independent research capacity is vital to the provision of evidence for effective policy and developing intervention programs. Current priority areas for research could include studies on: (a) the impact of risk factors and NCDs to national economic development, and (b) impact and process evaluations of intervention programs implemented to date.

25. Universities and institutes should be encouraged and supported in their research on NCDs, including the publishing of findings in international journals and maintaining a national database of research.

#### ***Developing human resources***

26. Despite years of action, NCD prevention and control is still a new and under-developed field in Viet Nam. To date, society, the health system and the Government remain unprepared to effectively address the current as well as anticipated surge in cases of non communicable diseases. Therefore, developing human resources should be one of priorities.

27. Human resource development should be part of the development of any long term national strategy. Capacity development is required in all areas of the health system but especially in prevention, which is already significantly under-resourced, with staff moving away from preventive institutes to the clinical services.

## **Tăng cường phòng chống bệnh không lây nhiễm ở Việt Nam Các khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới**

### **Giới thiệu**

Những khuyến cáo này được tổng hợp từ các báo cáo được xây dựng gần đây nhằm hỗ trợ Bộ Y tế trong việc phát triển chính sách và kế hoạch quốc gia phòng chống bệnh không lây nhiễm ở Việt Nam

### **Đặt vấn đề**

Bệnh không lây nhiễm (BKN) như các bệnh tim mạch, ung thư, bệnh phổi mạn tính và đái tháo đường - là nguyên nhân tử vong hàng đầu trên thế giới. Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới (TCYTTCG), năm 2008 trong tổng số 57 triệu trường hợp tử vong toàn cầu có 36 triệu trường hợp - chiếm gần 2/3 - là do BKN. Gánh nặng BKN lớn nhất ở các nước thu nhập trung bình và thấp, chiếm gần 80% số tử vong do BKN trên toàn cầu. Thêm vào đó, tử vong sớm do BKN cũng phổ biến ở những nước này với 48% số trường hợp tử vong xảy ra trước 70 tuổi, trong khi đó tỷ lệ này ở các nước thu nhập cao chỉ chiếm 24%.

BKN tác động trầm trọng đến thu nhập của hộ gia đình và nền kinh tế quốc gia do các chi phí liên quan đến các yếu tố nguy cơ như thuốc lá và rượu bia, chi phí khám chữa bệnh cho bệnh nhân BKN và tổn thất kinh tế do mất sức lao động. Diễn đàn Kinh tế thế giới xếp BKN là một trong những đe dọa chủ yếu toàn cầu đối với phát triển kinh tế.

Tại Việt Nam, TCYTTCG ước tính trong năm 2008 có 430.000 trường hợp tử vong do BKN, chiếm 75% tổng số tử vong. Trong số này các bệnh tim mạch chiếm 40%, ung thư chiếm 14%, bệnh phổi mạn tính chiếm 8% và đái tháo đường chiếm 3%. Tỷ lệ tử vong do BKN trên 100.000 dân chuẩn hóa theo tuổi là 687,2 ở nam và 508,2 ở nữ. Số liệu nghiên cứu gánh nặng bệnh tật năm 2008 của Việt Nam cho thấy DALY của BKN chiếm 71% tổng gánh nặng bệnh tật, cao gấp 6 lần so với gánh nặng bệnh lây nhiễm, suy dinh dưỡng và các tình trạng bệnh lý bà mẹ - trẻ em (13%).

Trong vòng 10 năm qua, Việt Nam đã có những nỗ lực đáng kể phòng chống BKN bao gồm thiết lập Chương trình phòng chống BKN và vận động đưa phòng chống BKN tới mức độ ưu tiên cao hơn, phát triển các mô hình quản lý BKN dựa vào cộng đồng và bước đầu xây dựng hệ thống giám sát. Tuy nhiên những hành động hiện tại vẫn chưa đủ để ngăn ngừa sự gia tăng gánh nặng BKN.

Việt Nam hiện tại đang áp dụng cách tiếp cận dọc theo từng bệnh riêng lẻ trong phòng chống BKN trong đó các Viện và Bệnh viện trung ương là đầu mối của tất cả các

hoạt động (điều trị lâm sàng và ở mức độ hạn chế hơn, là dự phòng) đối với mỗi bệnh đó. Vì vậy dẫn đến kết quả là hành động liên ngành để phòng chống yếu tố nguy cơ BKLN nhận được sự hỗ trợ và ưu tiên rất hạn chế (ngoại trừ phòng chống thuốc lá được quản lý bởi một chương trình riêng có văn phòng điều phối đặt tại Bộ Y tế).

Để tăng cường phòng chống BKLN, trong khi vẫn tiếp tục thi điểm các gói can thiệp hiệu quả, Việt Nam cần đồng thời quan tâm hơn nữa tới việc áp tiếp tục áp dụng các hướng dẫn hiện nay của TCYTTG.

Ngoài việc thực hiện vai trò quan trọng là vận động đưa phòng chống BKLN tới mức độ ưu tiên cao hơn, TCYTTG đã xây dựng một số hướng dẫn và công cụ cho phòng chống BKLN như: Báo cáo thực trạng toàn cầu về BKLN (2010), Tuyên bố Moscow (2011) và Kế hoạch hành động Khu vực về phòng chống BKLN giai đoạn 2008-2013. Những mục tiêu cơ bản của các tài liệu này là để giúp đỡ các quốc gia thành viên: (a) Lồng ghép phòng chống BKLN vào các chương trình và chính sách y tế quốc gia, (b) Đẩy mạnh hành động liên ngành phòng chống BKLN tập trung vào phòng chống nguy cơ và các yếu tố kinh tế xã hội tác động tới BKLN, (c) Tăng cường hệ thống y tế, tập trung vào chăm sóc sức khỏe ban đầu để đáp ứng yêu cầu chăm sóc lâu dài đối với bệnh nhân BKLN, (d) Xây dựng hệ thống giám sát để theo dõi mức độ và xu hướng của BKLN và đánh giá năng lực đáp ứng của hệ thống y tế công cộng, (e) Vận động ủng hộ phòng chống BKLN và tăng cường hợp tác trong lĩnh vực này.

Phòng chống BKLN đang trở thành vấn đề y tế công cộng ưu tiên tầm quốc tế bởi những tác động của nó tới sức khỏe và sự phát triển. Đại hội đồng Liên hợp quốc đã triệu tập các quốc gia thành viên tham dự Hội nghị cấp cao về phòng chống BKLN từ ngày 19 đến 20/9/2011. Hội nghị này phản ánh tầm quan trọng của vấn đề và đây là một trong số rất ít khi mà Liên hợp quốc triệu tập Hội nghị các nhà lãnh đạo quốc gia để thảo luận về một vấn đề y tế mới nổi.

### **Các khuyến cáo.**

#### ***Tăng cường năng lực chỉ đạo và điều hành của Bộ Y tế***

1. Để tiếp tục sự ưu tiên cho phòng chống BKLN, rất cần thiết phải tăng cường năng lực của Bộ Y tế để thực hiện chỉ đạo và điều phối hoạt động ở tầm quốc gia. Ban Chỉ đạo Chương trình phòng chống BKLN của Bộ Y tế cần phải được kiện toàn lại theo hướng tiếp cận đa ngành và toàn diện gồm các Tiểu ban tương ứng: Quản lý-điều trị; Phòng chống yếu tố nguy cơ; và Giám sát BKLN. Chúng tôi khuyến cáo mạnh mẽ rằng Bộ Y tế cần phải có một bộ phận chính thức và chuyên trách có đủ cán bộ và năng lực chuyên môn để điều phối tất cả các chương trình quản lý-điều trị và dự phòng liên quan đến BKLN. Một bộ phận như vậy sẽ làm đầu mối giúp việc cho Ban Chỉ đạo Chương trình phòng chống BKLN tổ chức triển khai các hoạt động.

2. Mỗi cấu phần của Chương trình phòng chống BKLN (bao gồm Ban Chỉ đạo, các Tiểu ban chuyên môn và bộ phận thường trực) cần phải được quy định rõ về vai trò và chức năng để tránh chồng chéo và thiếu sự trao đổi thông tin giữa các bộ phận. Cần ban hành và thực hiện các chính sách và quy định để tăng cường vai trò của Bộ Y tế và kiểm soát chất lượng các hoạt động của Chương trình.

3. Một ưu tiên hàng đầu của chương trình là phải xây dựng các kế hoạch/chiến lược trung và dài hạn dựa theo cách tiếp cận “Toàn bộ Chính phủ” trong phòng chống BKLN. Việc nhân rộng các hoạt động phòng chống BKLN theo từng bước và xây dựng các chiến lược/kế hoạch như đã nêu trên phải và có sự tham gia của tuyến tỉnh, tuyến trung ương, các Bộ/Ban ngành và phải thực hiện giám sát và đánh giá các mục tiêu được xây dựng trên cơ sở có thể đo lường được. Những chiến lược này cần lồng ghép trong các chương trình và chính sách y tế quốc gia.

#### ***Vận động cho sự ưu tiên hơn đối với công tác phòng chống BKLN.***

4. Do nhận thức về BKLN và các yếu tố nguy cơ của cộng đồng còn thấp, các chương trình truyền thông tiếp thị xã hội trên thông tin đại chúng cần được ưu tiên triển khai và là một phần của chiến lược truyền thông tổng thể trong phòng chống BKLN.

5. Nâng cao nhận thức và sự ủng hộ của xã hội cũng sẽ giúp thúc đẩy phòng chống BKLN đạt được ưu tiên cao hơn trong các chương trình nghị sự về y tế công cộng. Hệ Truyền thông- Giáo dục sức khỏe có thể được giao làm đầu mối điều phối việc xây dựng và triển khai các chương trình truyền thông nói trên.

#### ***Tăng cường chăm sóc sức khỏe ban đầu***

6. Hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu-CSSKBĐ (chủ yếu trạm y tế xã/phường) đóng vai trò chính trong thực hiện hoạt động y tế tại tuyến xã/phường. Tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu cần phải được nâng cao năng lực về quản lý một số BKLN, dự phòng và nâng cao sức khỏe để có thể thực hiện quản lý BKLN ngay tại trạm y tế xã thay cho việc chuyển bệnh nhân lên các bệnh viện đã quá tải tại tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương.

7. Tại Việt Nam, quản lý bệnh tăng huyết áp (chủ yếu là các xã nông thôn) hoặc nguy cơ tim mạch (chủ yếu ở thành thị, bao gồm cả đái tháo đường) bằng các liệu pháp dùng thuốc và không dùng thuốc cần phải là ưu tiên hàng đầu trong các hoạt động quản lý-điều trị BKLN tại tuyến CSSKBĐ.

#### ***Tăng cường năng lực hệ thống y tế dự phòng***

8. Hành động phối hợp liên ngành đóng vai trò rất quan trọng đối với dự phòng BKLN. Tuy nhiên việc điều phối và chỉ đạo không tự xuất phát từ các Bộ/Ban ngành khác mà phải xuất phát từ chính Bộ Y tế, cụ thể hơn Hệ y học dự phòng của ngành Y tế phải làm đầu mối thực hiện việc này.

9. Khuyến cáo tiếp theo là, Hệ y học dự phòng cần hỗ trợ thực hiện tất cả các hoạt động dự phòng và quản lý ca (nguy cơ cao, tiền bệnh) tại cộng đồng dựa trên nền tảng hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu.

10. Thêm vào đó, Hệ y học dự phòng nên hỗ trợ tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu thực hiện quản lý các tình trạng BKLN áp dụng liệu pháp dùng thuốc và không dùng thuốc. Trong thời gian đầu, các bệnh viện có thể hỗ trợ Hệ y học dự phòng triển khai công việc này, nhưng về sau Hệ y học dự phòng phải tự thực hiện công việc này bởi vì bản thân y học dự phòng là hệ thống cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tới cộng đồng.

11. Để thực hiện hoạt động này, Trung tâm y học dự phòng cần phải được kiện toàn lại. Nên thành lập một phòng/bộ phận phòng chống /quản lý ngoại trú BKLN tại các Viện khu vực, trung tâm tuyến tỉnh và huyện của Hệ y học dự phòng, đồng thời cần phải bảo đảm các trung tâm này được ký hợp đồng với cơ quan Bảo hiểm y tế để cung cấp các dịch vụ điều trị ngoại trú cho người mắc BKLN. Việc này có thể là động lực tốt để tăng cường các Trung tâm y học dự phòng.

12. Trong bối cảnh hiện tại, Việt Nam đang triển khai các chương trình theo chiều dọc phòng chống 5 BKLN riêng lẻ (tăng huyết áp, đái tháo đường, ung thư, bệnh phổi mạn tính và tâm thần) do các Viện/Bệnh viện trung ương làm đầu mối, một khuyến cáo quan trọng là cần bổ sung thêm cấu phần về dự phòng trong Chương trình phòng chống BKLN.

13. Cấu phần này sẽ giải quyết các vấn đề không được thực hiện hoặc chỉ được thực hiện một phần bởi các chương trình nêu trên. Những nội dung của cấu phần này bao gồm xây dựng và triển khai các chính sách phòng chống yếu tố nguy cơ (ngoại trừ phòng chống thuốc lá đã được thực hiện), phát triển các mô hình nâng cao sức khỏe kiểm soát yếu tố nguy cơ BKLN và hỗ trợ tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu quản lý BKLN bằng các liệu pháp dùng thuốc và không dùng thuốc. Hơn nữa, nên củng cố và kiện toàn các chương trình dọc đang tồn tại để tránh chồng chéo.

#### ***Củng cố hệ thống bệnh viện.***

14. Các bệnh viện tuyến cơ sở (tuyến huyện) cần được củng cố để cung cấp các dịch vụ lâm sàng thiết yếu cho bệnh nhân BKLN. Cần có những nỗ lực để đảm bảo bệnh viện tuyến huyện có thể cung cấp các dịch vụ thiết yếu trong tương lai, chẳng hạn như gói dịch vụ thiết yếu cho bệnh nhân mắc một số BKLN phổ biến theo khuyến cáo của TCYTTG.

15. Cần xây dựng và rà soát lại các hướng dẫn lâm sàng đối với từng BKLN cụ thể. Thêm vào đó quy định về bảo hiểm y tế cần được điều chỉnh để bổ sung danh mục thuốc và trang thiết bị thiết yếu cho BKLN và để giảm số lần đến khám của bệnh nhân.

### ***Triển khai các mô hình nâng cao sức khỏe***

16. Trong mô hình nâng cao sức khỏe, phòng chống các yếu tố nguy cơ BKLN được lồng ghép với các yếu tố nguy cơ khác. Cần quan tâm đến 3 mô hình nâng cao sức khỏe sau:

- Trường học nâng cao sức khỏe: nguy cơ BKLN ở học sinh thường thấp, tuy nhiên trường học nâng cao sức khỏe sẽ giúp hình thành các thói quen tốt ở học sinh. Hơn thế, học sinh nhỏ tuổi, đặc biệt là học sinh tiểu học có thể tác động hiệu quả đến thay đổi hành vi lối sống của gia đình.
- Nơi làm việc nâng cao sức khỏe: Đối tượng ở nơi này là những người đang trong độ tuổi lao động sung sức nhất. Phòng chống BKLN cho lứa tuổi này có thể giúp giảm các tổn thất kinh tế do mất sức lao động. Thực hiện nơi làm việc nâng cao sức khỏe có thể kết hợp với quản lý ca bệnh cho nhóm người lao động trung và cao tuổi (có thể từ trên 40 tuổi) do nhóm tuổi này có nguy cơ mắc các BKLN cao.
- Thành phố nâng cao sức khỏe: Mô hình này thường khá phức tạp nhưng có tiềm năng rất lớn. Thành phố nâng cao sức khỏe tích hợp tất cả các loại mô hình nâng cao sức khỏe và đòi hỏi sự lãnh đạo và hành động mạnh mẽ của chính quyền.

### ***Xây dựng và thực thi các chính sách thay đổi kinh tế - xã hội vĩ mô***

#### ***Xây dựng liên minh và hợp tác***

17. Để Chương trình phòng chống BKLN có được tiếng nói mạnh mẽ hơn, cần thành lập liên minh và hợp tác bao gồm tất cả các bên liên quan. Tiếng nói mạnh mẽ của cộng đồng sẽ tạo ra sức ép lên các chính trị gia đối với việc xác định ưu tiên cho phòng chống BKLN, đặc biệt là cho các hoạt động dự phòng. Các liên minh và đối tác còn là một kênh tốt để chia sẻ kinh nghiệm, trao đổi thông tin và hỗ trợ chính phủ triển khai các chính sách/luật liên quan đến BKLN bao gồm cả chính sách trong và ngoài ngành y tế.

18. Việt Nam cần tham gia vào mạng lưới phòng chống BKLN của Khu vực và toàn cầu. Bởi vì BKLN là vấn đề toàn cầu, một quốc gia riêng lẻ không thể giải quyết được và hợp tác là tất yếu.

#### ***Xây dựng và thực thi các chính sách***

19. Các chính sách và chiến lược dự phòng quốc gia chắc chắn có những tác động quan trọng lên gánh nặng BKLN tương tự như với những vấn đề y tế quốc gia ưu tiên khác.

Tuy nhiên các chính sách và chiến lược cần được Chính phủ đầu tư về nhân lực và tài chính và phải sau một thời gian mới thấy được hiệu quả, vì vậy cần phải bắt đầu xây dựng và thực thi các chính sách này càng sớm càng tốt.

20. Hiện nay chương trình phòng chống tác hại thuốc lá đang được triển khai tốt và tiếp tục được tăng cường cùng với việc chuẩn bị thông qua việc xây dựng luật phòng chống tác hại thuốc lá. Các chương trình phòng chống những yếu tố nguy cơ khác như lạm dụng rượu bia và ít hoạt động thể lực cũng cần được thiết lập. Cần nghiên cứu xem xét sự liên kết, phối hợp giữa các chương trình, ví dụ như nội dung dinh dưỡng hợp lý có thể lồng ghép trong chương trình dinh dưỡng và an toàn thực phẩm.

#### ***Xây dựng hệ thống giám sát.***

21. TCYTTG khuyến cáo một hệ thống giám sát BKLN quốc gia hiệu quả cần có 3 cấu phần: 1) phơi nhiễm (yếu tố nguy cơ và các yếu tố kinh tế-xã hội tác động tới BKLN, 2) hậu quả đối với sức khỏe (tình hình mắc bệnh và tử vong phân theo nguyên nhân cụ thể) và 3) năng lực và đáp ứng của hệ thống y tế. Nội dung cụ thể như sau:

##### ***(i) Giám sát phơi nhiễm: yếu tố nguy cơ.***

Tổ chức Y tế thế giới đã giới thiệu (và đã thực hiện ở Việt Nam) phương pháp STEPS để giám sát hiệu tố nguy cơ BKLN một cách hiệu quả. Việt Nam cần ưu tiên tiếp tục hiệu chỉnh và áp dụng phương pháp này (bao gồm cả nâng cao năng lực thực hiện) để xác định nhu cầu của các chương trình quốc gia cũng như để đánh giá tác động của các can thiệp.

##### ***(ii) Giám sát hậu quả đối với sức khỏe: bệnh tật và tử vong***

- Các số liệu thống kê quốc gia về bệnh tật và tử vong hiện tại đang ước tính xu hướng gánh nặng bệnh tật thấp hơn so với thực tế và cần được củng cố.
- Việt Nam hiện có hệ thống ghi nhận ung thư với 6 trung tâm ghi nhận gồm Hà Nội, Thái Nguyên, Hải Phòng, Huế, thành phố Hồ Chí Minh và Cần Thơ. Hệ thống ghi nhận này có thể cung cấp số liệu quan trọng về mắc mới phục vụ cho Dự án thành phần phòng chống ung thư. Hệ thống này cần được tiếp tục củng cố bởi vì hiện tại chỉ có 2 trong 6 trung tâm ghi nhận đáp ứng các tiêu chuẩn quốc tế (Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh) và báo cáo cho IACR. Việc ghi nhận các bệnh khác cần được quan tâm, ví dụ như sử dụng phương pháp STEPwise ghi nhận đột quy.
- Việc giám sát bệnh tật và tử vong tại bệnh viện cần được duy trì để cung cấp các thông tin định kỳ về loại số liệu này, tuy nhiên cần thừa nhận rằng đa số các trường hợp tử vong do bệnh mạn tính không xảy ra ở bệnh viện vì vậy nên kết hợp giữa báo cáo dựa vào bệnh viện và báo cáo dựa vào cộng đồng.
- Lấy ví dụ như hệ thống đăng ký tử vong hiện tại (sổ A6 tại tất cả các trạm y tế xã) là một nguồn quan trọng về tử vong ở cộng đồng nhưng chưa được tận dụng hiệu quả. Cùng với nỗ lực tăng cường sử dụng hệ thống này, cần thiết phải đào tạo nâng

cao năng lực mã hóa phân loại bệnh tật (theo ICD10) của tất cả các bệnh để có số liệu tổng hợp và so sánh đáng tin cậy ở cấp quốc gia.

*(iii), Giám sát năng lực và đáp ứng của hệ thống y tế*

- Cần ưu tiên đánh giá toàn diện năng lực hệ thống y tế trong phòng chống BKLN. Để phục vụ cho nhu cầu cấp thiết, những lĩnh vực sau cần được quan tâm đánh giá: 1) thực trạng các chính sách, chiến lược và các chương trình liên quan đến phòng chống BKLN, 2) đánh giá các hệ thống giám sát hiện có để so sánh với nhu cầu số liệu.

22. Hệ thống giám sát cần được kết nối với hệ thống thông tin y tế quốc gia. Cần tính toán tới việc lồng ghép giám sát BKLN vào hệ thống giám sát bệnh của Hệ y học dự phòng hiện tại. Các thông tin thu thập từ hệ thống giám sát được phổ biến rộng rãi và được sử dụng để hoạch định chính sách. Cần có một đơn vị/bộ phận thực hiện giám sát các điều tra và nghiên cứu để tránh chồng chéo và trùng lặp.

23. Tương tự như việc Đánh giá Năng lực (CA) đối với phòng chống tác hại thuốc lá mới được thực hiện gần đây ở Việt Nam, Đánh giá yếu cầu đối với phòng chống BKLN sử dụng hướng dẫn của TCYTTG cũng nên được coi là một trong những ưu tiên.

***Đẩy mạnh nghiên cứu khoa học.***

24. Tăng cường năng lực các nghiên cứu độc lập là tối cần thiết để cung cấp bằng chứng cho xây dựng các chính sách và các chương trình can thiệp hiệu quả. Hiện tại, các lĩnh vực nghiên cứu ưu tiên có thể bao gồm: 1) tác động của BKLN và yếu tố nguy cơ đối với phát triển kinh tế quốc gia, 2) đánh giá (quá trình và tác động) các chương trình can thiệp đã được triển khai cho đến hiện tại.

25. Các trường đại học và Viện cần được khuyến khích và hỗ trợ thực hiện nghiên cứu trong lĩnh vực BKLN, gồm cả việc đăng tải kết quả trên các tạp chí quốc tế.

***Phát triển nguồn nhân lực***

26. Mặc dù đã triển khai nhiều năm, phòng chống BKLN vẫn còn là lĩnh vực mới và chưa phát triển mạnh ở Việt Nam. Đến nay, xã hội, hệ thống y tế và Chính phủ vẫn chưa sẵn sàng đáp ứng một cách hiệu quả với thực trạng và chưa dự báo tốt được sự gia tăng của BKLN. Vì vậy cần phải quan tâm tới việc phát triển nguồn lực cho phòng chống BKLN.

27. Phát triển nguồn nhân lực phải là một phần của Chiến lược quốc gia dài hạn. Việc phát triển năng lực là cần thiết với mọi lĩnh vực trong hệ thống y tế, nhưng đặc biệt cần thiết trong lĩnh vực y học dự phòng nơi mà hiện tại đang thiếu nhân lực trầm trọng do việc cán bộ y tế chuyển từ các đơn vị dự phòng sang lĩnh vực điều trị.