



Rối loạn trầm cảm nặng - gánh nặng của Đông Nam Á

Lời kêu gọi Hành động dành cho các nhà lãnh đạo chính sách

Tháng 07/2021

Mục lục

03

Lời nói đầu

04

Tóm tắt chung

06

Viễn cảnh Đông Nam Á: Nhiều thách thức liên tiếp

- Hiểu về Rối loạn Trầm cảm Nặng (MDD), các phân nhóm và những tình trạng khó điều trị
 - Phá bỏ rào cản giữa lộ trình chẩn đoán và điều trị cũng như những kỳ thị đang hiện hữu
 - Hậu quả về kinh tế và xã hội phải đối mặt, bao gồm cả tác động của COVID-19 đối với sự khỏe mạnh về tâm thần
-

13

Viễn cảnh Đông Nam Á: Các chính sách hướng đến tương lai hỗ trợ nhiều hơn cho những người mắc MDD

- Áp dụng nhiều hướng dẫn dựa trên bằng chứng để chẩn đoán và điều trị MDD, tập trung vào hành trình đặc biệt của mỗi bệnh nhân
 - Những mô hình chăm sóc mới ở Đông Nam Á giúp sử dụng tối ưu nguồn tài nguyên và hạn chế các trường hợp bất bình đẳng trong hệ thống
 - Những ưu tiên đầu tư toàn diện từ các chiến dịch giáo dục đến các mô hình bao quát về các biện pháp can thiệp điều trị MDD mới
-

17

Con đường phía trước

18

Dữ liệu thống kê nhanh ở từng quốc gia: Các chiến lược chính sách nhằm mục tiêu cần xem xét

- Indonesia
 - Malaysia
 - Philippines
 - Singapore
 - Thái Lan
 - Việt Nam
-

36

Phụ lục A: Tác giả và cộng sự

37

Phụ lục B: Tài liệu tham khảo

Lời nói đầu

Không để ai bị bỏ lại phía sau

Đông Nam Á có rất nhiều điều đáng tự hào. Khu vực này là nơi sinh sống của hơn 650 triệu người và là một trong những khu vực phát triển kinh tế nhanh nhất trên thế giới. Đông Nam Á vẫn luôn là nơi truyền cảm hứng và xây dựng quan hệ hợp tác công-tư hiệu quả.

Một trường hợp điển hình là Mục tiêu Phát triển Bền vững Số 3 của Liên hợp quốc là tăng cường mức độ tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và khả năng chi trả cho người dân Đông Nam Á. Hiệu quả đạt được đó là không chỉ tạo ra những cộng đồng xã hội khỏe mạnh hơn, mà còn phát triển kinh tế mở rộng hơn.

Tính đến thời điểm hiện tại, sức khỏe thể chất là lĩnh vực được chú trọng nhất – xét cả phương diện bệnh mạn tính cũng như bệnh truyền nhiễm. Mặc dù đúng là sức khỏe thể chất vẫn nên được ưu tiên nhưng chúng ta cũng không được coi nhẹ thách thức tương tự không hề nhỏ, nếu không muốn nói là có mức độ nghiêm trọng hơn, đang ở phía trước, đó là sự khỏe mạnh về tâm thần.

Ở một số quốc gia Đông Nam Á, gánh nặng bệnh tâm thần ở mức cao 10%, ở một khu vực có nguồn phân bổ ngân sách cho lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần tính trên đầu người có thể thấp ở mức 1 đô la Mỹ và thường chưa có đến 1,0 bác sĩ tâm thần tính trên 100.000 dân. Cách tiếp cận hiện đang áp dụng sẽ không đáp ứng đầy đủ nhu cầu của những người cần được giúp đỡ, đặc biệt là khi đại dịch COVID-19 diễn ra, làm trầm trọng thêm tình trạng bệnh tâm thần mà nhiều người đang phải đối mặt.

Những nhận định này nghe có vẻ đúng với chứng Rối loạn Trầm cảm Nặng (MDD). Nằm trong số những gánh nặng cao nhất trong danh mục bệnh tâm thần, MDD có thể trở thành không thể điều trị và bệnh nhân có thể tự tử nếu không được quản lý đúng cách. Giống như các danh mục bệnh tật được nghiên cứu kỹ lưỡng khác, MDD trên thực tế bao gồm các bệnh lý phụ, có mức độ nghiêm trọng khác nhau và cần thực hiện các biện pháp can thiệp phù hợp. Chúng tôi xin khen ngợi chính phủ của các quốc gia Đông Nam Á vì ngày càng chú trọng đến sức khỏe tâm thần của người dân, và hiện nay chúng tôi kêu gọi các cấp chính

quyền lập ra bộ chính sách hướng đến việc hỗ trợ trực tiếp những người mắc bệnh MDD có nhu cầu khác nhau. Đồng thời, chúng ta không được xem nhẹ vai trò chiến lược của một cộng đồng hợp tác với nhau để trao quyền triển khai hành trình của mỗi người, ngay cả khi năng lực y tế của chúng ta đang ngày càng mở rộng.

Nguồn cảm hứng viết tài liệu sách trắng này bắt nguồn từ một báo cáo tương tự cho khu vực Châu Á - Thái Bình Dương vào năm 2020. Chúng tôi đã trao đổi trực tiếp với các nhà lãnh đạo Đông Nam Á trong chính phủ, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và thậm chí cả với bệnh nhân để hiểu rõ hơn quan điểm của họ về các chính sách xung quanh MDD. Tài liệu sách trắng này được thiết kế nhằm thúc đẩy các điểm thảo luận hướng đến việc tiếp tục hợp tác trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần giữa khu vực công và khu vực tư nhân.

Chúng tôi tin rằng quý vị sẽ thấy những thông tin trong tài liệu này hữu ích và mong muốn chúng ta sẽ có cơ hội đối thoại thêm về MDD. Hãy để chúng tôi hiện thực hóa tầm nhìn về sức khỏe cho tất cả mọi người với phương châm không để ai bị bỏ lại phía sau, bao gồm cả sự khỏe mạnh về tâm thần và đặc biệt là những người cần được hỗ trợ nhiều hơn để điều trị tình trạng MDD của họ.

Trân trọng,



Tiến sĩ Alvin Ng Lai Oon
Giáo sư Đại học Sunway (Malaysia)

Tóm tắt chung

Chúng ta sẽ không thể đạt được tầm nhìn về sức khỏe cho tất cả mọi người nếu không chăm lo sự khỏe mạnh về tâm thần

Đông Nam Á (SEA) là một trong những khu vực năng động nhất thế giới. Ngoài gia tăng năng suất và tăng trưởng, 668 triệu người dân sống trong khu vực^[1] cũng sẵn sàng thoát khỏi bẫy thu nhập trung bình liên quan đến kết quả chăm sóc sức khỏe, cùng với các sáng kiến như Bảo hiểm Y tế Toàn dân (UHC). Tuy nhiên, quá trình thúc đẩy này thiếu một thành phần quan trọng để mang “sức khỏe cho tất cả mọi người”.

Đông Nam Á đã nhấn mạnh đến sức khỏe thể chất trong trọng tâm chính sách và phân bổ nguồn lực. Cách tiếp cận này rất đáng khen ngợi – khu vực Đông Nam Á đang già hóa dân số nhanh chóng và hơn 10 triệu người tử vong mỗi năm do các bệnh không lây nhiễm^[2]. Nhưng khi đại dịch COVID-19 diễn ra, chúng ta đã được nhắc nhở rằng sẽ không có sức khỏe cho tất cả mọi người nếu không chú ý đến sức khỏe tâm thần tốt của người dân. Mặc dù ngày càng có nhiều chính sách nhấn mạnh vào việc cải thiện chăm sóc sức khỏe tâm thần nhưng vẫn cần có các chính sách cụ thể hơn và phương pháp điều trị phù hợp

cho nhiều loại bệnh tâm thần. Một phần lớn dân số không cân đối mắc chứng rối loạn trầm cảm nghiêm trọng, theo quan sát trong sơ đồ dưới đây.

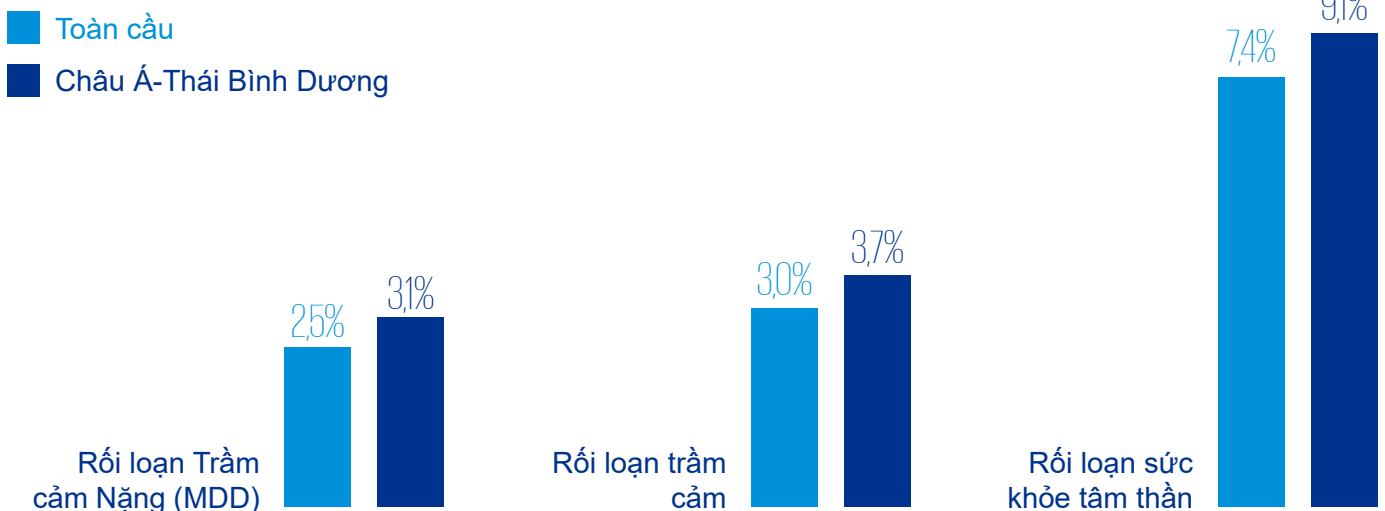
KPMG, Johnson & Johnson, cùng với các chuyên gia chăm sóc sức khỏe hàng đầu và những người lên tiếng thay mặt cho các bệnh nhân trên khắp Đông Nam Á, đã tiến hành nghiên cứu thực tế sâu rộng trong năm qua về chủ đề Rối loạn Trầm cảm Nặng (MDD). Sau khi có [báo cáo chính sách về vấn đề này ở cấp độ Châu Á - Thái Bình Dương vào năm 2020](#), chúng tôi đã lắng nghe các bên liên quan kêu gọi nhiều chú ý hơn ở Đông Nam Á. Mục đích của báo cáo Đông Nam Á này là chia sẻ những phát hiện của chúng tôi với các nhà lãnh đạo chính sách và thúc đẩy thảo luận hợp tác công-tư để định hình tương lai của các lộ trình chăm sóc MDD. Chúng tôi nêu bật những thách thức phải đối mặt, bài học kinh nghiệm và kết luận kèm theo lộ trình đề xuất trong tương lai, cùng những điều cần cân nhắc ở riêng từng quốc gia.

Thực trạng hiện nay như thế nào?

Mặc dù hiện nay nhiều người có nhận thức hơn về chứng trầm cảm so với trước đây, nhưng vẫn còn nhiều nhầm lẫn và kỳ thị về cách hiện diện của căn bệnh này trong xã hội. Trong tài liệu này, chúng tôi tập trung vào MDD và các phân nhóm của căn bệnh, do tác động lớn của MDD trong khu vực này.

So sánh dữ liệu Toàn cầu với khu vực Châu Á-Thái Bình Dương

Tính theo tỷ lệ phần trăm trong gánh nặng bệnh tật tổng thể



Trích dẫn Hình: ^[3] ^[4]

Gánh nặng MDD, xét về Số năm Sống được Điều chỉnh theo Mức độ Bệnh tật (DALY), thuộc một trong những mức cao nhất của bất kỳ danh mục bệnh tật nào, về thể chất hoặc tâm thần, và cao hơn theo tỷ lệ cân đối ở Châu Á - Thái Bình Dương so với những khu vực còn lại trên thế giới (xem sơ đồ trên). Nhưng đây mới chỉ là phần nổi của tảng băng chìm: chúng tôi tin rằng chưa có báo cáo đầy đủ về các số liệu thống kê vì có những hạn chế trong công tác giám sát hệ thống y tế của khu vực và sự kỳ thị gắn liền với những người mắc bệnh. Các chủ sử dụng lao động và trường học có thể đóng vai trò chủ yếu trong việc khắc phục vấn đề này, đặc biệt vì nhiều nạn nhân lo sợ tiết lộ bệnh tật với ông chủ của họ vì lo ngại rằng sinh kế của họ sẽ bị ảnh hưởng, trong khi các cách tiếp cận dựa trên văn hóa dân gian phổ biến ở các vùng nông thôn ở nhiều quốc gia. Trong quá trình điều trị, mặc dù đã có sẵn các công cụ chẩn đoán và một số biện pháp can thiệp, tuy nhiên việc phụ thuộc quá nhiều vào các loại thuốc hiện tại có thể không còn phù hợp với mục đích hướng đến.

COVID-19 đã làm tình hình trầm trọng thêm. Mất việc làm, xa rời người thân, cô lập xã hội là những yếu tố góp phần gây ra khủng hoảng về sức khỏe tâm thần. Do vậy, các cuộc điện thoại gọi đến đường dây nóng và những trường hợp cố gắng tự tử đều không có trên các bảng biểu, và vẫn còn đó những lo lắng về việc cuộc khủng hoảng sẽ gây ra ảnh hưởng sâu sắc đến các thế hệ tương lai.^[59]

Một điều may mắn là khu vực công và khu vực tư nhân đều có một con đường phía trước. Các nhà hoạch định chính sách Đông Nam Á có thể học hỏi từ các hoạt động thực tiễn tốt nhất, cả trong khu vực và trên toàn cầu, để dự đoán tốt hơn các biện pháp can thiệp tiên tiến hàng đầu để hỗ trợ những người đang sống chung với MDD. Lập kế hoạch hiệu quả (cấp trung ương và nông thôn), hợp tác và cam kết can thiệp điều trị MDD là các yếu tố đảm bảo rằng các quốc gia Đông Nam Á sẽ được chuẩn bị tốt để hỗ trợ những người bị ảnh hưởng bởi MDD.

Rào cản chính sách ở Đông Nam Á

1. Thiếu cơ sở hạ tầng chăm sóc sức khỏe tâm thần cơ bản
2. Trì hoãn thực hiện các biện pháp can thiệp thích hợp
3. Tác động không cân xứng đối với thể hệ trẻ

Gánh nặng về Rối loạn Trầm cảm Nặng ngày càng tăng ở Đông Nam Á

Giải pháp chính sách ở Đông Nam Á

1. Hướng dẫn dựa trên bằng chứng dành cho phổ MDD
2. Những mô hình chăm sóc mới khắc phục tính bất bình đẳng cố hữu
3. Chiến dịch toàn diện và đầu tư bao trả là những yếu tố cần thiết

Cùng với các đề xuất chính sách cụ thể theo từng quốc gia được cung cấp trong dữ liệu thống kê nhanh

► Viễn cảnh Đông Nam Á: Nhiều thách thức liên tiếp

Đông Nam Á phải đưa MDD vào các chiến lược chính sách mang sức khỏe cho tất cả mọi người

Đông Nam Á (SEA) đang thực hiện cuộc chuyển đổi nhiều tham vọng về chăm sóc sức khỏe. Đề xuất áp dụng và tối ưu hóa các Mục tiêu Phát triển Bền vững (SDG), chẳng hạn như mục tiêu số 3 cho UHC, nhằm mục đích tạo ra tầm nhìn sức khỏe cho tất cả mọi người, tạo khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và khả năng chi trả cho các nhóm dân số đáng kể trong khu vực.^[4] Tuy nhiên, sức khỏe tâm thần tốt là một lĩnh vực trước giờ bị bỏ quên trong chính sách. Nếu không tập trung nhiều hơn vào các điểm đặc biệt của bệnh tâm thần, rất có thể chương trình SDG sẽ bị hạn chế và không mang lại lợi ích như kế hoạch.

Tình hình chăm sóc sức khỏe tâm thần ở Đông Nam Á

Mặc dù UHC đưa ra nhiều dự định hành động đáng ngưỡng mộ cùng các chương trình chuyển đổi khác trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe của khu vực, các hệ thống chăm sóc sức khỏe ở Đông Nam Á thường xuyên bị thiếu hụt vốn, với mức phân bổ GDP khoảng 5% trở xuống (so với mục tiêu 10% do Tổ chức Hợp tác và Phát triển Kinh tế (OECD) đặt ra^[6]). Do đó, nguồn tài trợ cho lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần trong khu vực đặc biệt thấp, đặc biệt là khi so sánh với gánh nặng mà nó gây ra xét về Số năm Sống được Điều chỉnh theo Mức độ Bệnh tật (DALY).

Bảng xếp hạng dưới đây cung cấp số liệu so sánh về cách các quốc gia ở Đông Nam Á đang giải quyết nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần và bệnh trầm cảm của các quốc gia trong khu vực. Phạm vi chỉ số tương ứng với khả năng tiếp cận và khả năng chi trả của nguồn hỗ trợ:

	Gánh nặng ¹	Ngân sách ²	Bảo hiểm ³	Chính sách ⁴	Bác sĩ tâm thần ⁵
Singapore	9,4% ^[7]	\$40,0 ^{[8] [89]}	80% ^[14]	Có ^[18]	4,4 ^[22]
Malaysia	7,6% ^[7]	\$2,6 ^{[9] [89]}	Không áp dụng ⁶	Không ^[19]	1,0 ^[9]
Việt Nam	5,6% ^[7]	Không áp dụng	80% ^[16]	Không ^[20]	0,9 ^[23]
Thái Lan	6,3% ^[7]	\$1,5 ^[10]	100% ^[10]	Có ^[21]	1,3 ^[24]
Indonesia	5,0% ^[7]	\$1,1 ^{[11] [12]}	100% ^[17]	Không ^[19]	0,3 ^[17]
Philippines	4,7% ^[7]	\$0,1 ^[13]	100% ^[13]	Không ^[19]	0,5 ^[42]

Chú giải

- Sức khỏe tâm thần và rối loạn phát triển thần kinh dưới dạng tỷ lệ (%) DALY (2016)
- Chỉ tiêu bình quân đầu người hàng năm cho các dịch vụ liên quan đến chăm sóc sức khỏe tâm thần (2017-2020)
- Tỷ lệ % chi phí liên quan đến chăm sóc sức khỏe tâm thần đủ điều kiện được bảo hiểm chính phủ bồi hoàn (2017-2020)
- Chính sách về sức khỏe tâm thần của chính phủ có đề cập đến các chương trình MDD
- Số lượng bác sĩ tâm thần được đào tạo tính trên 100.000 dân (2017-2020)
- Mặc dù Malaysia không có chương trình hoàn trả quốc gia đối với các chi phí liên quan đến chăm sóc sức khỏe tâm thần, nhưng thay vào đó, quốc gia này áp dụng một cách tiếp cận khác trợ cấp nhiều cho chi phí tiền tự trả đối với tất cả bệnh nhân Malaysia tại các điểm phục vụ trong các cơ sở y tế công cộng, để từ đó họ chỉ phải trả các khoản phí điều trị danh nghĩa ^[25]

Mặc dù tất cả các quốc gia trong khu vực Đông Nam Á đã triển khai các chính sách sức khỏe tâm thần quốc gia, nhưng ngân sách dành cho lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần tính trên đầu người cho thấy lĩnh vực này chưa được chú trọng nhiều. Tệ hơn nữa, tỷ lệ bác sĩ tâm thần được đào tạo cho thấy những người mắc bệnh không thể nhận được sự giúp đỡ thích hợp.

Giải thích khái niệm phổ MDD với các phân nhóm bệnh lý

Để tăng cường hiểu biết về bệnh tâm thần, điều quan trọng là phải hiểu rằng căn bệnh này không phải là bệnh nguyên dạng. Cụ thể, chúng ta phải hiểu trầm cảm không phải chỉ là một loại

bệnh trạng, mà còn là một căn bệnh có nhiều hình thái. Mỗi phân nhóm có thể cần áp dụng các biện pháp can thiệp, phương pháp tiếp cận và những điều cần cân nhắc về khả năng chi trả khác nhau.

Sơ đồ biểu thị chín dấu hiệu chính của bệnh trầm cảm, do Hiệp hội Tâm thần học Hoa Kỳ (APA) đưa ra và được quốc tế chấp nhận,^[26] có thể được kết nối thành tính không đồng nhất của biểu hiện bệnh. Thông điệp dành cho các bên liên quan trong khu vực công và tư nhân là hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tâm thần được nhắm mục tiêu nhiều hơn.

Sau đây là 9 dấu hiệu đáng chú ý của Bệnh trầm cảm ^[26]



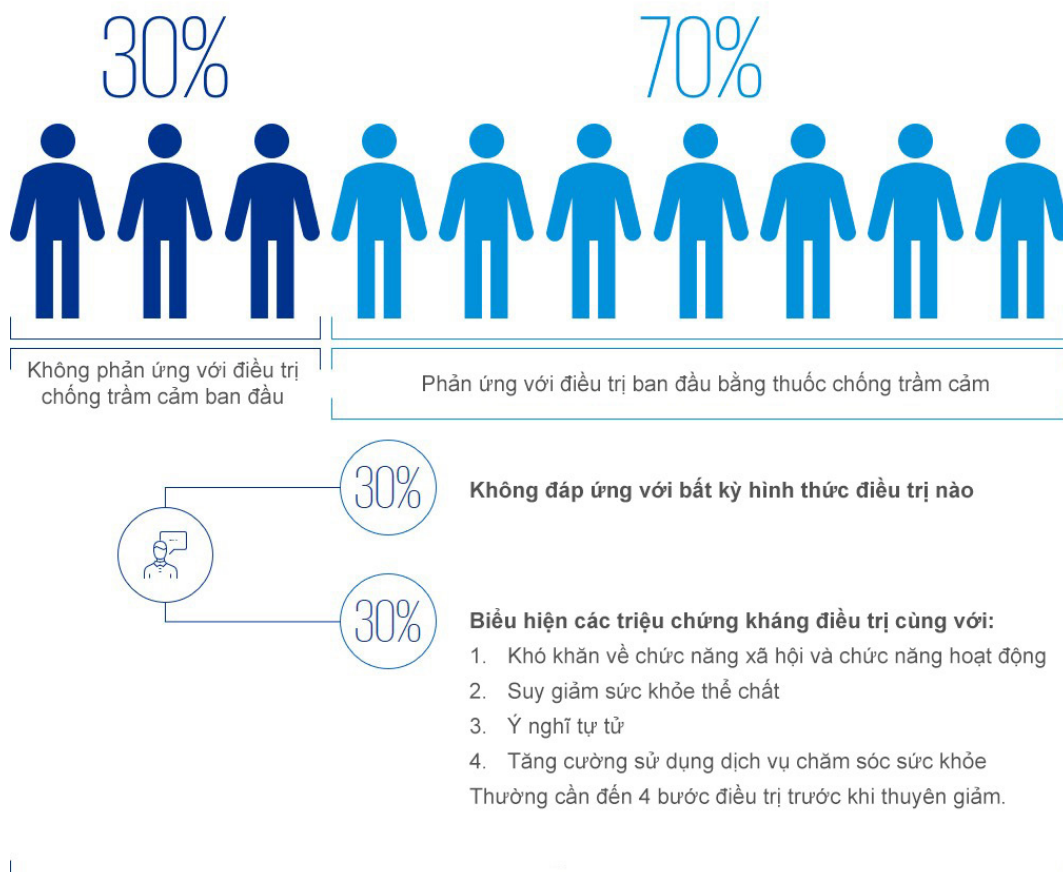
MDD, trọng tâm của báo cáo này, được định nghĩa là có ít nhất năm trong số chín triệu chứng được liệt kê ở trên trong hơn hai tuần, với mức độ nghiêm trọng ngày càng tăng.^[27] MDD từ lâu đã bị bỏ qua, mặc dù căn bệnh này khiến khoảng một triệu người trên thế giới mỗi năm tử vong.^[43] Thường được coi là một chứng rối loạn đồng nhất, các lộ trình điều trị MDD bao gồm điều trị tâm lý (ví dụ: Liệu pháp Hành vi Nhận thức (CBT)) đến điều trị được lý (ví dụ: thuốc chống trầm cảm như Thuốc ức chế Tái hấp thu Serotonin Chọn lọc (SSRI) đến thay đổi lối sống (ví dụ: chế độ ăn uống và tập thể dục).^[28] Những biện pháp can thiệp này thường được chỉ định kết hợp với nhau. Những ca bệnh nghiêm trọng nhất chắc chắn cần thực hiện các thủ thuật xâm lấn mức độ cao như Liệu pháp Sốc điện (ECT).^[26] Theo quan điểm của chúng tôi, sự thật là mỗi người mắc MDD đối mặt với một hình thái bệnh trạng duy nhất và đáp ứng với các biện pháp can thiệp theo cách thức khác nhau. Do đó, một số triệu chứng chính, so với những triệu chứng khác, có những biểu hiện đòi hỏi phải áp dụng các phương pháp điều trị mang tính cá nhân hóa hơn đối với các phân nhóm của bệnh MDD.

Hội chứng Trầm cảm Kháng Trị (TRD) – cuộc chiến phải bắt đầu ngay bây giờ

Hội chứng Trầm cảm Kháng Trị (TRD), phân nhóm của MDD, được định nghĩa là kết quả không thành công của hai phương pháp điều trị bằng thuốc với liều lượng thích hợp, trong thời gian 4-8 tuần được bệnh nhân tuân thủ đầy đủ, trong giai đoạn trầm cảm nặng.^[29] Những người mắc TRD có tỷ lệ tái phát bệnh cao và không đáp ứng tốt với các phương pháp điều trị chống trầm cảm. Trong nghiên cứu của chúng tôi ở khu vực Châu Á - Thái Bình Dương, cộng đồng chuyên gia chăm sóc sức khỏe mà chúng tôi đã khảo sát cho biết rằng có tới 40% bệnh nhân mắc MDD có xu hướng tái phát bệnh sau vòng dùng thuốc đầu tiên và 90% có tỷ lệ đáng báo động sau vòng dùng thuốc thứ hai.^[19] Những người mắc TRD có thể cảm thấy không khỏe trong thời gian dài, dẫn đến cảm giác vô vọng và tăng khả năng tự làm hại bản thân. Chúng tôi ước tính rằng 30% người mắc TRD sẽ cố gắng tự tử ít nhất một lần.^[45]

Trong báo cáo này, chúng tôi kêu gọi các nhà hoạch định chính sách Đông Nam Á hiểu được những điểm khác biệt giữa MDD và TRD, cũng như quy mô tác động liên quan từ bệnh trạng đó, và do đó cần có các hình thức can thiệp thay thế cho những người mắc TRD.

Trong số những người tiếp nhận điều trị ^[30]



Rối loạn Trầm cảm Nặng (MDD) ^[31]

Là chứng rối loạn tâm thần có đặc điểm là “tâm trạng chán nản, giảm hứng thú hoặc niềm vui rõ rệt trong tất cả các hoạt động phải kéo dài ít nhất hai tuần”

So với

Hội chứng Trầm cảm Kháng Trị (TRD) ^[30]

Một phân nhóm của MDD, được định nghĩa là có kết quả không thành công của cả hai phương pháp điều trị bằng thuốc với liều lượng thích hợp, trong thời gian 4-8 tuần, và tuân thủ đầy đủ, trong giai đoạn trầm cảm nặng

AD thứ nhất



AD thứ hai



AD thứ nhất

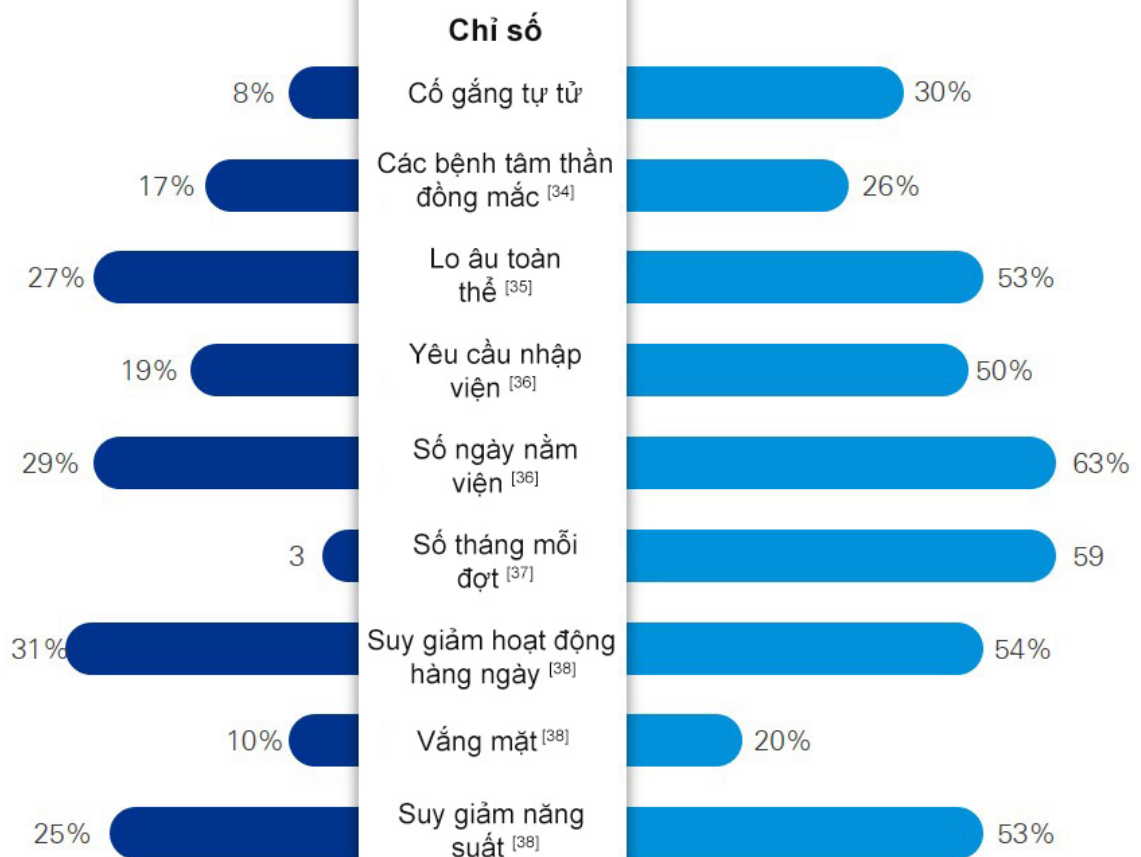


AD thứ hai



Bệnh nhân mắc MDD không phải TRD

Bệnh nhân mắc TRD



Phương pháp điều trị phổ biến cho những người mắc TRD là tiếp tục chế độ dùng thuốc chống trầm cảm, thường kèm theo việc thay đổi loại thuốc hoặc liều lượng. Trong một số trường hợp, có thể quan sát thấy tình hình cải thiện khi sử dụng thuốc giúp ổn định tâm trạng hoặc thuốc chống rối loạn tâm thần. Trong những ca bệnh nặng nhất, bệnh nhân được gửi đến đơn vị thực hiện ECT, một phương pháp điều trị tâm thần sử dụng các dòng điện thấp truyền qua não để tạo ra cơn co giật ngắn với hy vọng thay đổi chất hóa học của não và do đó giảm thiểu nguy cơ tự tử.^[40] Tuy nhiên, phương pháp điều trị này mang lại những rủi ro như mất trí nhớ. Khi hiểu rõ hơn về lộ trình TRD, các bên liên quan cần quan tâm và hỗ trợ những người chưa được đáp ứng nhu cầu đầy đủ, tạo ra khả năng tiếp nhận các biện pháp can thiệp mới ở Đông Nam Á.

MDD với Ý định Tự tử (MDSI) – trận chiến cần được tách riêng

Cứ 40 giây lại có một vụ tự tử xảy ra trên thế giới và theo WHO, đây là nguyên nhân thứ hai gây tử vong ở những người trong độ tuổi từ 15 đến 29.^[46] MDD với Ý định Tự tử, gọi tắt là MDSI, là biểu hiện nghiêm trọng hơn liên quan đến các kế hoạch chủ động tự tử hoặc suy nghĩ tự tử về việc muốn chết.^[47] Tự tử là một chủ đề rất nhạy cảm có nhiều kỳ thị và chúng tôi nhận thấy rằng quan điểm về MDSI ở các quốc gia Đông Nam Á rất khác nhau.

Dựa trên kết quả quan sát thu thập được trong năm 2021, tỷ lệ bệnh nhân MDSI trong số những bệnh nhân sống chung với MDD có thể cao tới 21% ở Đông Nam Á. Đa số là thành viên của tầng lớp lao động trong độ tuổi từ 20-40 tuổi, trong đó phần lớn là nữ giới.^[44] Tuy nhiên, dữ liệu có khả năng biến đổi: MDSI phổ biến hơn ở nhóm dân số tương đối trẻ ở Việt Nam và Singapore, trong khi ở Thái Lan, nam giới bị ảnh hưởng theo tỷ lệ không cân

đối. Tuy nhiên, trong hầu hết các trường hợp, MDSI dẫn đến tỷ lệ nhập viện rất cao và do đó sử dụng nhiều hơn các nguồn lực chăm sóc sức khỏe.^[44]

	Tỷ lệ mắc MDSI cấp tính (% bệnh nhân mắc MDD)	MDSI - % nhập viện tại các cơ sở công và tư nhân
Quốc gia		
Singapore	5%	65%
Malaysia	7%	45%
Việt Nam	21%	93%
Thái Lan	5%	82%
Indonesia	8%	61%
Philippines	16%	28%

Mức độ MDD và các phân nhóm của bệnh ngày càng tăng sẽ tiếp tục tiêu tốn các nguồn lực hữu hạn được phân bổ cho lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần ở Đông Nam Á. Để giải quyết những vấn đề này, cần phải xem xét các rào cản chính sách ngăn cản tiến độ hiểu biết và tìm giải pháp điều trị MDD.

Rào cản chính sách MDD số 1 ở Đông Nam Á: Thiếu cơ sở hạ tầng chăm sóc sức khỏe tâm thần cơ bản

Chăm sóc sức khỏe là một lĩnh vực khẩn thiết và hướng đến con người. Đại dịch COVID-19 đang diễn ra đã thúc đẩy tăng cường việc làm trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe,^[39] thu hút sự quan tâm giúp đỡ các thành viên trong xã hội và trở thành một phần của “điều tốt đẹp hơn”. Tuy nhiên, chúng tôi vẫn thiếu khoảng năm triệu nhân lực lao động chăm sóc sức khỏe tối ưu ở Đông Nam Á,^[41] và có khả năng sẽ không bao giờ có thể cung cấp đầy đủ các nguồn lực từ phía nguồn cung để phù hợp với nhu cầu gia tăng trong lĩnh vực này.

Sự thiếu hụt này là do một số yếu tố riêng biệt. Thứ nhất là, trong mắt mọi người, nhân viên chăm sóc sức khỏe tâm thần ở Đông Nam Á chỉ đơn giản là không có cùng địa vị xã hội như các đồng nghiệp của họ trong các lĩnh vực khác. Thông qua nghiên cứu của mình, chúng tôi đã nghe được ý kiến từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác nhau trên các thị trường khác nhau, đó là nhận thức lựa chọn ngành chăm sóc sức khỏe tâm thần làm nghề nghiệp vẫn chưa được đánh giá cao. Ở hầu hết

các quốc gia, sinh viên y khoa tốt nghiệp được tự do lựa chọn chuyên ngành mà họ yêu thích, thay vì được chỉ định dựa trên nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân, điều này càng làm trầm trọng thêm công tác tuyển dụng lao động vào lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Theo đó, số lượng bác sĩ tâm thần được đào tạo ở Đông Nam Á thấp hơn nhiều so với khuyến nghị của WHO là 10,0 chuyên gia tính trên 100.000 dân^[54]. Theo dữ liệu ở bảng trên, Philippines, Việt Nam, Thái Lan, Malaysia và Indonesia trung bình có khoảng 1,0 hoặc chưa đến 1,0 chuyên gia tính trên đầu người; Singapore có số lượng nhỉnh hơn một chút là 4,4. Tuy nhiên, chúng tôi lưu ý rằng có nhiều kế hoạch để giải quyết tình trạng thiếu hụt này: ví dụ, ở Singapore, có kế hoạch đào tạo chéo ở cấp chăm sóc chính để xác định và phân loại bệnh tâm thần; tương tự ở Malaysia, nỗ lực mở rộng năng lực hỗ trợ bao gồm khuôn khổ hợp tác tốt hơn giữa các Bộ và liên quan đến cộng đồng đồng học thuật.

Trừ khi các chương trình bảo hiểm được tăng cường và các hình thức can thiệp mới hơn được xem xét, sự phân chia giữa nông thôn và thành thị ở Đông Nam Á sẽ khiến những nỗ lực mở rộng quy mô nguồn lực này trở nên vô nghĩa. Theo ý kiến của chúng tôi, việc phân loại ở cấp độ chăm sóc chính, dấu hiệu xác nhận thiết kế UHC thành công, chỉ hiệu quả như giới thiệu lộ trình liên tục đối với các trường hợp cần hỗ trợ nâng cao hơn, cũng như tình huống với MDD và các phân nhóm, như TRD và MDSI. Trên thực tế, ở tất cả các quốc gia Đông Nam Á, cơ sở vật chất, các chuyên gia và hướng dẫn về bệnh tâm thần nặng đều hạn chế, đặc biệt là ở các cộng đồng không thuộc thành thị và mặc dù có

tỷ lệ người mắc bệnh lớn, sẽ vẫn là hiện thực trong tương lai gần trừ khi thực hiện hành động.

Chỉ riêng công cụ “kỹ thuật số” không thể vượt qua thách thức về nguồn lực chăm sóc sức khỏe tâm thần, vì Đông Nam Á vẫn thiếu một số cơ sở hạ tầng cần thiết. Ví dụ: ở Philippines, không có cơ quan đăng ký hồ sơ bệnh nhân mắc bệnh tâm thần, cũng như không có các hệ thống tích hợp thu thập các điểm dữ liệu khác nhau.^[19] Ở Malaysia, có các hệ thống khác nhau được sử dụng để can thiệp điều trị bệnh tâm thần trên toàn quốc.^[19]

Rào cản chính sách MDD số 2 ở Đông Nam Á: Tri hoãn thực hiện các biện pháp can thiệp thích hợp

Mặc dù có khả năng các chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần ở Đông Nam Á cũng như dữ liệu MDD (chẳng hạn như dữ liệu chẩn đoán các xu hướng và hiểu biết về dịch tễ học) sẽ tăng cao, nhưng chắc chắn rằng những kỳ thị liên quan đến căn bệnh này sẽ gây bất lợi cho tiến bộ điều trị bệnh. Sự thiếu hiểu biết về MDD và các phân nhóm gắn chặt với tín ngưỡng văn hóa và tôn giáo, và hiện diện ở mọi cấp độ xã hội. Điều này dẫn đến chậm trễ tìm kiếm sự trợ giúp và chậm được điều trị bằng các biện pháp can thiệp thích hợp nhất hiện có.

Những kỳ thị xã hội mà người mắc MDD không mong muốn, hiện vẫn còn phổ biến. Nam giới, những người được mong đợi sống theo một số tiêu chuẩn xã hội, phải đối mặt với nhiều áp lực nhất. Tại Việt Nam, nghiên cứu thực tế của chúng tôi cho thấy nam giới cảm thấy cần duy trì sự ổn định trong gia đình hơn là tìm kiếm sự giúp đỡ. Ở Indonesia vẫn tồn tại một tập tục phân biệt đối xử được gọi là Pasung (hoặc “xiềng xích”), theo đó những người mắc bệnh tâm thần bị hạn chế về thể chất, mặc dù tập tục này đã bị cấm từ năm 1977^[50]. Chính phủ ước tính rằng khoảng 57.000 người khuyết tật về mặt tâm lý - xã hội, đặc biệt là ở các cộng đồng nông thôn, “sống trong sự trói buộc” (chỉ 2.000 trường hợp được báo cáo mỗi năm)^[50]. Ở Malaysia, MDD được coi là nỗi xấu hổ cho gia đình của người mắc bệnh, họ coi đó là dấu hiệu của sự yếu kém cá nhân.^[19]

Tiến sĩ Feisul Idzwan Mustapha, Phó Giám đốc Kiểm soát Dịch bệnh thuộc Bộ Y tế Malaysia cho biết: “Mắc bệnh MDD được coi là đi ngược lại các lý tưởng tôn giáo trong một số cộng đồng. Hành vi như vậy càng làm tăng thêm sự kỳ thị về bệnh tật và ngăn cản việc điều trị thích hợp”. Tiến sĩ Pichai Ittasakul, bác sĩ tâm thần ở Thái Lan, cho biết thêm: “Với những kỳ thị vẫn còn tồn tại trong xã hội, hầu hết mọi người chỉ nhận ra chứng trầm cảm phổ biến, thay vì toàn bộ phổ bệnh”.

Ở Singapore, nhân viên thường giấu bệnh trạng của mình với ông chủ của họ vì lo ngại sẽ cản trở thăng tiến nghề nghiệp.^[19] Về một điểm liên quan, Nghiên cứu Sức khỏe Tâm thần Singapore năm 2016 cho thấy phần lớn những người gặp vấn đề về cảm xúc, lo lắng và các rối loạn liên quan, chẳng hạn như lạm dụng chất gây nghiện, không được điều trị cho bệnh trạng^[48].

Tỷ lệ không được điều trị MDD, được định nghĩa là số người cần giúp đỡ so với những người thực sự được giúp đỡ, là 73%^[49]. Điều nghịch lý là nghiên cứu đã cho thấy rằng những người đang làm việc hoặc có trình độ học vấn cao hơn trong các xã hội Đông Nam Á ít có khả năng tìm cách điều trị bệnh tâm thần của họ^[49], thể hiện nhu cầu mạnh mẽ về các chiến dịch nâng cao hiểu biết nhằm mục tiêu hơn ở nơi làm việc và môi trường giáo dục.

Rajakanth Raman, người phát ngôn hàng đầu cho các nỗ lực ủng hộ bệnh nhân ở Singapore, cho biết: “Các mô hình hỗ trợ chủ sử dụng lao động và đồng cảm với lực lượng lao động chưa được thiết lập. Mặc dù một số chủ sử dụng lao động có các chương trình thuộc Trách nhiệm Xã hội của Doanh nghiệp (CSR), nhiều công ty quy mô vừa và nhỏ vẫn thiếu nguồn lực”. Nhiều bên liên quan nói chuyện với chúng tôi cho biết mọi người thiếu khả năng truy cập thông tin hoặc các phương án điều trị can thiệp được cung cấp mang tính khoa học và kỹ thuật cao, khó có thể dễ dàng hiểu được.

Tác động thứ yếu của thái độ kém dành cho người mắc MDD thậm chí còn có hại hơn – những người có thể tìm kiếm các lựa chọn điều trị thay thế. Tình trạng này đặc biệt phổ biến ở các vùng nông thôn, nơi có trình độ hiểu biết về sức khỏe thấp. Ví dụ: ở Indonesia, bệnh nhân thường đến thăm khám với “dukuns” (người chữa bệnh bằng tâm linh) như một lựa chọn đầu tiên, đặc biệt là vì thiếu các trung tâm chăm sóc sức khỏe chính thức hoặc các chuyên gia được đào tạo^[50]. Đối với những bệnh nhân này, các biện pháp điều trị bằng thảo dược rất phổ biến. Ngoài ra, việc tự điều trị và các hình thức của Y học Cổ truyền Trung Quốc (TCM), chẳng hạn như các loại thảo mộc và châm cứu, cũng phổ biến^[51]. Vấn đề này cũng xảy ra ở Singapore, ngay cả khi có hệ thống UHC mạnh mẽ và trình độ hiểu biết về chăm sóc sức khỏe tương đối cao - tỷ lệ sử dụng TCM áp dụng cho lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần, ở mức 17% trong tổng số, cao gấp bốn lần so với mức trung bình trên toàn thế giới^[52]. Mặc dù chúng ta không tranh luận ủng hộ hay phản đối giá trị của những biện pháp can thiệp trong báo cáo này, nhưng rõ ràng là có rủi ro cho các nhà hoạch định chính sách Đông Nam Á trong việc không quản lý đúng cách các lộ trình chăm sóc, đặc biệt là đối với những bệnh nhân chịu ảnh hưởng nặng nề hơn bởi MDD.

Rào cản chính sách số 3 ở Đông Nam Á: Tác động không cân xứng đối với thế hệ trẻ

Trẻ em và thanh thiếu niên là nhóm đối tượng chính mắc MDD, với tỷ lệ chẩn đoán tăng cao nhất trong khu vực. Ở Singapore, ước tính có khoảng 18%, nói cách khác là gần 1/5 tổng số thanh niên được chẩn đoán mắc chứng trầm cảm, trong đó phần lớn là những người mắc MDD.^[63] Một nghiên cứu ở Malaysia cho thấy 424.000 trẻ em đã từng mắc bệnh tâm thần.^[67] Tại Thái Lan, 33,6% số lượt tư vấn chăm sóc sức khỏe tâm thần trong sáu tháng đầu năm 2019 tương ứng với những người từ 11-25 tuổi, tăng so với những năm trước. Tỷ lệ tự tử cũng đã tăng 8%, nâng tổng số lên 5,33 trên 100.000 người trong độ tuổi từ 20-24.^[69]

Khi dịch bệnh COVID-19 diễn ra, dân số phải chịu rất nhiều căng thẳng về tinh thần, vì thiệt hại kinh tế ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày và mọi người không thể tương tác xã hội với gia đình và bạn bè. Điều này sẽ dẫn đến nhiều vấn đề liên quan đến sức khỏe tâm thần hơn. Tại Philippines, đường dây nóng chăm sóc sức khỏe tâm thần quốc gia hiện nhận được trung bình từ 32-37 cuộc gọi mỗi ngày, so với khoảng 15 cuộc gọi trước khi đại

dịch diễn ra.^[61] Đồng thời, các trường hợp tử vong do tự tử ở Philippines tăng 25,7 trường hợp trong giai đoạn 2019-2020.^[62] Tại Singapore, Hiệp hội Sức khỏe Tâm thần Singapore đã chứng kiến các cuộc gọi đến đường dây nóng tăng 50% trong thời gian gần đây.^[63] Ở Malaysia, nhiều đợt phong tỏa đã gây ra tình trạng bức bối về tinh thần, mất thu nhập và lo sợ về sự an toàn, dẫn đến gần 500 trường hợp cố gắng tự tử trong thời gian 6 tháng, lập kỷ lục ở quốc gia này.^[64] Do xu hướng của những hoạt động này gia tăng ảnh hưởng đến các thế hệ trẻ, Đông Nam Á có nguy cơ ảnh hưởng đến toàn bộ thế hệ tương lai nếu không có hành động thích hợp.

Để giải quyết chi phí gia tăng liên quan đến MDD và các bệnh trạng phân nhóm như TRD và MDSI, chúng ta cần học hỏi từ các hoạt động thực tiễn tốt nhất trên toàn cầu và các giải pháp chiến thuật. Tiếp theo, chúng ta sẽ khám phá những phát hiện và các trường hợp sử dụng liên quan.

Những điểm rút ra chính từ Phần 4

1

Sự kỳ thị của xã hội dành cho người mắc MDD, sự thiếu hiểu biết từ bệnh nhân và cộng đồng, cũng như chẩn đoán chưa đúng về tình trạng bệnh là một vấn đề lớn liên quan đến sức khỏe trong cộng đồng.

2

Thiệt hại kinh tế trực tiếp và gián tiếp của MDD và các tác động liên quan như tự tử sẽ khiến chính phủ ở các quốc gia Đông Nam Á nhìn nhận lại tình hình phân bổ nguồn lực không đủ.

3

Tình trạng cơ sở hạ tầng chưa được hiện đại hóa, các mô hình hỗ trợ không theo định hướng cộng đồng và chưa có mạng lưới giới thiệu chuyên gia đòi hỏi sự can thiệp nhiều hơn của chính sách để giúp đỡ những đối tượng có nhu cầu.



Viễn cảnh Đông Nam Á: Các chính sách hướng đến tương lai hỗ trợ nhiều hơn cho những người mắc MDD

Các công cụ đã sẵn sàng, bây giờ đã đến lúc tập hợp các thành phần chính sách và đưa vào triển khai áp dụng

Việc tăng cường tập trung vào chăm sóc sức khỏe, sức khỏe tâm thần tốt và thậm chí cả việc nhận biết tỷ lệ chẩn đoán MDD, do đại dịch COVID-19, có thể được coi là động lực tích cực. Sau khi nâng cao hiểu biết, các chính phủ với tư duy tiên tiến có thể nắm bắt chiến lược theo thể hệ thống qua các chính sách phù hợp với mục đích, chính sách mang sức khỏe cho tất cả mọi người.

Phần này giúp chúng ta khám phá các giải pháp chính sách để giải quyết các vấn đề đã nêu ở phần trên trong tài liệu này. Chúng tôi xin nêu ra ba khả năng chính: cách tiếp cận các chính sách về MDD dựa trên bằng chứng, các mô hình chăm sóc mới và tạo năng lực cho các chương trình bảo hiểm cải thiện. Trong các dữ liệu thống kê nhanh ở từng quốc gia sau đây, chúng tôi sử dụng các chính sách này để đưa ra các đề xuất riêng.

Giải pháp chính sách MDD số 1 ở Đông Nam Á: Hướng dẫn dựa trên bằng chứng dành cho phổ MDD

Cách tiếp cận MDD ở Đông Nam Á vẫn còn quá chung chung, trong đó bệnh trầm cảm được chẩn đoán và điều trị một cách mơ hồ. Chúng tôi tin rằng khi áp dụng các quy trình quốc tế có sẵn để chẩn đoán trên phổ MDD, cũng như đo lường mức độ thành công của các kết quả liên quan đến các biện pháp can thiệp hiệu quả, điều này sẽ mang lại lợi ích cho các quốc gia Đông Nam Á.

Về mặt chẩn đoán, hầu hết các quốc gia ở Châu Á - Thái Bình Dương đều sử dụng Hướng dẫn Chẩn đoán và Thống kê về Rối loạn Tâm thần (DSM-V), mặc dù quá trình áp dụng và mức độ nghiêm ngặt vẫn còn nhiều điểm khác biệt đáng chú ý. Trong danh mục bệnh trầm cảm, có sẵn các công cụ như Thang đo Mức độ Trầm cảm Montgomery-Asberg (MADRS), Thang đánh giá Trầm cảm Hamilton, Bộ câu hỏi Mức độ Trầm cảm Beck – Màn hình Nhanh (BDI FS) và Thang đo Đánh giá Trầm cảm ở Người già (GDS).

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã giành nhiều sự quan tâm đến khu vực Đông Nam Á ở khía cạnh triển khai các giao thức của Chương trình Hành động Thu hẹp Khoảng cách Sức khỏe Tâm thần (mhGAP) nhằm tạo điều kiện đào tạo cho các nhân viên chăm sóc sức khỏe tâm thần liên kết ở những khu vực có nguồn lực thấp, cũng như cải thiện khả năng xác định bệnh tâm thần trong cộng đồng.^[58] WHO thậm chí còn đang cố gắng chuyển đổi hệ thống kiểm tra mức độ trầm cảm cần chăm sóc chính vào khu vực Đông Nam Á, theo quá trình phát triển tương tự ở các nước khác như Bangladesh và Nepal.^[59]

Về hướng dẫn điều trị ở khu vực Đông Nam Á, chúng tôi quan sát thấy có những cách tiếp cận kết hợp với nhau. Ở Singapore, Bộ Y tế đã xuất bản tài liệu hướng dẫn thực hành lâm sàng vào năm 2004, cung cấp các giao thức dựa trên bằng chứng để quản lý bệnh nhân trầm cảm, đồng thời bao gồm tất cả các khía cạnh của quá trình chăm sóc liên tục, từ đánh giá lâm sàng đến các nguyên tắc điều trị áp dụng cho các biện pháp can thiệp khác nhau. Các loại thuốc mới thường được đánh giá và phê duyệt về tính phù hợp của thuốc.

Malaysia cũng đã khá tiến bộ trong việc triển khai các hướng dẫn như vậy. Theo Đạo luật Sức khỏe Tâm thần năm 2001, các quy định rõ ràng đã được thiết lập cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần bao gồm các cơ sở khu vực công cũng như khu vực tư nhân, trong đó có các nhà điều dưỡng tâm thần và các trung tâm chăm sóc trong cộng đồng. Năm 2019, Bộ Y tế ban hành hướng dẫn quản lý MDD và TRD^[60], chỉ rõ những lộ trình tiếp cận của bệnh nhân và khả năng chi trả cho các phương pháp điều trị. Để hỗ trợ điều này, ấn bản thứ 5 của Danh sách Thuốc Thiết yếu Quốc gia đã được xuất bản vào năm 2019 và nhằm cung cấp các loại thuốc chất lượng cao, dễ tiếp cận và có giá cả phải chăng cho người dân. Phạm vi bảo hiểm mở rộng đến các loại thuốc cần thiết để điều trị sức khỏe tâm thần và cả các chứng rối loạn trầm cảm^[67]. Theo cộng đồng bác sĩ tâm thần mà chúng tôi đã nói chuyện ở Malaysia, những nỗ lực như vậy giúp thúc đẩy cải thiện tính nhất quán trong chất lượng dịch vụ chăm sóc được cung cấp.

Ở Thái Lan, một trong những quốc gia có tỷ lệ chẩn đoán mắc MDD cao nhất trong khu vực, chính phủ cũng đang nỗ lực thiết lập hệ thống giám sát dựa trên bằng chứng triển khai trên toàn quốc liên quan đến MDD và các bệnh lý phân nhóm như MDSI. Hệ thống bao gồm công cụ khảo sát hai câu hỏi được triển khai thông qua những buổi khám sàng lọc cấp cộng đồng, sau đó sử dụng thang điểm chín câu hỏi để đánh giá mức độ nghiêm trọng của MDD, đặc biệt chú ý đến các trường hợp tái bệnh và tự tử. Đến thời điểm hiện tại có hơn 14 triệu người đã được khám sàng lọc^[68]. Hệ thống bảo hiểm y tế của Thái Lan bảo hiểm cho cả thuốc điều trị sức khỏe tâm thần. Tuy nhiên, vẫn còn có những hạn chế về nguồn cung cấp thuốc điều trị MDD, đặc biệt là tại các bệnh viện tuyến quận.^[69]

Các quốc gia hoặc tiểu vùng lãnh thổ khác trong khu vực Đông Nam Á có thể học hỏi từ các thực hành tốt nhất trong khu vực và quốc tế. Ví dụ ở Việt Nam, tình trạng thiếu cơ sở hạ tầng chăm sóc sức khỏe tâm thần, bao gồm các chuyên gia tâm thần và trị liệu tâm lý, khiến việc áp dụng các hướng dẫn không mang lại hiệu quả như mong đợi.^[19] Với hầu hết các trường hợp mắc bệnh tâm thần thuộc loại trầm cảm và tâm thần phân liệt, nguồn lực hữu hạn và hạn chế khả năng điều trị mới có thể có quy mô phù hợp, kèm theo các hướng dẫn, khả năng tiếp cận và đầu tư hiện đại hơn.

Bây giờ là thời điểm thích hợp để điều chỉnh các thực hành của Đông Nam Á theo các tiêu chuẩn quốc tế. Khi những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị phát triển, các hướng dẫn này sẽ cho phép các nhà hoạch định chính sách Đông Nam Á tạo ra các lộ trình quan trọng cho khả năng tiếp cận và khả năng chi trả cho các biện pháp can thiệp cần thiết.

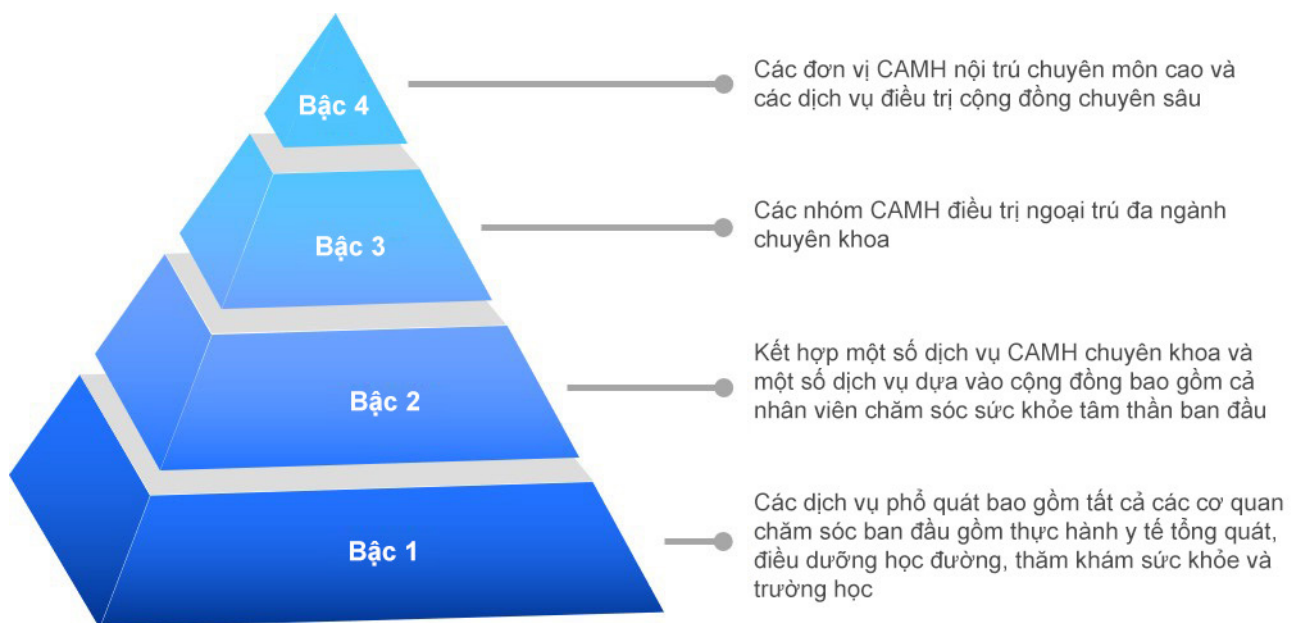
Giải pháp chính sách MDD số 2 ở Đông Nam Á: Những mô hình chăm sóc mới khắc phục tính bất bình đẳng cố hữu

Vấn đề đặt ra về chẩn đoán và chăm sóc người mắc MDD ở Đông Nam Á đó là cần phải xem xét các mô hình chăm sóc mới hơn giữa các cơ sở chăm sóc tương đương, tham khảo ý tưởng để tạo ra cơ cấu hỗ trợ tốt hơn. Thời gian thực hiện phù hợp với các quá trình chuyển đổi chăm sóc sức khỏe trên quy mô rộng ở Đông Nam Á.

Một giải pháp được đưa ra, đó là cải thiện quá trình phối hợp chăm sóc giữa cộng đồng và các trung tâm chuyên khoa, đáp ứng các nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần. Chúng tôi xin nhấn mạnh rằng mô hình này không chỉ đơn giản là phân đổi – vai trò của những người chăm sóc trong cộng đồng là can thiệp sớm hơn và tránh để tình trạng của bệnh nhân mắc MDD trở nên xấu đi. Các cơ sở chăm sóc tâm thần chuyên khoa và chính thức, được hỗ trợ bởi mạng lưới giới thiệu điều trị mạnh mẽ thông qua

các trung tâm cộng đồng, vẫn đóng vai trò rất quan trọng trong việc chăm sóc bệnh nhân mắc các dạng MDD nặng hơn.

Ví dụ ở trên là cơ cấu Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần Trẻ nhỏ & Trẻ vị thành niên (CAMHS) được Cơ quan Y tế Quốc gia Vương quốc Anh (NHS) sử dụng^[71]. CAMHS triển khai hệ thống phân cấp cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần trong cộng đồng, tiến hành chẩn đoán dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần ở một ngưỡng cụ thể (Bậc 2 trong mô hình này yêu cầu các bác sĩ chuyên khoa đến cơ sở chăm sóc chính để hỗ trợ). Ở tuyến trên, các đội ngũ đa ngành được triển khai, phối hợp với nhau để chuyển bệnh nhân đến các cơ sở chuyên khoa hoặc cơ sở cấp ba, đặc biệt trong những trường hợp có ca bệnh nặng và dai dẳng, chẳng hạn như TRD.



Khi tiếp tục áp dụng các mô hình chăm sóc mới, cũng cần đề cập đến việc y tế số hóa đang ngày càng phát triển ở Đông Nam Á. Việt Nam đã hoàn thành dự án thí điểm kéo dài hai tháng trong thời gian diễn ra đại dịch COVID-19 nhằm kết nối 1.000 trung tâm y tế nông thôn với các dịch vụ tư vấn từ xa trong phạm vi sáng kiến chuyển đổi số quốc gia^[74]. Dự án thí điểm cụ thể hướng đến mục tiêu điều trị các trạng thái bệnh phức tạp hơn cần có sự can thiệp của bác sĩ chuyên khoa, bao gồm cả nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần. Ngoài ra, chính phủ Philippines đã áp dụng cơ cấu tương tự, phê duyệt cho phép sử dụng phân phối thuốc và đơn thuốc điện tử. Điều này cho phép các cơ sở chăm sóc và nhà thuốc hợp tác chặt chẽ hơn với nhau để cung cấp dịch vụ hỗ trợ lấy bệnh nhân làm trung tâm, và chúng tôi tin rằng đây cũng là nền tảng tốt để hỗ trợ sức khỏe tâm thần.

Tất nhiên, những lộ trình giới thiệu điều trị hiệu quả hơn và việc tăng cường sử dụng các công cụ kỹ thuật số không có nghĩa là chúng ta có thể bỏ qua yếu tố con người. Trong ví dụ đề cập ở trên từ trường hợp của Philippines, số lượng nhân viên y tế trong cộng đồng có thể phục vụ những người mắc bệnh tâm thần đã tăng lên cùng với sự ra đời của các mô hình chăm sóc sức khỏe kỹ thuật số. Bộ Y tế đã tiến hành tập huấn cho các bác sĩ chăm sóc sức khỏe chính để nâng cao năng lực, cũng như tích lũy

thêm kinh nghiệm trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần. Đây là một trường hợp điển hình được các quốc gia khác trong khu vực tận dụng.

Để giải quyết tình trạng thiếu nhân lực y tế cũng đòi hỏi phải có các phương pháp tiếp cận sáng tạo. Ví dụ: một công ty chăm sóc sức khỏe đa quốc gia đã đầu tư 250 triệu đô la Mỹ cho tuyển dụng, đào tạo và giữ chân những nhân viên này.^[75] Trong quá trình nỗ lực, công ty đã hợp tác với các đối tác như WHO và UNICEF. Phương pháp tiếp cận của công ty này được mở rộng để cung cấp dịch vụ hỗ trợ sức khỏe tâm thần cho những người lao động này – công nhận vai trò quan trọng của sức khỏe tâm thần tốt trong hoạt động chăm sóc sức khỏe tổng quát.

Cuối cùng, cần phải tập trung vào cả giai đoạn đầu và cung cấp hỗ trợ phù hợp cho các trường hợp mắc MDD nghiêm trọng hơn. Tuy nhiên, khả năng tiếp cận và khả năng chi trả, cùng các vấn đề còn tồn tại về kỳ thị và các lộ trình bảo hiểm không rõ ràng có thể trở thành vấn đề khó giải quyết nếu tốc độ đổi mới vượt quá khả năng của hệ thống. Các chính sách phù hợp và hiện đại ở Đông Nam Á phải được khẩn trương áp dụng để đảm bảo rằng các mô hình chăm sóc mới đồng bộ với việc kêu gọi để có các hướng dẫn điều trị MDD dựa trên bằng chứng nhiều hơn.

Giải pháp chính sách MDD số 3 ở Đông Nam Á: Chiến dịch toàn diện và đầu tư bao trả là những yếu tố cần thiết

Hướng dẫn dựa trên bằng chứng và các mô hình chăm sóc mới mà mang đến cho những bệnh nhân được hỗ trợ phù hợp thông qua các chẩn đoán khác nhau liên quan đến MDD là hai động thái trong chính sách ở Đông Nam Á và hai động thái này có thể cải thiện trạng thái sự khỏe mạnh về tâm thần. Điều đáng tiếc là các chính sách như vậy có thể không hiệu quả nếu không có đủ kinh phí đầu tư vào các mô hình bao trả để trao quyền cho tham vọng mang sức khỏe cho tất cả mọi người.

Do đó, cần có các chương trình bao trả nâng cao dành cho người mắc MDD và các bệnh lý phân nhóm của MDD bao gồm các khoản đầu tư giáo dục chất lượng hơn cũng như các chương trình bồi hoàn chi phí điều trị ở tất cả các cấp. Một phần, điều này có nghĩa là chính phủ đầu tư đào tạo để nâng cao hiểu biết về MDD ở giai đoạn đầu đời. Hãy lấy Singapore làm ví dụ. Quốc gia này đã đổi mới chương trình Giáo dục Nhân cách và Tư cách Công dân (CCE) để triển khai áp dụng sau khi đại dịch COVID-19 diễn ra.^[76] Bộ Giáo dục sẽ phối hợp với Bộ Y tế để giảng dạy về sức khỏe tâm thần tốt trong các trường học, giúp học sinh hiểu rõ hơn về các triệu chứng bệnh thông thường và cách tìm kiếm nguồn lực để giúp đỡ chính mình và những người khác, cũng như xây dựng sự đồng cảm với những người đang

mắc bệnh. Ở Thái Lan vào năm ngoái, Bộ Sức khỏe Tâm thần, cùng với UNICEF, đã phát động chiến dịch “Âm thanh của Hạnh phúc” như một cơ chế đối phó dành cho trẻ vị thành niên.^[77] Podcast từ những người có tầm ảnh hưởng và chuyên gia thảo luận cởi mở về các bệnh trạng như MDD, đồng thời quảng bá các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần thân thiện với thanh niên cho những người có nhu cầu.

Các chiến dịch giáo dục dưới sự hướng dẫn thích hợp của chính phủ có thể tự liệt kê vào các mô hình chăm sóc mới. Tại Thái Lan, Knowing Mind (tổ chức chăm sóc sức khỏe tâm thần có trụ sở tại Thái Lan) và Love Frankie (cơ quan thay đổi xã hội) đang hợp tác với nhau trong nỗ lực tăng cường hiểu biết về sức khỏe tâm thần có tên “Unknown Together” để tổ chức các buổi thảo luận của hội đồng chuyên gia; quốc gia này sau đó đã chính thức hóa việc trao đổi thông tin về sức khỏe tâm thần của mình thông qua ứng dụng Kiểm tra Sức khỏe Tâm thần, được tài trợ bởi Sở Sức khỏe Tâm thần, Bộ Y tế Công cộng và Viện Tâm thần Somdet Chaopraya. Ở cấp độ chủ sử dụng lao động, Liên minh Ba bên về Thực hành Việc làm Công bằng và Tiến bộ (TAFEP), được hỗ trợ bởi sự thúc đẩy của xã hội dân sự, đã yêu cầu xóa các thông tin khai báo về bệnh tâm thần trong đơn xin việc.^[78]

Các chương trình bao trả tốt hơn và các chiến dịch nhằm mục tiêu song hành với nhau; sự hiểu biết rõ hơn về MDD thông qua các chương trình giáo dục dẫn đến việc sử dụng hiệu quả hơn các mạng lưới hỗ trợ chăm sóc sắp được thiết lập. Ví dụ như hiểu biết về mạng lưới Hiệp hội Hỗ trợ và Nhận thức Bệnh Tâm thần (MIASA) ở Malaysia đã thu hút sự chú ý của Tengku Puteri Iman Afzan, con gái của Vua Abdullah của Pahang, người bảo trợ hoàng gia của MIASA.^[19] Các đối tác mạng can thiệp của Samaritans ở Singapore, nhân vật truyền thông 987FM Sonia Chew, đã tìm cách tiếp cận những thanh niên có nguy cơ mắc bệnh ở giai đoạn sớm và tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình tìm kiếm sự giúp đỡ.^[79]

Việc phân bổ đầu tư cho lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần ở Đông Nam Á đang dưới mức chuẩn. Mặc dù nhiều dịch vụ và sản phẩm ngày càng được bao trả thông qua các chương trình bảo hiểm y tế quốc gia đang ngày càng được mở rộng, nhưng tỷ lệ bình quân đầu người (trung bình 1 đô la Mỹ/người và <1,0 bác sĩ tâm thần trên 100.000 người, như được trình bày trong bảng trước) kêu gọi tăng mức đầu tư so với nhu cầu của những người mắc MDD và các tác động kinh tế liên quan. Hiện nay là thời điểm thích hợp để hiện đại hóa các chính sách bao trả cho MDD và các chẩn đoán bệnh nhân mắc các chứng rối loạn này, để thiết lập các lộ trình tiếp cận cho tất cả bệnh nhân. Các nhà hoạch định chính sách Đông Nam Á có thể lưu ý từ một số quốc

gia hàng đầu ở Châu Á - Thái Bình Dương về các kế hoạch đầu tư phù hợp ([xem bài báo liên quan ở đây](#)). Ví dụ: chúng tôi nêu bật nước Úc về gánh nặng MDD DALY gần gấp đôi các quốc gia khác (một dấu hiệu cho thấy tình trạng kỳ thị giảm và kết quả chẩn đoán được cải thiện), phân bổ 400 đô la Mỹ trên đầu người cho chi phí chăm sóc sức khỏe tâm thần, bảo hiểm hoàn trả toàn bộ, 13,5 bác sĩ tâm thần trên 100.000 người và những nỗ lực cấp cơ sở để thúc đẩy các chiến dịch giáo dục và lộ trình tiếp cận điều trị ở tất cả các tầng lớp trong xã hội.^[80] Những nỗ lực như vậy thực sự mở đường cho việc phân bổ nguồn lực hướng tới hỗ trợ MDD và năng lực của các biện pháp can thiệp mới; các nhà hoạch định chính sách của Đông Nam Á có thể sử dụng các mô hình này làm điểm tham chiếu.

Chúng tôi tin tưởng các chủ đề giải pháp chính sách này cũng như các minh họa thực hành tốt nhất sẽ mang đến niềm hy vọng cho các nhà hoạch định chính sách Đông Nam Á. Chăm sóc sức khỏe tâm thần nằm trong tham vọng cải cách kinh tế xã hội và sức khỏe trên quy mô rộng hơn. Hãy để chúng tôi giải quyết trực diện các vấn đề. Một điều may mắn cho các nhà hoạch định chính sách Đông Nam Á đó là có rất nhiều ví dụ điển hình về các sáng kiến đang được tiến hành cả trong khu vực cũng như quốc tế. Bây giờ là lúc thích hợp để thiết lập các hành động chính sách.

Những điểm rút ra chính từ Phần 5

1

Mặc dù chúng tôi ghi nhận vai trò dẫn dắt của Đông Nam Á trong việc hướng sự tập trung nhiều hơn vào chủ đề chăm sóc sức khỏe tâm thần, nhưng cách tiếp cận MDD ở hiện tại vẫn còn quá chung chung.

2

Chúng tôi kêu gọi xem xét các mô hình chăm sóc mới nên triển khai, chẳng hạn như cải thiện sự phối hợp giữa cộng đồng và các trung tâm chuyên khoa ở các quốc gia.

3

Để triển khai các mô hình nói trên, cần phải tăng mức đầu tư và các chương trình bao trả nâng cao, đặc biệt là nhằm vào hoàn trả chi phí điều trị và nâng cao công tác giáo dục.

► Con đường phía trước

Mặc dù chúng tôi rất khen ngợi các nhà hoạch định chính sách Đông Nam Á đã thúc đẩy các chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần toàn diện, bao gồm cả trong một số trường hợp được công nhận cụ thể về MDD và các bệnh lý phân nhóm của MDD, tuy nhiên vẫn còn rất nhiều việc cần làm. Chủ đề này chưa bao giờ thu hút sự chú ý nhiều hơn lúc này do xuất hiện các yếu tố gây căng thẳng liên quan đến COVID-19; tuy nhiên, cùng với đó, nếu không hành động ở giai đoạn này cũng có thể dẫn đến hậu quả nghiêm trọng.

Trong phần tiếp theo với dữ liệu thống kê nhanh ở từng quốc gia, chúng tôi sẽ cung cấp các đề xuất chính sách riêng để các nhà hoạch định chính sách Đông Nam Á xem xét trước. Chúng tôi kết thúc phần này ở đây với tầm nhìn về tương lai mà chúng ta đang thực hiện như ngày hôm nay hoặc một tầm nhìn khác trong đó các hướng dẫn hiệu quả về MDD, các mô hình chăm sóc và chương trình bao trả được áp dụng. Chúng ta sẽ cố gắng tạo ra giá trị kế thừa cho thế hệ mai sau để không ai bị bỏ lại phía sau trong nỗ lực hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Tốt	Bước	Tốt hơn
Fazilah bị trầm cảm, nhưng cô ấy nghĩ rằng mình chỉ mệt mỏi vì công việc.	1	Fazilah bị trầm cảm, và cô ấy nghi ngờ rằng mình mắc một trong các chứng trầm cảm sau khi xem quảng cáo trên tàu về bệnh tâm thần.
Cô ấy không nói cho gia đình hoặc chủ sử dụng lao động của mình biết vì cô ấy sợ bị phân biệt đối xử.	2	Cô ấy nói với gia đình về cảm xúc của mình, và họ khuyến khích cô tìm kiếm sự giúp đỡ từ trung tâm cộng đồng đã được đào tạo về bệnh tâm thần.
Cô ấy đã nghe về những người chữa bệnh truyền thống, họ sử dụng thuốc thảo dược để chữa tình trạng rối loạn tâm linh, và đến gặp một người trong số họ.	3	Nhân viên xã hội tại trung tâm cộng đồng đã đưa cho cô ấy một tờ rơi điện tử về bệnh trầm cảm, cách tìm kiếm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần được giới thiệu và khoản hỗ trợ tài chính hiện có của chính phủ.
Sau 1 tháng, tình trạng của cô ấy trở nên tệ hơn và cô ấy bắt đầu có ý định tự tử. Sau đó, cô ấy quyết định đến thăm khám với một bác sĩ đa khoa trong làng địa phương của cô.	4	Sau khi tìm hiểu thêm về bệnh trầm cảm, cô ấy nói với nhân viên xã hội rằng cô ấy muốn tìm cách điều trị. Nhân viên xã hội giới thiệu cô ấy đến gặp một bác sĩ đa khoa ở thị trấn của cô ấy, bác sĩ này đã được đào tạo về các chứng rối loạn sức khỏe tâm thần.
Bác sĩ kê cho cô ấy một loại thuốc chống trầm cảm thông thường, vì bác sĩ này không biết nhiều về các triệu chứng của cô ấy.	5	Bác sĩ này đã được đào tạo về chẩn đoán MDD và kê đơn thuốc chống trầm cảm cho cô.
Các triệu chứng của Fazilah không cải thiện trong nhiều tuần. Người chủ lao động của cô ấy đổ lỗi cho việc cô ấy làm việc không hiệu quả.	6	Fazilah nói với chủ lao động của cô ấy về kết quả chẩn đoán của mình. Chủ lao động cho phép cô ấy linh hoạt sắp xếp lịch trình để phù hợp với việc điều trị và tình trạng của cô ấy. Tuy nhiên, tình trạng của cô ấy tiếp tục trở nên tồi tệ hơn, và cô ấy bắt đầu có ý định tự tử.
Tình trạng căng thẳng của cô ấy trở nên trầm trọng hơn và cô ấy có ý định tự tử. Em gái của cô ấy phát hiện ra và giới thiệu cô ấy đến thăm khám với một bác sĩ đa khoa khác.	7	Nhân viên xã hội nhắc cô ấy đến cuộc hẹn tái khám. Cô ấy đến gặp bác sĩ đa khoa đúng hẹn và nói cho bác sĩ đa khoa về ý định tự tử của mình.
Vì bác sĩ này giới thiệu cô ấy đến một bệnh viện lớn hơn ở thủ đô. Fazilah hoãn cuộc hẹn vì cô ấy khó thu xếp lịch trình cho chuyến đi.	8	Vì bác sĩ này, sau khi nhận ra tình trạng MDSI của cô ấy, đã giới thiệu Fazilah đến một cơ sở chuyên khoa ở một thành phố gần đó để tiếp nhận các phương án điều trị tốt hơn (chi phí vận chuyển đến đó được hoàn trả đầy đủ).
Cuối cùng, khi cô đến thành phố thủ đô, bác sĩ tâm thần chẩn đoán cô mắc chứng MDD và kê đơn thuốc chống trầm cảm đặc trị MDD cho cô ấy. Buổi tư vấn chỉ kéo dài 5 phút.	9	Cô ấy đến gặp bác sĩ tâm thần sau 4-6 tuần. Sau hai đợt dùng thuốc chống trầm cảm với liều lượng/thời gian thích hợp không hiệu quả và đọc lịch sử chẩn đoán của cô ấy từ cơ sở dữ liệu tập trung, bác sĩ tâm thần dành thời gian đủ lâu để đánh giá toàn diện về Fazilah và chẩn đoán cô ấy mắc chứng TRD có xu hướng trị.
Sau khi nhập viện vài tuần, tình trạng của Fazilah không cải thiện. Bác sĩ tâm thần phân loại tình trạng của cô là TRD và đề nghị điều trị bằng ECT. Fazilah không còn nhiều tiền để chi trả chi phí điều trị, vì chi phí này không được chương trình bồi hoàn quốc gia bao trả.	10	Bác sĩ tâm thần gợi ý phương pháp can thiệp mới, nhằm mục tiêu hơn. Fazilah sử dụng chương trình hoàn trả chi phí quốc gia để chi trả cho phần lớn chi phí của quá trình điều trị.
Fazilah cảm thấy tốt hơn, nhưng lại gặp các tác dụng phụ của ECT như mất trí nhớ. Bác sĩ tâm thần đề nghị cô ấy nên ở lại bệnh viện một thời gian để quan sát quá trình hồi phục của cô ấy. Điều không may là ngân sách của cô ấy không cho phép và cô ấy quyết định về nhà.	11	Cô ấy hồi phục tốt sau quá trình điều trị thích hợp và duy trì tư vấn từ xa thường xuyên với bác sĩ tâm thần sau khi cô ấy trở về nhà.
Khi trở lại làm việc, Fazilah thông báo cho chủ sử dụng lao động về tình trạng của mình, nhưng cô ấy vẫn bị quá tải và trở thành mục tiêu của những lời bình luận thiếu tế nhị.	12	Khi cô ấy trở lại làm việc, chủ sử dụng lao động hỏi cô ấy về tình trạng của cô ấy. Chủ sử dụng lao động tìm hiểu về TRD và đảm bảo rằng Fazilah không bị quá tải và thường xuyên để ý đến tình trạng cô ấy.
Fazilah tái phát bệnh một năm sau đó, cô ấy cảm thấy tuyệt vọng và đơn độc.		Fazilah không bị tái phát bệnh. Cô ấy làm việc hiệu quả hơn và cảm thấy được cộng đồng yêu mến và hỗ trợ.

Dữ liệu thống kê nhanh ở từng quốc gia

Indonesia

Chỉ số Thị trường



Quy mô dân số

273,5 triệu (2020)
[89]



65 tuổi trở lên (%)

6 (2019) [130]



Chi phí chăm sóc sức khỏe so với GDP (%)

2,9 (2018) [131]



Ngân sách chăm sóc sức khỏe tâm thần so với tổng số (%)

1 (2020) [11]

Chỉ số Bệnh tật



Tỷ lệ mắc bệnh tâm thần và rối loạn phát triển thần kinh

28,5 triệu (2016) [108]



Tỷ lệ mắc bệnh tâm thần trong tổng tỷ lệ DALY (%)

5 (2016) [7]



Tỷ lệ mắc MDD (%) (2021)

1 [44]



Tỷ lệ mắc MDSI cấp tính ở những bệnh nhân MDD (%) (2021)

8 [44]



Tỷ lệ tự tử trên 100.000 người

3,1 (2017)
[109][108]

Điểm đánh giá MDD



Chi tiêu chăm sóc sức khỏe tâm thần bình quân đầu người hàng năm (Đô la Mỹ)

1,1 [11][12]



Ngân sách hàng năm dành cho chăm sóc sức khỏe tâm thần (Đô la Mỹ)

335,7 triệu [11]



Bồi hoàn công cho sức khỏe tâm thần (%)

100 (2017) [17]



Bác sĩ tâm thần được đào tạo trên 100.000 người

0,3 (2017) [17]

Dữ kiện khác:

Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh trầm cảm không tìm cách điều trị (2019): **58%** [132]

Các trường hợp tự tử do mắc bệnh trầm cảm (2017):
51,7%
người tử vong do tự tử mà nguyên nhân là MDD [133]

Trong tổng số người mắc các triệu chứng của bệnh tâm thần, **chỉ 42% người** sẵn sàng chủ động tìm kiếm sự giúp đỡ chuyên khoa [134]

Indonesia đại diện cho một trong những trường hợp thú vị nhất về việc tìm hiểu và tiếp cận bệnh trầm cảm ở Đông Nam Á. Trong 5 năm qua, nhiều chính sách đã được thực hiện nhằm giải quyết gánh nặng bệnh tâm thần. Tuy nhiên, mặc dù chính phủ cung cấp khoản hoàn trả công lên đến 100% cho chi phí điều trị vào năm 2017,^[17] nhưng khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần đầy đủ vẫn còn hạn chế.^[125] Ngoài ra, nhu cầu chăm sóc cho những người hồi phục sau khi cố gắng tự tử không được đài thọ. Điều gì tạo ra những khoảng trống này? Nghiên cứu của chúng tôi cho rằng điều này là do các phương pháp điều trị thay thế tại địa phương, thiếu nguồn lực và thiếu dữ liệu, cũng như những kỳ thị liên quan ở tất cả các cấp.

Khoảng cách chênh lệch về điều trị trầm cảm ở Indonesia ở mức cao 83%,^[19] một phần vì bệnh nhân tìm kiếm các phương án thay thế như đi gặp “dukuns”, hoặc thông qua các phương pháp tâm linh. Động lực tìm đến các phương pháp điều trị thay thế có liên quan chặt chẽ đến việc kỳ thị và phân biệt đối xử. Một số người dân Indonesia tìm gặp bác sĩ tâm lý để tránh dùng thuốc. Những người khác, chỉ có ở Indonesia, chuyển sang thực hiện “Pasung”: trói buộc và hạn chế những người mắc bệnh tâm thần. Pasung (hay “xiềng xích”) phổ biến ở các vùng nông thôn, và các thành viên gia đình có địa vị kinh tế xã hội thấp thường vướng phải. Vào năm 2014, chính phủ đã thông qua Luật số 18 của Cộng hòa Indonesia, liên quan đến chứng rối loạn tâm thần, cùng với việc cấm thực hành Pasung. Nhiều chương trình chống pasung đã được giới thiệu và thực hiện, chẳng hạn như Indonesia Bebas Pasung (Indonesia không có pasung) và Jawa Timur Bebas Pasung (Đông Java không có pasung). Thật không may, mục tiêu của các chương trình này vẫn chưa đạt được, và người ta vẫn thực hiện Pasung. Khoảng 1.655 trường hợp thực hiện Pasung đã được ghi nhận trong năm 2017^[126]. Cùng với đó, do có những lo sợ rằng bệnh nhân có thể phải hứng chịu các hành vi phân biệt đối xử và các phương pháp điều trị vô nhân đạo liên quan đến kỳ thị về trầm cảm,^[127] thậm chí có khả năng bị buộc tội hình sự trong trường hợp bệnh nhân cố gắng tự tử, các bác sĩ sẽ do dự khi đưa ra chẩn đoán chính thức về các tình trạng sức khỏe tâm thần như vậy, đặc biệt là ở các vùng nông thôn. Điều này càng cản trở bệnh nhân được điều trị bằng các phương pháp thích hợp hoặc chỉ nói chuyện với những người chữa bệnh tại địa phương.





Tin tốt là chính phủ đã nhận ra mối đe dọa do sự kỳ thị gây ra (ở cấp độ cá nhân cũng như cấp độ bác sĩ chăm sóc) và đã hành động để loại bỏ kỳ thị bằng cách đưa các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần vào các chương trình và hướng dẫn trên toàn quốc. Vào tháng 1 năm 2017, chính phủ khởi động Chương trình Indonesia Khỏe mạnh cùng với Phương pháp Tiếp cận Gia đình, chú trọng đến chăm sóc sức khỏe tổng thể^[129]. Chương trình này

là sáng kiến toàn diện bao gồm 12 khía cạnh về sức khỏe gia đình, bao gồm sức khỏe tâm thần, và nhằm mục đích tích hợp sức khỏe tâm thần và thể chất. Chương trình cũng ban hành các hướng dẫn quốc gia nhằm hợp lý hóa các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần để cung cấp dịch vụ hỗ trợ có chất lượng với giá cả cạnh tranh. Các tổ chức chăm sóc sức khỏe tâm thần trong cộng đồng, chẳng hạn như Chăm sóc Cộng đồng Bệnh nhân Tâm thần Phân liệt Indonesia, Chăm sóc Lương cực Indonesia và Hiệp hội Sức khỏe Tâm thần Indonesia, cũng đóng vai trò quan trọng giúp giảm kỳ thị. Bác sĩ Margarita Maramis thuộc Bệnh viện DR Soetomo ở Surabaya cho biết: “Các nhóm dân tộc khác nhau ở thành thị và vùng sâu vùng xa có thể có nhận thức khác nhau về bệnh trầm cảm”. Tiến sĩ Maramis cũng chỉ ra tầm quan trọng của sự hỗ trợ từ cộng đồng và gia đình trong việc chẩn đoán và điều trị chứng trầm cảm, tất cả chúng ta đều có thể giúp đỡ.

Một rào cản khác ngăn cản việc tiếp cận các dịch vụ phù hợp để điều trị bệnh trầm cảm ở Indonesia là tình trạng thiếu bác sĩ và các biện pháp can thiệp, điều này càng làm gia tăng sự kỳ thị trong cộng đồng y tế. Chỉ có 0,3 bác sĩ tâm thần trên 100.000 người dân^[17]. Các chuyên gia được đào tạo bị choáng ngợp bởi số lượng lớn bệnh nhân ở các bệnh viện công, đến nỗi bác sĩ tâm thần không thể dành thời gian để thực hiện liệu pháp tâm lý. 8 trong số 34 tỉnh ở Indonesia không có cơ sở chuyên khoa về chăm sóc sức khỏe tâm thần và 3 tỉnh không có bác sĩ tâm thần được đào tạo^[127]. Điều này dẫn đến tình trạng thiếu khả năng tiếp cận, làm trầm trọng thêm tác động có hại của sức khỏe tâm thần trong dân số, đặc biệt là ở các vùng nông thôn.

Khía cạnh nổi bật thứ ba liên quan đến bệnh trầm cảm ở Indonesia là thiếu dữ liệu để nghiên cứu và hoạch định chính sách. Sự kỳ thị của xã hội gắn liền với bệnh tâm thần đã dẫn đến việc bệnh trầm cảm được chẩn đoán ít chính thức hơn tại puskesmas (trung tâm y tế chính).^[128] Điều này dẫn đến việc có báo cáo không đầy đủ về gánh nặng thực sự của bệnh tật ở cấp địa phương và quốc gia, cùng với việc điều trị bệnh nhân bị chậm trễ, vì mọi người có nhiều khả năng chỉ đi khám bệnh khi các triệu chứng của họ trở nên đặc biệt nghiêm trọng. Bằng chứng cho thấy mặc dù tỷ lệ chẩn đoán bệnh trầm cảm ở mức thấp, nhưng số lượng đơn thuốc chống trầm cảm ngày càng tăng, có nghĩa là người ta dùng thuốc để điều trị rối loạn lo âu và/hoặc biểu hiện đau buồn tâm lý thay vì trầm cảm, do sự kỳ thị liên quan đến bệnh trạng này.^[128] Có thể tránh được những chẩn đoán sai và thông tin sai lệch liên quan đến việc điều trị bằng cách giảm sự kỳ thị đối với bệnh trầm cảm. Chúng tôi hy vọng rằng có thể đảo ngược vòng luẩn quẩn của tình trạng thiếu dữ liệu và cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe kém chất lượng bằng cách tăng khả năng nhận thức và chấp nhận bệnh trầm cảm ở Indonesia.

Sau đây là lời kêu gọi hành động theo chính sách riêng của chúng tôi đối với Indonesia:

-  Bổ nhiệm các nhân vật chủ chốt trong các cơ quan chính phủ và trong số các chuyên gia chăm sóc sức khỏe phụ trách các vấn đề về bệnh trầm cảm, nhằm thúc đẩy hiểu biết từ cấp trên xuống, kêu gọi ủng hộ và giáo dục chống lại kỳ thị.
-  Cải thiện để cho kết quả chẩn đoán chính xác và thu thập dữ liệu về MDD cùng các phân nhóm bệnh. Sử dụng dữ liệu, đồng thời tôn trọng quyền riêng tư của bệnh nhân, phục vụ các chiến dịch giáo dục và thực hiện phân tích chi phí/lợi ích.
-  Đồng thời, tìm hiểu chi tiết về phổ MDD, chẳng hạn như TRD và MDSI. Điều chỉnh hoạt động y tế phù hợp với các hướng dẫn mới nhất, có thể bằng cách thành lập một nhóm bác sĩ chuyên khoa để trở thành trung tâm xuất sắc của quốc gia.
-  Hợp tác với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa/công ty khởi nghiệp để phát triển các công cụ khám sàng lọc MDD tạo điều kiện thuận lợi cho việc tự đánh giá trầm cảm và các bệnh đi kèm. Xem xét các phương pháp tiếp cận can thiệp mới hơn để tránh tình trạng thiếu chuyên gia – các khái niệm như chăm sóc sức khỏe tâm thần từ xa, cũng như các tác nhân điều trị mới hơn để giải quyết các phân nhóm bệnh nghiêm trọng hơn như TRD và MDSI.

Dữ liệu thống kê nhanh ở từng quốc gia

Malaysia

Chỉ số Thị trường



Quy mô dân số

32,4 triệu (2020)
[89]



65 tuổi trở lên (%)

6,9 (2019) [106]



Chi phí chăm sóc sức khỏe so với GDP (%)

3,8 (2018) [107]



Ngân sách chăm sóc sức khỏe tâm thần so với tổng số (%)

1,3 (2017) [15]

Chỉ số Bệnh tật



Tỷ lệ mắc bệnh tâm thần và rối loạn phát triển thần kinh

3,7 triệu (2016) [108]



Tỷ lệ mắc bệnh tâm thần trong tổng tỷ lệ DALY (%)

7,6 (2016) [7]



Tỷ lệ mắc MDD (%) (2021)

2,4 [44]



Tỷ lệ mắc MDSI cấp tính ở những bệnh nhân MDD (%) (2021)

7 [44]



Tỷ lệ tự tử trên 100.000 người

7,9 (2017) [109]

Điểm đánh giá MDD



Chi tiêu chăm sóc sức khỏe tâm thần bình quân đầu người hàng năm (Đô la Mỹ)

2,6 [9]



Ngân sách hàng năm dành cho chăm sóc sức khỏe tâm thần (Đô la Mỹ)

84,6 triệu (2020) [111]



Bồi hoàn công cho sức khỏe tâm thần (%)

Không có chương trình hoàn trả quốc gia [15]



Bác sĩ tâm thần được đào tạo trên 100.000 người

1,0 (2018) [9]

Dữ kiện khác:

Chi phí ước tính chăm sóc tình trạng sức khỏe tâm thần đối với nền kinh tế Malaysia -

3,5 tỷ đô la Mỹ (14,46 tỷ RM, 2018) [112]

Cứ 5 học sinh/sinh viên thì có 1 học sinh/sinh viên ở Malaysia mắc các vấn đề về sức khỏe tâm thần (2016) [113]

Tỷ lệ mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần ở người lớn:

29,2% (2016) [113]

Các trường hợp cố gắng tự tử do mắc bệnh trầm cảm (2020):

465 người đã cố gắng tự tử chỉ từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2020 [114]

Trong thập kỷ qua, Malaysia đã chứng kiến những tiến bộ trong việc giải quyết vấn đề trầm cảm ở cấp chính sách, thể chế và cộng đồng. Dịch bệnh cũng đã thúc đẩy quá trình chuyển đổi sang tư vấn sức khỏe từ xa. Tuy nhiên, người dân vẫn chưa có nhiều hiểu biết về MDD, thậm chí một số chuyên viên y tế không biết về điểm khác biệt giữa MDD và MDSI. Hơn triệu người Malaysia đang trải qua các triệu chứng trầm cảm và gánh nặng kinh tế trị giá 3,5 tỷ đô la Mỹ do các vấn đề về sức khỏe tâm thần, còn nhiều việc phải làm để việc điều trị sức khỏe tâm thần trở nên dễ tiếp cận, đặc biệt là về nâng cao giáo dục, chống kỳ thị và giảm chi phí chăm sóc được quản lý sai.^[9]

Để tăng cường khả năng tiếp cận các dịch vụ và điều trị liên quan đến bệnh trầm cảm, những nỗ lực đáng chú ý của chính phủ trong 5 năm qua bao gồm: 22 Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe Tâm thần Cộng đồng (MENTARI), được thành lập năm 2015 để phục hồi chức năng cho các bệnh nhân mắc bệnh tâm thần nghiêm trọng và giúp họ tái hòa nhập xã hội,^[97] trong khi đó vào năm 2016, Bộ Y tế công bố Kế hoạch Hành động Chiến lược Sức khỏe Tâm thần Quốc gia 5 năm.^[98] Các cuộc thảo luận gần đây bao gồm kế hoạch cho nhiều trung tâm MENTARI hơn và giám sát dữ liệu nâng cao như bệnh tâm thần và tự tử. Tuy nhiên, các bước hành động cụ thể vẫn chưa được thực hiện cùng với tham vọng cải thiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần.





Tin tốt là có rất nhiều điều mà mọi người dân Malaysia có thể làm để giúp những người mắc bệnh trầm cảm. Bác sĩ Alvin Ng Lai Onn, Giáo sư tại Đại học Sunway và người lên tiếng tích cực ủng hộ bệnh nhân nói rằng: “Có hai hình thức kỳ thị kết hợp với nhau: kỳ thị bản thân và kỳ thị xã hội”. Kỳ thị bản thân bắt nguồn từ việc thiếu kiến thức và hiểu biết về bệnh tâm thần. Một nghiên cứu đã cho thấy rằng gần 1/5 thanh thiếu niên Malaysia mắc bệnh trầm cảm^[99]; một lý do giải thích cho việc này đó là không có đủ kiến thức về bệnh trầm cảm và các phương án điều trị. Trên thực tế, ở mức báo động 35,1% những người trưởng thành Malaysia có hiểu biết thấp về sức khỏe, thể hiện ở khả năng tìm kiếm, hiểu biết và sử dụng thông tin và dịch vụ y tế cần thiết.^[101] Hiểu biết trước khi chấp nhận. Do đó, điều tối quan trọng là phải tăng cường các nỗ lực giáo dục và minh bạch thông tin cho người dân Malaysia.

Thật vậy, chính phủ Malaysia đã thực hiện các bước hành động đáng kể nhằm tăng cường giáo dục và hiểu biết về sức khỏe tâm thần. “Let’s TALK Minda Sihat” là một chiến dịch của Bộ Y tế tập trung vào việc trao quyền cho cộng đồng và nâng cao hiểu biết về sức khỏe tâm thần vào năm 2020.^[104] Chính sách Tư vấn Quốc gia đã được đưa ra tại cuộc họp của Hội đồng Xã hội Quốc gia vào năm 2020, nhằm tìm cách giải quyết các vấn đề sức khỏe tâm thần trong cộng đồng bằng cách trao quyền cho các dịch vụ tư vấn.^[103] Ngoài ra, Bộ Bảo vệ Phụ nữ, Gia đình và Phát triển Cộng đồng (KPWMMK) đã triển khai một đường dây nóng tư vấn từ xa để cung cấp các dịch vụ tư vấn và tâm lý cho những người bị ảnh hưởng bởi đại dịch COVID-19^[141]. Chúng tôi mong muốn sẽ có thêm nhiều nỗ lực hơn nữa để tiếp cận nhiều đối tượng hơn.

Mặt khác, kỳ thị xã hội là chấp nhận và bình thường hóa các vấn đề sức khỏe tâm thần như một phần của cuộc sống. Cho đến thời điểm hiện tại, hành động cổ gắng tự tử được coi là một tội ác ở Malaysia^[100], báo hiệu rằng các vấn đề sức khỏe tâm thần là “bất hợp pháp” và nên được giữ bí mật (mặc dù có thể thấy rõ áp lực từ xã hội về việc xác minh). Tình cảnh này trở nên tồi tệ hơn do thiếu sự đồng ý có hiểu biết, khiến mọi người cảm thấy không an toàn hơn khi nói với người khác về tình trạng tâm thần của họ. Ngoài ra, trong khi ngày càng có nhiều người cần được áp dụng các phương pháp chăm sóc sức khỏe tâm thần tại nơi làm việc thì nhiều người vẫn do dự khi thảo luận về chứng trầm cảm trong bối cảnh này vì vẫn còn có sự kỳ thị khá lớn. Kỳ thị xã hội tác động không cân xứng đến đối tượng người trẻ, mặc dù hiểu biết về thông tin nhưng vẫn đang trong quá trình hình thành bản sắc xã hội, và do đó dễ chịu áp lực xã hội hơn.^[102] Trên thực tế, đã có sự gia tăng đáng kể tỷ lệ MDSI cấp tính ở các chuyên gia làm việc với người trẻ.^[44]

Người bảo trợ của The Befrienders Kuala Lumpur, Tan Sri Lee Lam Thye, trong một tuyên bố nhân Ngày Sức khỏe Thế giới 2020, cho biết: “Một nửa số ca bệnh rối loạn tâm thần bắt đầu ở tuổi 14 và 3/4 số ca bệnh rơi vào những người ở độ tuổi 20.^[105] Do đó, cần giải quyết khẩn cấp vấn đề can thiệp sớm”. Chúng tôi thừa nhận rằng không có thời điểm nào tốt hơn lúc này để nhìn nhận, đón nhận và hỗ trợ những người trải qua nỗi đau khổ về tâm thần ở Malaysia.

Sau đây là lời kêu gọi hành động theo chính sách riêng của chúng tôi đối với Malaysia:

-  Tiếp tục tăng cường nỗ lực giáo dục. Phân biệt và hướng mục tiêu đến việc nâng cao hiểu biết về sức khỏe tâm thần, dựa trên tầng lớp xã hội, để cải thiện việc truyền tải thông điệp và giảm kỳ thị. Đồng thời, tổ chức đối thoại về việc loại bỏ tội phạm hóa đối với các việc cố gắng tự tử.
-  Kiểm tra vai trò của chủ sử dụng lao động (công và tư nhân) như các kênh giáo dục chăm sóc sức khỏe tâm thần. Cần có đầy đủ các chương trình hỗ trợ và bao trả tại chỗ.
-  Triển khai các dịch vụ chăm sóc theo từng bước để giải quyết các vấn đề sức khỏe tâm thần cường độ thấp-trung bình, giảm bớt căng thẳng trong hệ thống để cung cấp phương pháp điều trị có mục tiêu hơn cho những bệnh nhân mắc các dạng trầm cảm nặng hơn. Ngoài ra, mở thêm các trung tâm chăm sóc cộng đồng để làm nơi tiếp nhận những bệnh nhân có nhu cầu.
-  Thúc đẩy hiểu biết trên các kênh của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc (bệnh viện, bác sĩ đa khoa, phòng khám) kèm theo các hướng dẫn nâng cao về phổ MDD, thông qua hình thức tạo khả năng cho các loại tác nhân điều trị mới có sẵn, đặc biệt cho các phân nhóm của MDD như TRD và MDSI.

Dữ liệu thống kê nhanh ở từng quốc gia

Philippines

Chỉ số Thị trường



Quy mô dân số

109,6 triệu (2020)
[89]



65 tuổi trở lên (%)

5,3 (2019) [138]



Chi phí chăm sóc sức khỏe so với GDP (%)

4,6 (2019) [139]



Ngân sách chăm sóc sức khỏe tâm thần so với tổng số (%)

3-5 (2019) [54]

Chỉ số Bệnh tật



Tỷ lệ mắc bệnh tâm thần và rối loạn phát triển thần kinh

10,9 triệu (2016)
[108]



Tỷ lệ mắc bệnh tâm thần trong tổng tỷ lệ DALY (%)

4,7 (2016) [7]



Tỷ lệ mắc MDD (%) (2021)

1,4 [44]



Tỷ lệ mắc MDSI cấp tính ở những bệnh nhân MDD (%) (2021)

16 [44]



Tỷ lệ tự tử trên 100.000 người

6 (2017) [109]

Điểm đánh giá MDD



Chi tiêu chăm sóc sức khỏe tâm thần bình quân đầu người hàng năm (Đô la Mỹ)

0,3 (2017) [13]



Ngân sách hàng năm dành cho chăm sóc sức khỏe tâm thần (Đô la Mỹ)

12,9 triệu (2020) [110]



Bồi hoàn công cho sức khỏe tâm thần (%)

100 (2020) [13]



Bác sĩ tâm thần được đào tạo trên 100.000 người

0,5 (2020) [135]

Dữ kiện khác:

Báo cáo chi phí điều trị và trị liệu mỗi buổi ở Metro Manila:

93,4 đô la Mỹ
(2020) [140]

25,7%
số người tử vong do tự tử năm 2020 tăng so với năm 2019 [62]

Theo WHO, Philippines đã trải qua sự gia tăng mạnh mẽ các vấn đề sức khỏe tâm thần trong những năm gần đây, đặc biệt là trong thời kỳ đại dịch. MDD là một trong ba bệnh tâm thần phổ biến nhất ở Philippines.^[136] Quốc gia này đã có nỗ lực đáng khen ngợi để bắt kịp sự gia tăng này. Tuy nhiên, có thể làm được nhiều việc hơn, đặc biệt là liên quan đến quản lý dữ liệu bệnh nhân, bao trả điều trị, khả năng tiếp cận và các cơ chế mới cung cấp dịch vụ chăm sóc như y học từ xa.

Trong những năm gần đây, nhu cầu về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần gia tăng đã lấn át hệ thống. Đường dây nóng Tư vấn Khủng hoảng NCMH, chương trình hàng đầu của DOH và NCHM để phòng chống tự tử, đã nhận được hơn gấp đôi số lượng cuộc gọi hàng ngày trong khoảng thời gian từ tháng 3 đến tháng 5 năm 2020, so với năm 2019.^[61] Ngược lại, cả nước chỉ có 46 cơ sở điều trị ngoại trú (hoặc 0,05 cơ sở trên 100.000 người dân), bốn cơ sở dân cư trong cộng đồng (0,02 trên 100.000 người dân) và hai bệnh viện tâm thần chăm sóc cấp ba.^[54] Ngoài ra, phần lớn các bác sĩ tâm thần hành nghề tự nhân ở các khu vực đô thị lớn, đặc biệt là Metro Manila, cho thấy rằng người dân sống ở vùng nông thôn rất khó tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần.^[54]

Cũng như các quốc gia khác ở Đông Nam Á, có sự kỳ thị về văn hóa đối với việc tìm kiếm giúp đỡ, mặc dù tỷ lệ người mắc các vấn đề về tâm lý ở Philippines ở mức cao. Ví dụ: có động lực văn hóa là “giữ thể diện” khi tồn tại mối đe dọa đối với hoặc mất vị thế xã hội của người mắc bệnh, người Philippines có thể khó thừa nhận rằng mình bị trầm cảm hoặc tìm kiếm sự giúp đỡ.^[19] Trong các trường hợp khác, khi các vấn đề được cho là có liên quan đến xã hội, người Philippines chuyển sang mạng lưới gia đình và bạn bè trước khi tìm kiếm trợ giúp y tế, do chú trọng đến sự hỗ trợ từ phía gia đình trong nước.^[54] Khi người Philippines tìm kiếm sự trợ giúp chuyên môn, việc này thường được kết hợp với các nguồn lực chăm sóc khác hoặc khi các triệu chứng quá nghiêm trọng không thể xử lý trong nội bộ gia đình.

Thông qua việc nhận thức được nhu cầu quá lớn và miễn cưỡng tìm kiếm sự giúp đỡ, trong những năm gần đây chính phủ đã nỗ lực hợp lý hóa việc hỗ trợ tâm thần trong các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Năm 2018, Dự luật Sức khỏe Tâm thần của Philippines trở thành luật. Đạo luật này nhằm mục đích tích hợp các dịch vụ và chương trình chăm sóc tâm thần trong hệ thống y tế công để hỗ trợ những người Philippines đang trải qua các bệnh tâm thần như trầm cảm, đồng thời cung cấp hiểu biết rõ ràng hơn về các căn bệnh, đồng thời điều trị và chăm sóc họ.^[135] Để nâng cao nhận thức, Bộ Y tế đã thành lập Ủy ban Điều phối Quyền Chất





lượng, có nhiệm vụ giám sát việc triển khai khóa học điện tử trên quy mô toàn quốc.^[70] Những nỗ lực này là những bước đi đúng hướng nhằm giảm bớt tình trạng đau khổ ngày càng gia tăng của người dân.

Bảo hiểm nổi bật nhất được PhilHealth cung cấp, công ty này có ý định tung ra nhiều gói sức khỏe tâm thần hơn bao gồm chi phí tham vấn trị liệu với bác sĩ tâm thần.^[137] Mặc dù chúng tôi công nhận rằng PhilHealth đã giúp đỡ nhiều bệnh nhân, nhưng một số lĩnh vực vẫn có thể được cải thiện. Ví dụ: khoản bao trả chỉ giới hạn cho những bệnh nhân trầm cảm cần “chăm sóc nội trú cấp tính”^[137]. Ngay cả khi Chương trình Tiếp cận Thuốc của Bộ Y tế về Sức khỏe Tâm thần và PhilHealth kết hợp, khả năng chi trả đáng tin cậy cho các loại thuốc hướng thần vẫn còn là vấn đề.^[137] Kết quả là, phần lớn mọi người phải bỏ ra khoản tiền tự chi trả cao cho bệnh trầm cảm.

Song song với việc chính phủ ngày càng tăng vốn đầu tư vào việc bao trả điều trị, các nhà hoạch định chính sách cũng đã chỉ ra việc cần phải có thêm dữ liệu để cung cấp thông tin lập ra các sáng kiến cấp cao. Frances Prescilla Cuevas, Giám đốc Chương trình Y tế thuộc Bộ Y tế Philippines cho biết: “Hồ sơ sức khỏe tâm thần không được thu thập cũng như không được tích hợp, dẫn đến việc thiếu hiểu biết về bối cảnh hiện tại và các nhu cầu chưa được đáp ứng cần thiết để hỗ trợ hoạch định chính sách”. Hiện tại, dữ liệu trên toàn quốc bị hạn chế vì cơ sở dữ liệu hồ sơ bệnh nhân điện tử của quốc gia không nắm bắt được các yếu tố sức khỏe tâm thần. Không có tổ chức đăng ký dữ liệu và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần không bắt buộc phải chia sẻ thông tin thu thập được.

Hy vọng điều này sẽ được cải thiện nhờ việc áp dụng hình thức chăm sóc sức khỏe từ xa ở cấp quốc gia. Nhiều buổi tư vấn trị liệu chăm sóc sức khỏe tâm thần được tổ chức trực tuyến dành cho những bệnh nhân đang cần được giúp đỡ, bao gồm nhưng không giới hạn ở Câu lạc bộ Chăm sóc Tâm trí, Trung tâm Phục hồi, Trung tâm Ateneo Bulatao và Dịch vụ Cộng đồng Circle of Hope. Trong khi các mô hình như vậy hứa hẹn sẽ cho phép các nhà hoạch định chính sách truy cập vào dữ liệu dịch vụ tâm thần tổng hợp nhưng vẫn còn có hai điều chưa được giải quyết: thứ nhất, nhiều người dân không có phương tiện để thực hiện thanh toán trực tuyến sẽ không thể truy cập vào các dịch vụ trực tuyến; và thứ hai, một nền tảng tích hợp giữa các nhà cung cấp dịch vụ trực tuyến khác nhau chưa được xây dựng. Những nỗ lực như vậy là bước đi đúng hướng, nhưng vẫn cần phải làm nhiều hơn nữa. Chưa kể đến việc chất lượng kết nối Internet giữa nhiều người Philippines vẫn còn chênh lệch.

Sau đây là lời kêu gọi hành động theo chính sách riêng của chúng tôi đối với Philippines:

-  Kết hợp dữ liệu sức khỏe tâm thần vào hồ sơ bệnh nhân điện tử quốc gia, tích hợp và tổng hợp dữ liệu nói trên để tạo điều kiện hoạch định chính sách và ra quyết định nhằm mục tiêu. Đồng thời, xem xét công cụ kỹ thuật số tương tự để chẩn đoán bệnh trầm cảm nhanh chóng phi tập trung.
-  Tăng cường phương pháp tiếp cận theo cấp bậc hiện có trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần để giảm bớt căng thẳng trong hệ thống bằng cách cung cấp phương pháp điều trị nhằm mục tiêu cho những bệnh nhân có mức độ trầm cảm khác nhau (tự chăm sóc là cấp độ đầu tiên, nhanh chóng được cấp cộng đồng, bệnh viện và mạng lưới giới thiệu bác sĩ chuyên khoa liên quan đến phổ MDD). Kích hoạt các gói PhilHealth như đã hứa.
-  Hợp tác với các tổ chức cung cấp dịch vụ chăm sóc thể hệ tiếp theo như chăm sóc sức khỏe tâm thần từ xa, để thúc đẩy các nỗ lực của chính phủ trong việc tiếp cận đối tượng người dân sống ở vùng nông thôn thông qua các chiến dịch giáo dục. Điều này có thể tạo điều kiện thiết lập lộ trình điều trị thích hợp hơn cho những bệnh nhân đang mắc bệnh.
-  Tìm hiểu chi tiết về phổ MDD, chẳng hạn như TRD và MDSI. Điều chỉnh hoạt động hành nghề y tế phù hợp với các hướng dẫn quốc tế, bao gồm cách thức đưa các bệnh trạng như TRD vào các hướng dẫn của địa phương. Bắt đầu chương trình tài trợ cho khả năng bao trả tốt hơn, sử dụng các thủ tục HTA để triển khai các biện pháp can thiệp mới nhất hiện có.

Dữ liệu thống kê nhanh ở từng quốc gia

Singapore

Chỉ số Thị trường



Quy mô dân số

5,8 triệu (2020)
[89]



65 tuổi trở lên (%)

12,4 (2019) [90]



Chi phí chăm sóc sức khỏe so với GDP (%)

5,9 (2020) [91]



Ngân sách chăm sóc sức khỏe tâm thần so với tổng số (%)

18 (2019) [92]

Chỉ số Bệnh tật



Tỷ lệ mắc bệnh tâm thần và rối loạn phát triển thần kinh

0,5 triệu [48]



Tỷ lệ mắc bệnh tâm thần trong tổng tỷ lệ DALY (%)

9,4 (2016) [7]



Tỷ lệ mắc MDD (%) (2021)

2,3 [44]



Tỷ lệ mắc MDSI cấp tính ở những bệnh nhân MDD (%) (2021)

5 [44]



Tỷ lệ tự tử trên 100.000 người

8,4 (2018) [93]

Điểm đánh giá MDD



Chi tiêu chăm sóc sức khỏe tâm thần bình quân đầu người hàng năm (Đô la Mỹ)

40 (2018) [94]



Ngân sách hàng năm dành cho chăm sóc sức khỏe tâm thần (Đô la Mỹ)

Không áp dụng



Bồi hoàn công cho sức khỏe tâm thần (%)

80 [14]



Bác sĩ tâm thần được đào tạo trên 100.000 người

4,4 (2018) [22]

Dữ kiện khác:

Thời gian trung bình từ khi bắt đầu xuất hiện các triệu chứng đến khi tìm kiếm sự trợ giúp là

một năm
đối với MDD [48]

Chi phí điều trị bệnh tâm thần trong một năm được trợ cấp (2019) dao động trong khoảng

12.838–25.131 đô la Mỹ [56]

Chứng rối loạn tâm thần góp phần tạo thêm gánh nặng, gây tử vong sớm và tàn tật (2017):

10,2% [95]

Singapore là một trong những quốc gia đi đầu trong khu vực Đông Nam Á về giải quyết các vấn đề liên quan đến trầm cảm. Trong thập kỷ vừa qua, chính phủ Singapore đã tăng cường nỗ lực thông qua nhiều chiến dịch giáo dục, hỗ trợ chính sách và các sáng kiến công nghệ, đặc biệt đối với các bệnh tâm thần mạn tính, bao gồm MDD. Mặc dù những nỗ lực này đã mang lại một số hiệu quả tích cực, nhưng chúng ta có thể làm nhiều hơn nữa để trao quyền bền vững.

Với tỷ lệ mắc bệnh suốt đời hiện tại là 6,3%, MDD là bệnh tâm thần phổ biến nhất ở Singapore.^[48] Khoảng cách chênh lệch trong điều trị, được định nghĩa là số người cần được chăm sóc sức khỏe tâm thần so với những người thực sự nhận được điều trị là 73% đối với MDD.^[81] Giống như các quốc gia Đông Nam Á khác, sự kỳ thị về bệnh trầm cảm và thiếu nhận thức là những lý do chính dẫn đến tỷ lệ chẩn đoán thấp. Ý tưởng tự tử xuất hiện trong 42% ca bệnh MDD và phổ biến ở tất cả các giai đoạn nghiêm trọng.^[82] So với các quốc gia láng giềng, người trẻ tuổi ở Singapore cố gắng không kỳ thị nhiều người mắc MDSI tìm kiếm sự trợ giúp kịp thời của chuyên gia.^[83] Mặc dù phía bệnh nhân có nỗ lực tích cực, nhưng vẫn còn có nhu cầu chưa được đáp ứng: điều trị hiện tại không tập trung vào vấn đề tự tử.

Trong nền kinh tế phát triển nhanh của Singapore, sự kỳ thị đối với bệnh trầm cảm ở nơi làm việc là một rào cản nổi bật, tác động đến cả tính bình đẳng và năng suất. Với niềm tin vững chắc về cơ hội việc làm bình đẳng, Liên minh Ba bên về Thực tiễn Việc làm Công bằng và Tiến bộ (TAFEP) yêu cầu tất cả các chủ sử dụng lao động loại bỏ các khai báo về tình trạng bệnh tâm thần khỏi đơn xin việc của họ^[78]. Đây là một bước đi đúng hướng. Tuy nhiên, để những người mắc bệnh thuộc nhóm trầm cảm có thể thành công ở nơi làm việc, cần phải tiếp tục hỗ trợ ngoài việc tuyển dụng. Thật vậy, Hiệp hội Bảo vệ Sức khỏe Nam giới Singapore (SMHS) phát hiện ra rằng những bệnh nhân đi làm hoặc có trình độ học vấn cao hơn có ít khả năng tìm đến điều trị hơn^[49]. Vòng luẩn quẩn kéo dài khi học sinh/sinh viên và nhân viên từ chối tìm kiếm sự giúp đỡ, gây ảnh hưởng đến năng suất học tập và làm việc của họ, từ đó dẫn đến sự đau khổ về tâm thần trầm trọng hơn và thu nhập thấp hơn để tiếp cận các dịch vụ chăm sóc. Để giảm tình trạng phân biệt đối xử và khuyến khích nhân viên tìm cách điều trị, khả năng tiếp cận thông tin thích hợp là chìa khóa. Rajakanth Raman, người có tiếng nói hàng đầu ủng hộ các nỗ lực vận động cho bệnh nhân ở Singapore, cho biết: “Mọi người ở Singapore đều biết về bệnh trầm cảm, nhưng có thể không hiểu hoàn toàn về trầm cảm. Để thực sự hỗ trợ những người bị trầm cảm tại nơi làm việc, hiểu biết sâu hơn về tình trạng bệnh là bước đầu tiên cần thiết trong việc chăm sóc cả đồng nghiệp và bản thân chúng ta.





Trong năm qua, Singapore đã đẩy mạnh hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân tâm thần. Chính phủ hiện nay dành ra 18% trong tổng ngân sách chăm sóc sức khỏe để điều trị sức khỏe tâm thần, được coi là ở mức cao trong khu vực.^[92] Vào tháng 12 năm 2020, mức giới hạn yêu cầu điều trị tâm thần cho bệnh nhân nội trú đã tăng từ 100 đô la Singapore mỗi ngày trong tối đa 35 ngày, lên 160 đô la Singapore mỗi ngày trong tối đa 60 ngày. Ngoài ra, MediSave có thể được sử dụng để thanh toán phần còn lại – lên đến 150 đô la Singapore mỗi ngày và giới hạn ở mức 5.000 đô la mỗi năm^[84]. Bệnh nhân tâm thần có thể nhận được trợ cấp dựa trên việc kiểm tra tình trạng của họ đối với các loại thuốc trong Danh sách Thuốc Tiêu chuẩn bao gồm thuốc chống trầm cảm.^[85] Tuy nhiên, bất chấp mức hỗ trợ tài chính ngày càng tăng, khả năng chi trả vẫn khó khăn. MediShield không bao trả chi phí ngoại trú và bệnh nhân phải chịu khoản đồng thanh toán 15% khi sử dụng Medisave để lấy thuốc điều trị cho mỗi yêu cầu bảo hiểm.^[86] Trong mọi trường hợp, bệnh nhân tâm thần thường phải đối mặt với các vấn đề về duy trì công việc và do đó có xu hướng cạn kiệt quỹ MediSave một cách nhanh chóng. Do đó, trợ cấp điều trị cần được kết hợp với hỗ trợ việc làm để khiến những nỗ lực kết hợp được duy trì bền vững.

Sự phát triển đầy hứa hẹn ở Singapore là do tiếp cận ngày càng nhiều với các mô hình cung cấp dịch vụ chăm sóc mới như tư vấn chăm sóc sức khỏe từ xa. Đường dây trợ giúp quốc gia do Bộ Phát triển Xã hội và Gia đình (MSF) thành lập để hỗ trợ tâm lý cho thấy sự gia tăng các cuộc gọi từ 3.826 cuộc vào tháng 3 năm 2020 lên 4.319 cuộc vào tháng 4 và 4.265 cuộc vào tháng 5 năm 2020^[87]. Các Phòng khám Đa khoa của Nhóm Chăm sóc Sức khỏe Quốc gia cũng giới thiệu các buổi tư vấn chăm sóc sức khỏe từ xa¹, chứng kiến gia tăng 10% số lượng bệnh nhân tìm cách điều trị các tình trạng sức khỏe tâm thần trong nửa đầu năm 2020^[88]. Vào tháng 10 năm 2020, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa, Doctor Anywhere đã giới thiệu dịch vụ tư vấn sức khỏe tâm thần cho các công ty để giúp hỗ trợ nhân viên của họ^[73]. Mặc dù số lượng các buổi tư vấn chăm sóc sức khỏe từ xa ngày càng phổ biến, một phần có thể là do COVID-19, nhưng đó là một dấu hiệu đáng mừng, đặc biệt là khi các thiết bị di động ngày càng phổ biến trong dân chúng. Thực hiện bước đầu tiên để tìm kiếm sự trợ giúp, dù nhỏ đến đâu, đã là một bước đi đúng hướng tới các cơ chế hỗ trợ có mục tiêu hơn.

1 Tư vấn chăm sóc sức khỏe từ xa là một loại hình dịch vụ y tế từ xa, trong đó công nghệ thông tin và truyền thông kỹ thuật số, chẳng hạn như máy tính và thiết bị di động được sử dụng để cung cấp thông tin liên quan đến sức khỏe.

Trong một buổi tư vấn từ xa, bệnh nhân có thể tham khảo ý kiến với các bác sĩ, y tá và các chuyên gia y tế liên kết trong môi trường thoải mái tại nhà của họ hoặc tại một địa điểm đảm bảo quyền riêng tư. Các cuộc hẹn trực tuyến này cho phép bệnh nhân tiếp nhận chăm sóc liên tục trong trường hợp không cần thiết hoặc có thể tư vấn trực tiếp tại phòng khám.

Sau đây là lời kêu gọi hành động theo chính sách riêng của chúng tôi đối với Singapore:

-  Thúc đẩy hợp tác giữa các Bộ, ví dụ như bao gồm đối tượng là các bác sĩ điều trị chăm sóc sức khỏe tâm thần theo Đạo luật Chuyên gia Y tế Đồng minh, để đảm bảo trách nhiệm giải trình cao hơn và tránh các dịch vụ không đạt tiêu chuẩn.
-  Cho phép chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh trầm cảm ngoại trú và theo dõi được MedishieldLife bao trả chi phí, đồng thời giải phóng khả năng Medisave tiếp nhận những bệnh nhân nguy kịch hơn cần hỗ trợ tại bệnh viện.
-  Tham gia các nguồn quỹ từ chính phủ, hãng sở, công ty bảo hiểm để thúc đẩy tăng khoản trợ cấp chi phí thuốc, do đó cải thiện khả năng bảo vệ bệnh nhân trước tình trạng túng quẫn.
-  Tiếp tục đóng vai trò là nhà điều trị tiên tiến hàng đầu trong khu vực bằng cách điều chỉnh phù hợp với các tiêu chuẩn quốc tế đang phát triển cho các thử nghiệm lâm sàng, các mô hình phân phối mới và các biện pháp can thiệp mới.

Dữ liệu thống kê nhanh ở từng quốc gia

Thái Lan

Chỉ số Thị trường



Quy mô dân số

69,8 triệu (2020)
[89]



65 tuổi trở lên (%)

12,4 (2019)
[145]



Chi phí chăm sóc sức khỏe so với GDP (%)

3,8 (2018) [146]



Ngân sách chăm sóc sức khỏe tâm thần so với tổng số (%)

0,3 (2017) [10]

Chỉ số Bệnh tật



Tỷ lệ mắc bệnh tâm thần và rối loạn phát triển thần kinh

8,8 triệu (2016) [108]



Tỷ lệ mắc bệnh tâm thần trong tổng tỷ lệ DALY (%)

6,3 (2016) [7]



Tỷ lệ mắc MDD (%) (2021)

2,6 [44]



Tỷ lệ mắc MDSI cấp tính ở những bệnh nhân MDD (%) (2021)

5 [44]



Tỷ lệ tự tử trên 100.000 người

7,37 (2020)
[147]

Điểm đánh giá MDD



Chi tiêu chăm sóc sức khỏe tâm thần bình quân đầu người hàng năm (Đô la Mỹ)

1,5 (2017) [10]



Ngân sách hàng năm dành cho chăm sóc sức khỏe tâm thần (Đô la Mỹ)

Không áp dụng



Bồi hoàn công cho sức khỏe tâm thần (%)

100 (2017) [10]



Bác sĩ tâm thần được đào tạo trên 100.000 người

1,34 (2017) [24]

Dữ kiện khác:

Các hình thức cố gắng tự tử **thường hung hãn hơn ở nam giới.** [44]

Các ca bệnh rối loạn tâm thần nghiêm trọng đã được điều trị (trên 100.000 người dân, 2017):

781,5 [10]

Tăng 22% số ca tử vong do tự tử trong nửa đầu năm 2020 so với năm 2019 [144]

Trong 15 năm qua, chính phủ Thái Lan đã thực hiện nhiều công việc quan trọng để thiết lập một hệ thống giám sát và chăm sóc dựa trên bằng chứng trên toàn quốc đối với bệnh trầm cảm và tự tử. Đến năm 2016, hơn 14 triệu người trong cả nước đã được khám sàng lọc chứng trầm cảm, trong khi đó 1,7 triệu người được can thiệp tâm lý xã hội^[68]. Ngoài ra, việc quản lý thành công hệ thống đã làm gia tăng mạnh mẽ khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc tiêu chuẩn cho những người bị rối loạn trầm cảm, tăng từ 5% năm 2009 lên 49% năm 2016^[68].

Trong số các sáng kiến quốc gia có một chiến dịch trực tuyến mang tên “Unknown Together”, do Liên hợp quốc (LHQ) ở Thái Lan phát động, cùng với Knowing Mind (một tổ chức chăm sóc sức khỏe tâm thần có trụ sở tại Thái Lan) và Love Frankie (một cơ quan thay đổi xã hội), khám phá mối quan tâm ngày càng tăng về sức khỏe tâm thần thông qua các cuộc thảo luận của hội đồng chuyên gia. Việc tăng cường hiểu biết về bệnh tâm thần đã giúp bệnh nhân có thể tìm kiếm sự giúp đỡ, chẳng hạn như thông qua Dịch vụ Tư vấn Mới (NCS) và Dịch vụ Tâm lý Quốc tế (PSI).

Tuy nhiên, mức phân bổ nguồn lực cho lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần vẫn ở mức thấp không tương xứng đối với tác động của DALY so với các lĩnh vực bệnh tật khác. Một yếu tố chính làm suy yếu nỗ lực của chính phủ Thái Lan trong việc tăng cường khả năng tiếp cận điều trị trầm cảm là tình trạng thiếu bác sĩ tâm thần. Bác sĩ Pichai Ittasakul, bác sĩ tâm thần tại địa phương, cho biết: “Trở thành bác sĩ tâm thần có thể được coi là không phổ biến đối với sinh viên y khoa”. Không khó để tìm hiểu lý do tại sao. Các chuyên gia được đào tạo hiện tại phải đối mặt với tình trạng kiệt sức về cảm xúc cao hơn liên quan đến việc làm việc hơn 50 giờ một tuần và điều trị nhiều bệnh nhân hơn mỗi ngày^[141]. Tính đến năm 2020, 49,3% bác sĩ tâm thần bị kiệt sức ở mức độ cao, tăng mạnh so với 17,1% năm 2011^[141]. Ngoài ra, khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc tâm thần còn bị sai lệch theo vị trí, vì hầu hết các bác sĩ tâm thần thích làm việc ở khu vực đô thị Bangkok. Bác sĩ Ittasakul cho biết: “Khoảng 50% [bác sĩ tâm thần] ở tại Bangkok”. Nguyên nhân có thể được cho là do hầu hết các bệnh viện tâm thần nằm ở khu vực đô thị hóa thay vì khu vực nông thôn, và do sự bất ổn chính trị ở một số tỉnh nhất định.

Xu hướng này đặc biệt làm nản lòng những bệnh nhân MDSI – trong khi bác sĩ đa khoa có thể chia sẻ khối lượng công việc theo dõi MDD ở mức độ nhẹ đến trung bình, các tình trạng chuyên biệt hơn, chẳng hạn như MDSI, được bác sĩ tâm thần quản lý tốt hơn. Triển vọng không ổn định, trừ khi can thiệp nhiều hơn vào chính sách. Các chứng rối loạn tâm thần bị loại trừ khỏi hầu hết các chương trình bảo hiểm tư nhân và các lộ trình hiện có cho các phương pháp điều trị trầm cảm mới cần được xem xét lại – các nhóm thuốc SNRI thậm chí không được liệt kê trong danh mục thuốc chống trầm cảm NLEM, ít hơn nhiều các liệu pháp tiên tiến hơn sẽ sớm ra mắt.

Duy nhất ở Thái Lan, tỷ lệ mắc bệnh trầm cảm trong dân số già ở các bộ lạc sống trên đồi được quan sát là 32,9%^[55]. Nhóm đối tượng này cũng gặp nhiều bất lợi về kinh tế xã hội, gây cản trở việc tiếp cận các phương pháp điều trị trầm cảm kịp thời. Những điều này bao gồm văn hóa gia trưởng và ảnh hưởng của gia đình đối với việc ra quyết định, giáo dục và quản lý tài chính. Hơn nữa, khoảng 30% người bộ lạc không được cấp quốc tịch Thái Lan, khiến họ không thể tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và giáo dục cơ bản ở quốc gia này^[55].





Một nhóm khác cũng bị ảnh hưởng không tương xứng bởi chứng trầm cảm ở Thái Lan là người trẻ tuổi. Từ năm 2018 đến năm 2019, tăng 12% số lượng người trẻ tuổi trong độ tuổi từ 11 đến 25 gọi điện đến các chuyên gia tư vấn chăm sóc sức khỏe tâm thần. Mặc dù chẩn đoán MDSI tập trung ở nhóm tuổi 20-40, tỷ lệ tự tử ở người trẻ 20-24 tuổi đã tăng từ 4,94 trên 100.000 người vào năm 2018 lên 5,33 trên 100.000 người vào năm 2018^[59]. Ước tính rằng tác động kinh tế trực tiếp do tự tử ở Thái Lan là hơn 400 triệu đô la Mỹ^[60]. Để đối phó, Thái Lan đã thực hiện các bước hành động đáng kể để giải quyết các vấn đề sức khỏe tâm thần ở người trẻ tuổi. Vào tháng 7 năm 2020, Bộ Sức khỏe Tâm thần (DMH), UNICEF Thái Lan và JOOX Thái Lan đã phát động chiến dịch “Âm thanh của Hạnh phúc” để giúp trẻ em và thanh thiếu niên đối phó với các vấn đề tâm thần^[77]. Chiến dịch cung cấp podcast từ các chuyên gia DMH và bao gồm các chủ đề như trầm cảm, căng thẳng, các mối quan hệ và bắt nạt. Chiến dịch không chỉ cung cấp hướng dẫn và hỗ trợ mà còn thúc đẩy các dịch vụ hỗ trợ thân thiện với người trẻ tuổi.

Nhiều công cụ kỹ thuật số khác nhau đã trợ giúp đáng kể trong nỗ lực giúp đỡ các dịch vụ hỗ trợ tinh thần dễ tiếp cận hơn, đặc biệt là đối với thanh thiếu niên. Ứng dụng Kiểm tra Sức khỏe Tâm thần được phát triển bởi DMH và Viện Tâm thần Somdet Chaopraya cung cấp cho các cá nhân một cuộc kiểm tra nhanh mọi lúc, mọi nơi^[142]. Các ứng dụng trên thiết bị di động như Ooca, nền tảng chăm sóc sức khỏe tâm thần từ xa giúp dễ dàng tiếp cận với các bác sĩ và các chuyên gia được đào tạo khác, đã thu hút được sự chú ý ở Thái Lan. Kể từ khi ra mắt, Ooca đã thu hút được 52.000 người dùng cá nhân ở Thái Lan và 20.000 công ty đã đăng ký, cả doanh nghiệp Thái Lan và quốc tế^[72]. Ooca dự kiến sẽ ký Biên bản Ghi nhớ (MoU) với DMH, giúp có thể truy cập miễn phí ứng dụng này cho những thanh thiếu niên kém may mắn trong các trường đại học trên toàn quốc^[72]. Ngoài khả năng tiếp cận đối với thanh thiếu niên, các phương pháp số hóa đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần mang lại những lợi ích sau đây theo các bên liên quan mà chúng tôi đã nói chuyện ở Thái Lan: giảm chi phí cho bệnh nhân cũng như bác sĩ; bác sĩ nhận được các tín hiệu không lời tốt hơn qua điện thoại; và chăm sóc bệnh nhân hợp tác hơn với thông tin được cung cấp từ các chuyên gia và phòng ban khác.

Mặc dù có nhiều sáng kiến về sức khỏe tâm thần nhưng dịch bệnh COVID-19 đã gây khó khăn cho Thái Lan về mặt sức khỏe tâm thần. Theo DMH của quốc gia này, mức độ căng thẳng trong cộng đồng nói chung đã tăng từ 2,7% lên 4,2% vào năm 2020^[143]. Đồng thời, các triệu chứng trầm cảm trong công chúng đã trở nên nổi bật hơn và tỷ lệ tự tử cũng tăng lên vào năm 2020. Trong sáu tháng đầu năm đó, khoảng 2.551 người tự tử, tăng hơn 22% so với cùng kỳ năm trước^[144].

May mắn là chính phủ và người dân Thái Lan đã kiên cường và phản ứng nhanh chóng, đưa ra một số sáng kiến đầy hứa hẹn để quản lý tác động từ đại dịch ở khía cạnh tinh thần. Ví dụ: DMH đã phát triển công cụ Kiểm tra Sức khỏe Tâm thần để đánh giá các vấn đề tâm thần liên quan đến COVID-19 đối với nhân viên y tế và tình nguyện viên^[142]. Đánh giá dưới hình thức bảng câu hỏi cung cấp các đề xuất và tiếp cận trợ giúp chuyên môn nếu được yêu cầu. Vì quốc gia này tiếp tục bất kịp những nỗ lực ngày càng tăng xung quanh việc chăm sóc sức khỏe tâm thần, nền tảng này đang được tạo ra để Thái Lan trở thành quốc gia đi đầu trong khu vực về các mô hình chăm sóc và can thiệp mới hơn.

Sau đây là lời kêu gọi hành động theo chính sách riêng của chúng tôi đối với Thái Lan:

-  Tận dụng chu kỳ lập kế hoạch quốc gia để cải tiến chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần, phân bổ nguồn lực ở mức độ phù hợp để giải quyết các nguyên nhân hàng đầu gây ra thiệt hại kinh tế (như tự tử).
-  Loại bỏ tình trạng loại trừ và phân biệt đối xử dựa trên các rối loạn sức khỏe tâm thần khỏi các chương trình bảo hiểm, và xây dựng năng lực để sàng lọc và điều trị MDD lớn hơn ngoài các thành phố lớn.
-  Thúc đẩy các chương trình giáo dục để cải thiện hiểu biết về sức khỏe tâm thần, đặc biệt là về phổ MDD, giữa chính phủ, chuyên môn nghiệp vụ y tế và cộng đồng dân cư rộng lớn.
-  Giờ đây, các mô hình chăm sóc mới hơn đã được thử nghiệm (chẳng hạn như chăm sóc sức khỏe tâm thần từ xa), hãy hệ thống hóa những mô hình này thành chính sách và tìm cách tạo ra các lộ trình tài trợ cho các loại thuốc được nhắm mục tiêu hơn với mục đích giảm chi phí tự chi trả.

Dữ liệu thống kê nhanh ở từng quốc gia

Việt Nam

Chỉ số Thị trường



Quy mô dân số

97,3 triệu (2020)
[89]



65 tuổi trở lên (%)

7,6 (2019) [122]



Chi phí chăm sóc sức khỏe so với GDP (%)

6,6 (2019) [123]



Ngân sách chăm sóc sức khỏe tâm thần so với tổng số (%)

Không áp dụng

Chỉ số Bệnh tật



Tỷ lệ mắc bệnh tâm thần và rối loạn phát triển thần kinh

9,6 triệu (2016) [108]



Tỷ lệ mắc bệnh tâm thần trong tổng tỷ lệ DALY (%)

5,6 (2016) [7]



Tỷ lệ mắc MDD (%) (2021)

1,2 [44]



Tỷ lệ mắc MDSI cấp tính ở những bệnh nhân MDD (%) (2021)

21 [44]



Tỷ lệ tự tử trên 100.000 người

7,4 (2017) [109]

Điểm đánh giá MDD



Chi tiêu chăm sóc sức khỏe tâm thần bình quân đầu người hàng năm (Đô la Mỹ)

Thiếu nguồn lực có thể xác minh



Ngân sách hàng năm dành cho chăm sóc sức khỏe tâm thần (Đô la Mỹ)

Thiếu nguồn lực có thể xác minh



Bồi hoàn công cho sức khỏe tâm thần (%)

80 (2017) [16]



Bác sĩ tâm thần được đào tạo trên 100.000 người

0,9 (2014) [23]

Dữ kiện khác:

Cụ thể, người trên 70 tuổi được quan sát là có tỷ lệ mắc bệnh trầm cảm cao nhất trong cả nước với

5,9% người trên 70 tuổi bị rối loạn trầm cảm [124]

Hầu hết bệnh nhân mắc MDSI trong độ tuổi từ 18 đến 30 tuổi [44]

Chỉ **1/3 số công nhân trong ngành** ở Việt Nam có các triệu chứng trầm cảm tích cực đã sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần vào năm 2019 [117]

Việt Nam đã có những tiến bộ ấn tượng, cả về cải thiện sự tập trung và năng lực điều trị bệnh tâm thần trong thập kỷ qua. Điều đó cho thấy rằng khả năng tài trợ vẫn còn là một vấn đề, vì ngân sách nhà nước đã bị cắt giảm (trong một số trường hợp là cắt giảm một nửa) mặc dù gia tăng các rối loạn tâm thần.^[51] Cần có nhiều nỗ lực hơn trong việc giảm kỳ thị, tăng cường phổ biến thông tin, tối ưu hóa cơ cấu chăm sóc và cải thiện các nguồn lực và cơ sở hạ tầng chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Có tới 40.000 người Việt Nam tự tử do trầm cảm mỗi năm^[116], tuy nhiên tỷ lệ mắc bệnh được báo cáo chỉ là 4,9% vào năm 2020.^[115] Tam Nguyen, Giám đốc Phụ trách Nhu cầu Cơ bản, đồng thời là người lên tiếng ủng hộ tích cực trong cộng đồng, cho biết: “Hầu như chúng tôi không biết các triệu chứng mà mọi người biểu hiện có liên quan đến việc mắc bệnh trầm cảm”. Một khả năng khác là mọi người miễn cưỡng xác định là bị trầm cảm vì họ tin rằng căn bệnh này không thể chữa được. Ngay cả khi bệnh nhân biết rằng mình bị trầm cảm và tích cực tìm kiếm sự giúp đỡ, nhưng điều đó không nhất thiết có nghĩa là họ biết phải tìm đến đâu để được điều trị, đặc biệt là khi sống bên ngoài các thành phố lớn. Khi mọi người cố gắng tự tử, những người đáp ứng đầu tiên là các bác sĩ cấp cứu, không có nhiều hiểu biết về MDSI và do đó không thể chẩn đoán chính xác hoặc thực hiện các phương pháp điều trị thích hợp.





Đặc biệt, người trẻ dưới 30 tuổi và phụ nữ là nhóm đối tượng chịu ảnh hưởng nhiều nhất bởi MDSI ở Việt Nam.^[44] Trong số đó, trình độ học vấn nâng cao dường như là một yếu tố dự báo quan trọng hơn tình trạng kinh tế xã hội, có thể là do môi trường học tập căng thẳng cao. Khoảng 60% bệnh nhân mắc MDSI cấp tính là nữ giới, điều này cho thấy tác động của các chuẩn mực giới xã hội^[118]. Một phát triển khác đã cản trở việc quản lý MDD hiệu quả là sự ưu tiên sử dụng các phương pháp điều trị thay thế cho thuốc Tây.^[119] Các phương pháp điều trị thay thế này bao gồm các loại thuốc truyền thống của Việt Nam và Trung Quốc sử dụng thảo mộc, châm cứu, xoa bóp và các hình thức tập thể dục khác nhau để thúc đẩy dòng chảy của “năng lượng bên trong”, thiền định, chế độ ăn uống đặc biệt và chữa bệnh bằng tâm linh. Để giải quyết khoảng cách chênh lệch về thông tin và sự kỳ thị xã hội, một số Nhân viên Y tế Khu phố (HHW) đã được dạy cách xác định các vấn đề sức khỏe tâm thần và tiếp cận thuốc cho bệnh nhân của họ, để hỗ trợ tốt hơn cho cộng đồng liên quan.^[118]

Việt Nam đã thực hiện những nỗ lực đáng kể để bổ sung chứng trầm cảm vào Chương trình Mục tiêu Y tế Quốc gia, với Chương trình Chăm sóc Sức khỏe Tâm thần dựa vào Cộng đồng (CMHC), kể từ năm 2001.^[121] CMHC bao gồm khám sàng lọc, chuyển tuyến, điều trị, quản lý và theo dõi giữa các trung tâm y tế ban đầu với các bệnh viện tuyến huyện, tỉnh và cấp ba. Tuy nhiên, chỉ 2% trong số những người ghi danh tham gia chương trình được điều trị trầm cảm.^[120] Điều này cho thấy khả năng của y tế tuyến đầu còn thấp và cơ cấu giữa tuyến y tế ban đầu và bệnh viện tuyến trên còn yếu. Do đó, cần có mạng lưới chuyển tuyến chăm sóc sức khỏe tâm thần mạnh mẽ, thành lập các khoa ngoại trú tại các bệnh viện tâm thần.

Hiện nay, dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần tại bệnh viện chủ yếu là của khu vực công, hạn chế về năng lực. Thay vào đó, những người có nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần có thể được khuyến khích lựa chọn tiếp cận các nhà cung cấp dịch vụ tư nhân hoặc các dịch vụ chuyên biệt khác. Động thái như vậy đòi hỏi mức độ cấp phép mở và phát triển cơ sở hạ tầng, ngoài ra phải giải quyết những thách thức về kỳ thị.

Chính phủ đặt mục tiêu hỗ trợ nhiều hơn về mặt chuyên môn cho các bệnh viện tuyến tỉnh và huyện cũng như các trạm y tế, đặc biệt là ở các vùng sâu, vùng xa.^[121] Sáng kiến thúc đẩy tiếp cận điều trị là phát triển các mô hình cung cấp dịch vụ chăm sóc mới như chăm sóc sức khỏe từ xa. Trong phạm vi chương trình chuyển đổi số hóa quốc gia dưới sự chỉ đạo của chính phủ Việt Nam, một dự án thí điểm kéo dài hai tháng kết nối 1.000 trung tâm y tế để cung cấp dịch vụ tư vấn và điều trị từ xa.^[74] Nhiều buổi tư vấn bệnh nhân mắc bệnh tâm thần phức tạp đã được tiến hành kịp thời, giúp can thiệp thành công và củng cố mạng lưới chuyển tuyến đến các bác sĩ chuyên khoa. Hy vọng rằng Việt Nam sẽ tiếp tục khám phá các mô hình chăm sóc và bao trả mới để đưa ra giải pháp phù hợp và hiệu quả hơn nhằm giải quyết những thách thức nói trên.

Sau đây là lời kêu gọi hành động theo chính sách riêng của chúng tôi đối với Việt Nam:

-  Mở rộng các nỗ lực cải cách chăm sóc sức khỏe rộng rãi hơn bằng cách nâng cao năng lực khám sàng lọc MDD bên ngoài khu vực thành thị và ở cấp chăm sóc sức khỏe ban đầu. Xây dựng mạng lưới giới thiệu chuyên gia cho các phương pháp điều trị tiên tiến cần thiết, bao gồm thông qua việc thành lập thêm các khoa ngoại trú tại các bệnh viện tâm thần. Cho phép các cơ sở trong khu vực tư nhân để tăng khả năng tiếp cận trợ giúp cho người dân.
-  Đồng thời, nâng cao mức độ hiểu biết về phổ MDD trong các cấp chính phủ, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc và cộng đồng rộng lớn hơn, bao gồm cả các tình trạng phân nhóm như TRD và MDSI. Điều chỉnh phù hợp với các tiêu chuẩn quốc tế và mở rộng quy mô xã hội y tế thông qua các hướng dẫn phù hợp.
-  Tận dụng các mô hình quốc gia láng giềng cho các chiến dịch giáo dục về bệnh trầm cảm, trên toàn quốc và tại địa phương cũng như ở hình thức trực tuyến và ngoại tuyến. Tiếp tục kêu gọi các nỗ lực cấp cơ sở.
-  Đầu tư vào các lộ trình và chương trình bao trả công nhận các mô hình cung cấp dịch vụ chăm sóc mới và các biện pháp can thiệp hiện có, đặc biệt là trong phạm vi phổ MDD và các tác nhân điều trị được nhắm mục tiêu.

▶ Phụ lục A: Tác giả và cộng sự

Guillaume Sachet
Partner
Advisory
KPMG in Singapore
E gsachet@kpmg.com.sg
T +65 9845 3059

Chris Hardesty
Director
Healthcare & Life Sciences
KPMG in Singapore
E chrishardesty@kpmg.com.sg
T +65 9824 2924

- Dr. Agnes Joy Casino, Psychiatrist, National Centre for Mental Health (Philippines)
- Dr. Alvin Ng, Professor, Sunway University (Malaysia)
- Dr. Diah Setia Utami, President, Central Committee Psychiatric Association (Indonesia)
- Dr. Feisul Idzwan Mustapha, Disease Control Deputy Director, Ministry of Health (Malaysia)
- Frances Prescilla Cuevas, Chief Health Program Officer, Department of Health (Philippines)
- Jerika Ejercito, Influencer and Business Owner, Bloom & Topiary (Philippines)
- Kanpassorn Suriyasangpetch, CEO, Ooca (Thailand)
- Dr. Le Nguyen Thuy Phuong, Lecturer, University Medicine & Pharmacy HCMC (Vietnam)
- Dr. Margarita Maramis, Psychiatrists, DR Soetomo Hospital (Indonesia)
- Dr. Nguyen Minh Man, Head of Clinical Psychology Department, University Medical Centre (Vietnam)
- Dr. Pichai Ittasakul, Psychiatrist, Ramathibodi Hospital (Thailand)
- Rajakanth Raman, Principle Consultant, Manifeste (Singapore)
- Dr. Rattaphon Triamwichanon, Assistant Secretary General, National Health Security Office (Thailand)
- Dr. Rodney Boncajes, Psychiatrist, National Centre for Mental Health (Philippines)
- Dr. Salina Abdul Aziz, Head of Psychiatric and Mental Health Department, Hospital Kuala Lumpur (Malaysia)
- Tam Nguyen, Director, Basic Needs (Vietnam)
- Dr. Tor Phern Chern, Senior Consultant, Institute of Mental Health (Singapore)
- Voices of patients, who shall remain anonymous for privacy, from across the SEA region

With thanks: Yen Tink Ng, Teo Jun Quan, Harindrar Jayanthinathan, Yang Yiran, Maetee Saerechavaroj, Titipong Pureepongpeera, Luke Treloar, Vo Thi Kim Ngan, Le Hang Nga, Trinh Nguyen Mong Quynh

This research and report were funded by [Johnson & Johnson Pte Ltd.](#)

The information contained herein is of a general nature and is not intended to address the circumstances of any particular individual or entity. Although we endeavour to provide accurate and timely information, there can be no guarantee that such information is accurate as of the date it is received or that it will continue to be accurate in the future. No one should act on such information without appropriate professional advice after a thorough examination of the particular situation. The findings and views expressed do not necessarily reflect the views of Johnson & Johnson Pte. Ltd.

The KPMG name and logo are registered trademarks or trademarks of KPMG International.



Phụ lục B: Tài liệu tham khảo

- [1] United Nations. 2019. World Population Prospects 2019.
[Available at: https://population.un.org/wpp/Download/SpecialAggregates/Geographical/](https://population.un.org/wpp/Download/SpecialAggregates/Geographical/)
- [2] World Health Organisation. 2021. Noncommunicable diseases in the South-East Asia.
[Available at: https://www.who.int/southeastasia/health-topics/noncommunicable-diseases](https://www.who.int/southeastasia/health-topics/noncommunicable-diseases)
- [3] Ferrari, Alize, Fiona J. Charlson, Rosana E. Norman, Scott B. Patten, Greg Freedman, Christopher J.L. Murray, Theo Vos, and Harvey Whiteford. 2013. "Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010." PLOS medicine. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001547>.
[Available at: https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001547](https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001547)
- [4] Institute for Health Metrics and Evaluation. 2021. GBD Compare.
[Available at: http://www.healthdata.org/data-visualization/gbd-compare](http://www.healthdata.org/data-visualization/gbd-compare)
- [5] United Nations. 2021. Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages.
[Available at: https://sdgs.un.org/goals/goal3](https://sdgs.un.org/goals/goal3)
- [6] Votruba, Nicole, Julian Eaton, Martin Prince, and Graham Thornicroft. n.d. "The importance of global mental health for the Sustainable Development Goals." Journal of Mental Health 23 (6). doi:10.3109/09638237.2014.976857.
[Available at: https://www.researchgate.net/publication/268452231_The_importance_of_global_mental_health_for_the_Sustainable_Development_Goals](https://www.researchgate.net/publication/268452231_The_importance_of_global_mental_health_for_the_Sustainable_Development_Goals)
- [7] Our World in Data. 2016. DALYs (Disability-Adjusted Life Years) - Mental health disorders (Age-standardized percent).
[Available at: https://ourworldindata.org/grapher/mental-health-share-of-total-disease-burden?tab=table](https://ourworldindata.org/grapher/mental-health-share-of-total-disease-burden?tab=table)
- [8] Ministry of Health. 2019. Percentage of spending on mental health, diabetes and ageing versus total healthcare spending in 2018 against amount budgeted for 2019. May 7.
[Available at: https://www.moh.gov.sg/news-highlights/details/percentage-of-spending-on-mental-health-diabetes-and-ageing-versus-total-healthcare-spending-in-2018-against-amount-budgeted-for-2019/](https://www.moh.gov.sg/news-highlights/details/percentage-of-spending-on-mental-health-diabetes-and-ageing-versus-total-healthcare-spending-in-2018-against-amount-budgeted-for-2019/)
- [9] Chua, Sook Ning. 2020. "The economic cost of mental disorders in Malaysia." Lancet 7 (4): 89-96. doi:10.1016/S2215-0366(20)30091-2.
[Available at: https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30091-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30091-2/fulltext)
- [10] World Health Organisation. 2017. Mental Health ATLAS 2017 Member State Profile (Thailand).
[Available at: https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/THA.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/THA.pdf?ua=1)
- [11] Inside Indonesia. 2020. The future of mental health care in Indonesia.
[Available at: https://www.insideindonesia.org/the-future-of-mental-health-care-in-indonesia](https://www.insideindonesia.org/the-future-of-mental-health-care-in-indonesia)
- [12] World Bank. 2020. Current Health Expenditure per capita (US\$) - Indonesia.
[Available at: https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD?locations=ID](https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD?locations=ID)

- [13] World Health Organisation. 2017. Mental Health ATLAS 2017 Member State Profile (Philippines). Available at: https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/PHL.pdf?ua=1
- [14] Ministry of Health. 2020. Medishield Life claims and Medisave withdrawals for psychiatric treatments. February 4. Available at: <https://www.moh.gov.sg/news-highlights/details/medishield-life-claims-and-medisave-withdrawals-for-psychiatric-treatments>
- [15] World Health Organisation. 2017. Mental Health ATLAS 2017 Member State Profile (Malaysia). Available at: https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/MYS.pdf?ua=1
- [16] World Health Organisation. 2017. Mental Health ATLAS 2017 Member State Profile (Viet Nam). Available at: https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/VNM.pdf?ua=1
- [17] World Health Organisation. 2017. Mental Health ATLAS 2017 Member State Profile (Indonesia). Available at: https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/IDN.pdf
- [18] Ministry of Health (Singapore) et. al. 2010. "National Mental Health Blueprint 2007-2012." Available at: <https://www.imh.com.sg/uploadedFiles/Publications/IMH%20National%20Mental%20Health%20Blueprint.pdf>
- [19] KPMG Primary Research
- [20] Ngo, Victoria K, Bahr Weiss, Trung Lam, Thanh Dang, Tam Nguyen, and Mai Hien Nguyen. 2014. "The Vietnam Multicomponent Collaborative Care for Depression Program: Development of Depression Care for Low- and Middle-Income Nations." Journal of Cognitive Psychotherapy 28 (3). doi:10.1891/0889-8391.28.3.156. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4283138/>
- [21] Department of Mental Health. n.d. The Policies of Department of Mental Health to Suicide Problem in Thailand. Available at: http://www.jvkk.go.th:8080/web_jvkk_en/membersystem/myfile/The_Policies_of_Department.pdf
- [22] Ministry of Health. 2020. Manpower for patients receiving psychiatric treatment and mental health support. January 6. Available at: <https://www.moh.gov.sg/news-highlights/details/manpower-for-patients-receiving-psychiatric-treatment-and-mental-health-support#:~:text=2%20Currently%2C%20there%20are%20about,3%5D%20psychologists%20per%20100k%20population>
- [23] Vietnam Briefing. 2018. The Mental Healthcare Industry in Vietnam. October 18. Available at: <https://www.vietnam-briefing.com/news/mental-healthcare-industry-in-vietnam.html/>
- [24] Department of Mental Health. 2017. Psychiatrist to Population Ratio. Available at: http://statv2.nic.go.th/Health/05030601_06.php
- [25] Penang Institute. 2017. A study on improving access to mental healthcare in Malaysia. Available at: https://penanginstitute.org/wp-content/uploads/jml/files/research_papers/Bridging%20Barriers_PenangInstituteinKL_LimSuLin.pdf
- [26] American Psychiatric Association. 2021. What Is Depression? Available at: <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
- [27] Healthline. 2020. What are the symptoms of major depressive disorder? Available at: <https://www.healthline.com/health/clinical-depression#symptoms>.
- [28] American Psychiatric Association. 2010. "Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder." Available at: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf
- [29] Tor, Phern Chern. 2021. "Consensus on treatment-resistant depression in Southeast Asia: Definition and management." 20th World Psychiatry Association World Congress of Psychiatry.

- [30] Saad Al-Harbi, Khalid. 2012. "Treatment-resistant depression: therapeutic trends, challenges, and future directions." *Patient Preference Adherence* 6: 369–388. doi:10.2147/PPA.S29716.
Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3363299/>
- [31] Kennedy, Sidney. 2008. "Core symptoms of major depressive disorder: relevance to diagnosis and treatment." *Dialogues Clin Neurosci* 10 (3). doi:10.31887/DCNS.2008.10.3/shkennedy.
Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18979940/>
- [32] Bernal, M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, Lépine JP, et al. 2007. "Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study." *Journal of affective disorders* 101. doi:10.1016/j.jad.2006.09.018.
Available at: <http://public-files.prbb.org/publicacions/81634db0-58a4-012a-a767-000c293b26d5.pdf>
- [33] Dunner, David, John Rush, James M Russell, Michael Burke, Stacy Woodard, Peggy Wingard, and John Allen. 2006. "Prospective, long-term, multicenter study of the naturalistic outcomes of patients with treatment-resistant depression." *Journal of Clinical Psychiatry* 67 (5): 688-95. doi:10.4088/jcp.v67n0501.
Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16841617/>
- [34] Kimura, Atsushi, Tasuku Hashimoto, Tomihisa Niitsu, and Masaomi Iyo. 2015. "Presence of psychological distress symptoms associated with onset-related life events in patients with treatment-refractory depression." *Journal of Affective Disorders* 175: 303-309. doi:10.1016/j.jad.2015.01.027.
Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25661396/>
- [35] Kubitz, Nicole, Maneesha Mehra, Ravi Potluri, Nitesh Garg, and Nicole Cossrow. 2013. "Characterization of Treatment Resistant Depression Episodes in a Cohort of Patients from a US Commercial Claims Database." *PLoS ONE* 8 (10). doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0076882.
Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0076882>
- [36] Shin, Daun, Nam Woo Kim, Min Ji Kim, Sang Jin Rhee, Christopher Hyung Keun Park, Hyeyoung Kim, and Bo Ram Yang. 2020. "Depression cost analysis in South Korea with national insurance system." *BMC Health Services research* 20. doi:10.13140/RG.2.2.11563.90407.
Available at: https://www.researchgate.net/publication/328305203_Depression_cost_analysis_in_South_Korea_with_national_insurance_system
- [37] Yamamura, T, Okamoto Y, Okada G, Takaishi Y, Takamura M, Mantani A, Kurata A, Otagaki Y, Yamashita H, and Yamawaki S. 2016. "Association of thalamic hyperactivity with treatment-resistant depression and poor response in early treatment for major depression: a resting-state fMRI study using fractional amplitude of low-frequency fluctuations." *Translational Psychiatry* 6 (3). doi:10.1038/tp.2016.18.
Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26954981/>
- [38] DiBernardo, Allitia, Xiwu Lin, Qiaoyi Zhang, Jim Xiang, Lang Lu, Carol Jamieson, and Carmela Benson. 2018. "Humanistic outcomes in treatment resistant depression: A secondary analysis of the STAR D study." *BMC Psychiatry* 18. doi:10.1186/s12888-018-1920-7.
Available at: https://www.researchgate.net/publication/328597169_Humanistic_outcomes_in_treatment_resistant_depression_A_secondary_analysis_of_the_STAR_D_study
- [39] The Straits Times. 2020. 7,500 jobs and 1,600 training opportunities in healthcare sector to be created by end-2021.
Available at: <https://www.straitstimes.com/singapore/health/7500-jobs-and-1600-training-opportunities-in-healthcare-sector-to-create-by-end>

- [40] Daskalakis, Anastasios, and Zafiris Daskalakis. 2019. "Treating resistant depression with 2 forms of convulsive therapy: a clinical case study." *Journal of Psychiatry and Neuroscience* 44 (2). doi:10.1503/jpn.180141.
Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6397037/>
- [41] World Health Organisation. 2016. "Global strategy on human resources for health: Workforce 2030."
Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf?sequence=1>
- [42] World Health Organisation. 2020. Philippines WHO Special Initiative for Mental Health Situational Assessment. March.
Available at: https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/special-initiative/who-special-initiative-country-report---philippines---2020.pdf?sfvrsn=4b4ec2ee_8
- [43] Anxiety & Depression Association of America. 2021. Facts & Statistics.
Available at: <https://adaa.org/understanding-anxiety/facts-statistics>
- [44] KPMG Analysis
- [45] Bergfeld, Isidoro O, Mariska Mantione, Martijn Figee, P Richard Schuurman, Anja Lok, and Damiaan Denys. 2018. "Treatment-resistant depression and suicidality." *Journal of Affective Disorders* 235: 362-367. doi:10.1016/j.jad.2018.04.016.
Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29665520/>
- [46] World Health Organisation. 2019. Suicide: one person dies every 40 seconds.
Available at: <https://www.who.int/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>
- [47] Turecki, Gustavo, David A. Brent, David Gunnell, Rory C. O'Connor, Maria A. Oquendo, Jane Pirkis, and Barbara H. Stanley. 2019. "Suicide and suicide risk." *Nature Reviews Disease Primers* volume 5.
Available at: <https://www.nature.com/articles/s41572-019-0121-0>
- [48] Institute of Mental Health. 2018. Latest nationwide study shows 1 in 7 people in Singapore has experienced a mental disorder in their lifetime. December 11.
Available at: https://www.imh.com.sg/uploadedFiles/Newsroom/News_Releases/SMHS%202016_Media%20Release_FINAL_web%20upload.pdf
- [49] Subramaniam, Mythily, Edimansyah Abidin, Janhavi Ajit Vaingankar, Saleha Shafie, Hong Choon Chua, Weng Mooi Tan, Kelvin Bryan Tan, Swapna Verma, Derrick Heng, and Siow Ann Chong. 2019. "Minding the treatment gap: results of the Singapore Mental Health Study." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 55: 1415-1420.
Available at: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-019-01748-0>
- [50] Muhamad, Taufik Hidayat, Sharon Lawn, Eimear Muir-Cochrane, and Candice Oster. 2020. "The use of pasung for people with mental illness: a systematic review and narrative synthesis." *International Journal of Mental Health Systems* 14 (90).
Available at: <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-020-00424-0>
- [51] The ASEAN Secretariat Jakarta. 2016. "ASEAN Mental Health Systems."
Available at: <https://asean.org/storage/2017/02/55.-December-2016-ASEAN-Mental-Health-System.pdf>
- [52] Seet, Vanessa, Edimansyah Abidin, Janhavi A. Vaingankar, Shazana Shahwan, Sherilyn Chang, Bernard Lee, Siow Ann Chong, and Mythily Subramaniam. 2020. "The use of complementary and alternative medicine in a multi-ethnic Asian population: results from the 2016 Singapore Mental Health Study." *BMC Complementary Medicine and Therapies* 20 (52). doi:10.1186/s12906-020-2843-7.
Available at: <https://bmccomplementmedtherapies.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12906-020-2843-7>
- [53] Promises. 2020. Youth Depression in times of COVID19 Pandemic: How Can We Help?
Available at: <https://www.promises.com.sg/youth-depression-in-times-of-covid19-pandemic-hbl-home-based-learning-how-can-we-help/>

- [54] Lally, John, John Tully, and Rene Samaniego. 2019. "Mental health services in the Philippines." *BJPsych Int* 16 (3): 62–64. doi:10.1192/bji.2018.34z
Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6646843/>
- [55] Chomchoei, Chalitar, Tawatchai Apidechkul, Vivat Keawdoungek, Chanyanut Wongfu, Siriyaporn Khunthason, Niwed Kullawong, Ratipark Tamornpark, Panupong Upala, and Fartima Yeemard. 2020. "Prevalence of and factors associated with depression among hill tribe individuals aged 30 years and over in Thailand." *Heliyon* 6 (6). doi:10.1016/j.heliyon.2020.e04273.
Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7322052/>
- [56] Value Champion. 2019. What is the State of Mental Health in Singapore?
Available at: <https://www.valuechampion.sg/what-state-mental-health-singapore>
- [57] Institute for Public Health, National Institutes of Health, Ministry of Health Malaysia. 2019. "National Health and Morbidity Survey; Non-communicable diseases, healthcare demand; Key Findings."
Available at: http://ipth.moh.gov.my/images/technical_report/2020/4_Infographic_Booklet_NHMS_2019_-_English.pdf
- [58] Sharan, Pratap, Rajesh Sagar, and Saurabh Kumar. 2017. "Mental health policies in South-East Asia and the public health role of screening instruments for depression." *WHO South East Asia Journal of Public Health* 6 (1). doi:10.4103/2224-3151.206165.
Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28597852/>
- [59] Thai PBS World. 2019. Number of young Thais with major depressive disorder increasing – DOMH.
Available at: <https://www.thaipbsworld.com/number-of-young-thais-with-major-depressive-disorder-increasing-domh/>
- [60] Kirigia, Joses, Rosenabi D.K. Muthuri, and Newton G. Muthuri. 2020. "The Monetary Value of Human Lives Lost to Suicide in the African Continent: Beating the African War Drums." *Healthcare (Basel)* 8 (2). doi:10.3390/healthcare8020084.
Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7348721/>
- [61] CNN Philippines. 2020. DOH reports spikes in mental health-related calls due to COVID-19 crisis.
Available at: <https://cnnphilippines.com/news/2020/8/26/Mental-health-anxiety-suicide-hotline-Philippines-COVID-19.html>
- [62] ABS CBN. 2021. Suicide deaths up 26 percent in pandemic year: PSA.
Available at: <https://news.abs-cbn.com/news/03/17/21/suicide-deaths-up-26-percent-in-pandemic-year-psa>
- [63] Channel News Asia. 2020. COVID-19: Worries about pandemic see more calls to mental health helplines.
Available at: <https://www.channelnewsasia.com/news/singapore/covid-19-fear-toll-mental-health-hotline-anxiety-singapore-12631710>
- [64] New Straits Times. 2020. Almost 500,000 Msians depressed; nearly 500 suicide attempts this year.
Available at: <https://www.nst.com.my/news/nation/2020/10/631154/almost-500000-msians-depressed-nearly-500-suicide-attempts-year>
- [65] SingHealth. 2021. Ketamine Approved To Treat Major Depressive Disorder With SGH As Trial Site.
Available at: <https://www.singhealth.com.sg/news/research/ketamine-approved-to-treat-major-depressive-disorder-with-sgh-as-trial-site>
- [66] Ministry of Health Malaysia, Malaysian Psychiatric Association, Academy of Medicine Malaysia. 2019. "Management of Major Depressive Disorder (Second Edition)."
Available at: [https://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/CPG/Psychiatry%20&%20Mental%20health/CPG_Management_of_MDD_\(Second_Edition\)_04092020.pdf](https://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/CPG/Psychiatry%20&%20Mental%20health/CPG_Management_of_MDD_(Second_Edition)_04092020.pdf)
- [67] Pharmaceutical Service Programme, Ministry of Health. 2019. National Essential Medicines List.
Available at: <https://www.pharmacy.gov.my/v2/sites/default/files/document-upload/151119-draf-neml-5th-ed-v13-final-clean.pdf>

- [68] Kongsuk, Thoranin, Suttha Supanya, Kedsaraporn Kenbubpha, Supranee Phimtra, Supattra Sukhawaha, and Jintana Leejongpermpoon. 2017. "Services for depression and suicide in Thailand." 6 (1): 34-38. doi:10.4103/2224-3151.206162. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28597857/>
- [69] Udomratn, Pichet. 2007. "Mental health and psychiatry in Thailand." International Psychiatry 4 (1). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6734756/>
- [70] Department of Health (DOH). 2020. "DOH, WHO urge public to access free mental health e-learning course." Joint Media Release. Available at: <https://doh.gov.ph/doh-press-release/DOH-WHO-URGE-PUBLIC-TO-ACCESS-FREEMENTAL-HEALTH-E-LEARNING-COURSE>
- [71] NHS Foundation Trust. 2021. CAMHS tiers. Available at: <https://www.hpftcamhs.nhs.uk/coming-to-camhs-what-to-expect/our-hpft-camhs-services/camhs-tiers/>
- [72] Asia-Pacific Biotech News. 2019. "Improving Access to Mental Health Treatment with Technology." Available at: <https://www.asiabiotech.com/23/2308/23080055x.html>
- [73] Doctor Anywhere. 2020. news: DA launches online mental health consultation. Available at: <https://doctoranywhere.com/doctor-anywhere-launches-online-mental-health-consultation-service-in-the-region/>
- [74] Hanoi Times. 2020. Telehealth in Vietnam connects over 1,000 health centers. Available at: <http://hanoitimes.vn/telehealth-in-vietnam-connects-over-1000-health-centers-314319.html>
- [75] Johnson & Johnson. 2021. 5 Ways Johnson & Johnson Is Working to Improve the Well-Being of the World by 2025. Available at: <https://www.jnj.com/latest-news/johnson-johnson-plans-to-improve-global-health-by-2025>
- [76] Ministry of Education (MOE) Singapore. 2021. Character and Citizenship Education. Available at: <https://www.moe.gov.sg/microsites/cos2020/refreshing-our-curriculum/cce2021.html>
- [77] UNICEF Thailand. 2020. UNICEF, Department of Mental Health, JOOX launch 'The Sound of Happiness'. Available at: <https://www.unicef.org/thailand/press-releases/unicef-department-mental-health-joox-launch-sound-happiness>
- [78] TAFEP. 2021. Job Application Forms; How to ensure job application forms enable you to assess candidates fairly. Available at: <https://www.tal.sg/tafep/employment-practices/recruitment/job-application-forms>
- [79] Today Online. 2018. Send an SOS via social media: #ThroughTheNight campaign to reach out to at-risk youth. Available at: <https://www.todayonline.com/singapore/send-sos-social-media-throughthenight-campaign-reach-out-risk-youths>
- [80] KPMG. 2020. "The rising social and economic cost of major depression: seeing the full spectrum." Available at: <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/sg/pdf/2021/03/Depression-Spectrum-in-the-Asia-Pacific.pdf>
- [81] Subramaniam, Mythily, Edimansyah Abdin, Janhavi Ajit Vaingankar, Saleha Shafie, Hong Choon Chua, Weng Mooi Tan, Kelvin Bryan Tan, Swapna Verma, Derrick Heng, and Siow Ann Chong. 2019. "Minding the treatment gap: results of the Singapore Mental Health Study." Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 55: 1415-1420. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-019-01748-0>
- [82] Chang, Wing Chung, Emily Sze Man Chen, Ming Hui Christy Lai, Wa Chan Sherry Kit, Ming Lee Edwin Ho, and Hai Chen Eric Yu. 2014. "The relationships of suicidal ideation with symptoms, neurocognitive function, and psychological factors in patients with first-episode psychosis." Schizophrenia Research 157 (1-3): 12-18. doi:10.1016/j.schres.2014.06.009. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24976591/>

- [83] Channel News Asia. 2021. The rise of mental health awareness – and the stigma that remains attached to certain conditions.
Available at: <https://www.channelnewsasia.com/news/singapore/singapore-mental-health-awareness-stigma-conditions-depression-14903772>
- [84] Seedly. 2020. Mental Health Issues: Subsidies Available And How To Navigate Through The Financial Costs. October 9.
Available at: <https://blog.seedly.sg/mental-health-costs-subsidies-singapore/>
- [85] Ministry of Health (Singapore). 2021. Drug Subsidies and Schemes.
Available at: <https://www.moh.gov.sg/cost-financing/healthcare-schemes-subsidies/drug-subsidies-schemes>
- [86] Institute of Mental Health. 2021. Patient FAQs.
Available at: <https://www.imh.com.sg/clinical/page.aspx?id=245>
- [87] The Straits Times. 2020. Covid-19 will have a long-tail effect on mental health, experts predict. August 19.
Available at: <https://www.straitstimes.com/singapore/health/covid-19-will-have-a-long-tail-effect-on-mental-health-experts-predict>
- [88] The Straits Times. 2020. More in Singapore seek help for mental health issues amid Covid-19 pandemic. October 10.
Available at: <https://www.straitstimes.com/singapore/health/more-seek-help-for-mental-health-issues-amid-pandemic>
- [89] International Monetary Fund. 2020. IMF Data - Population.
Available at: <https://data.imf.org/?sk=388dfa60-1d26-4ade-b505-a05a558d9a42&sld=1479331931186>
- [90] World Bank. 2019. Population ages 65 and above (% of total population) - Singapore.
Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?locations=SG>
- [91] Business Times. 2020. Singapore healthcare market set to grow to S\$29.8b this year: Fitch Solutions. March 13.
Available at: <https://www.businesstimes.com.sg/government-economy/singapore-healthcare-market-set-to-grow-to-s298b-this-year-fitch-solutions>
- [92] The Straits Times. 2019. Singapore spends \$3.1 billion on stress-related illnesses annually: Study. November 21.
Available at: <https://www.straitstimes.com/singapore/health/singapore-spends-31-billion-on-stress-related-illnesses-annually-study>
- [93] Channel News Asia. 2020. Suicides in Singapore up 10% last year, record high among boys. August 9.
Available at: <https://www.channelnewsasia.com/news/singapore/suicides-number-2018-teenagers-boys-highest-11761480>
- [94] Ministry of Health. 2019. Percentage of spending on mental health, diabetes and ageing versus total healthcare spending in 2018 against amount budgeted for 2019. May 7.
Available at: <https://www.moh.gov.sg/news-highlights/details/percentage-of-spending-on-mental-health-diabetes-and-ageing-versus-total-healthcare-spending-in-2018-against-amount-budgeted-for-2019/>
- [95] Epidemiology & Disease Control Division, Ministry of Health, Singapore; Institute for Health Metrics and Evaluation. 2019. "The Burden of Disease in Singapore, 1990-2017: An overview of the Global Burden of Disease Study 2017 results." Seattle, WA.
Available at: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2019/GBD_2017_Singapore_Report.pdf

- [96] Chan, L.F., T Maniam, and A.S. Shamsul. 2011. "Suicide Attempts Among Depressed Inpatients with Depressive Disorder in a Malaysian Sample." *Crisis The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 32 (5): 238-287. doi:10.1027/0227-5910/a000088. Available at: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/0227-5910/a000088>
- [97] Code Blue. 2020. How To Fix Malaysia's Hidden Mental Health Epidemic. September 2. Available at: <https://codeblue.galencentre.org/2020/09/02/how-to-fix-malysias-hidden-mental-health-epidemic/>
- [98] Ministry of Health, Malaysia. 2016. Press Statement: Mental Health Problems in Malaysia. September 28. Available at: https://www.moh.gov.my/moh/modules_resources/english/database_stores/96/337_451.pdf
- [99] Kaur, Jasvinder, Siew Man Cheong, Balkish Mahadir Naidu, Mala A. Manickam, Malisa Mat Noor, Nurashikin Ibrahim, and Azriman Rosman. 2014. "Prevalence and Correlates of Depression Among Adolescents in Malaysia." *Asia Pacific Journal of Public Health* 26 (5S): 53S-62S. doi:10.1177/1010539514544356. Available at: https://www.jstor.org/stable/26725554?seq=1#metadata_info_tab_contents
- [100] International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. 2015. Laws of Malaysia - Act 574. January 1. Available at: <https://www.rcrc-resilience-southeastasia.org/wp-content/uploads/2017/12/Penal-Code-Act-574.pdf>
- [101] National Health and Morbidity Survey. 2019. "Fact Sheet: non-communicable diseases, healthcare demand and health literacy." Available at: http://www.iku.gov.my/images/IKU/Document/REPORT/NHMS2019/FactSheet_BI_AUG2020.pdf
- [102] Steinberg, Laurence, and Kathryn C. Monahan. 2007. "Age Differences in Resistance to Peer Influence." *Developmental Psychology* 43 (6): 1531-1543. doi:10.1037/0012-1649.43.6.1531. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2779518/>
- [103] New Straits Times. 2020. Almost 500,000 Msians depressed; nearly 500 suicide attempts this year. Available at: <https://www.nst.com.my/news/nation/2020/10/631154/almost-500000-msians-depressed-nearly-500-suicide-attempts-year>
- [104] New Straits Times. 2020. Let's help those with mental health issues. July 23. Available at: <https://www.nst.com.my/opinion/letters/2020/07/610797/lets-help-those-mental-health-issues>
- [105] My Health My Life. 2019. Mental Health Handbook. November 12. Available at: https://www.myhealthmylife.com.my/sites/default/files/2019-12/Mental_Health_Booklet_181119.pdf
- [106] World Bank. 2019. Population ages 65 and above (% of total population) - Malaysia. Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?locations=MY>
- [107] World Bank. 2018. Current health expenditure (% of GDP) - Malaysia. Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=MY>
- [108] Our World in Data. 2016. Prevalence - Mental health disorders: Both (Number). Available at: <https://ourworldindata.org/grapher/people-with-mental-health-disorders?tab=table>
- [109] Our World in Data. 2017. Suicide rate vs Prevalence of Depression. Available at: <https://ourworldindata.org/grapher/suicide-rates-vs-prevalence-of-depression?tab=table>
- [110] CNN Philippines. 2020. ₱5.69 per Filipino: Quimbo laments DOH's low 2021 budget for mental health program. Available at: <https://cnnphilippines.com/news/2020/9/18/DOH-low-2021-budget-mental-health-program.html?fbclid=IwAR0yDq4vTXmC9jwI3h4RqgflfXFyz34ss-dKdOwxj0vP5BuKdtw98znSX4>
- [111] New Straits Times. 2020. More funding needed for mental healthcare. October 9. Available at: <https://www.nst.com.my/news/nation/2020/10/630940/more-funding-needed-mental-healthcare>

- [112] New Straits Times. 2020. Mental health costs Malaysia RM14.46bil or over one per cent of its GDP. February 17.
Available at: <https://www.nst.com.my/news/nation/2020/02/566428/mental-health-costs-malaysia-rm1446bil-or-over-one-cent-its-gdp>
- [113] New Straits Times. 2019. Include mental health treatment in insurance coverage, says MPA. March 22.
Available at: <https://www.nst.com.my/news/nation/2019/05/490498/include-mental-health-treatment-insurance-coverage-says-mpa>
- [114] The Malaysian Reserve. 2020. Suicide cases on the rise amid pandemic. November 11.
Available at: <https://themalaysianreserve.com/2020/11/11/suicide-cases-on-the-rise-amid-pandemic/>
- [115] Le, Huong Thi, Andre Jun Xian Lai, Jiaqian Sun, Men Thi Hoang, Linh Gia Vu, Hai Quang Pham, and Trang Ha Nguyen. 2020. "Anxiety and Depression Among People Under the Nationwide Partial Lockdown in Vietnam." *Frontiers in Public Health*. doi:<https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.589359>.
Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.589359/full>
- [116] Vietnam Net. 2017. Annual suicide rates in VN peak due to depression. April 7.
Available at: <http://english.vietnamnet.vn/fms/society/176129/annual-suicide-rates-in-vn-peak-due-to-depression.html>
- [117] Do, Ha Ngoc, Anh Tuan Nguyen, Hoa Quynh Thi Nguyen, Thanh Phuong Bui, Quy Van Ngyuen, Ngan Thu Tri Tran, Long Hoang Nguyen, et al. 2020. "Depressive Symptoms, Suicidal Ideation, and Mental Health Service Use of Industrial Workers: Evidence from Vietnam." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (8): 2929. doi:10.3390/ijerph17082929.
Available at: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/8/2929>
- [118] UNICEF. n.d. Mental health and psychosocial wellbeing among children and young people in selected provinces and cities in Viet Nam.
Available at: <https://www.unicef.org/vietnam/media/976/file/Study%20on%20mental%20health%20a%20nd%20psychosocial%20wellbeing%20of%20Children%20and%20Young%20people%20in%20Viet%20Nam.pdf>
- [119] Peltzer, Karl, Supa Pengpid, Apa Puckpinyo, Siyan Yi, and Le Vu Anh. 2016. "The utilization of traditional, complementary and alternative medicine for non-communicable diseases and mental disorders in health care patients in Cambodia, Thailand and Vietnam." *BMC Complementary and Alternative Medicine* 16 (92). doi:10.1186/s12906-016-1078-0.
Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4782577/>
- [120] Vuong, Duong Anh, Ewout Van Ginneken, Jodi Morris, Son Thai Ha, and Reinhard Busse. 2011. "Mental health in Vietnam: Burden of disease and availability of Services." *Asian journal of psychiatry* 4 (1).
Available at: https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2011_publications/2011.vuong_AJPsych_MentalHealthVietnam.pdf
- [121] Ng, Chee Hong, Phong Thai Than, Cuong Duc La, Quang Van Than, and Chu Van Dieu. 2011. "The National Community Mental Health Care Project in Vietnam: a Review for Future Guidance." *Australasian Psychiatry* 19 (2). doi:<https://doi.org/10.3109/10398562.2011.563308>.
Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.3109/10398562.2011.563308>
- [122] World Bank. 2019. Population ages 65 and above (% of total population) - Vietnam.
Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?locations=VN>

- [123] Vietnam Briefing. 2021. Why Investors Should be Optimistic About Vietnam's Healthcare Industry. March 12.
Available at: <https://www.vietnam-briefing.com/news/why-investors-should-be-optimistic-vietnams-healthcare-industry.html/>
- [124] Our World in Data. 2017. Prevalence of depression by age, World, 2017.
Available at: https://ourworldindata.org/grapher/prevalence-of-depression-by-age?country=~OWID_WRL.
- [125] Irmansyah, I, YA Prasetyo, and H Minas. 2009. "Human rights of persons with mental illness in Indonesia: more than legislation is needed." *International Journal of Mental Health Systems* 3 (14). doi:<https://doi.org/10.1186/1752-4458-3-14>.
Available at: <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-4458-3-14>.
- [126] Hartini, Nurul, Nur Ainy Fardana, Atika Dian Ariana, and Nido Dipo Wardana. 2018. "Stigma toward people with mental health problems in Indonesia." *Psychology Research and Behavior Management* 11 (535–541). doi:10.2147/PRBM.S175251.
Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6217178/>
- [127] Human Rights Watch. 2016. Living in Hell; Abuses against People with Psychosocial Disabilities in Indonesia.
Available at: <https://www.hrw.org/report/2016/03/20/living-hell/abuses-against-people-psychosocial-disabilities-indonesia>
- [128] Inside Indonesia. 2020. In search of depression in Indonesia.
Available at: <https://www.insideindonesia.org/in-search-of-depression-in-indonesia>
- [129] Pujosiswanto, Kuntum Hartomo, Sukri Palutturi, and Hasanuddin Ishak. 2018. "Policy Implementation of Healthy Indonesia Program Through Family Approach (PIS-PK) In Community Health Center of Polewali Mandar Regency."
Available at: [https://www.sphinxesai.com/2018/ch_vol11_no8/2/\(199-203\)V11N08CT.pdf](https://www.sphinxesai.com/2018/ch_vol11_no8/2/(199-203)V11N08CT.pdf)
- [130] World Bank. 2019. Population ages 65 and above (% of total population) - Indonesia.
Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?locations=ID>
- [131] World Bank. 2018. Current health expenditure (% of GDP) - Indonesia.
Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=ID>
- [132] You Gov Indonesia. 2019. A quarter of Indonesians have experienced suicidal thoughts.
Available at: <https://id.yougov.com/id/news/2019/06/26/quarter-indonesians-have-experienced-suicidal-thou/>
- [133] Hossain, Helal Uddin Ahmed, Mohammad Didar, Afzal Aftab, Tanjir Rashid Soron, Mohammad Tariqul Alam, Md Waziul Alam Chowdhury, and Aftab Uddin. 2017. "Suicide and depression in the World Health Organization South-East Asia Region: a systematic review." *WHO South-East Asia Journal of Public Health* 6 (167).
Available at: https://www.researchgate.net/publication/316853737_Suicide_and_depression_in_the_World_Health_Organization_South-East_Asia_Region_a_systematic_review
- [134] The Jakarta Post. 2019. More than one in four Indonesians experienced suicidal thoughts: Survey.
Available at: <https://www.thejakartapost.com/life/2019/06/23/more-than-one-in-four-indonesians-experienced-suicidal-thoughts-survey.html>
- [135] World Health Organisation. 2020. Philippines WHO Special Initiative for Mental Health Situational Assessment. March.
Available at: https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/special-initiative/who-special-initiative-country-report---philippines---2020.pdf?sfvrsn=4b4ec2ee_8

- [136] Manila Standard. 2018. A closer look into the most prevalent mental health disorder in Philippines.
Available at: <https://www.manilastandard.net/lifestyle/wellbeing/266173/a-closer-look-into-the-most-prevalent-mental-health-disorder-in-philippines.html>
- [137] Asia-Pacific Economic Cooperation. 2016. APEC Mental Health Initiative, Report on Strategic Needs in Mental Health, July 2016. July.
Available at: https://mentalhealth.apec.org/sites/default/files/APEC_Report_on_Strategic_Needs_in_Mental_Health_Final-3.pdf
- [138] World Bank. 2019. Population ages 65 and above (% of total population) - Philippines.
Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?locations=PH>
- [139] Philippine Statistics Authority. 2020. Health Spending Grew by 10.9 Percent in 2019.
Available at: <https://psa.gov.ph/pnha-press-release/node/163258>
- [140] Yahoo News. 2020. Mental Illness in the Philippines: Cost of Therapy and Medication.
Available at: https://ph.news.yahoo.com/mental-illness-philippines-cost-therapy-080045764.html?guce_referrer=aHR0cHM6Ly93d3cuZ29vZ2xlmNvbS8&guce_referrer_sig=AQAAAG8-6suBaZzmd2VILsUALOvNA0x8uSq0uyijWAeKHSCGWspA-0sPZcmx3-2pCNleOU91bP1KDGLruEycUJHi01DAarfC1H97uVV_JviHdP
- [141] The Star Online. 2020. Covid-19: Various initiatives to support mental health issues implemented, says Women's Ministry.
Available at: <https://www.msn.com/en-my/news/national/covid-19-various-initiatives-to-support-mental-health-issues-implemented-says-women-s-ministry/ar-BB1bvHwy>
- [142] Bangkok Post. 2020. World mental health day. October 9.
Available at: <https://www.bangkokpost.com/opinion/opinion/1999295/world-mental-health-day>
- [143] Thai Enquirer. 2020. Department of Mental Health releases worrying stats of increased anxiety among Thais as the pandemic continues.
Available at: <https://www.thaienquirer.com/14688/departement-of-mental-health-releases-worrying-stats-of-increased-anxiety-among-thais-as-the-pandemic-continues/>
- [144] Bangkok Post. 2020. Suicide rate surges 22%. September 11.
Available at: <https://www.bangkokpost.com/thailand/general/1983271/suicide-rate-surges-22->
- [145] World Bank. 2019. Population ages 65 and above (% of total population) - Thailand.
Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?locations=TH>
- [146] World Bank. 2018. Current health expenditure (% of GDP) - Thailand.
Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=TH>
- [147] Department of Mental Health. 2020. The National Data Suicide Rates of Thailand (per 100,000 population).
Available at: https://www.dmh.go.th/report/suicide/english/stat_prov.asp
- [148] Department of Mental Health. 2017. Psychiatrist to Population Ratio.
Available at: http://statv2.nic.go.th/Health/05030601_06.php