

QUYẾT ĐỊNH

Phê duyệt Kế hoạch thực hiện Chiến lược phòng, chống và loại trừ bệnh sốt rét ở Việt Nam giai đoạn 2011-2020 và định hướng đến năm 2030 trên địa bàn tỉnh Bình Phước

CHỦ TỊCH ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH

Căn cứ Luật Tổ chức HĐND và UBND ngày 26/11/2003;

Căn cứ Quyết định số 1920/QĐ-TTg ngày 27/10/2011 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng, chống và loại trừ bệnh sốt rét ở Việt Nam giai đoạn 2011-2020 và định hướng đến năm 2030;

Xét đề nghị của Giám đốc Sở Y tế tại Tờ trình số 14/TT-SYT ngày 21/02/2012,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Phê duyệt kèm theo Quyết định này Kế hoạch thực hiện Chiến lược quốc gia phòng, chống và loại trừ bệnh sốt rét ở Việt Nam giai đoạn 2011-2020 và định hướng đến năm 2030 trên địa bàn tỉnh Bình Phước.

Điều 2. Các ông (bà) Chánh Văn phòng UBND tỉnh, Giám đốc các sở, ngành: Y tế, Nội vụ, Tài chính, Giáo dục và Đào tạo, Nông nghiệp và Phát triển nông thôn, Khoa học và Công nghệ, Thủ trưởng các cơ quan, đơn vị có liên quan và Chủ tịch UBND các huyện, thị xã căn cứ quyết định này thi hành, kể từ ngày ký./.

Nơi nhận:

- Bộ Y tế;
- TTTU, TT. HĐND tỉnh;
- CT, PCT;
- Như Điều 2;
- LĐVP, Phòng: VX, KTTH;
- Lưu: VT. 62



Nguyễn Huy Phong

KẾ HOẠCH

Thực hiện Chiến lược phòng, chống và loại trừ bệnh sốt rét ở Việt Nam giai đoạn 2011 - 2020, định hướng đến năm 2030 trên địa bàn tỉnh Bình Phước
(Kèm theo Quyết định số: 521 /QĐ-UBND ngày 19/3/2012 của UBND tỉnh)

PHẦN I: ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, Chương trình tiêu diệt sốt rét (SR) đã thực hiện ở miền Bắc từ năm 1958 - 1975, bao gồm: giai đoạn chuẩn bị (từ 1958 - 1961) và giai đoạn tấn công tiêu diệt SR (từ 1962-1964). Đến năm 1964, bệnh SR đã giảm 20 lần. Chương trình tiêu diệt SR được duy trì trong suốt thời gian chiến tranh chống Mỹ ở miền Bắc cùng với chương trình phòng chống và diệt trừ SR trong các vùng giải phóng ở miền Nam đến năm 1975. Sau thống nhất đất nước, do hậu quả của chiến tranh và do nhiều nguyên nhân khác, tình hình bệnh SR trên toàn quốc không ổn định, tỷ lệ mắc và chết do SR tăng dần. Từ năm 1976 nước ta đã chuyển chiến lược tiêu diệt SR sang chiến lược thanh toán SR không hạn định về thời gian. Từ năm 1987 bệnh SR đã quay trở lại ở hầu hết các tỉnh vùng rừng núi và ven biển với tốc độ nhanh và nghiêm trọng, với khoảng 80% dân số sống trong vùng SR (57 triệu người). Năm 1991, toàn quốc có 144 vụ dịch SR, gần 5 nghìn người chết do SR và trên một triệu người mắc sốt rét.

Năm 1979, WHO đã khuyến cáo các nước có bệnh SR lưu hành thực hiện chiến lược phòng chống SR. Năm 1991, Việt Nam đã chuyển chiến lược thanh toán SR sang chiến lược phòng chống SR và Chương trình phòng, chống SR trở thành một trong các dự án thuộc Chương trình mục tiêu quốc gia phòng, chống một số bệnh xã hội, bệnh dịch nguy hiểm và HIV/AIDS từ đó cho đến nay.

Việt Nam là một trong những quốc gia có chương trình phòng chống SR thành công, đạt được nhiều thành tựu to lớn trong công tác phòng chống SR từ năm 1991 khi chuyển từ chương trình tiêu diệt SR sang phòng chống SR: SR đã giảm mạnh, thậm chí nhiều tỉnh, thành phố trong một vài năm gần đây đã không ghi nhận trường hợp mắc SR tại địa phương. Số vụ dịch SR giảm dần, năm 2010 không có dịch SR xảy ra trong cả nước. Năm 2010, toàn quốc ghi nhận 20 người chết do SR, 53.876 trường hợp mắc SR. Tỷ lệ chết do SR/100.000 dân là 0,02 so với năm 2000 và năm 1991 giảm 89,5% và giảm 99,7%; tỷ lệ mắc SR/1.000 dân là 0,61, giảm 84,1% và giảm 96,4% so với năm 2000 và năm 1991. Đã có 28 tỉnh miền Bắc và Nam bộ trong 10 năm (2001-2009) giảm số mắc và không có tử vong do SR và 6 tỉnh không có tử vong do SR 4 năm (2006 - 2010).

Tỉnh Bình Phước thuộc miền Đông Nam bộ có vùng dịch tễ lưu hành sốt rét rất nặng, tuy nhiên 10 năm trở lại đây SR đã giảm mạnh và không có dịch SR xảy ra. Năm 2010, toàn tỉnh có 5 trường hợp chết do SR, 3.566 trường hợp mắc SR.

Tỷ lệ chết do SR/100.000 dân là 0,56, giảm 70,52%; tỷ lệ mắc SR/1.000 dân là 3,98, giảm 81,99% so với năm 2000.

Kết quả phân vùng dịch tễ SR năm 2009 cho thấy các xã vùng SR lưu hành và dân số sống trong vùng SR lưu hành đã giảm rõ rệt so với phân vùng dịch tễ SR năm 2003 : Số xã vùng SR lưu hành nặng là 8 xã, giảm 82,2% (45 xã 2003); số xã vùng SR lưu hành vừa là 18 xã, giảm 35,7% (28 xã 2003).

Kết quả phân vùng dịch tễ SR năm 2009 trong toàn tỉnh cho thấy năm 2003 có 45,35% dân số trong vùng SR lưu hành nặng và 24,07% dân số trong vùng SR lưu hành vừa thì năm 2009 chỉ còn 7,43% dân số trong vùng SR lưu hành nặng (67.120 dân số) và 15,49% dân số trong vùng SR lưu hành vừa (139.803 dân số).

Trên thực tế trong toàn tỉnh có 111 xã/phường/thị trấn (xã) thì có 5 xã nằm trong vùng nguy cơ SR quay trở lại, 80 xã trong vùng SR lưu hành nhẹ, 18 xã trong vùng SR lưu hành vừa, 8 xã trong vùng SR lưu hành nặng. Trong thời gian tới nếu can thiệp phòng chống SR tích cực thì một số xã sẽ thuộc vùng không có SR lưu hành, có nghĩa là không có SR lan truyền tại chỗ; không có ký sinh trùng SR nội địa nhưng có thể có ký sinh trùng SR ngoại lai và chủ yếu là các xã/phường thuộc thị xã Đồng Xoài và huyện Chơn Thành.

Phạm vi bệnh SR đã thu hẹp, tuy nhiên vùng SR nặng vẫn còn tồn tại ở mức độ cao tập trung chủ yếu tại các huyện Bù Đăng và các huyện giáp biên giới Campuchia như: Bù Gia Mập, Bù Đốp, Lộc Ninh; nặng nhất là xã Đắc Ô và xã Bù Gia Mập, huyện Bù Gia Mập.

Đề hướng đến loại trừ SR theo các giai đoạn do WHO khuyến cáo, phấn đấu đến năm 2020 tỉnh Bình Phước có 2 huyện/thị xã thuộc diện tiên loại trừ SR và định hướng đến năm 2030 sẽ loại trừ bệnh SR trên địa bàn tỉnh. Việc xây dựng Chiến lược phòng, chống và loại trừ bệnh SR là rất cần thiết, góp phần vào sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân, đặc biệt là đối với người dân nghèo sống ở miền núi, vùng sâu góp phần phát triển kinh tế xã hội của tỉnh nhà.

PHẦN II

KẾT QUẢ PHÒNG CHỐNG SỐT RÉT ĐẾN NĂM 2010

I/ TÌNH HÌNH SỐT RÉT TOÀN QUỐC

Kết quả thực hiện năm 2006-2010:

Tỷ lệ tử vong do SR đạt 0,02/100.000 dân, giảm 60% so với năm 2006. Năm 2010 có 21 người chết do SR so với 41 người năm 2006 (48,7%). Tuy nhiên số người chết do SR từ năm 2006 đến năm 2009 giảm không ổn định: 41 người chết năm 2006 giảm xuống còn 20 người năm 2007, rồi lại tăng lên 25 người và 17 người năm 2008 và năm 2009.

Tỷ lệ mắc SR năm 2010 đạt 0,62/1.000 dân (54.279 người), giảm 42,6 % so với năm 2006 (91.635 người).

Số người có ký sinh trùng sốt rét (KST SR) năm 2010 là 17.515 (0,20/1.000

dân), giảm 22,63% so với 22.637 người năm 2006 (0,27/1.000 dân). Tuy nhiên số người nhiễm KST SR năm 2010 tăng hơn (1.300 đến 6.000 ca) so với các năm 2007; 2008; 2009. KST SR tăng chủ yếu ở các Khu vực ven biển miền Trung, các tỉnh Tây Nguyên và miền Tây Nam bộ.

Dịch SR: Số lượng và quy mô dịch xảy ra trong giai đoạn 2006-2010 đã giảm nhiều, có 4 vụ dịch với 8 vụ dịch trong giai đoạn 2001-2005, trung bình mỗi năm 1 vụ dịch, năm 2009 không có dịch xảy ra. Năm 2010 có 1 vụ dịch nhỏ ở phạm vi thôn.

Các tỉnh ven biển miền Trung, Tây Nguyên vẫn là khu vực có số mắc và số ca chết nhiều hàng năm, kể đến là các tỉnh Đông Nam bộ. Tuy nhiên năm 2010 các tỉnh này có tỷ lệ mắc và chết giảm mạnh so với năm 2006, đặc biệt các tỉnh Tây Nguyên.

II/ KẾT QUẢ PHÒNG CHỐNG BỆNH SỐT RÉT TẠI BÌNH PHƯỚC

1. Tình hình bệnh SR từ năm 2001 đến 2005

Tỷ lệ tử vong do SR đạt 0,24/100.000 dân năm 2005, giảm 42% so với năm 2001. Năm 2005 có 2 người chết do SR so với 3 người năm 2001 (33,3%). Tuy nhiên số người chết do SR từ năm 2001 đến năm 2005 giảm không ổn định: 3 người chết năm 2001 giảm xuống còn 1 người năm 2004, rồi lại tăng lên 2 người năm 2005.

Tỷ lệ mắc SR năm 2005 đạt 6,52/1.000 dân (5.329 người), giảm 61 % so với năm 2001 (11.880 người).

Số người có KST SR năm 2005 là 1.227 (1,5/1.000 dân), giảm 78,34% so với 5.667 người năm 2001 (7,97/1.000 dân). Số KST SR vẫn tập trung ở huyện Phước Long (huyện Bù Gia Mập hiện nay), chiếm 50% số KST SR trong toàn tỉnh, kể đến là huyện Bù Đăng.

Không có dịch sốt rét xảy ra.

2. Tình hình bệnh SR từ năm 2006 đến 2010

Tỷ lệ tử vong do SR đạt 0,56/100.000 dân năm 2010, tăng 150,34% so với năm 2006. Năm 2010 có 5 người chết do SR so với 2 người năm 2006. Tuy nhiên số người chết do SR từ năm 2006 đến năm 2010 không ổn định: 2 người chết năm 2006 giảm xuống còn 1 người năm 2007, rồi lại tăng lên 5 người năm 2010.

Tỷ lệ mắc SR năm 2010 đạt 3,98/1.000 dân (3.566 người), giảm 22,06 % so với năm 2006 (4.582 người).

Số người KST SR năm 2010 là 2.781 (3,11/1.000 dân), tăng 7,94% so với 2.580 người năm 2006 (2,88/1.000 dân). Số KST SR vẫn tập trung ở huyện Phước Long (huyện Bù Gia Mập hiện nay), chiếm trên 50% số KST SR trong toàn tỉnh, kể đến là huyện Bù Đăng.

Không có dịch sốt rét xảy ra.

3. Tình hình thực hiện các mục tiêu trong phòng chống bệnh SR từ năm 2001 đến năm 2010

a) Kết quả phòng chống SR đã đạt được

Sau 10 năm thực hiện phòng chống SR: số người chết do SR chẳng những không giảm mà lại còn tăng hơn cụ thể năm 2001 có 3 người đến năm 2010 có 5 người chết do SR; sau khi tách tỉnh số người chết do SR cao nhất là năm 1999 (20 người). Tuy nhiên từ năm 2001 đến nay số người chết do SR có giảm nhưng không ổn định và chưa có năm nào không có chết do SR;

Số người mắc SR giảm rõ rệt năm 2001 có 11.880 người nhưng đến năm 2010 chỉ còn 3.566 người mắc và giảm 69,9%. Số mắc chủ yếu tại huyện Bù Đăng và các huyện có biên giới Campuchia; nặng nhất là huyện Bù Gia Mập;

Số trường hợp có KST SR từ 5.667 năm 2001 còn 2.781 năm 2010, giảm 50,9%;

Không có dịch sốt rét xảy ra.

Nhìn lại 10 năm tổ chức và thực hiện công tác phòng chống SR đã đạt được những thành tựu đáng khích lệ, hàng năm tổ chức phun-tắm hóa chất diệt muỗi bảo vệ từ 350.000 đến 550.000 dân trong vùng SR; cấp trung bình 30.000 đến 40.000 liều thuốc SR miễn phí; theo phân vùng sốt rét can thiệp định kỳ năm 2003 có khoảng 350.000 dân trong vùng SR nặng thì trong năm 2010 chỉ còn 55.000 dân trong vùng SR nặng và năm 2003 có 160.000 dân trong vùng SR lưu hành nhẹ thì nay tăng lên 650.000 trong vùng SR lưu hành nhẹ.

Các số liệu trên đã khẳng định sự tăng cường chỉ đạo và đầu tư của Nhà nước, các cấp chính quyền địa phương và chiến lược phòng chống SR trong những năm qua có mục tiêu, chỉ tiêu và các giải pháp phòng chống SR phù hợp, đúng đắn, có hiệu quả cao và đã đạt được các mục tiêu đề ra. Tuy nhiên, để hướng tới loại trừ SR trong toàn tỉnh 2011-2020 và định hướng đến năm 2030, cần phải có sự tăng cường đầu tư hơn nữa của Dự án quốc gia, của tỉnh về nhân lực và nguồn lực, sự tham gia phối hợp hoạt động đồng bộ của các Ban, ngành liên quan và của cộng đồng trong công tác phòng chống, loại trừ SR, đặc biệt người dân qua lại, giao lưu, di dân tự do như tỉnh Bình Phước.

b) Nguồn tài chính phòng chống SR

Ngân sách cho công tác phòng chống SR gồm hai nguồn: nguồn ngân sách Nhà nước và nguồn hợp tác quốc tế .

- Nguồn ngân sách Nhà nước: thông qua Chương trình mục tiêu phòng chống một số bệnh xã hội, bệnh dịch nguy hiểm và HIV/AIDS hàng năm là từ 1,5 đến 2,2 tỷ đồng (từ năm 2001-2010).

- Nguồn hợp tác quốc tế: Trong giai đoạn từ 1998 đến 2002 nhận hỗ trợ từ Cộng đồng Châu Âu; từ năm 2005 đến nay chương trình PCSR đã nhận được sự hỗ trợ của các tổ chức phi chính phủ (Quỹ toàn cầu phòng, chống HIV/AIDS, lao và sốt rét) mỗi năm từ 2,5 tỷ đồng đến 4 tỷ đồng, chủ yếu cho các hoạt động: cung cấp màn, hóa chất diệt muỗi; cung cấp kính hiển vi, trang thiết bị xét nghiệm chẩn đoán sốt rét; phương tiện đi lại và trang thiết bị văn phòng; nâng cao năng lực cho cán bộ y tế các tuyến, đặc biệt y tế tuyến xã, thôn bản; hỗ trợ công

tác giám sát, truyền thông giáo dục sức khỏe.

4. Bài học kinh nghiệm trong công tác PCSR

- Quan tâm, chỉ đạo của chính quyền các cấp: Dự án phòng chống SR là một dự án thuộc Chương trình mục tiêu quốc gia, được Nhà nước, Bộ Y tế, Ủy ban nhân dân tỉnh quan tâm chỉ đạo và đầu tư kinh phí. Dự án có hệ thống điều hành hoạt động từ trung ương đến địa phương (hệ thống ngành dọc từ Trung ương đến cấp tỉnh và lồng ghép chung trong hệ thống y tế từ huyện đến thôn bản). Việc xây dựng và phát triển hệ thống y tế thôn bản hoạt động tốt là một giải pháp có tính chiến lược rất quan trọng để đưa các dịch vụ phòng, chống SR đến từng người dân.

- Xác định khu vực trọng điểm và tập trung nguồn lực: Khu vực các huyện giáp biên giới Campuchia, vùng sâu, vùng xa, đối tượng đi rừng ngủ rẫy, đối tượng di dân tự do, các công trình trọng điểm thủy điện... Kết hợp đẩy lùi bệnh SR với xây dựng và phát triển các yếu tố bền vững ngăn ngừa SR quay trở lại.

- Sử dụng thuốc SR thích hợp, thuốc SR có hiệu lực cao; cung cấp đủ và miễn phí các loại thuốc SR tới tận thôn bản để điều trị cho người bệnh. Đảm bảo đủ hoá chất phòng, chống muỗi truyền bệnh (phun và tẩm màn) cho các vùng SR lưu hành, đặc biệt vùng SR nặng và vừa. Tăng cường giám sát, quản lý ca bệnh, phát hiện dịch sớm và dập dịch kịp thời. Sản xuất các vật liệu, biện pháp truyền thông phù hợp với các nhóm dân có nguy cơ mắc SR cao. Kết hợp quân dân y trong phòng chống SR là hoạt động truyền thống và có hiệu quả cao, đặc biệt kết hợp với bộ đội biên phòng trong giám sát và triển khai các biện pháp phòng, chống SR ở vùng sâu, vùng biên giới.

- Xã hội hóa công tác phòng chống SR để các cấp chính quyền quan tâm chỉ đạo; các ban, ngành, đoàn thể tham gia triển khai các hoạt động phòng chống SR; cộng đồng dân cư nơi có bệnh SR lưu hành tích cực ủng hộ, thực hiện các biện pháp phòng chống SR (phun, tẩm màn, ngủ màn, tự mua màn chống muỗi cho bản thân và gia đình).

III/ THÁCH THỨC CỦA CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG CHỐNG SỐT RÉT HIỆN NAY

1. Thách thức về kinh tế xã hội:

- Dân sống trong vùng bệnh SR lưu hành còn cao: khoảng 850.000 người sống trong vùng SR lưu hành (phân vùng dịch tễ SR năm 2009). Dân số vùng SR lưu hành chủ yếu là dân nghèo, sống ở các vùng rừng núi, vùng các dân tộc thiểu số, vùng sâu, vùng biên giới.

- Giao lưu dân qua lại biên giới là các vùng SR nặng, đặc biệt qua Campuchia nơi còn có SR lưu hành cao và có ký sinh trùng SR kháng thuốc.

- Di biến động dân giữa các địa phương theo mùa vụ từ vùng không còn bệnh SR vào vùng SR lưu hành nặng để làm kinh tế hàng năm rất lớn, ngoài tầm kiểm soát của ngành Y tế làm cho tình hình SR không ổn định và có nguy cơ bùng phát dịch SR tại cả nơi có dân đi và nơi có dân đến.

- Tập quán của người dân đi làm rừng, làm nương rẫy và ngủ lại qua đêm tại nơi làm việc. Những đối tượng này có tỷ lệ sử dụng màn và các biện pháp bảo vệ cá nhân khác rất thấp dẫn đến nguy cơ mắc bệnh cao.

2. Thách thức về nguồn lực

- Thiếu bác sỹ làm công tác phòng chống SR so với nhu cầu. Y tế xã và nhân viên y tế thôn ở các xã và thôn bản vùng rừng núi, vùng sâu vùng xa còn thiếu biên chế, không ổn định, yếu về chuyên môn và thiếu kinh phí hoạt động.

- Đã xuất hiện tư tưởng chủ quan ở một số cán bộ chính quyền địa phương và cán bộ chuyên môn ở một số vùng có bệnh SR giảm thấp nhiều năm cho là đã hết bệnh SR nên lơ là công tác chỉ đạo, giám sát và phát hiện bệnh SR tại địa bàn quản lý.

3. Khó khăn về cơ sở làm việc

- Trụ sở làm việc được sử dụng từ năm 2002, nay đã xuống cấp cần phải sửa chữa; mặt khác để triển khai một số hoạt động về **Dự án giun sán Trung tâm cần xây dựng thêm 10 phòng để hoạt động chuyên môn.**

4. Thách thức về chuyên môn kỹ thuật

- Y tế cơ sở chẩn đoán bệnh SR vẫn dựa vào triệu chứng lâm sàng là chính, chưa coi trọng lấy lam máu xét nghiệm ký sinh trùng cho người có sốt, dẫn đến phát hiện và điều trị muộn.

- Đã phát hiện ký sinh trùng SR kháng thuốc Artesunat (thuốc SR có hiệu quả cao trong điều trị SR hiện nay) tại tỉnh Bình Phước năm 2009 với tỷ lệ 14,6%.

- Vài năm trở lại đây số người chết và mắc SR đã giảm trong nhiều năm nhưng lại đổi mặt với SR do **P.vivax** tái phát và dai dẳng. Điều trị tệt căn chống tái phát đối với **P.vivax** đòi hỏi thời gian dùng thuốc dài ngày (14 ngày) nên người bệnh thường không uống thuốc đủ liều và đủ ngày, bệnh dễ tái phát.

- Muỗi truyền bệnh SR **An.minimus** và **An.dirus** đốt người ngoài nhà và trú đậu ngoài nhà làm hoạt động phun và ngủ màn ít hiệu quả.

PHẦN III CHIẾN LƯỢC PHÒNG, CHỐNG VÀ LOẠI TRỪ BỆNH SỐT RÉT Ở TỈNH BÌNH PHƯỚC ĐẾN NĂM 2020

I/ CĂN CỨ XÂY DỰNG CHIẾN LƯỢC

1. Các căn cứ pháp lý:

a) Quyết định số 1920/QĐ-TTg ngày 27 tháng 10 năm 2011 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng, chống và loại trừ bệnh sốt rét ở Việt Nam giai đoạn 2011-2020 và định hướng đến năm 2030.

b) Thực hiện sự chỉ đạo của UBND tỉnh về việc thực hiện quyết định nêu trên.

2. Các căn cứ khoa học và thực tiễn

a) WHO đã khuyến cáo các nước có bệnh SR lưu hành triển khai Chiến lược toàn cầu phòng, chống và loại trừ SR:

Năm 2008, WHO đã tổ chức hội thảo tại Geneva thống nhất Chiến lược toàn cầu phòng, chống và loại trừ SR: Loại trừ bệnh SR là áp dụng các biện pháp phòng, chống SR mạnh để cắt đứt lan truyền SR của muỗi truyền bệnh tại một vùng địa lý xác định; có nghĩa là tỷ lệ mắc bệnh tại địa phương là 0, chỉ còn bệnh nhân SR ngoại lai.

Chương trình loại trừ bệnh SR gồm 4 giai đoạn, không giới hạn thời gian cho từng giai đoạn mà căn cứ vào tỷ lệ bệnh nhân nhiễm ký sinh trùng SR trên dân số vùng SR lưu hành.

- **Giai đoạn phòng chống SR tích cực:** đến khi đạt tỷ lệ ký sinh trùng/lam có sốt dưới 5% thì chuyển sang giai đoạn tiền loại trừ SR. Đơn vị để công nhận tiền loại trừ tối thiểu là đơn vị huyện với dân số khoảng 100.000 dân.

- **Giai đoạn tiền loại trừ bệnh SR:** tiếp tục triển khai các biện pháp phòng, chống SR tích cực làm giảm tỷ lệ chết do SR, giảm tỷ lệ ký sinh trùng/lam có sốt nhỏ hơn 5% (tương đương với dưới 5 ký sinh trùng/1.000 dân số vùng SR lưu hành). Nguồn thu thập số liệu từ các cơ sở y tế và điều tra tại đỉnh cao của mùa truyền bệnh. Giai đoạn tiền loại trừ SR thực hiện đến khi nào đạt tỷ lệ ký sinh trùng SR dưới 1/1.000 dân số vùng SR lưu hành thì chuyển sang giai đoạn loại trừ SR.

- **Giai đoạn loại trừ SR:** Tiếp tục triển khai các biện pháp phòng, chống SR tích cực để làm giảm tỷ lệ chết do SR, giảm tỷ ký sinh trùng SR nội địa xuống nhỏ hơn 1/1.000 dân số vùng SR lưu hành. Nguồn thu thập số liệu từ các cơ sở y tế và các báo cáo. Số liệu trên được khẳng định bằng điều tra tại đỉnh cao của mùa truyền bệnh. Giai đoạn loại trừ SR thực hiện đến khi tỷ lệ ký sinh trùng SR bằng không, không phát hiện được ca SR mới nào lan truyền tại địa phương thì chuyển sang giai đoạn đề phòng SR quay trở lại.

- **Giai đoạn đề phòng SR quay trở lại:** Tăng cường các biện pháp để củng cố và duy trì tỷ lệ ký sinh trùng SR nội địa bằng không. Nguồn thu thập số liệu từ các cơ sở y tế và các báo cáo, điều tra ca bệnh. Sau 3 năm duy trì được tỷ lệ này thì Tổ chức Y tế thế giới sẽ kiểm tra công nhận đã loại trừ sốt rét.

b) Kế hoạch phòng, chống và loại trừ bệnh SR toàn quốc giai đoạn 2010-2015 và giai đoạn 2011-2020

- Đến năm 2015 có ít nhất 16 tỉnh loại trừ bệnh SR, có ít nhất 24 tỉnh đạt chỉ tiêu của giai đoạn loại trừ SR và ít nhất 10 tỉnh đạt chỉ tiêu của giai đoạn tiền loại trừ SR.

- Đến năm 2020 có ít nhất 40 tỉnh loại trừ bệnh SR và 15 tỉnh đạt chỉ tiêu loại trừ SR và thực hiện giai đoạn đề phòng sốt rét quay trở lại. 8 tỉnh còn lại ở giai đoạn tiền loại trừ và giai đoạn loại trừ SR.

II/ QUAN ĐIỂM CHỈ ĐẠO PHÒNG CHỐNG, LOẠI TRỪ BỆNH SỐT

RẾT

1. Bệnh SR là bệnh dịch nguy hiểm, là gánh nặng bệnh tật đối với sức khỏe, tính mạng của con người. Bệnh SR lưu hành tác động trực tiếp đến phát triển kinh tế, văn hóa của người dân và của quốc gia. Do vậy, phòng chống và loại trừ bệnh SR phải được coi là một nhiệm vụ trọng tâm và lâu dài không chỉ riêng của ngành Y tế mà còn là nhiệm vụ của các cấp ủy đảng, chính quyền địa phương, cần phải tăng cường huy động cộng đồng tham gia phòng, chống và loại trừ bệnh SR.

2. Đầu tư cho công tác phòng, chống và loại trừ bệnh SR góp phần làm giảm gánh nặng bệnh tật cho nhân dân, mang lại hiệu quả kinh tế - xã hội cao, đặc biệt đối với vùng miền núi, vùng vùng kinh tế khó khăn và đặc biệt khó khăn.

3. Xã hội hóa công tác phòng chống SR: Huy động sự tham gia của chính quyền các cấp, phối hợp các ban, ngành vào công tác phòng, chống SR, trong đó ngành Y tế là lực lượng nòng cốt.

4. Phòng, chống SR tích cực, đạt hiệu quả cao tiến tới loại trừ bệnh SR theo hướng dẫn và các chỉ tiêu công nhận loại trừ bệnh SR của WHO.

5. Tăng cường hợp tác song phương, đa phương, mở rộng quan hệ hợp tác với các tổ chức quốc tế, các nước trong khu vực và trên thế giới trong phòng, chống và loại trừ bệnh SR.

III/ CÁC NỘI DUNG CHÍNH CỦA CHIẾN LƯỢC

1. Mục tiêu chiến lược

1.1 Mục tiêu chung:

Phòng, chống SR chủ động tích cực tại các vùng SR lưu hành nặng và vừa. Triển khai tiến loại trừ bệnh SR ở các vùng SR đã giảm thấp trong nhiều năm. Đến năm 2020 tỷ lệ mắc SR đạt dưới 0,9/1.000 dân, tỷ lệ chết do SR dưới 0,09/100.000 dân, góp phần chăm sóc sức khỏe nhân dân và sự nghiệp phát triển kinh tế, văn hóa, xã hội của tỉnh.

1.2 Mục tiêu cụ thể

1.2.1 Đảm bảo mọi người dân được tiếp cận các dịch vụ chẩn đoán sớm bệnh SR, điều trị kịp thời hiệu quả, an toàn thông qua các cơ sở y tế nhà nước và y tế tư nhân.

1.2.2 Đảm bảo diện bao phủ cho toàn bộ dân có nguy cơ mắc SR bằng các biện pháp phòng, chống SR thích hợp.

1.2.3 Nâng cao tối đa việc sử dụng các dịch vụ phòng, chống SR và tăng cường huy động cộng đồng cùng tham gia phòng, chống SR thông qua truyền thông giáo dục sức khỏe phòng, chống và loại trừ SR.

1.2.4 Nâng cao năng lực hệ thống giám sát dịch tễ SR và đảm bảo đầy đủ khả năng đáp ứng phòng, chống dịch SR.

1.2.5 Loại trừ bệnh SR ở những huyện SR lưu hành nhẹ và giảm tỷ lệ dân số trong vùng SR lưu hành nặng và vừa.

2. Các chỉ tiêu chiến lược

2.1 Đảm bảo mọi người dân được tiếp cận các dịch vụ chẩn đoán sớm bệnh SR, điều trị kịp thời, hiệu quả, an toàn thông qua các cơ sở y tế nhà nước và y tế tư nhân.

- Đạt 90% người có sốt ở vùng SR lưu hành đến khám bệnh được xét nghiệm tìm ký sinh trùng SR vào năm 2015 và trên 95% năm 2020.

- Đạt 95% người nhiễm ký sinh trùng *P.falciparum* được điều trị bằng phối hợp thuốc sốt rét, hiệu quả cao vào năm 2015 và trên 98% năm 2020.

- Đạt 95% bệnh nhân sốt rét được điều trị đúng phác đồ, đủ liều, đủ ngày theo qui định của Bộ Y tế vào năm 2015 và trên 98% năm 2020.

2.2 Đảm bảo diện bao phủ cho toàn bộ dân có nguy cơ mắc SR bằng các biện pháp phòng, chống SR thích hợp.

- Hộ gia đình ở vùng SR lưu hành nặng và vừa có đủ màn phòng, chống muỗi (trung bình 2 người/1 màn đôi) vào năm 2015.

- Tỷ lệ màn hiện có của dân vùng sốt rét lưu hành được tẩm lại hóa chất diệt muỗi hàng năm đạt trên 90% năm 2015 và trên 95% năm 2020.

- Tỷ lệ hộ gia đình trong vùng chỉ định phun tẩm lưu hóa chất diệt muỗi được phun hóa chất đạt trên 90% năm 2015 và trên 95% năm 2010.

- Số xã vùng SR lưu hành nặng giảm 30% (còn 5 xã) vào năm 2015 và 60% (còn 2 xã) năm 2020 (năm 2009 có 8 xã) so với phân vùng SR năm 2009.

- Số xã vùng SR lưu hành vừa và nhẹ giảm 30% (12 xã và 54 xã) vào năm 2015 và 60% (6 xã và 27 xã) năm 2020 so với phân vùng SR năm 2009 (năm 2009 có 18 xã SR lưu hành vừa, 80 xã SR lưu hành nhẹ).

- Đạt trên 95% hộ nghèo ở vùng sốt rét lưu hành nhẹ đủ màn phòng, chống muỗi (2 người/1 màn đôi) vào năm 2015.

- Đến năm 2015 đạt trên 85% và năm 2020 là trên 95% người có nguy cơ mắc SR cao (đi rừng, ngủ rẫy...) sử dụng biện pháp phòng, chống sốt rét (nằm màn tẩm hóa chất và các biện pháp bảo vệ cá nhân khác).

2.3 Nâng cao tối đa việc sử dụng các dịch vụ phòng, chống SR và tăng cường huy động cộng đồng tham gia phòng, chống SR thông qua truyền thông giáo dục sức khỏe phòng, chống và loại trừ SR.

- Trên 95% dân số vùng SR lưu hành biết ít nhất 4 thông điệp chủ yếu về SR phòng, chống và loại trừ SR vào năm 2015 và trên 98% vào năm 2020 (năm 2009 là 89,4%).

- Tỷ lệ dân vùng SR lưu hành có ngủ màn đêm hôm trước ngày điều tra đạt trên 85% năm 2015 và trên 90% năm 2020 (năm 2009 là 80,6%).

2.4 Xây dựng, củng cố hệ thống giám sát dịch tễ SR, đảm bảo đầy đủ khả năng đáp ứng phòng, chống dịch SR.

- Đến năm 2015 đảm bảo trên 95% số thôn (bản, ấp) có cán bộ y tế thôn hoạt

động phòng, chống SR (năm 2009 là 92%).

- Phát hiện được ổ dịch SR trong vòng 2 tuần từ khi khởi phát và triển khai biện pháp can thiệp, khống chế trong vòng 1 tuần kể từ khi nhận báo cáo.

- Không để dịch SR lớn xảy ra.

2.5 Loại trừ bệnh SR tại các huyện, thị xã có SR lưu hành nhẹ.

- Đến năm 2015 có ít nhất 3 huyện tiên loại trừ SR, có 7 huyện, thị xã cần phải phòng, chống SR tích cực.

- Đến năm 2020 có ít nhất 3 huyện, thị xã loại trừ bệnh SR và 7 huyện, thị xã đạt chỉ tiêu tiên loại trừ SR.

- Bình Phước là tỉnh tiên loại trừ SR đến năm 2020.

3. Giải pháp thực hiện

3.1 Các giải pháp về quản lý

3.1.1 Tăng cường sự chỉ đạo, điều hành của chính quyền các cấp trong tổ chức thực hiện phòng, chống và loại trừ bệnh SR.

- Công tác phòng, chống và loại trừ bệnh SR là một trong các nhiệm vụ phát triển kinh tế - xã hội hàng năm; các sở, ngành, đoàn thể trong tỉnh, Ủy ban nhân dân các cấp tích cực triển khai các biện pháp phòng, chống và loại trừ bệnh SR.

- Ủy ban nhân dân các cấp thường xuyên chỉ đạo, tổ chức thực hiện công tác phòng, chống và loại trừ bệnh SR, xem công tác phòng, chống và loại trừ bệnh SR là một trong các nhiệm vụ phát triển kinh tế - xã hội của địa phương. Lồng ghép các Chương trình phòng, chống và loại trừ bệnh SR vào các Chương trình xoá đói, giảm nghèo; ưu tiên cho vùng sâu, vùng xa, vùng đặc biệt khó khăn.

- Ủy ban nhân dân các cấp bảo đảm đầu tư thích hợp về kinh phí, nhân lực, vật lực và tăng cường về tổ chức bộ máy cho công tác phòng, chống và loại trừ bệnh SR.

- Triển khai và thực hiện tốt Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm.

3.1.2 Tăng cường sự chỉ đạo, điều hành mạng lưới chuyên ngành thực hiện phòng, chống và loại trừ bệnh SR.

- Củng cố hệ thống chỉ đạo, tổ chức triển khai phòng, chống và loại trừ SR hiện có từ tỉnh đến xã, phường, thị trấn, đặc biệt là mạng lưới y tế cơ sở xã và thôn bản. Gắn kết công tác phòng, chống và loại trừ SR với chức năng chỉ đạo, quản lý, điều hành của từng cấp chính quyền. Đây là một trong những giải pháp rất quan trọng quyết định thành công của Chiến lược phòng, chống và loại trừ SR.

- Ưu tiên nguồn lực, nâng cao hiệu quả phòng, chống SR tại các vùng trọng điểm, vùng SR lưu hành nặng, các huyện có đường biên giới giáp Campuchia và khu vực có ký sinh trùng SR kháng thuốc Artemisinin.

- Đào tạo và đào tạo lại để nâng cao kỹ năng chuyên môn, quản lý chương trình, giám sát và đánh giá công tác phòng, chống SR cho các tuyến.

- Ban hành các hướng dẫn, quy trình, tập huấn về chương trình loại trừ bệnh SR và cập nhật, bổ sung các hướng dẫn triển khai phòng, chống SR cho các tuyến từ Trung ương tới cơ sở.

- Ứng dụng công nghệ thông tin để quản lý, giám sát và đánh giá chương trình.

3.2 Các giải pháp về nhân lực

- Tập trung phát triển, củng cố và duy trì màng lưới y tế cơ sở, đặc biệt y tế thôn bản, y tế tuyến xã ở các vùng sâu, vùng biên giới; đảm bảo đủ về số lượng, chất lượng chuyên môn cao, thành thạo các kỹ năng phòng, chống SR, khả năng quản lý và kiểm soát được diễn biến bệnh SR trên địa bàn quản lý.

- Tăng cường công tác đào tạo và đào tạo lại cho cán bộ làm công tác phòng, chống và tiên loại trừ bệnh SR ở các tuyến huyện, thị, xã, chú trọng đào tạo và đào tạo lại cho cán bộ phòng, chống SR ở cơ sở xã, thôn bản và cán bộ mới thay thế tại các tuyến.

- Tăng cường đầu tư nguồn lực, nhân lực làm công tác phòng, chống và tiên loại trừ SR, đặc biệt là đội ngũ cán bộ chuyên trách hoặc chịu trách nhiệm quản lý và triển khai thực hiện chương trình, chú trọng đội ngũ cán bộ y tế cơ sở xã, thôn.

- Đặc biệt tăng cường đầu tư cơ sở vật chất, nhân lực và trang thiết bị cho Trung tâm Phòng, chống SR tỉnh, là cơ quan chuyên khoa đầu ngành của tỉnh.

3.3 Các giải pháp về đầu tư

3.3.1 Ngân sách nhà nước tiếp tục đầu tư cho công tác phòng, chống và loại trừ bệnh SR theo phân cấp của Luật Ngân sách Nhà nước, phù hợp với khả năng và điều kiện phát triển kinh tế - xã hội của tỉnh trong từng giai đoạn;

3.3.2 Sử dụng có hiệu quả nguồn viện trợ quốc tế cho công tác phòng, chống và loại trừ bệnh SR thông qua xây dựng các chương trình hành động, dự án phòng, chống và loại trừ bệnh SR từng giai đoạn Chiến lược, các chương trình hợp tác nghiên cứu, đào tạo với Viện Sốt rét - Ký sinh trùng Trung ương và khu vực.

3.3.3 Ưu tiên đầu tư ngân sách cho các vùng trọng điểm SR: các huyện trọng điểm, các huyện giáp biên giới Campuchia, vùng SR kháng thuốc.

3.4 Các giải pháp về truyền thông giáo dục sức khỏe

- Đẩy mạnh truyền thông giáo dục sức khỏe phòng, chống và loại trừ SR tới cộng đồng bằng các phương tiện thông tin thích hợp, đặc biệt truyền thông giáo dục sức khỏe trực tiếp tới đối tượng đích. Chống tư tưởng chủ quan, coi nhẹ công tác phòng, chống SR ở vùng SR đã giảm thấp.

- Tổ chức tốt việc phối kết hợp Sở Thông tin và Truyền thông, Đài Phát thanh và Truyền hình, Báo Bình Phước; huy động các sở, ngành, đoàn thể (Phụ nữ, Cựu chiến binh, Đoàn thanh niên, Nông dân, Chữ thập đỏ, Già làng, Trưởng bản...) tích cực tham gia các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe phòng,

chống và loại trừ bệnh SR và các hoạt động phòng, chống và loại trừ bệnh SR, đặc biệt là các vùng SR lưu hành nặng và vừa.

- Vận động nhân dân tích cực tham gia phòng, chống và loại trừ SR, vận động người dân tự mua màn, ngủ màn thường xuyên tại nhà và cả khi ngủ tại rừng, tại nương rẫy để tự phòng, chống SR cho bản thân và gia đình.

- Truyền thông giáo dục sức khỏe thay đổi hành vi trong phòng, chống và loại trừ bệnh SR ở trường học, đặc biệt ở các trường tiểu học và trung học cơ sở bằng các chương trình chính khóa và ngoại khóa.

- Tại các vùng tiến hành loại trừ SR: Tổ chức các chiến dịch truyền thông nhằm thay đổi nhận thức, hành vi từ phòng, chống bệnh SR sang loại trừ bệnh SR của cán bộ chính quyền địa phương, cán bộ y tế, các thành viên trong trường học và cộng đồng và các giai đoạn, các biện pháp của chương trình loại trừ bệnh SR và ngăn ngừa SR quay trở lại.

3.5 Các giải pháp về chuyên môn kỹ thuật

3.5.1 Các giải pháp về phòng, chống muỗi truyền bệnh làm giảm mắc sốt rét

- Tổ chức phân vùng dịch tễ SR can thiệp sau mỗi 5 năm nhằm tập trung nguồn lực cho các vùng trọng điểm và để áp dụng các biện pháp phòng, chống SR phù hợp cho mỗi vùng.

- Tăng cường giám sát mật độ và sự phân bố của muỗi truyền bệnh SR. Giám sát muỗi truyền bệnh SR kháng các hóa chất diệt đang sử dụng và sự phục hồi mật độ của muỗi truyền bệnh SR.

- Duy trì áp lực hoá chất diệt muỗi truyền bệnh SR bằng sử dụng các hóa chất có hiệu lực cao (phun tồn lưu và tắm màn, sử dụng màn tắm hóa chất tồn lưu dài), áp dụng biện pháp đặc biệt để diệt muỗi (2 lần/năm) tại các vùng SR nặng có tỷ lệ mắc giảm chậm, không ổn định và diễn biến phức tạp.

- Cung cấp màn, võng tắm hóa chất diệt muỗi tồn lưu dài miễn phí cho dân vùng SR kháng Artemisinin, vùng nguy cơ cao lan truyền SR kháng Artemisinin; người nghèo ở các vùng SR lưu hành nhẹ, người sống trong vùng SR lưu hành nặng và vừa. Vận động dân tự mua màn và xây dựng thói quen ngủ màn thường xuyên.

- Tại các điểm có SR kháng Artemisinin và vùng có nguy cơ cao lan truyền SR kháng Artemisinin sẽ áp dụng biện pháp diệt muỗi truyền bệnh đặc biệt: phun tồn lưu 1 lần/năm cộng tắm màn hoá chất 2 lần/năm (khi chưa có màn tắm hoá chất tồn lưu dài).

- Nghiên cứu áp dụng các biện pháp sử dụng hóa chất phòng, chống muỗi truyền bệnh SR thích hợp và hiệu quả cao, đặc biệt là ở các vùng SR lưu hành nặng, vùng SR giảm chậm, vùng SR kháng Artemisinin, vùng nguy cơ cao lan truyền SR kháng Artemisinin.

- Lồng ghép biện pháp phòng, chống muỗi truyền bệnh SR với phòng, chống muỗi truyền các bệnh khác như sốt xuất huyết...

- Tại các vùng tiến hành loại trừ bệnh SR: Biện pháp phòng, chống muỗi truyền bệnh chính là phun tồn lưu hóa chất ở các ổ bệnh để đảm bảo cắt đứt lan truyền bệnh, không còn lan truyền SR tại chỗ (không có bệnh nhân SR nội địa).

3.5.2 Giải pháp về phát hiện chẩn đoán và điều trị.

- Phát hiện bệnh sớm, điều trị kịp thời, đúng phác đồ quy định (theo từng loài ký sinh trùng, đủ liều, đủ ngày).

- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh SR thống nhất trên toàn quốc được cập nhật thường xuyên theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

- Nâng cao năng lực chẩn đoán và điều trị SR tại các tuyến bệnh viện và các cơ sở y tế: Đào tạo và đào tạo lại cho cán bộ y tế cơ sở, cung cấp đủ các phương tiện chẩn đoán như kính hiển vi, test chẩn đoán nhanh, tài liệu hướng dẫn chẩn đoán và điều trị SR do Bộ Y tế ban hành...

- Ngăn ngừa hạn chế SR ác tính, phát hiện sớm và điều trị sớm SR ác tính để làm giảm tử vong do SR.

- Phát triển và duy trì hoạt động có hiệu quả các điểm kính hiển vi tại xã, liên xã nhằm phát hiện bệnh sớm và phục vụ điều trị sớm, đúng phác đồ theo chủng loại ký sinh trùng tại cơ sở. Phát triển phát hiện bệnh bằng test chẩn đoán nhanh đặc biệt tại các xã trọng điểm SR, vùng sâu vùng xa, vùng chưa có điểm kính hiển vi xã, các thôn, bản miền núi ở xa trạm y tế xã.

- Đảm bảo cung cấp đủ thuốc SR có hiệu lực cao, thuốc phối hợp có dẫn xuất của Artemisinin và các thuốc SR khác cho các tuyến, không để thiếu thuốc ở tuyến thôn bản và tuyến xã và các bệnh viện.

- Tại các điểm có SR kháng Artemisinin và vùng có nguy cơ cao lan truyền SR kháng Artemisinin:

- Phát triển và duy trì các điểm giám sát SR kháng thuốc. Ưu tiên cấp đủ thuốc chống kháng và xét chẩn đoán nhanh cho y tế thôn bản, y tế xã, bệnh viện huyện, tỉnh.

- Đảm bảo điều trị sạch ký sinh trùng và điều trị chống lây lan cho người bệnh bằng thuốc chống kháng và bằng phương pháp người bệnh uống thuốc dưới sự kiểm soát của nhân viên y tế (DOT: Direct Observation Treatment). Theo dõi hiệu quả điều trị bằng xét nghiệm ký sinh trùng SR.

- Triển khai các nghiên cứu về thuốc SR mới, các phác đồ điều trị SR có hiệu quả cao. Nghiên cứu và giám sát đánh giá thường xuyên ký sinh trùng SR kháng thuốc tại thực địa và tại phòng thí nghiệm.

- Tại các vùng tiến hành loại trừ bệnh SR: Quản lý dân di biến động, quản lý và giám sát chặt chẽ bệnh nhân SR, điều tra chủ động khi mới có ca bệnh ngoại lai xuất hiện. Phát hiện bệnh sớm và điều trị kịp thời cho tất cả các bệnh nhân nghi ngờ mắc SR. Tăng cường giám sát và quản lý ca bệnh tại bệnh viện và tại cộng đồng, giám sát hiệu quả điều trị bao gồm cả điều trị chống lây lan và điều trị chống tái phát, không để có ca bệnh SR mới lan truyền tại địa phương.

3.5.3 Giải pháp giám sát, đánh giá chương trình.

- Phát triển và củng cố hệ thống theo dõi giám sát, đánh giá chương trình từ tỉnh đến cơ sở theo hướng hiện đại tiên tiến, đủ mạnh để đáp ứng được yêu cầu của chương trình quốc gia, khu vực và quốc tế.

- Xây dựng qui trình và hướng dẫn theo dõi giám sát, đánh giá chương trình cho từng tuyến và nâng cao năng lực cán bộ làm công tác theo dõi giám sát, đánh giá chương trình ở tất cả các cấp.

- Đánh giá hiệu quả của chương trình và phân vùng dịch tễ SR can thiệp định kỳ sau mỗi 5 năm thực hiện kế hoạch.

- Hàng năm và sau mỗi 5 năm, tổ chức tổng kết đánh giá hiệu quả của chương trình, rút ra những bài học kinh nghiệm kết hợp với thi đua khen thưởng, và xây dựng mục tiêu, kế hoạch cho năm tiếp theo sát với tình hình thực tế và đảm bảo đúng tiến độ kế hoạch đã được phê duyệt.

- Tại các vùng tiến hành loại trừ SR: Tập huấn và triển khai giám sát các biện pháp loại trừ bệnh SR từ tuyến tỉnh đến tuyến xã, thôn. Đảm bảo hoạt động giám sát nhanh nhạy, quản lý và thống kê báo cáo nhanh, chính xác đến từng ca bệnh.

3.5.4 Giải pháp về nghiên cứu khoa học

- Phối hợp với các Viện đầu ngành ưu tiên nghiên cứu theo hướng phát triển cả nghiên cứu cơ bản, nghiên cứu ứng dụng và nghiên cứu đánh giá phục vụ chương trình phòng chống và loại trừ SR.

- Phối hợp ưu tiên nghiên cứu cơ chế kháng thuốc của các chủng SR và áp dụng các biện pháp ngăn chặn SR kháng thuốc Artemisinin, muối kháng hóa chất, phòng chống SR trong dân di biến động theo mùa vụ, dân làm nương ruộng rẫy và SR biên giới, biện pháp loại trừ bệnh SR.

- Phối hợp Nghiên cứu thuốc SR mới có hiệu lực cao điều trị SR kháng thuốc. Tăng cường giám sát, quản lý chất lượng thuốc SR đặc biệt trong lĩnh vực y dược tư nhân, bảo đảm thuốc SR đang sử dụng đạt chất lượng theo tiêu chuẩn Việt Nam.

- Nghiên cứu ứng dụng phù hợp với tình hình SR tại tỉnh.

3.6 Các giải pháp về xã hội hóa

Ủy ban nhân dân các cấp chỉ đạo, tổ chức phối hợp liên ngành và các tổ chức đoàn thể, cộng đồng tại địa phương tích cực hợp tác và phối hợp với ngành Y tế triển khai biện pháp phòng, chống và loại trừ SR:

- Xã hội hóa công tác phòng, chống và loại trừ bệnh SR, huy động nhiều hơn nữa sự tham gia của tất cả các sở, ngành, đoàn thể, cộng đồng, y tế tư nhân và cá nhân trong công cuộc phòng, chống và loại trừ bệnh SR.

- Khuyến khích các tổ chức chính trị xã hội, các nhóm cộng đồng, y dược tư nhân tham gia công tác phòng, chống và loại trừ bệnh SR: công tác truyền thông giáo dục sức khỏe phòng, chống SR; khám và điều trị bệnh SR.

- Tăng cường tính chủ động của cộng đồng, phát huy tính tích cực, chủ động của cộng đồng tham gia triển khai, thực hiện các hoạt động phòng, chống và loại trừ SR: ngủ màn thường xuyên, đến cơ sở y tế khám bệnh khi bị sốt, vệ sinh môi trường...

- Vận động và áp dụng các biện pháp khuyến khích thích hợp để y dược tư nhân tham gia phát hiện và điều trị SR tại cộng đồng (cấp test chẩn đoán nhanh, cấp thuốc SR (có kiểm tra giám sát) cho y tế tư nhân để họ xét nghiệm và điều trị cho bệnh nhân SR miễn phí, đồng thời truyền thông cho cộng đồng về việc này và yêu cầu cơ sở y tế tư nhân báo cáo hàng tháng về bệnh SR...).

- Trung tâm Y tế huyện/thị xã thông báo cho các cơ sở sản xuất, kinh doanh; doanh nghiệp, công, nông, lâm trường, xí nghiệp, nhà máy đóng trên địa bàn để chủ động triển khai các biện pháp phòng, chống SR cho người lao động.

IV/ CÁC KẾ HOẠCH HÀNH ĐỘNG

Các kế hoạch hành động của Chiến lược quốc gia phòng, chống và loại trừ bệnh SR được triển khai đồng thời, lồng ghép với nhau trong từng giai đoạn kế hoạch 5 năm:

1. Kế hoạch hành động truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng, chống và loại trừ bệnh SR để các cấp chính quyền, các sở, ngành, đoàn thể, cộng đồng hiểu rõ hơn về Chiến lược loại trừ bệnh SR và chỉ đạo, tham gia triển khai các biện pháp phòng, chống và loại trừ bệnh sốt rét.

2. Kế hoạch phân vùng dịch tễ SR can thiệp và đánh giá hiệu quả của chương trình phòng, chống và loại trừ SR: được triển khai trên toàn quốc nhằm đánh giá chất lượng và hiệu quả đầu tư, triển khai Chiến lược quốc gia phòng, chống và loại trừ bệnh SR; phân vùng dịch tễ bệnh SR nhằm định kỳ xác định lại mức độ nguy cơ SR của từng giai đoạn, từ đó áp dụng các biện pháp phù hợp và có hiệu quả cao thực hiện mục tiêu của Chiến lược.

3. Kế hoạch ngăn chặn và chống lây lan chủng ký sinh trùng SR kháng thuốc Artemisinin và dẫn chất: được triển khai ở các vùng có ký sinh trùng SR kháng thuốc nhằm giảm thiểu sự phát triển kháng, mức độ kháng và sự lây lan của chủng ký sinh trùng SR ra các vùng khác trên toàn quốc - một khó khăn kỹ thuật có ảnh hưởng lớn đến hiệu quả của Chiến lược.

V/ TỔ CHỨC THỰC HIỆN

1. Các giai đoạn thực hiện:

1.1 Giai đoạn 2011 - 2015.

Trong giai đoạn này tập trung xây dựng các dự án nhằm triển khai thực hiện các giải pháp để đạt được mục tiêu và các chỉ tiêu của Chiến lược đến năm 2015. Lấy đơn vị xã, phường, thôn, bản, ấp là trọng điểm cho việc triển khai các giải pháp của Chiến lược.

- Thực hiện có hiệu quả cao các giải pháp phòng, chống SR: tiếp tục làm giảm mắc, giảm chết, không để dịch lớn xảy ra ở các vùng SR lưu hành căn cứ vào kết quả phân vùng dịch tễ SR năm 2009. Phát triển các yếu tố bền vững duy

tri thành quả phòng, chống SR đã đạt được.

- Xây dựng và triển khai chương trình hướng tới một số huyện, thị vùng SR lưu hành nhẹ chuyển sang tiên loại trừ SR vào năm 2015.

- Xây dựng và triển khai Chương trình hành động truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng, chống và loại trừ bệnh sốt rét để các cấp chính quyền, các ban, ngành, đoàn thể, cộng đồng hiểu rõ hơn về Chiến lược loại trừ bệnh SR và chỉ đạo, tham gia triển khai các biện pháp phòng, chống và loại trừ bệnh sốt rét

- Xây dựng và triển khai chương trình, kế hoạch phát triển mạng lưới phòng, chống và loại trừ bệnh sốt rét, phòng, chống các bệnh ký sinh trùng, côn trùng truyền bệnh trên toàn quốc nhằm đáp ứng các nhiệm vụ giao trong tình hình mới.

- Xây dựng các dự án hỗ trợ chương trình phòng, chống và tiên loại trừ bệnh SR với sự hỗ trợ của các tổ chức quốc tế nhằm hỗ trợ thực hiện mục tiêu và chỉ tiêu của Chiến lược quốc gia phòng, chống và loại trừ SR.

- Xây dựng và triển khai kế hoạch ngăn chặn sự phát triển và lan truyền chủng SR kháng thuốc Artemisinin và dẫn xuất nhằm huy động các nguồn lực trong nước và quốc tế, áp dụng các biện pháp mạnh có hiệu quả cao để ngăn chặn sự phát triển kháng và lan truyền chủng ký sinh trùng SR kháng Artemisinin và dẫn xuất ra các vùng lân cận xã Đắc Nhau huyện Bù Đăng.

- Xây dựng và đề xuất ban hành các chính sách, chế độ phù hợp nhằm động viên, khuyến khích người làm công tác phòng, chống SR, đặc biệt ở xã, thôn. Cập nhật, bổ sung các văn bản qui định thống nhất về quản lý chương trình, giám sát đánh giá, thông tin báo cáo về phòng, chống và tiên loại trừ SR từ tỉnh đến thôn-ấp.

1.2 Giai đoạn 2016 - 2020.

- Tiếp tục triển khai các kế hoạch như trên căn cứ vào kết quả thực hiện của giai đoạn 2011-2015 nhưng tập trung đầu tư và triển khai các giải pháp phòng chống SR mạnh ở các vùng SR lưu hành còn lại trên toàn tỉnh.

- Tổng kết, rút ra bài học kinh nghiệm và mở rộng triển khai chương trình loại trừ bệnh SR tại 3 huyện, thị xã: thị xã Đông Xoài, Bình Long và huyện Chơn Thành.

- Tổng kết rút ra bài học kinh nghiệm mô hình về kế hoạch ngăn chặn và loại trừ chủng SR kháng Artemisinin, áp dụng mở rộng mô hình ở những vùng SR dai dẳng do kháng thuốc trên toàn quốc.

- Tổ chức phân vùng dịch tễ SR can thiệp và đánh giá hiệu quả chương trình hành động phòng, chống SR và tiên loại trừ, loại trừ SR vào năm 2019-2020.

2. Tổ chức thực hiện.

2.1 Sở Y tế:

- Tham mưu Ủy ban nhân dân tỉnh chỉ đạo, triển khai thực hiện nội dung và các chương trình hành động của Chiến lược quốc gia phòng, chống, loại trừ bệnh SR giai đoạn 2011 - 2020 và định hướng đến năm 2030 trên địa bàn. Xây dựng

và xác lập các mục tiêu phòng, chống và loại trừ bệnh SR trong kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội của tỉnh. Đối với vùng SR lưu hành nặng và vừa tập trung chỉ đạo triển khai các biện pháp can thiệp mạnh làm giảm chết, giảm mắc và không để dịch SR xảy ra, từng bước triển khai có hiệu quả các giai đoạn của chương trình loại trừ bệnh SR

- Chủ trì, phối hợp với các sở, ngành, đoàn thể trong tỉnh xây dựng kế hoạch thực hiện cụ thể hàng năm nhằm tổ chức thực hiện các nội dung góp phần làm thay đổi nhận thức, hành vi phòng, chống SR và các hành vi loại trừ SR trên địa bàn toàn tỉnh.

- Chỉ đạo hệ thống các cơ quan y tế tham gia thực hiện kế hoạch ưu tiên đối tượng là người dân đi rừng, ngủ rẫy, vùng đồng bào dân tộc, vùng sâu, vùng biên giới. Tập trung cho đối tượng có nguy cơ mắc SR cao.

- Chỉ đạo Trung tâm Truyền thông Giáo dục sức khỏe, Trung tâm Phòng, chống sốt rét chủ trì, phối hợp với ngành Giáo dục và Đào tạo đưa nội dung tuyên truyền SR vào nhà trường.

- Xây dựng kế hoạch đào tạo, đào tạo lại cho cán bộ làm công tác y tế dự phòng, tập trung cho người làm công tác phòng, chống SR xã, thôn.

- Phối kết hợp Bộ đội Biên phòng nhằm giám sát lan SR qua biên giới; phối hợp với các đơn vị kinh tế quốc phòng, các nông, lâm trường, các nhà máy thủy điện nhằm kiểm soát bệnh SR do thay đổi môi trường nhằm kiểm soát bệnh SR do thay đổi môi trường.

2.2 Các sở, ban, ngành trên cơ sở chức năng, nhiệm vụ của ngành và trên cơ sở đề nghị của ngành Y tế chủ động phối hợp, hỗ trợ ngành Y tế tổ chức triển khai có hiệu quả Chiến lược quốc gia phòng, chống, tiêu loại trừ bệnh SR giai đoạn 2011 - 2020 và định hướng đến năm 2030.

3.3 Đề nghị Ủy ban Mặt trận Tổ quốc Việt Nam tỉnh và các tổ chức thành viên của Mặt trận Tổ quốc chỉ đạo cho hệ thống của tổ chức mình để tổ chức vận động hội viên và nhân dân tích cực hưởng ứng tham gia, phối hợp thực hiện tốt các biện pháp phòng ngừa, điều trị nhằm phòng, chống, tiêu loại trừ bệnh SR giai đoạn 2011 - 2020 và định hướng đến năm 2030.

3.4 UBND các huyện, thị xã chỉ đạo các ban, ngành, đoàn thể của địa phương phối hợp, hỗ trợ ngành Y tế tổ chức Hội nghị triển khai thực hiện các nhiệm vụ cụ thể trong Chiến lược quốc gia phòng, chống, tiêu loại trừ bệnh SR giai đoạn 2011 - 2020 và định hướng đến năm 2030; theo dõi, giám sát việc thực hiện, tổ chức sơ kết định kỳ, tổng kết và báo cáo kết quả thực hiện.

PHẦN IV ĐỊNH HƯỚNG ĐẾN NĂM 2030

Tiếp tục triển khai chương trình phòng, chống và loại trừ bệnh SR tại các huyện. Phấn đấu đến năm 2030 loại trừ bệnh SR trên toàn tỉnh.

- Trong giai đoạn này, tiếp tục quản lý chỉ đạo, tăng cường đầu tư cho công tác phòng, chống và loại trừ bệnh SR, tiếp tục thực hiện các cam kết quốc gia, tiếp tục đẩy mạnh và duy trì sự phối hợp liên ngành trong công tác phòng, chống và loại trừ SR.

- Đảm bảo ưu tiên đầu tư kinh phí hợp lý và hợp tác kỹ thuật chặt chẽ, thích hợp cho các huyện, còn bệnh SR lưu hành để bảo đảm triển khai và hoàn thành chương trình loại trừ SR vào năm 2030.

- Các địa phương thuộc vùng SR lưu hành nặng và vừa còn lại tiếp tục triển khai chương trình phòng, chống và loại trừ SR có hiệu quả cao để làm giảm số người mắc và chết do SR, không để dịch SR lớn xảy ra; làm giảm mức độ lưu hành bệnh căn cứ vào phân vùng dịch tễ SR năm 2020 và 2025.

- Hàng năm và sau mỗi 5 năm, chương trình phải được sơ, tổng kết đánh giá, rút ra những bài học kinh nghiệm để xây dựng mục tiêu, kế hoạch cho năm tiếp theo sát với thực tế và đảm bảo đúng tiến độ kế hoạch đã được phê duyệt.

- Tiến hành nghiên cứu ứng dụng để hỗ trợ cho các biện pháp và hoạt động loại trừ bệnh SR ở các huyện còn lại vì đây là những đơn vị cuối cùng loại trừ SR, nơi tập trung nhiều khó khăn nhất cả về kinh tế - xã hội cũng như khó khăn về chuyên môn kỹ thuật.

- Theo dõi giám sát, đánh giá tiến độ loại trừ SR hàng năm và sau mỗi 5 năm./.



The image shows an official seal of the Ministry of Health of Vietnam. The seal is circular with the text "CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM" around the top and "ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH" around the bottom. In the center, it says "CHỦ TỊCH" and "PHÓ CHỦ TỊCH". A signature is written over the seal, and the name "Nguyễn Huy Phong" is printed below it.

Phụ lục 1. Dự kiến ngân sách cho phòng, chống và loại trừ SR đến năm 2020

Đơn vị tính: Tỷ đồng

Năm	Nhu cầu kinh phí (ước tính)			
	Tổng nhu cầu	Ngân sách Nhà nước cấp	Kinh phí địa phương	Ngân sách cân bổ sung (nguồn huy động hợp pháp khác)
2011	5.75	2.09		3.66
2012	10.04	2.19	4.19	3.66
2013	10.15	2.30	4.19	3.66
2014	2.61	2.42	0.19	
2015	2.73	2.54	0.19	
2016	2.85	2.67	0.19	
2017	2.99	2.80	0.19	
2018	3.13	2.94	0.19	
2019	3.27	3.09	0.19	
2020	3.43	3.24	0.19	
Cộng	46.95	26.28	9.70	10.98

Dự kiến nhu cầu ngân sách đến năm 2020 là 46.95 tỷ đồng, trong đó:

- Nguồn từ ngân sách nhà nước: 26.28 tỷ đồng (55,96%)
- Nguồn kinh phí hỗ trợ từ UBND tỉnh và trợ cấp có mục tiêu từ Bộ Y tế: 9.70 tỷ đồng (20,66%)
- Nguồn huy động hợp pháp khác (viện trợ quốc tế...) 10.98 tỷ đồng (23,38%)

+ Cơ sở tính toán nguồn ngân sách Nhà nước: dựa trên kinh phí Trung ương cấp năm 2011 là 2.089 tỷ đồng và từ năm 2012 tính trượt giá 5% mỗi năm.

+ Cơ sở tính toán nguồn ngân sách từ UBND tỉnh và trợ cấp có mục tiêu từ Bộ Y tế:

- Hàng năm ngoài kinh phí từ ngân sách Trung ương hỗ trợ có mục tiêu cho ngân sách địa phương phòng, chống bệnh sốt rét. Ngân sách địa phương hỗ trợ cho mạng lưới phòng, chống sốt rét cho cán bộ y tế xã, cộng tác viên y tế thôn, bản chưa được ngân sách Trung ương hỗ trợ tới mức:

1. Cán bộ y tế tuyến xã: 100.000 đồng/xã/tháng;
2. Cộng tác viên y tế thôn, bản: 50.000 đồng/thôn, bản/tháng) ;

Nguồn kinh phí: Bố trí vào dự toán hàng năm (vốn sự nghiệp y tế).

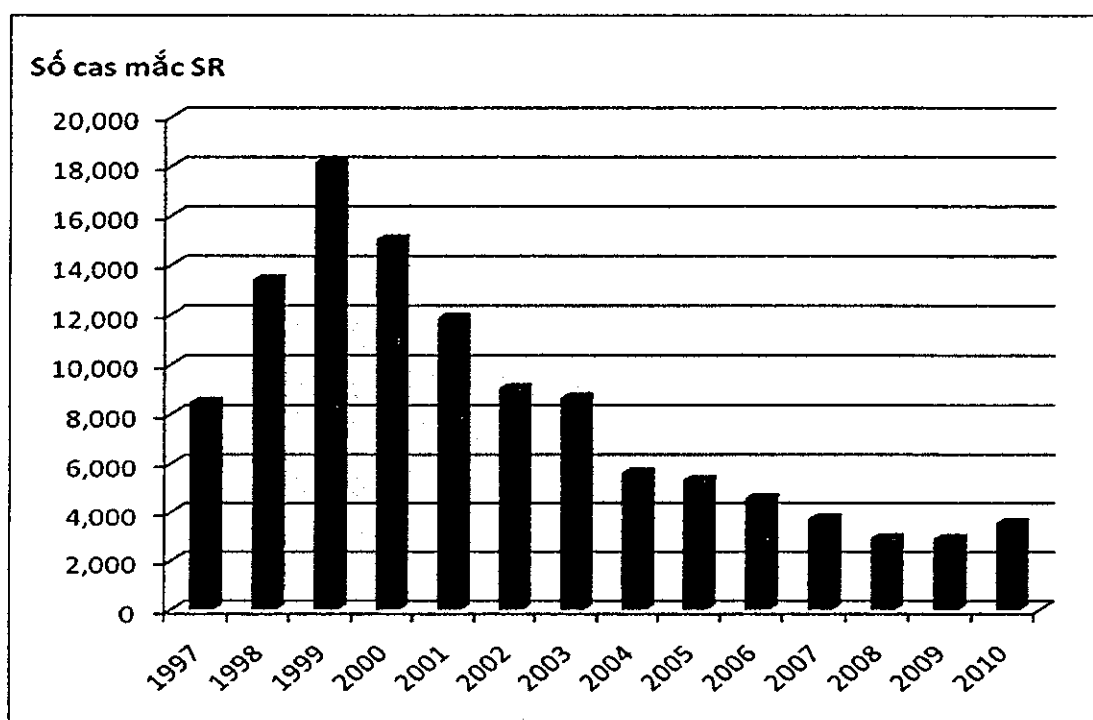
- Năm 2012 và 2013 đã có chủ trương UBND tỉnh đồng ý xây dựng thêm 10 phòng phục vụ nhu cầu hoạt động chuyên môn (chủ trương UBND tỉnh tại Công văn số 3735/UBND-KT ngày 09/11/2010 về việc phê duyệt dự toán chi phí chuẩn bị đầu tư công trình: Nâng cấp, sửa chữa trụ sở làm việc Trung tâm Phòng chống sốt rét) dự kiến xây dựng trong năm 2012 và 2013.

**Phụ lục 2. Một số kết quả chính về mắc, chết do SR và dịch SR
Tỉnh Bình Phước từ năm 1997 - 2010**

Năm	Số mắc	Tỷ lệ mắc /1.000 dân	Số chết	Tỷ lệ chết /100.000 dân	Số vụ dịch SR
1997	8.486	15,35	16	2,90	0
1998	13.421	23,43	14	2,44	0
1999	18.170	29,47	20	3,24	0
2000	15.044	22,11	13	1,91	0
2001	11.880	16,71	3	0,42	0
2002	9.054	12,42	3	0,41	0
2003	8.668	11,18	2	0,26	0
2004	5.633	7,00	1	0,12	0
2005	5.329	6,52	2	0,24	0
2006	4.582	5,11	2	0,22	0
2007	3.742	4,18	1	0,11	0
2008	2.933	3,41	4	0,47	0
2009	2.895	3,30	3	0,34	0
2010	3.566	3,98	5	0,56	0

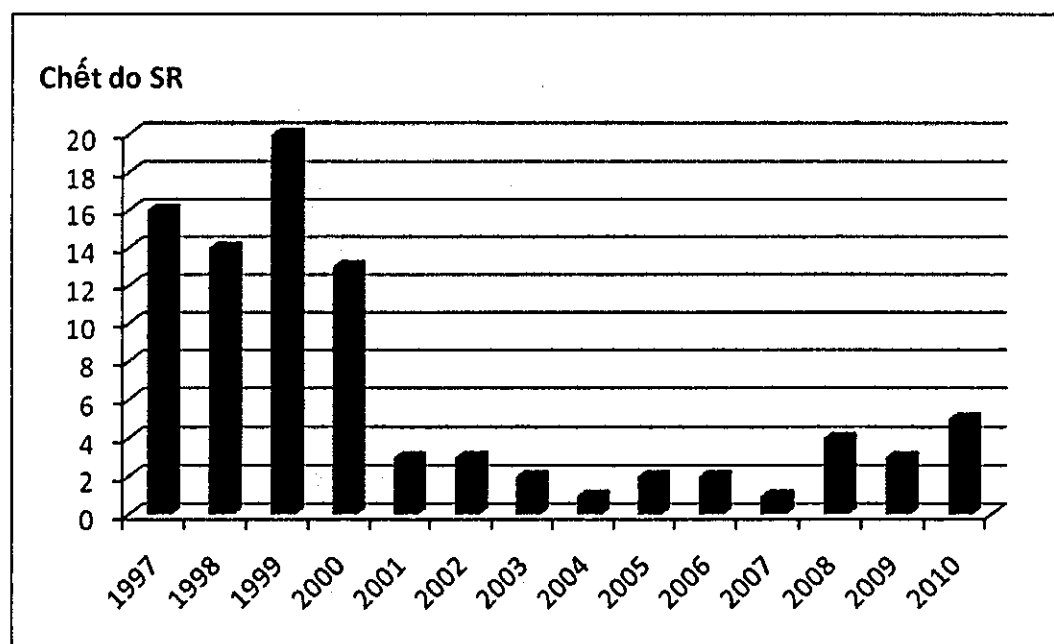
Nguồn số liệu: Thống kê báo cáo tổng kết hàng năm của Trung tâm phòng chống sốt rét tỉnh Bình Phước.

Phụ lục 3. Biểu đồ mắc SR từ năm 1997 đến năm 2010



Nguồn số liệu: Báo cáo tổng kết hàng năm của Trung tâm phòng chống sốt rét.

Phụ lục 4. Biểu đồ mắc và chết do SR từ năm 1997 – 2010



Nguồn số liệu: Báo cáo tổng kết hàng năm của Trung tâm phòng chống sốt rét.

Phụ lục 5. Số dân được bảo vệ bằng hoá chất diệt muỗi từ năm 1997 đến 2010

Năm	Tổng dân số được bảo vệ bằng hoá chất diệt muỗi	Dân số được bảo vệ bằng phun hoá chất diệt muỗi	Dân số được bảo vệ bằng tắm màn hoá chất diệt muỗi
1997	395.439	64.149	331.290
1998	253.201	90.863	162.336
1999	483.507	165.192	318.315
2000	307.321	31.913	275.408
2001	562.579	57.763	504.816
2002	580.164	10.282	569.882
2003	329.392	6.176	323.216
2004	408.467	12.125	396.342
2005	382.598	7.395	375.203
2006	493.570	20.729	472.841
2007	389.372	21.757	367.615
2008	338.046	15.197	322.849
2009	299.043	17.646	281.397
2010	335.431	27.043	308.388

Nguồn số liệu: Thống kê báo cáo tổng kết hàng năm của Trung tâm phòng chống SR tỉnh Bình Phước.

Phụ lục 6: Cơ cấu lại các khoa, phòng và bổ sung thêm nhân sự

Hiện tại	Tổ chức mới
Ban Giám đốc	Ban Giám đốc
Phòng Hành chính - tổ chức - Tài vụ	Phòng Hành chính - Tổ chức
Phòng Kế hoạch - tổng hợp	Phòng Kế hoạch - Tài vụ
Khoa Dịch tễ	Khoa Dịch tễ
Khoa Côn trùng	Khoa Côn trùng
Khoa Xét nghiệm-Ký sinh trùng	Khoa Xét nghiệm
	Khoa Ký sinh trùng

Bổ sung thêm nhân sự đến năm 2015

Chuyên môn	Hiện tại	Tổ chức mới (cần thêm)	Tổng cộng
Bác sỹ	7	3	10
Cử nhân	2	1	3
Dược sỹ Đại học	2		2
Dược sỹ Trung học	1	1	2
Trung cấp y	6	6	12
Kỹ thuật viên	6	4	10
Kế toán	1	2	3
Hợp đồng	5		5
Tổng cộng	32	17	49

Phụ lục 7: Chỉ số KST SR theo huyện/thị xã năm 2010

stt	Huyện/thị xã	dân số vùng SRLH	Lam máu có sốt	KST SR (+)	tỷ lệ KSTSR/lam có sốt %	tỷ lệ KST.SR/1000 dân số vùng SR
1	Thị xã Đồng Xoài	44.041	2.041	15	0,7	0,34
2	Thị xã Bình Long	63.546	1.804	34	1,9	0,54
3	Thị xã Phước Long	50.622	14.456	402	2,9	7,94
4	Huyện Bù Gia Mập	158.553	7.191	918	12,8	5,79
5	Huyện Bù Đăng	135.887	23.688	532	2,2	3,92
6	Huyện Đồng Phú	86.133	1.433	93	6,5	1,08
7	Huyện Lộc Ninh	110.686	17.570	225	1,3	2,03
8	Huyện Bù Đốp	53.653	5.099	123	2,4	2,29
9	Huyện Hớn Quản	3.904	3.904	122	3,1	1,31
10	huyện Chơn Thành	60.990	6.550	25	0,4	0,41

Phụ lục 8. Phân vùng dịch tễ SR can thiệp 2009

- **Vùng I:** Không có SR lưu hành: là vùng đồng bằng hoặc núi cao trên 1.000m so với mực nước biển ở miền Bắc và trên 1.500m ở miền Trung, Tây Nguyên, Nam bộ; không có lây truyền SR tại chỗ; không có ký sinh trùng SR nội địa nhưng có thể có ký sinh trùng SR ngoại lai.

- **Vùng II:** Nguy cơ SR quay trở lại: là vùng SR cũ nhưng đã cắt đứt lây truyền SR; không có ký sinh trùng nội địa trong vòng 5 năm liền từ 2004 - 2008 nhưng có thể có ký sinh trùng ngoại lai. Nếu cả huyện nằm trong vùng này là huyện đang trong giai đoạn đề phòng SR quay trở lại.

- **Vùng III:** SR lưu hành nhẹ: là vùng đồi thấp, cây bụi, vùng núi cao 800-1.000m ở miền Bắc, vùng ven biển nước lợ; có lan truyền SR tại chỗ, có muỗi truyền bệnh chính; tỷ lệ bệnh nhân SR < 5/1.000 dân số chung.

Nếu cả huyện đạt tỷ lệ ký sinh trùng <1/1.000 dân số vùng SRLH là huyện trong giai đoạn triển khai loại trừ SR. Nếu cả huyện đạt tỷ lệ ký sinh trùng từ 1 đến <5/1.000 dân số vùng SRLH là huyện trong giai đoạn tiền loại trừ SR.

- **Vùng IV:** SR lưu hành vừa: là vùng rừng đồi, ven biển nước lợ, vùng rừng rậm, rừng thưa xen kẽ cây bụi, rừng cây công nghiệp; có lan truyền SR tại chỗ, có muỗi truyền bệnh chính; tỷ lệ bệnh nhân SR từ 5 - 10/1.000 dân số chung/năm; có > 5 ký sinh trùng/1.000 dân số vùng SRLH. Nếu cả huyện nằm trong vùng này là huyện triển khai các biện pháp PCSR tích cực.

- **Vùng V:** SR lưu hành nặng: là vùng núi rừng, rừng bằng Nam bộ; rừng rậm và bìa rừng rậm, rừng cây công nghiệp; có lan truyền SR tại chỗ, có muỗi truyền bệnh chính; tỷ lệ bệnh nhân SR từ >10/1.000 dân số chung/năm. Nếu cả huyện nằm trong vùng này được coi là vùng triển khai PCSR tích cực.

Kết quả phân vùng dịch tễ SR can thiệp 2009

Vùng dịch tễ số rét	Số xã	Tỷ lệ (%)	Dân số	Tỷ lệ (%)
Vùng I không có SRLH	0		0	
Vùng II nguy cơ SR quay trở lại	5	4,5	45.132	5,01
Cộng vùng không còn SR lưu hành	5	4,5		
Vùng III SR lưu hành nhẹ	80	72,02	650.385	72,06
Vùng IV SR lưu hành vừa	18	16,21	139.803	15,49
Vùng V SR lưu hành nặng	8	7,20	67.120	7,43
Cộng vùng SR lưu hành	106	95,49	857.308	94,99
Tổng cộng	111		902.440	100

Nguồn số liệu: Báo cáo phân vùng dịch tễ SR thực hành của Dự án quốc gia phòng chống SR. (tạm tính dân số 2010)

Phụ lục 9. Phân loại đơn vị huyện theo các giai đoạn của chiến lược loại trừ SR năm 2009

Các giai đoạn loại trừ SR (Tiêu chí đánh giá chính)	năm 2009
Số huyện có tỷ lệ KST $\geq 5/1.000$ dân vùng SRLH: <i>Giai đoạn PCSR tích cực.</i>	2
Số huyện có tỷ lệ KST từ $1 < 5/1.000$ dân vùng SRLH: <i>Giai đoạn tiền loại trừ SR.</i>	5
Số huyện có tỷ lệ KST $< 1/1.000$ dân vùng SRLH: <i>Giai đoạn loại trừ SR</i>	3
Số huyện không có KST nội địa: <i>Giai đoạn để phòng SR quay trở lại</i>	0
CỘNG	10

Phụ lục 10. Mức độ lưu hành bệnh SR năm 2009 và năm 2003*

Vùng dịch tễ SR	Số xã			Dân số		
	2003*	2009	Tăng giảm	2003*	2009	Tăng giảm
Vùng I: không có sốt rét lưu hành	0	0	0	0	0	0
Vùng II: nguy cơ sốt rét quay trở lại	9	5	-44,4%	69.309	45.132	-34,88%
<i>Cộng vùng không còn SRLH</i>	9	5	-44,4%	69.309	45.132	-34,88%
Vùng III: sốt rét lưu hành nhẹ	18	80	344,4%	161.340	650.385	303,11%
Vùng IV: sốt rét lưu hành vừa	28	18	-35,7%	181.599	139.803	-23,01%
Vùng V: sốt rét lưu hành nặng	45	8	-82,2%	342.058	67.120	80,37%
<i>Vùng sốt rét lưu hành</i>	91	106	16,48%	684.997	857.308	25,15%
Cộng toàn tỉnh	100	111		754.306	902.440	

*Chú thích: * Số liệu phân vùng dịch tễ SR và can thiệp năm 2003: Lê Khánh Thuận và CS*

Phụ lục 11. Danh sách 3 huyện sẽ loại trừ sốt rét vào năm 2020

TT	Tên huyện/thị
1	Thị xã Đồng Xoài
2	Thị xã Bình Long
3	Huyện Chơn Thành

Phụ lục 12. Các giai đoạn triển khai chiến lược loại trừ SR

