



Nghiên cứu HESVIC

BÁO CÁO NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG QUẢN LÝ DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE BÀ MẸ TẠI VIỆT NAM

BÁO CÁO NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG QUẢN LÝ DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE BÀ MẸ TẠI VIỆT NAM



NHÀ XUẤT BẢN LAO ĐỘNG - XÃ HỘI

2012

TÁC GIẢ:

Nghiên cứu viên chính

GS.TS. Lê Vũ Anh

PGS.TS. Bùi Thị Thu Hà

TS. Nguyễn Thanh Hà

ThS. Lê Minh Thi

TS. Hồ Thị Hiền

ThS. Đỗ Thị Hạnh Trang

Nghiên cứu viên

ThS. Nguyễn Thị Hoài Thu

CN. Dương Minh Đức

CN. Phùng Thanh Hùng

CN. Lê Thị Thu Hà

Lời cảm ơn Trang 5

**Trích dẫn
dưới dạng**

Lê Vũ Anh, Bùi Thị Thu Hà, Nguyễn Thanh Hà, Lê Minh Thi, Hồ Thị Hiền, Đỗ Thị Hạnh Trang, Nguyễn Thị Hoài Thu, Dương Minh Đức, Phùng Thanh Hùng và Lê Thị Thu Hà (2012). Báo cáo thực trạng quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ tại Việt Nam.

Đơn vị thực hiện: Trường Đại học Y tế Công cộng

HESVIC

HESVIC là một nghiên cứu thực hiện theo chương trình khung thứ 7 của Cộng đồng châu Âu trong vòng 3 năm. Nghiên cứu nhằm tìm hiểu thực trạng quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ tại 3 nước là Việt Nam, Ấn Độ và Trung Quốc. Mục tiêu này được thực hiện dưới hình thức nghiên cứu trường hợp về quá trình triển khai các quy định trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe bà mẹ.

Mục tiêu chung của nghiên cứu nhằm hỗ trợ các quyết định chính sách dựa trên các tiêu chí tiếp cận, khả năng chi trả, công bằng và độ bao phủ dịch vụ tại 3 nước nghiên cứu.

Nghiên cứu HESVIC gồm các thành viên sau

- Trung tâm Y tế quốc tế và phát triển Nuffield, Trường Đại học Leeds, Vương Quốc Anh
 - Trường Đại học Y tế Công cộng, Việt Nam
 - Trường Đại học Y tế Công cộng Fudan, Trung Quốc
 - Viện Y tế Công cộng, Bangalore, Ấn Độ
 - Khoa Y tế Công cộng, Viện Y học nhiệt đới Prince Leopold, Vương quốc Bỉ
 - Viện Nhiệt đới Hoàng gia Hà Lan
-

**Trang thông
tin điện tử**

www.hsph.edu.vn/hesvic

Bản quyền

Bất cứ phần nào của tài liệu này cũng không được sao chép hay chuyển dạng dưới bất kì hình thức nào, bằng bất cứ phương tiện nào kể cả photo và sao ghi mà không được chấp thuận của đơn vị giữ bản quyền là Trường Đại học Y tế Công cộng. Bất cứ phần nào của tài liệu này trước khi được đưa vào lưu trữ trong mỗi hệ thống lưu trữ thông tin ở bất cứ dạng nào cũng phải có sự chấp thuận bằng văn bản của đơn vị giữ bản quyền.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu Việt Nam thuộc dự án HESVIC (Nghiên cứu thực trạng quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ tại Việt Nam, Ấn Độ và Trung Quốc) - xin gửi lời cảm ơn tới tất cả những tập thể, cá nhân đã có những ý tưởng sáng tạo và sự trợ giúp quý báu cho sự ra đời của báo cáo nghiên cứu này.

Trước hết, chúng tôi vô cùng biết ơn Ủy ban Châu Âu đã hỗ trợ nguồn kinh phí giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu. Chúng tôi cũng xin gửi lời cảm ơn chân thành tới Trung tâm Y tế quốc tế và phát triển Nuffield (Đại Học Leeds, Vương quốc Anh), Viện Nhiệt đới hoàng gia Hà Lan và Viện Y học nhiệt đới Prince Leopold (Vương quốc Bỉ) đã đóng vai trò điều phối và chỉ đạo rất hiệu quả trong suốt ba năm thực hiện dự án.

Chúng tôi đặc biệt biết ơn đối tác chính của Việt Nam trong dự án – Trung tâm Y tế quốc tế và phát triển Nuffield (Đại Học Leeds) – đơn vị đã hỗ trợ kỹ thuật cho nhóm nghiên cứu Việt Nam từ khi dự án HESVIC bắt đầu, đưa ra nhận xét, chỉnh sửa báo cáo nghiên cứu, trong đó chúng tôi xin dành lời cảm ơn sâu sắc tới GS Andrew Green, TS. Tolib Mizoev và TS. Gillian Dalgetty. Chúng tôi cũng xin dành lời cảm ơn tới nhóm tư vấn nghiên cứu từ Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em và Tổng cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình (Bộ Y tế), những người đã không mệt mỏi hỗ trợ kỹ thuật cho chúng tôi trong suốt quá trình nghiên cứu.

Chúng tôi cũng xin bày tỏ lòng biết ơn đối với những đóng góp quý báu của các chuyên gia, các cá nhân trả lời phỏng vấn tại Bộ Y tế, Sở Y tế các tỉnh, huyện, xã và các cơ sở y tế trực thuộc, những người đã cung cấp các thông tin và ý kiến quý báu trong suốt quá trình thực hiện nghiên cứu.

Để hoàn thành báo cáo này, chúng tôi cũng xin cảm ơn nhóm nghiên cứu của Trường Y tế Công cộng thuộc Đại học tổng hợp Fudan (Trung Quốc), Viện Y tế Công cộng Ấn Độ đã chia sẻ những bài học kinh nghiệm của Trung Quốc và Ấn Độ khi thực hiện nghiên cứu. Chúng tôi cũng dành lời cảm ơn bà Kirsty Milward đã biên tập báo cáo tiếng Anh của nghiên cứu. Báo cáo nghiên cứu này sẽ không thể thực hiện được nếu thiếu sự đóng góp của toàn bộ thành viên nhóm nghiên cứu.

MỤC LỤC

LỜI CẢM ƠN	5
MỤC LỤC	6
DANH MỤC BẢNG	7
DANH MỤC HÌNH VÀ BIỂU ĐỒ	8
DANH MỤC VIẾT TẮT	9
CHƯƠNG 1: ĐẶT VẤN ĐỀ	11
CHƯƠNG 2: PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	12
2.1. Phương pháp nghiên cứu	12
2.2. Nghiên cứu trường hợp	13
2.3. Phân tích số liệu	14
2.4. Đạo đức nghiên cứu	14
2.5. Nhóm nghiên cứu	14
CHƯƠNG 3: KHUNG LÝ THUYẾT	16
CHƯƠNG 4: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	18
4.1. Nghiên cứu trường hợp về dịch vụ cấp cứu sản khoa ở Việt Nam	18
4.1.1. Quá trình ra đời của Quyết định 385/2001/QĐ-BYT	18
4.1.2. Phản hồi thông tin	27
4.1.3. Các bên liên quan trong quá trình chính sách	29
4.1.4. Các yếu tố ảnh hưởng đến quá trình chính sách	33
4.1.5. Kết quả thực hiện QĐ 385 đối với cung cấp dịch vụ CCSKTY	40
4.1.6. Kết luận	43
4.1.7. Khuyến nghị	44
4.2. Nghiên cứu trường hợp về Quy định cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước sinh	46
4.2.1. Giới thiệu về quy định liên quan đến cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước sinh	46
4.2.2. Quy trình của nghị định	50
4.2.3. Các bên liên quan	60
4.2.4. Các yếu tố ảnh hưởng tới quá trình của nghị định	68
4.2.5. Hiệu quả của quy định	75
4.2.6. Kết luận và khuyến nghị	78
4.3. Nghiên cứu trường hợp khiếu nại tố cáo (KNTC)	81
4.3.1. Quá trình chính sách của Quyết định 44/2005/QĐ-BYT	83
4.3.2. Các bên liên quan	96
4.3.3. Các yếu tố bối cảnh ảnh hưởng tới quá trình KNTC	104
4.3.4. Kết quả thực hiện Quyết định 44/2005/QĐ-BYT	107
4.3.5. Kết luận	110
4.3.6. Khuyến nghị	111
CHƯƠNG 5: KẾT LUẬN	112
TÀI LIỆU THAM KHẢO	116

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1: Đối tượng phỏng vấn của nghiên cứu HESVIC	13
Bảng 2: Đặc điểm của ba nghiên cứu trường hợp	13
Bảng 3: Dịch vụ cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản và toàn diện theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới	20
Bảng 4: Tình hình cung cấp dịch vụ đỡ đẻ tại 2 BV tỉnh từ 2007 – 2011	24
Bảng 5: Tình hình cung cấp dịch vụ sản khoa tại một BV tư từ 2008 đến nay	25
Bảng 6: Số lượng và tỷ lệ % mổ đẻ/tổng số sinh tại BV huyện từ 2006-2011	26
Bảng 7: Nhân lực tại khoa sản, ngoại- sản BV huyện năm 2011	34
Bảng 8: So sánh tỷ lệ mổ đẻ/tổng số ca sinh (%) thực hiện tại BV tỉnh 2006-2010	38
Bảng 9: Thực trạng cung cấp dịch vụ sản khoa tại BV tuyến tỉnh MN và MB từ 2007 đến 2011	39
Bảng 10: Tỷ lệ % PN sinh con tại cơ sở y tế công và tư tại tỉnh MN từ 2002-2010	42
Bảng 11: Năng lực cung cấp DV sản khoa tại 2 BV huyện từ 2006 đến 2011	42
Bảng 12: Xu hướng TSGTKS theo năm tại các khu vực tại Việt Nam trong giai đoạn 2001- 2009	69
Bảng 13: TSGTKS theo năm tại tỉnh MB và MN trong giai đoạn 2006-2010	70
Bảng 14: Các cơ sở xuất bản và kinh doanh ấn phẩm văn hóa vi phạm nghị định 104 trong giai đoạn 2009 – 2011	75
Bảng 15: Kết quả thanh tra các CSYT về chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước sinh tại Việt Nam giai đoạn 2009-2011	76
Bảng 16: Việc tuân thủ quy định giữa CSYT tư nhân và công lập tại Việt Nam trong giai đoạn 2009-2011.	77
Bảng 17: Tỷ lệ % các loại KNTC trong 5 năm 2006-2010	87
Bảng 18: Phân loại nội dung các trường hợp KNTC theo các lĩnh vực (%)	88
Bảng 19: Phân loại trường hợp KNTC theo thẩm quyền giải quyết (%)	89
Bảng 20: Tỷ lệ % các trường hợp KNTC nặc danh	90
Bảng 21: Số trường hợp KNTC ở các tuyến khác nhau trong 5 năm 2006-2010	95

DANH MỤC HÌNH VÀ BIỂU ĐỒ

Hình 1: Khung lý thuyết quá trình chính sách trong hệ thống y tế	17
Hình 2: Các chính sách chăm sóc sức khỏe bà mẹ theo thời gian	19
Hình 3: Tỷ lệ mổ đẻ/ tổng số sinh toàn tỉnh tại 2 tỉnh từ 2006-2010 (%)	26
Hình 4: Tỷ lệ % PN sinh con tại TYT tại 8 xã khảo sát từ 2006-2010	27
Hình 5: Tỷ số giới tính khi sinh theo tỉnh tại Việt Nam	47
Hình 6: Xu hướng TSGTKS tại Việt Nam qua các năm	48
Hình 7: Các quy định về cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước sinh theo thời gian	49
Hình 8. Quy trình thanh tra/giám sát cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước khi sinh	57
Hình 9: Tỷ số giới tính khi sinh theo lần sinh	71
Hình 10: Khung thời gian Quyết định KNTC 44/2005/BYT	82
Hình 11: Quy trình giải quyết khiếu nại tại bệnh viện	86

DANH MỤC VIẾT TẮT

BMTE	Bà mẹ trẻ em
BPTT	Biện pháp tránh thai
BS	Bác sỹ
BSCK	Bác sỹ chuyên khoa
BV	Bệnh viện
CCSK	Cấp cứu sản khoa
CCSKTY	Cấp cứu sản khoa thiết yếu
CSSKBM	Chăm sóc sức khỏe bà mẹ
CSSKSS	Chăm sóc sức khỏe sinh sản
CSTS	Chăm sóc trước sinh
CSYT	Cơ sở y tế
ĐHYTCC	Đại học Y tế Công cộng
DS-KHHGD	Dân số- Kế hoạch hóa gia đình
EU	Cộng đồng châu Âu
GD-ĐT	Giáo dục - Đào tạo
HĐND	Hội đồng nhân dân
HESVIC	Nghiên cứu thực trạng quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ tại Việt Nam, Ấn Độ và Trung Quốc
HMIS	Hệ thống thông tin y tế
HPN	Hội phụ nữ
KCB	Khám chữa bệnh
KIT	Viện Nhiệt đới Hoàng gia Hà Lan
KNTC	Khiếu nại tố cáo
LĐ-TB-XH	Lao động- Thương Binh – Xã hội
LHQ	Liên hợp quốc
LMAT	Làm mẹ an toàn
MB	Miền Bắc
MDGs	Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ

MN	Miền Nam
NA	Không có số liệu
NĐ-CP	Nghị định - Chính phủ
NHS	Nữ hộ sinh
NQTW	Nghị quyết Trung ương
PNMT	Phụ nữ mang thai
PVS	Phòng vấn sâu
PYT	Phòng y tế
QĐ	Quyết định
SIDA	Cơ quan hợp tác phát triển quốc tế Thụy Điển
SKBMTE	Sức khỏe Bà mẹ trẻ em
SKSS	Sức khỏe sinh sản
SYT	Sở Y tế
TD-GS	Theo dõi- Giám sát
TSGTKS	Tỷ số giới tính khi sinh
TTDS	Trung tâm dân số
TTYT	Trung tâm y tế
TTYTDP	Trung tâm y tế dự phòng
TƯ	Trung ương
TYT	Trạm y tế
UBND	Ủy ban nhân dân
UN	Liên Hiệp quốc
UNFPA	Quỹ dân số Liên Hiệp Quốc
UNICEF	Quỹ Nhi đồng Liên Hiệp quốc
VSATTP	Vệ sinh an toàn thực phẩm
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới
YTTN	Y tế tư nhân

CHƯƠNG 1: ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiên cứu “Thực trạng quản lý dịch vụ y tế ở Việt Nam, Ấn Độ và Trung Quốc” (viết tắt theo tiếng anh là HESVIC) là một nghiên cứu phối hợp đa phương với sự tham gia của nhiều đối tác, được triển khai trong vòng 3 năm (từ tháng 7/2009 – tháng 6/2012) dưới sự tài trợ của Ủy ban Châu Âu theo chương trình khung số 7. Báo cáo này sẽ tóm tắt kết quả nghiên cứu tổng thể tại Việt Nam với mục tiêu nhằm tìm hiểu thực trạng quản lý và triển khai các chính sách trong lĩnh vực sức khỏe bà mẹ. Nghiên cứu áp dụng phương pháp tiếp cận tổng hợp¹ để đánh giá được thực trạng quá trình chính sách trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe bà mẹ (CSSKBM), qua đó, sẽ đánh giá được tác động của các chính sách đến khả năng tiếp cận công bằng với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ. Nghiên cứu cũng tìm hiểu tác động của các yếu tố ảnh hưởng đến việc tiếp cận dịch vụ y tế thông qua phân tích bối cảnh và môi trường chính sách nói chung. Hy vọng kết quả của nghiên cứu này sẽ cung cấp bằng chứng cho các nhà hoạch định chính sách trong việc đưa ra các chính sách tăng cường khả năng tiếp cận công bằng đối với các dịch vụ y tế tại Việt Nam.

Trong quá trình thực hiện nghiên cứu, Trung tâm Y tế quốc tế và phát triển Nuffield (Đại học Leeds, Vương quốc Anh) và Viện Y học nhiệt đới Prince Leopold (Vương quốc Bỉ) giữ vai trò điều phối về kỹ thuật và hành chính. Nghiên cứu sử dụng cách tiếp cận trường hợp, bao gồm cấp cứu sản khoa (CCSK), chăm sóc trước sinh (CSTS) và khiếu nại, tố cáo trong y tế (KNTC).

Các câu hỏi nghiên cứu được trình bày trong Hộp 1.

Hộp 1. Câu hỏi nghiên cứu

Câu hỏi nghiên cứu chung: Việc xây dựng, triển khai và thực hiện các văn bản chính sách có ảnh hưởng như thế nào đến tiếp cận công bằng các dịch vụ y tế có chất lượng?

Câu hỏi nghiên cứu cụ thể

1. Cách tiếp cận, quá trình xây dựng, ban hành/hướng dẫn và triển khai thực hiện các chính sách này như thế nào?
2. Những bên liên quan nào tham gia vào các quá trình trên? Vai trò và tầm ảnh hưởng của họ như thế nào?
3. Các chính sách này có tác động như thế nào đến tiếp cận công bằng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ?
4. Làm thế nào để tăng cường tiếp cận công bằng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ có chất lượng?

¹ Phương pháp tiếp cận tổng hợp là một phương pháp nghiên cứu tổng hợp đa chiều theo ngành dọc, trong đó các văn bản chính sách sẽ được phân tích theo tất cả các cấp bậc từ người lập chính sách đến đối tượng hưởng lợi của chính sách

CHƯƠNG 2: PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu

Đây là nghiên cứu hồi cứu gồm ba nghiên cứu trường hợp về 3 quá trình chính sách liên quan đến sức khỏe bà mẹ tại Việt Nam, kết hợp cả phương pháp định lượng và định tính. Quá trình thu thập số liệu được thực hiện từ tháng 11/2010 đến 31/8/2011.

Số liệu được thu thập ở trung ương và 2 tỉnh đại diện cho khu vực phía Bắc và phía Nam. Tỉnh ở phía Bắc thuộc Đồng bằng sông Hồng, thuộc nhóm tỉnh có tỷ số giới tính khi sinh cao nhất cả nước (viết tắt là tỉnh MB), và tỉnh ở phía Nam thuộc khu vực đồng bằng sông Cửu Long, là tỉnh nằm trong nhóm có mức tỷ số giới tính khi sinh thấp nhất cả nước tại thời điểm nghiên cứu (viết tắt là tỉnh MN).

Tại từng tỉnh, 2 huyện được lựa chọn theo tiêu chí một huyện có đầy đủ dịch vụ cấp cứu sản khoa thiết yếu toàn diện (có mổ đẻ và truyền máu) và một huyện không cung cấp đủ các dịch vụ này (không thực hiện mổ đẻ và truyền máu). Các huyện được chọn không nằm trên địa bàn thị xã/thành phố và có khoảng cách đến trung tâm tương tự nhau. Ở mỗi huyện, 2 xã được chọn một cách ngẫu nhiên. Số liệu về chăm sóc sản khoa thiết yếu và chăm sóc trước sinh ở tuyến xã cũng được thu thập.

Số liệu thu thập bao gồm cả số liệu sơ cấp và thứ cấp. Số liệu thứ cấp bao gồm các nghiên cứu, các văn bản chính sách và các nguồn số liệu khác như báo cáo chính phủ, tài liệu truyền thông liên quan quá trình chính sách của 3 nghiên cứu trường hợp lựa chọn. Tổng số có 300 tài liệu được rà soát và phân tích.

Số liệu sơ cấp thu thập thông qua phỏng vấn sâu các đối tượng nghiên cứu có liên quan, các chuyên gia, họp tư vấn, hội thảo góp ý và quan sát trực tiếp tại thực địa.

Phỏng vấn sâu thực hiện với các đối tượng nghiên cứu tại các tuyến khác nhau trong hệ thống y tế bao gồm những nhà hoạch định chính sách (Bộ Y tế), các cán bộ quản lý, hướng dẫn triển khai chính sách tại các Sở y tế, Trung tâm y tế, Phòng Y tế, và các cán bộ thực hiện chính sách tại các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế. Bên cạnh đó, khách hàng/người sử dụng dịch vụ cũng tham gia nghiên cứu. Tổng số có 175 phỏng vấn sâu được thực hiện. Mỗi cuộc phỏng vấn kéo dài từ 30-90 phút. Các cuộc phỏng vấn đều được ghi âm, gỡ băng và phân tích.

Nhóm nghiên cứu cũng thực hiện 1 hội thảo góp ý và 2 cuộc họp xin ý kiến chuyên gia để hoàn thiện kết quả nghiên cứu.

Bảng 1: Đối tượng phỏng vấn của nghiên cứu HESVIC

Đối tượng phỏng vấn	Cấp cứu sản khoa	Chăm sóc trước sinh	Khiếu nại tố cáo	Tổng
Bộ Y tế/ Nhà hoạch định chính sách	4	4	2	10
Tuyến tỉnh/Người hướng dẫn triển khai	12	14	6	32
Tuyến huyện/Người hướng dẫn triển khai	17	16	6	39
Người thực hiện chính sách	21	14	26	61
Người sử dụng dịch vụ	17	15	7	39
Khác (Bảo hiểm y tế)	6			6
Tổng	65	63	47	175

2.2. Nghiên cứu trường hợp

Bảng 2 mô tả đặc điểm của ba nghiên cứu trường hợp về 3 chính sách liên quan đến sức khỏe bà mẹ.

Bảng 2: Đặc điểm của ba nghiên cứu trường hợp

Trường hợp	Cấp cứu sản khoa	Chăm sóc trước sinh	Khiếu nại tố cáo
Chủ đề nghiên cứu	Tiếp cận công bằng các dịch vụ cấp cứu sản khoa	Cấm chặn đoán giới tính trước sinh	Đảm bảo quyền công dân (khách hàng) trong thực hiện khiếu nại, tố cáo
Chính sách	Quyết định 385/2001/QĐ-BYT về quy định nhiệm vụ kỹ thuật trong lĩnh vực chăm sóc SKSS tại các cơ sở y tế	Điều 10 về nghiêm cấm chặn đoán và lựa chọn giới tính trong Nghị định 104/2003/NĐ-CP nhằm hướng dẫn triển khai Pháp lệnh dân số	Quyết định số 44/2005 về giải quyết khiếu nại trong lĩnh vực y tế
Đối tượng áp dụng	Y tế công và tư	Y tế công và tư	Y tế công và tư

2.3. Phân tích số liệu

Tất cả các cuộc phỏng vấn đều được ghi âm và gõ bằng. Khung lý thuyết (trình bày trong phần kế tiếp) được sử dụng xuyên suốt trong quá trình phân tích. Bảng mã hóa (codebook) được phát triển cho cả 3 nghiên cứu trường hợp và được phân tích sử dụng phần mềm Nvivo 7. Sau đó phần mềm Mindmap được sử dụng nhằm hỗ trợ tổng hợp và hỗ trợ phiên giải số liệu trong giai đoạn phân tích tiếp theo.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức của trường Đại học Y tế Công cộng thông qua. Các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu được tuân thủ. Cụ thể:

- Chấp thuận tham gia nghiên cứu: Tất cả các đối tượng nghiên cứu tham gia tự nguyện. Mục đích của nghiên cứu được giải thích cho tất cả đối tượng phỏng vấn và các đối tượng này đồng ý chấp thuận tham gia nghiên cứu bằng văn bản.
- Tính bí mật: Các thông tin cá nhân của đối tượng phỏng vấn được lưu trữ dưới dạng mã cá nhân và được loại bỏ trong quá trình gõ bằng. Các thông tin này chỉ được các nghiên cứu viên tiếp cận. Tất cả những thông tin đều được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.
- Khuyết danh: Mục đích của khuyết danh nhằm đảm bảo các kết quả nghiên cứu không ảnh hưởng tới cá nhân tham gia trừ khi đối tượng nghiên cứu đồng ý để lộ tên. Trong nghiên cứu chính sách, điều này có thể vẫn là thách thức khi đối tượng nghiên cứu là nhà quản lý. Thông tin liên quan đến tên của người phỏng vấn và bên tham gia nghiên cứu đều được loại bỏ khi gõ bằng và mã hóa trong đoạn trích dẫn. Nghiên cứu viên không trích bất cứ tên của cá nhân nào trong quá trình nghiên cứu.
- Phản hồi: Tất cả dự thảo báo cáo được gửi tới các đối tượng nghiên cứu chính tham gia nghiên cứu để lấy ý kiến và đảm bảo tính chính xác của các thông tin đã được thu thập. Trung bình, mỗi nghiên cứu trường hợp có 5 đối tượng nghiên cứu tham gia phản hồi kết quả báo cáo.

2.5. Nhóm nghiên cứu

Nhóm nghiên cứu gồm 10 thành viên bao gồm 1 giám đốc dự án và 3 nghiên cứu viên cho mỗi nghiên cứu trường hợp (tổng cộng có 9 người). Mỗi nhóm bao gồm 1 cán bộ nghiên cứu có kinh nghiệm có nhiệm vụ thực hiện thu thập và phân tích cũng như viết báo cáo và trình bày kết quả. Ngoài ra, mỗi nhóm còn có 2 nghiên cứu viên hỗ trợ trong suốt quá trình nghiên cứu.

Nhóm nghiên cứu cũng kết hợp chặt chẽ với Trung tâm Y tế quốc tế và phát triển Nuffield của Đại học Leeds, Vương quốc Anh trong suốt quá trình nghiên cứu, từ phát triển công cụ, thử nghiệm, thu thập số liệu, phân tích và viết báo cáo.

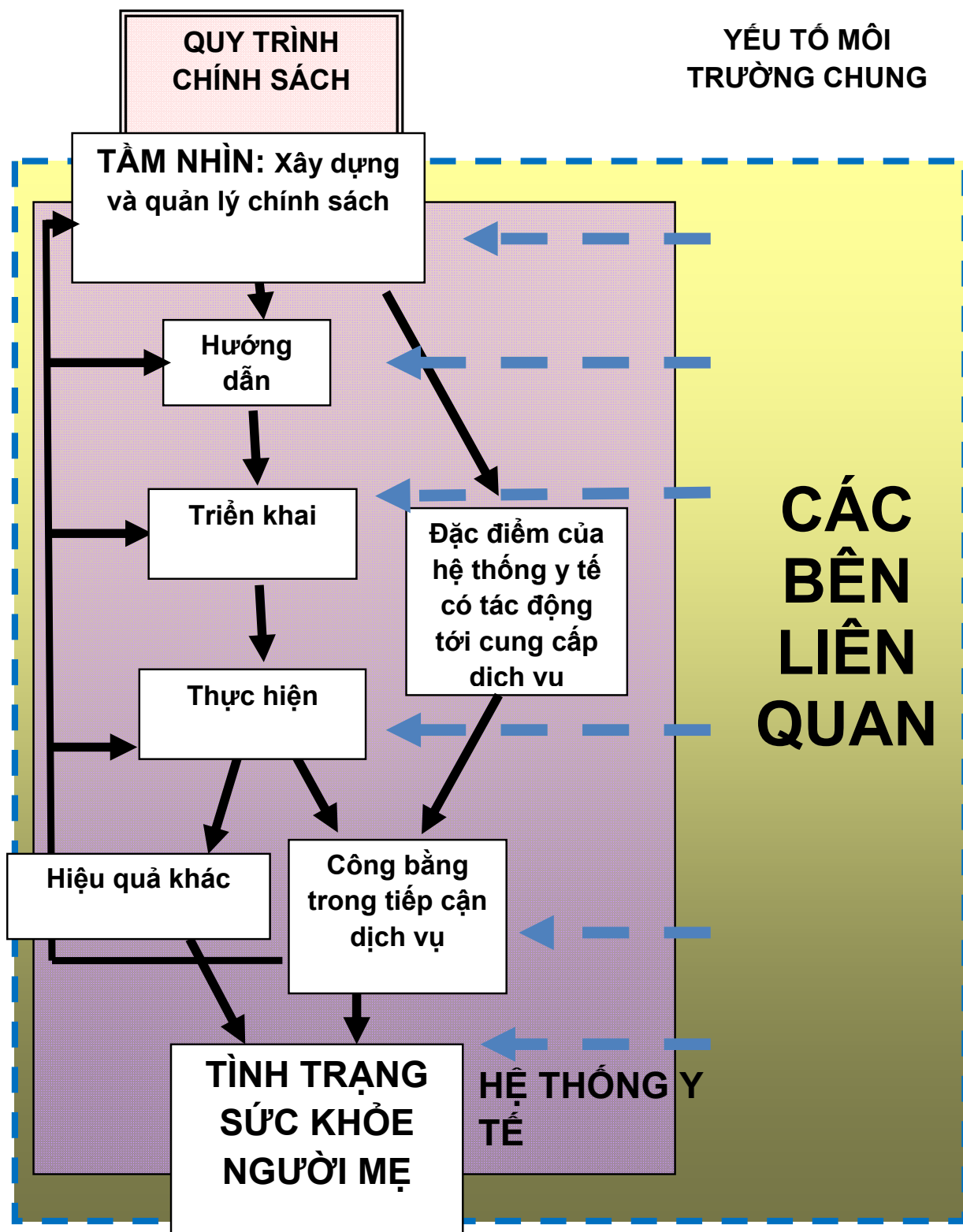
Ngoài ra, Viện Y học nhiệt đới Prince Leopolds (Vương quốc Bỉ) chịu trách nhiệm về phương pháp nghiên cứu và các chuyên gia tại Việt Nam đã hỗ trợ kỹ thuật như góp ý, giải thích các vấn đề nảy sinh trong quá trình nghiên cứu cũng như công bố kết quả.

CHƯƠNG 3: KHUNG LÝ THUYẾT

Khung lý thuyết nghiên cứu được trình bày ở Hình 1. Trong khung lý thuyết này, quá trình chính sách bao gồm nhiều giai đoạn khác nhau, từ xây dựng chính sách cho đến đánh giá kết quả của chính sách ví dụ như tiếp cận công bằng với dịch vụ y tế có chất lượng. Kết quả của chính sách cũng có ảnh hưởng ngược lại tới quá trình hoạch định và xây dựng chính sách thông qua quá trình quản lý điều hành và phản hồi. Khung lý thuyết này nhấn mạnh vào động lực và tương tác giữa các bên liên quan trong triển khai chính sách về CSSKBM đặt trong bối cảnh chung của hệ thống y tế nói riêng và các yếu tố môi trường nói chung. Những yếu tố chung tác động đến quá trình triển khai chính sách là những yếu tố như văn hóa – xã hội, chính trị, lịch sử và bối cảnh kinh tế.

Nhiều nghiên cứu ở Việt Nam cho rằng chủ đề liên quan đến tiếp cận công bằng trong dịch vụ y tế nên được ưu tiên trong giai đoạn hiện nay [1]. Tuy nhiên, đa phần những nghiên cứu hiện nay chỉ tìm hiểu về một hoặc vài yếu tố liên quan đến văn hóa – xã hội, dân số và một số yếu tố khác của hệ thống y tế như nhân lực và tài chính. Chưa có nghiên cứu liên quan đến quản lý nhà nước về chất lượng dịch vụ CSSKBM. Vì thế, nghiên cứu này được triển khai để trả lời câu hỏi “tác động của công tác quản lý và điều hành của nhà nước đến tiếp cận công bằng các dịch vụ y tế của người dân” đến đâu.

Nhóm nghiên cứu tiến hành phân tích khả năng tiếp cận dịch vụ CSSKBM của người dân thông qua 3 nghiên cứu trường hợp. Quá trình triển khai các chính sách trong bối cảnh của hệ thống y tế, tương tác của những bên liên quan và tác động của các yếu tố môi trường chung được phân tích để trả lời câu hỏi này. Chúng tôi hy vọng rằng kết quả của nghiên cứu sẽ góp phần vào làm rõ khả năng tiếp cận từ đó cung cấp thông tin cho nhà hoạch định chính sách hướng tới tăng cường tính công bằng trong tiếp cận dịch vụ CSSKBM nói riêng và dịch vụ y tế nói chung.



Hình 1: Khung lý thuyết quá trình chính sách trong hệ thống y tế

CHƯƠNG 4: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Nghiên cứu trường hợp về dịch vụ cấp cứu sản khoa ở Việt Nam

Vào năm 2001, Bộ Y tế ban hành Quyết định 385/2001/QĐ-BYT quy định nhiệm vụ kỹ thuật trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe sinh sản (CSSKSS) tại các cơ sở y tế [2]. Nghiên cứu trường hợp này nhằm rà soát quá trình và kết quả thực hiện Quyết định 385/2001 liên quan đến cung cấp dịch vụ cấp cứu sản khoa (CCSK) ở Việt Nam.

4.1.1. Quá trình ra đời của Quyết định 385/2001/QĐ-BYT

4.1.1.1. Môi trường chính sách

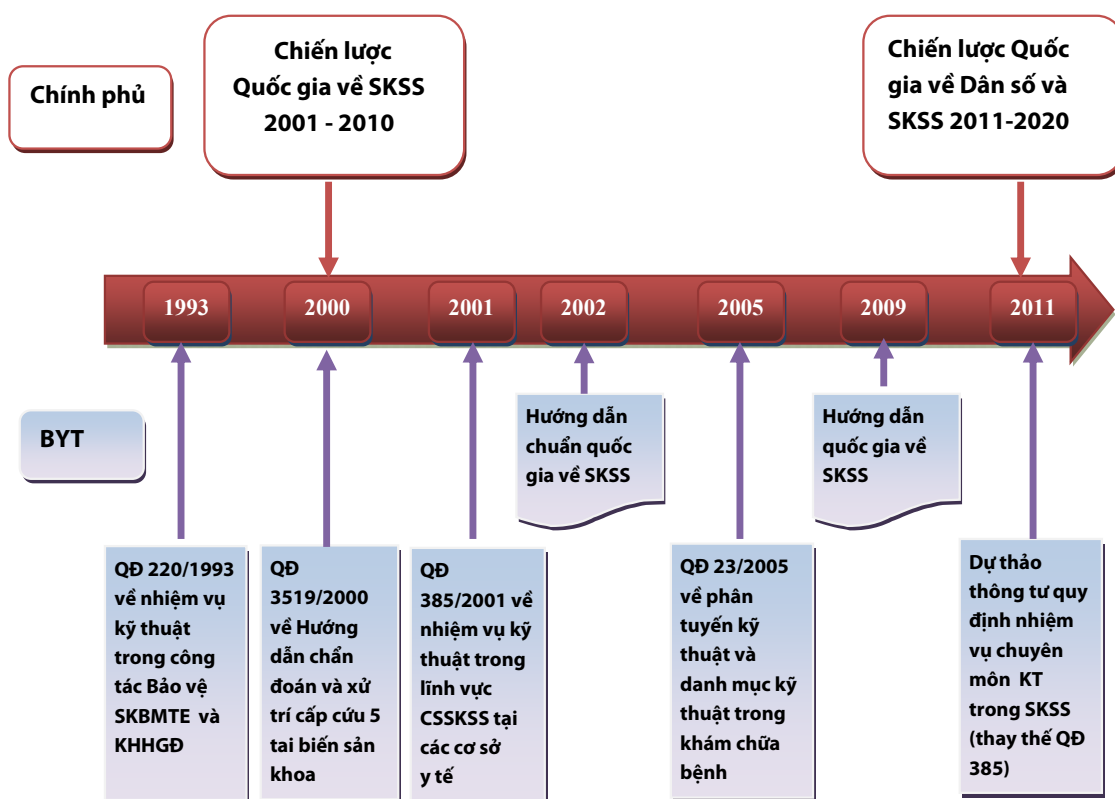
Để triển khai Chiến lược quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản giai đoạn 2001-2010, nhằm hoàn thiện quy định về chuyên môn kỹ thuật trong chăm sóc sức khỏe bà mẹ, Bộ Y tế đã ban hành nhiều chính sách khác nhau. Những văn bản quan trọng bao gồm: (1) Quyết định 385/2001/QĐ-BYT (gọi tắt là QĐ 385) qui định nhiệm vụ kỹ thuật ở các tuyến của hệ thống chăm sóc SKSS ở Việt Nam [2]; (2) Quyết định 23/2005/QĐ-BYT về phân tuyến kỹ thuật và danh mục kỹ thuật trong khám chữa bệnh (gọi tắt là QĐ 23) [3]; (3) Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản (2002, 2009) [4, 5]; và Quyết định 3519/2000/QĐ-BYT về Hướng dẫn xử trí cấp cứu 5 tai biến sản khoa [6].

QĐ 23 do Vụ Điều trị (nay là Cục Quản lý Khám chữa bệnh) làm đầu mối soạn thảo. QĐ được ban hành năm 2005, bốn năm sau ban hành QĐ 385. QĐ 23 đưa ra những quy định về danh mục kỹ thuật được thực hiện theo phân tuyến, bao gồm cả dịch vụ CSSKSS. Danh mục này bao gồm các kỹ thuật mà cơ sở y tế các tuyến được phép cung cấp [3]. Các cơ sở y tế dựa vào đó để đề xuất thực hiện các dịch vụ. Sở Y tế có thẩm quyền phê duyệt danh mục dịch vụ do các cơ sở y tế thuộc địa bàn mình quản lý đề xuất. Sau khi được Sở chấp nhận chính thức, cơ quan bảo hiểm y tế sẽ dựa vào đó để đưa ra các định mức chi trả. Danh mục kỹ thuật được áp dụng cho các cơ sở y tế công lập và tư nhân. Danh mục này được cập nhật định kỳ hàng năm.

QĐ 23 và QĐ 385 có điểm chung là cùng đưa ra danh mục dịch vụ SKSS, bao gồm cả dịch vụ cấp cứu sản khoa thiết yếu (CSSKTY) cơ bản và toàn diện theo phân tuyến. Điểm khác nhau là QĐ 385 quy định thêm nhiệm vụ quản lý về SKSS. Nội dung của phân tuyến kỹ thuật liên quan đến chăm sóc sản khoa cấp cứu của hai quyết định này về cơ bản là đồng nhất. Vì vậy, trong báo cáo này, các ảnh hưởng của Quyết định 385 và Quyết định 23 đến việc tiếp cận các dịch vụ cấp cứu sản khoa là như nhau.

Quá trình chính sách bao gồm 4 giai đoạn chính, đó là: xây dựng, triển khai, thực hiện và theo dõi - đánh giá (TDĐG). Quá trình xây dựng chính sách bao gồm cả xây dựng và sửa đổi chính sách. QĐ 385 hiện nay đang được cập nhật

và chỉnh sửa và chờ Bộ Y tế thông qua [7]. Hình 2 dưới đây sơ đồ hóa khung thời gian của các chính sách liên quan đến QĐ 385. Trong đó, Chính phủ ban hành Chiến lược quốc gia; Bộ Y tế ban hành các Quyết định, Thông tư, Hướng dẫn quốc gia để triển khai thực hiện.



Hình 2: Các chính sách chăm sóc sức khỏe bà mẹ theo thời gian

4.1.1.2. Xây dựng chính sách

Hoạt động

Quyết định 385 do Vụ Bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em/Kế hoạch hóa gia đình (nay là Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em), Bộ Y tế làm đầu mối xây dựng và được ban hành vào năm 2001. Quá trình xây dựng bao gồm các hoạt động sau đây:

- Thành lập ban soạn thảo gồm các nhóm chịu trách nhiệm soạn thảo các phần của QĐ.
- Soạn thảo và bổ sung các nội dung liên quan đến CSSKBM trên cơ sở các quy định đã ban hành tại Quyết định 220/1993/QĐ-BYT về nhiệm vụ kỹ thuật trong công tác bảo vệ SKBMTE và KHHGD; Quyết định 1904/1998/QĐ-BYT về Danh mục phân loại phẫu thuật và thủ thuật; và các khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới về các chức năng cung cấp dịch vụ cấp cứu sản khoa thiết yếu và toàn diện tại tuyến huyện. Quyết định 385 đã cập nhật và bổ sung các dịch vụ mới cho phù hợp với các tiêu chuẩn cũng như bối cảnh trong và ngoài nước. Rà soát đối tượng áp dụng và phạm vi điều chỉnh nội dung của Quyết định cho phù hợp với sự thay đổi của hệ thống y tế (ví dụ, quy định các dịch vụ SKSS đối với hệ thống y tế ngoài công lập).

- Bộ Y tế ban hành QĐ 385 vào ngày 13/02/2001.

Nội dung

Mục tiêu chính của Quyết định 385 là quy định những kỹ thuật tiên tiến trong lĩnh vực chăm sóc SKSS tại cơ sở y tế có cung cấp dịch vụ CSSKSS theo phân tuyến kỹ thuật, thay thế cho Quyết định số 220/1993/QĐ-BYT về quy định nhiệm vụ kỹ thuật trong công tác bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em và kế hoạch hoá gia đình tại các tuyến y tế địa phương. Quyết định mới được chỉnh sửa phù hợp với hoàn cảnh mới và những cải cách của hệ thống chăm sóc SKBMTE, sự phát triển của hệ thống y tế tư nhân và yêu cầu của mục tiêu thiên niên kỷ số 5 về nâng cao sức khỏe bà mẹ. QĐ 385 bao gồm 2 phần:

- Phần 1: gồm mục tiêu chung và phạm vi thực hiện của Quyết định bao gồm tất cả các cơ sở y tế (công lập và ngoài công lập) có cung cấp dịch vụ SKSS. Quyết định cũng chỉ rõ các cơ sở y tế ngoài công lập bao gồm y tế tư nhân, y tế dân lập, y tế bán công, y tế có vốn đầu tư nước ngoài, các cơ sở y tế khác được thành lập theo qui định của pháp luật [2].
- Phần 2: phân cấp những nhiệm vụ kỹ thuật cụ thể trong lĩnh vực chăm sóc SKSS của cơ sở y tế công lập từ trung ương đến địa phương. Với các cơ sở y tế ngoài công lập, phòng Quản lý hành nghề y dược tư nhân trực thuộc Sở Y tế chịu trách nhiệm quản lý và phê duyệt các nhiệm vụ kỹ thuật cụ thể theo Pháp lệnh hành nghề y dược tư nhân (ban hành ngày 30/9/1993) và các văn bản hướng dẫn quản lý hành nghề y dược tư nhân có liên quan. Các cơ sở y tế tư nhân phải tuân thủ tất cả các hướng dẫn và chuẩn về dịch vụ theo qui định của BHYT [2].

Đáng lưu ý là dịch vụ CCSKTY cơ bản và toàn diện không được phân tách cụ thể trong QĐ 385. Tuy nhiên, QĐ 385 cũng đã nêu rõ các dịch vụ CCSKTY cơ bản (trừ đẻ đường dưới có hỗ trợ) có thể được phép cung cấp ở tuyến xã và dịch vụ CCSKTY toàn diện (bao gồm dịch vụ CCSKTY cơ bản cùng với dịch vụ mổ đẻ và truyền máu) được phép cung cấp ở tuyến huyện trở lên (xem bảng 3).

Bảng 3: Dịch vụ cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản và toàn diện theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới

TT	Dịch vụ	CCSKTY toàn diện	CCSKTY cơ bản
1	Tiêm truyền kháng sinh	√	√
2	Tiêm, truyền oxytocin	√	√
3	Sử dụng thuốc chống co giật trong xử lý tiền sản giật và sản giật (ví dụ magie sulphat)	√	√
4	Thực hiện bóc rau bằng tay	√	√

TT	Dịch vụ	CCSKTY toàn diện	CCSKTY cơ bản
5	Lấy rau/ thai sót	√	√
6	Thực hiện đẻ đường dưới có hỗ trợ (forceps, giác hút)*	√	√
7	Mổ đẻ	√	
8	Truyền máu	√	

Nguồn: Tổ chức Y tế Thế giới [8] và QĐ 385/2001/QĐ-BYT [2]

* Ghi chú: Tại Việt Nam, tuyến xã không thực hiện dịch vụ này mà chỉ được phép đỡ đẻ thường ngôi chỏm².

QĐ 385 chỉ quy định các nhiệm vụ kỹ thuật, chứ không quy định cụ thể về danh mục thuốc điều trị hoặc phí dịch vụ. Về thuốc điều trị, danh mục thuốc thiết yếu tại các tuyến được ban hành tại QĐ 17/2005/QĐ-BYT do BHYT ban hành ngày 1/7/2005 về danh mục thuốc thiết yếu [9]. Về phí dịch vụ, cơ quan Bảo hiểm y tế các tỉnh và ban ngành có liên quan khác cùng phối hợp để đưa ra quy định cụ thể về mức phí dịch vụ. Các ban ngành này cũng cập nhật danh mục kỹ thuật và giá dịch vụ hàng năm sau đó đệ trình lên Ủy ban nhân dân tỉnh và Hội đồng nhân dân tỉnh phê duyệt để đưa vào áp dụng trên địa bàn tỉnh.

QĐ 385 nhấn mạnh “Các cơ sở cung cấp dịch vụ SKSS ngoài công lập thực hiện chuyên môn kỹ thuật về SKSS theo quy định của Pháp lệnh hành nghề y dược tư nhân ngày 30/9/1993 và các văn bản hướng dẫn thực hiện”. Quyết định đã đưa ra “tiêu chuẩn kỹ thuật cần đạt được” đối với các cơ sở cung cấp các dịch vụ SKSS có đủ năng lực cung cấp theo tuyến. Các cơ sở chưa đủ điều kiện (nguồn lực, trang thiết bị) sẽ cập nhật các kỹ thuật hàng năm theo quy định. Một điểm đáng chú ý là, vấn đề thưởng phạt liên quan đến thực hiện QĐ 385 không được đề cập trong nội dung của Quyết định này.

4.1.1.3. Triển khai Quyết định

Hoạt động

Việc triển khai Quyết định bao gồm công bố và chuyển tải nội dung Quyết định cho các tuyến. Kết quả nghiên cứu cho thấy công tác triển khai Quyết định ở các tuyến có sự khác biệt.

Ở *Trung ương*, Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em (SKBMTE) đã triển khai QĐ 385 tới các vụ, cục của Bộ Y tế và cơ sở y tế tuyến tỉnh thông qua các hoạt động sau:

- Gửi QĐ 385 qua đường công văn, thông báo triển khai trong các hội nghị và giao ban thường kỳ.

2. Tại Việt Nam: Theo Quyết định 385/2001/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành năm 2001 quy định nhiệm vụ kỹ thuật trong lĩnh vực CSSKSS tại các cơ sở y tế, BV tuyến tỉnh và huyện thực hiện 8 loại dịch vụ trên. Tuyến xã chỉ thực hiện 5 loại dịch vụ (tiêm kháng sinh, tiêm thuốc gây co tử cung sau đẻ, tiêm thuốc chống co giật trong tiền sản giật-sản giật, bóc rau bằng tay, lấy rau/thai sót và đỡ đẻ thường ngôi chỏm).

- Phổ biến QĐ 385 đến các Sở Y tế, Trung tâm BVSKBMTE/KHHGD (tên gọi tại thời điểm 2001, nay là Trung tâm CSSKSS tỉnh), bệnh viện tỉnh và các cơ sở y tế tuyến huyện.

Ở *tuyến tỉnh*, phòng Nghiệp vụ y thuộc Sở Y tế chịu trách nhiệm chính triển khai văn bản này thông qua các hoạt động cụ thể sau:

- Gửi bản sao QĐ 385 cho tất cả các phòng, ban và ngành liên quan trong tỉnh và huyện qua đường công văn.
- Tổ chức hội thảo tập huấn cho giám đốc bệnh viện tỉnh và huyện về nội dung của quyết định.
- Sở Y tế/Trung tâm CSSKSS tỉnh triển khai phổ biến Quyết định đến cơ quan trực thuộc theo ngành dọc.

Ở *tuyến huyện*, phòng Kế hoạch tổng hợp của Trung tâm y tế huyện trước đây đóng vai trò chính trong việc triển khai Quyết định tại huyện. Hiện nay, bệnh viện huyện chịu trách nhiệm triển khai các nhiệm vụ kỹ thuật liên quan đến chăm sóc SKSS. Ngoài bệnh viện huyện, Phòng y tế huyện và Trung tâm y tế dự phòng huyện đồng quản lý và phối hợp trong triển khai văn bản ở huyện. Những hoạt động liên quan đến triển khai Quyết định ở tuyến huyện được thực hiện như sau:

- Ban giám đốc bệnh viện huyện cùng với phòng hành chính tổng hợp thảo luận về kế hoạch triển khai QĐ 385 trong bệnh viện.
- Ban giám đốc bệnh viện huyện phổ biến nội dung QĐ 385 trong các cuộc họp giao ban thường kỳ với nhân viên, họp với trưởng khoa phụ sản. Bản sao QĐ 385 cũng được gửi đến tất cả các khoa của bệnh viện thông qua hệ thống văn thư và qua các cuộc họp.
- Bệnh viện huyện tổ chức phổ biến QĐ 385 và cung cấp thêm các văn bản hướng dẫn để triển khai quyết định ở tuyến xã.

Ở *tuyến xã, trạm y tế xã (TYT)* chịu trách nhiệm thực hiện triển khai QĐ 385:

- Trưởng trạm thông báo cho nhân viên ở trạm, đặc biệt cho nhân viên phụ trách về sản phụ khoa tại trạm về nội dung của QĐ 385 áp dụng tại tuyến xã.

Kết quả nghiên cứu cho thấy còn nhiều hạn chế trong triển khai văn bản. Qua phỏng vấn, nhiều cán bộ không biết về QĐ 385 mặc dù họ vẫn thực hiện cung cấp dịch vụ SKSS theo phân tuyến kỹ thuật. Lý do có thể là vì thời gian từ lúc ban hành đến khi triển khai nghiên cứu quá lâu (10 năm kể từ năm 2001). Trong thời gian đó, có nhiều thay đổi nhân sự ở các vị trí chủ chốt như giám đốc/trưởng khoa sản, việc cập nhật về nội dung của Quyết định hầu như không được thực hiện, dẫn đến nhiều cán bộ mới không được cung cấp thông tin về quyết định này.

Nhiều người nhầm lẫn QĐ 23 và QĐ 385 vì cả hai quyết định đều do BYT ban hành về phân tuyến kỹ thuật cho các dịch vụ y tế. Một lãnh đạo ở bệnh viện huyện đã nói:

Tôi đã công tác ở vị trí này 3 năm nhưng tôi cũng không biết về quyết định này (CCSK_Người thực hiện 2_MN).

Như đã đề cập ở trên, do QĐ 23 được ban hành 4 năm sau QĐ 385 và nội dung bao hàm về phân tuyến kỹ thuật SKSS của QĐ 385, nhiều cán bộ nói rằng họ vẫn thực hiện theo QĐ 23 mà không biết đến QĐ 385. Điều này có thể một phần do QĐ 385 được coi là một “văn bản hướng dẫn” và việc tập huấn trong giai đoạn triển khai quyết định chỉ được tiến hành duy nhất một lần (vào năm 2001). Trên thực tế, việc triển khai QĐ 23 (bao gồm phổ biến nội dung và hướng dẫn triển khai QĐ) thường được thực hiện thông qua hình thức gửi QĐ qua đường công văn và không có hoạt động tập huấn cho QĐ này.

4.1.1.4. Quá trình thực hiện Quyết định

Quá trình thực hiện QĐ 385 liên quan đến dịch vụ CCSKTY bao gồm: 1/Đăng ký danh mục kỹ thuật, 2/Cập nhật danh mục kỹ thuật hàng năm, 3/Phê duyệt danh mục kỹ thuật bổ sung về chăm sóc sản khoa tại các cơ sở y tế, và 4/Cung cấp dịch vụ CCSKTY.

Đăng ký danh mục dịch vụ kỹ thuật

- Đối với các cơ sở y tế nhà nước, việc đăng ký được tiến hành theo các bước sau đây:
 - + Đề xuất danh mục chuyên môn kỹ thuật: Cơ sở y tế tự rà soát tình hình thực tế về các trang thiết bị, nhân lực... thông qua một hội đồng chuyên môn để đánh giá năng lực đối với thực hiện các danh mục kỹ thuật theo phân tuyến kỹ thuật. Một danh mục kỹ thuật sẽ được đề xuất trên cơ sở rà soát này sau đó đệ trình lên Sở Y tế xem xét.
 - + Thẩm định: Sở Y tế sẽ xem xét danh mục kỹ thuật đề xuất để kiểm định và phê duyệt.
 - + Phê duyệt: Danh mục kỹ thuật được kiểm định sẽ được gửi lên Sở Y tế để phê duyệt. Quá trình rà soát và phê duyệt sẽ kéo dài khoảng 1 – 2 tuần.
- Đối với các cơ sở y tế tư nhân, việc đăng ký được thực hiện khi thành lập cơ sở. Quá trình đăng ký được quy định chi tiết trong pháp lệnh hành nghề y dược tư nhân.

Bổ sung danh mục kỹ thuật

- Hàng năm danh mục kỹ thuật được cập nhật và bổ sung ở tất cả cơ sở y tế tuyến huyện và xã. Đôi khi danh mục được cập nhật và bổ sung 2 lần/năm. Sở Y tế đưa ra những hướng dẫn về việc cập nhật và bổ sung danh mục kỹ thuật.
- Quy trình cập nhật và bổ sung danh mục kỹ thuật trong phân tuyến kỹ thuật khác với các danh mục vượt tuyến. Đối với danh mục kỹ thuật bổ sung nằm trong phân tuyến kỹ thuật tại bệnh viện huyện hoặc tỉnh sẽ do giám đốc bệnh viện phê duyệt và báo cáo với Sở Y tế.

Phê duyệt danh mục kỹ thuật vượt tuyến

- Trong trường hợp cơ sở y tế muốn thực hiện kỹ thuật vượt tuyến, là kỹ thuật được qui định chỉ được thực hiện ở cơ sở y tế tuyến trên, việc phê duyệt danh mục kỹ thuật vượt tuyến được trình lên cơ quan quản lý cấp trên. Sau đó, cơ quan quản lý cấp trên thành lập Hội đồng xem xét và ra Quyết định phê duyệt;

Ví dụ, một bệnh viện huyện muốn thực hiện phê duyệt danh mục kỹ thuật vượt tuyến về sản khoa sẽ phải qua những bước sau:

- Ở tuyến huyện, khoa sản của bệnh viện huyện lập danh mục kỹ thuật vượt tuyến trình cho Giám đốc bệnh viện.
- Sau đó, bệnh viện sẽ đệ trình Sở Y tế xem xét và phê duyệt.
- Sở Y tế sẽ thành lập Hội đồng chuyên môn làm nhiệm vụ thẩm định năng lực cung cấp dịch vụ của bệnh viện huyện.
- Sở Y tế phê duyệt danh mục kỹ thuật vượt tuyến dựa trên kết quả thẩm định.

Với các bệnh viện tuyến tỉnh, các bước phê duyệt được thực hiện tương tự. Nếu kỹ thuật đăng ký vượt quyền quyết định của giám đốc Sở Y tế (các danh mục đề nghị là vượt tuyến kỹ thuật) thì sẽ được đệ trình lên cơ quan tuyến trung ương như các Vụ, Cục của Bộ Y tế. Sau đó, các Vụ, Cục, Bộ Y tế sẽ tiến hành thẩm định, nếu đủ điều kiện thì sẽ trình lãnh đạo Bộ Y tế phê duyệt.

- Với cơ sở y tế ngoài công lập, nếu muốn triển khai các kỹ thuật mới cần phải báo cáo cơ quan có thẩm quyền theo quy định của pháp luật về hành nghề Y tế tư nhân để được xem xét, phê duyệt tiếp.

Cung cấp dịch vụ cấp cứu sản khoa

Ở tuyến Trung ương và tuyến tỉnh, các bệnh viện công có nhiệm vụ cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện. Thực tế là, hầu hết các bệnh viện trung ương và bệnh viện tuyến tỉnh trên toàn quốc đều thực hiện nhiệm vụ này.

Tại địa bàn nghiên cứu, cả hai bệnh viện tuyến tỉnh đã cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện. Hai bệnh viện đều có ngân hàng máu dự trữ phục vụ điều trị cũng như hỗ trợ kỹ thuật cho tuyến dưới. Bảng sau cung cấp số liệu về dịch vụ đỡ đẻ và tỷ lệ mổ đẻ tại hai bệnh viện tuyến tỉnh tại 2 tỉnh khảo sát [11-15].

Bảng 4: Tình hình cung cấp dịch vụ đỡ đẻ tại 2 BV tỉnh từ 2007 – 2011

Năm	2007		2008		2009		2010		6 tháng 2011	
	MB	MN	MB	MN	MB	MN	MB	MN	MB	MN
Tỉnh										
Số đẻ tại BV tỉnh	6223	2581	6265	2779	7336	2681	8605	1824	4273	NA
% mổ đẻ/ Tổng số sinh	31,0	32,7	32,1	29,6	35,0	28,8	23,4	29,3	22,1	NA

NA: không có số liệu

Những năm gần đây, số ca sinh tại BV tuyến tỉnh tăng mạnh. Số phụ nữ sinh con tại BV tỉnh MB nhiều hơn so với BV tỉnh MN. Trung bình, tỷ lệ mổ đẻ/tổng số ca sinh chiếm 1/3 số trường hợp sinh năm 2007. Trong những năm gần đây, tỷ lệ này có xu hướng giảm dần, trong đó tỷ lệ mổ đẻ tại BV tỉnh MB giảm nhanh hơn so với BV tỉnh MN.

Bệnh viện tỉnh chịu trách nhiệm hỗ trợ kỹ thuật cho tuyến huyện bằng cách cung cấp máu dự trữ và cử bác sỹ sản khoa xuống hỗ trợ chuyên môn khi cần. Ngoài ra, bệnh viện tỉnh còn hỗ trợ kỹ thuật thông qua giao ban thường kỳ với giám đốc các bệnh viện huyện tại địa bàn. Các bệnh viện tư cũng cung cấp dịch vụ tương tự bệnh viện công về dịch vụ CCSKTY toàn diện nếu có đủ điều kiện.

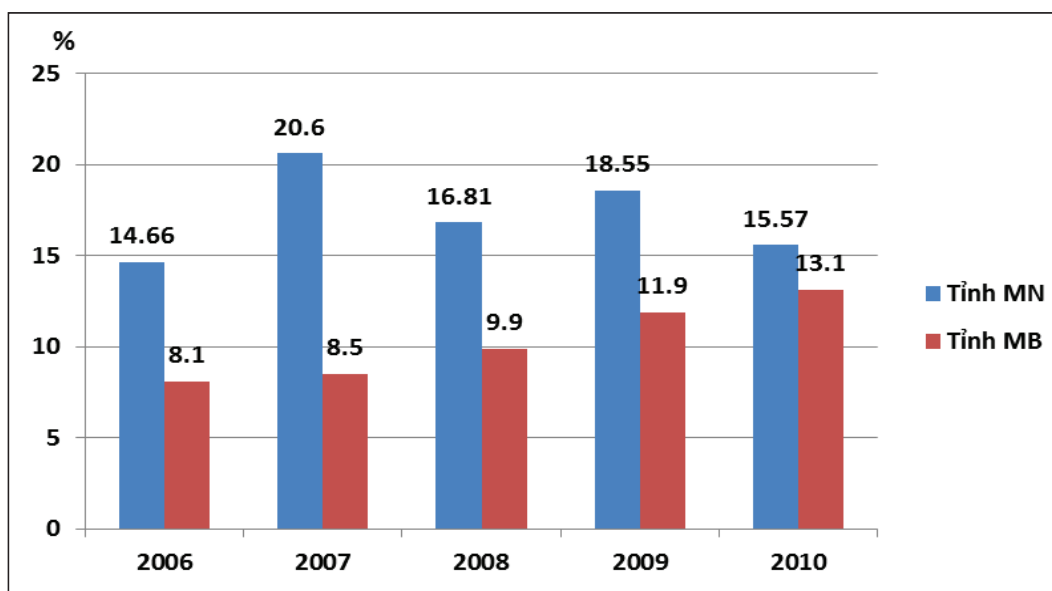
Ngoài các bệnh viện công lập, một bệnh viện tư ở tỉnh MN đã tham gia vào nghiên cứu này. Bệnh viện được thành lập từ 2007 với quy mô 50 giường trong đó có 20 giường tại khoa sản. Khoa sản có 2 bác sỹ và 10 hộ sinh. BV có thực hiện dịch vụ CCSKTY toàn diện gồm mổ đẻ và truyền máu. Bảng sau trình bày kết quả cung cấp dịch vụ sản khoa tại một bệnh viện tư thuộc tỉnh MN [16].

Bảng 5: Tình hình cung cấp dịch vụ sản khoa tại một BV tư từ 2008 đến nay

Chỉ số	2008	2009	2010	6 tháng 2011
Số khám thai (n)	430	906	594	710
Số ca sinh (n)	261	311	373	248
Số sinh thường (n)	113	153	214	135
Số mổ đẻ (n)	148	158	159	113
Tỷ lệ mổ đẻ/tổng số sinh (%)	56,7	49,2	42,6	45,5
Số tai biến sản khoa (n)	4	4	17	7

Kết quả nghiên cứu cho thấy, số ca sinh tại BV tư tăng dần. Tuy nhiên do quy mô BV nhỏ nên số ca sinh chưa nhiều (trên 300 trường hợp/năm). Đáng lưu ý, tỷ lệ mổ đẻ/tổng số sinh ở bệnh viện tư trong nghiên cứu khá cao, dao động khoảng một nửa trong tổng số ca sinh trong những năm gần đây (42,6%-56,7%).

Hình 3 dưới đây cung cấp số liệu về tỷ lệ sinh mổ trong tổng số PN sinh con trong 5 năm 2006-2010 tại tỉnh MN và tỉnh MB [17-28]. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mổ đẻ/tổng số sinh của toàn tỉnh MB thấp hơn nhiều so với tỷ lệ này ở tỉnh MN. Từ 2010, tỷ lệ này tại tỉnh MN dao động song ở mức cao hơn với các tỉ lệ này ở tỉnh MB (14,66-18,55%). Tỷ lệ này có xu hướng gia tăng tại tỉnh MB từ 2006-2010.



Hình 3: Tỷ lệ mổ đẻ/ tổng số sinh toàn tỉnh tại 2 tỉnh từ 2006-2010 (%)

Ở tuyến huyện, theo phân tuyến kỹ thuật, các bệnh viện công lập cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện. Tại địa bàn nghiên cứu, 8/10 BV huyện tại tỉnh MB và 4/8 BV huyện tại tỉnh MN có năng lực cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện. Tại mỗi tỉnh, BV thị xã không cung cấp dịch vụ CCSKTY do gần BV tỉnh (1 BV thị xã tại tỉnh MB và 2 BV thị xã tại tỉnh MN). Còn lại, tại tỉnh MB, một BV không thực hiện dịch vụ mổ đẻ do thiếu nhân lực. Tại tỉnh MN, còn 2 BV tuyến huyện chưa cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện do thiếu phòng mổ.

Bảng 6: Số lượng và tỷ lệ % mổ đẻ/tổng số sinh tại BV huyện từ 2006-2011

Năm/ BV huyện	2006 n/N (%)	2007 n/N (%)	2008 n/N (%)	2009 n/N (%)	2010 n/N (%)	6 th/2011 n/N (%)
BV huyện 1/ tỉnh MN	0/138 (0)	0/147 (0)	0/202 (0)	0/215 (0)	0/237 (0)	0/127 (0)
BV huyện 2/ tỉnh MN	47/676 (6,9)	41/738 (5,5)	21/815 (2,5)	28/954 (2,9)	35/859 (4,1)	44/451 (9,7)
BV huyện 1/ tỉnh MB	0/362 (0)	0/378 (0)	0/401 (0)	0/396 (0)	0/470 (0)	0/169 (0)
BV huyện 2/ tỉnh MB	91/1007 (9,0)	186/1429 (13,0)	196/1504 (13,0)	285/1885 (15,1)	435/2688 (16,2)	276/1584 (17,4)

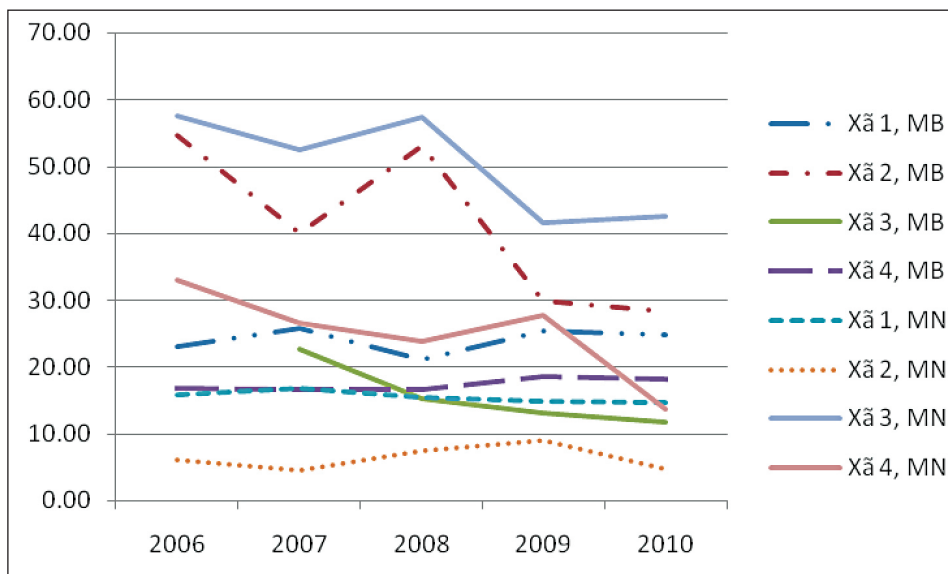
Nguồn: Các báo cáo hoạt động bệnh viện huyện 2006-2011 [29-31]

Bảng 6 so sánh năng lực cung cấp dịch vụ CCSK tại 4 huyện khảo sát. Tại địa bàn nghiên cứu, các BV huyện được chọn tương tự nhau về khoảng cách (cách tỉnh từ 30-45 km), có 2 BV cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện (1 tại tỉnh MN, 1 tại tỉnh MB), bao gồm cả truyền máu và mổ đẻ. Hai BV còn lại không cung cấp dịch vụ mổ đẻ. Tại các BV có cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện, số PN đến sinh con cao hơn các BV không cung cấp dịch vụ này từ 4-10 lần.

So sánh hai bệnh viện huyện có cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện, số lượng phụ nữ tới sinh và tỷ lệ mổ đẻ tại BV huyện MB cao hơn BV huyện MN. Tỷ lệ mổ đẻ tại BV huyện của tỉnh MB có xu hướng tăng nhanh trong giai đoạn 2006-2011, từ 9,0% đến 17,4% trong khi tỷ lệ này tại BV huyện của tỉnh MN được khống chế dưới mức 9,7%.

Tuyến xã

Kết quả nghiên cứu này tại 8 xã ở hai tỉnh MB và MN cho thấy 100% các TYT xã cung cấp dịch vụ đỡ đẻ thường. Có 100% các TYT có đủ oxytocin và kháng sinh theo danh mục thuốc thiết yếu. Có 50% (4/8) các TYT khảo sát có trữ Magie sulphat và toàn bộ 4 TYT này thuộc tỉnh MN. Tuy nhiên, chỉ có 1 trong số 4 TYT này có thuốc Magie sulphat còn hạn.



Hình 4: Tỷ lệ % PN sinh con tại TYT tại 8 xã khảo sát từ 2006-2010

Khảo sát về tình hình đẻ tại TYT cho thấy CCSKTY cơ bản thường không được tiến hành thường xuyên ở tuyến xã vì thực tế là các ca đẻ ở TYT ít. Số lượng phụ nữ sinh con tại trạm có xu hướng giảm theo năm, từ 100-150 trường hợp năm 2001 xuống còn 12-55 trường hợp năm 2010. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ sinh con tại TYT xã/ tổng số phụ nữ đẻ hàng năm dao động khoảng từ 5,6%-28,2%. Chỉ có một xã tại tỉnh MN có số lượng phụ nữ sinh con cao (42% năm 2010) do trạm khá xa trung tâm cũng như TYT thường bị cô lập khi có lũ (Hình 4) [32-39].

4.1.2. Phản hồi thông tin

Các hoạt động liên quan đến phản hồi thông tin bao gồm giám sát hỗ trợ, khen thưởng và cập nhật và chỉnh sửa QĐ 385.

4.1.2.1. Quá trình giám sát hỗ trợ

Công tác giám sát "từ trên xuống" được thực hiện thường kỳ. Ví dụ, tuyến trung ương sẽ giám sát tuyến tỉnh, tuyến tỉnh giám sát tuyến huyện và huyện

xuống xã. Nếu cơ sở y tế chưa được cấp phép nhưng vẫn cung cấp kỹ thuật vượt tuyến, giám sát viên sẽ có báo cáo.

Mô hình giám sát “từ trên xuống” được áp dụng chung cho toàn bộ các hoạt động theo dõi và giám sát. Trung tâm y tế huyện, sau này là bệnh viện huyện và phòng y tế huyện tổ chức giám sát TYT hàng tháng theo kế hoạch. Một nhóm gồm các giám sát viên thuộc nhiều đơn vị (cán bộ bệnh viện, trung tâm CSSKSS, trung tâm y tế dự phòng) sẽ tiến hành giám sát các cơ sở y tế công lập. Phòng quản lý hành nghề y dược tư nhân tổ chức giám sát riêng cho các cơ sở y tế ngoài công lập. Trên thực tế, tại địa bàn nghiên cứu, công tác giám sát cả cơ sở y tế công và tư không được tổ chức thường xuyên do thiếu nhân lực. Tuy nhiên công tác giám sát tại các tỉnh được hỗ trợ của dự án được thực hiện thường xuyên, đầy đủ và có chất lượng hơn. Kết quả báo cáo việc giám sát tại các tỉnh dự án của UNFPA (11 tỉnh trong chu kỳ 6 và 7 tỉnh trong chu kỳ 7 thuộc chương trình mục tiêu quốc gia), Pathfinder (8 tỉnh), chính phủ Hà Lan (tại 14 tỉnh) cho thấy công tác giám sát được thực hiện thường xuyên, toàn diện, có chất lượng và có phản hồi [40].

Giám sát trong nội bộ BV huyện thường được thực hiện đầy đủ. Ví dụ, tại bệnh viện huyện, trưởng khoa sản giám sát các bác sỹ khác trong khoa. Hỗ trợ kỹ thuật và giám sát được tiến hành tại chỗ hoặc qua họp giao ban thường kỳ. Bệnh viện tuyến tỉnh góp ý về chuyên môn với bệnh viện huyện chủ yếu thông qua các trường hợp chuyển tuyến.

Tuy nhiên, nội dung giám sát không toàn diện do không đủ nhân lực để giám sát tất cả các dịch vụ của TYT theo phân tuyến kỹ thuật, bao gồm cả dịch vụ CCSKTY cơ bản. Trên thực tế, việc giám sát được thực hiện chủ yếu thông qua xem xét báo cáo, kiểm tra sổ sách.

Một hình thức hoạt động hỗ trợ TYT hiệu quả khác là mô hình Đội cấp cứu lưu động. Khi có ca cấp cứu, đồng thời với xử trí ban đầu, TYT có thể gọi hỗ trợ từ tuyến trên. Đội cấp cứu lưu động sẽ cử cán bộ hỗ trợ (có thể bao gồm cả máu) xuống TYT và giúp chuyển bệnh nhân lên tuyến trên nếu cần thiết. Xe cứu thương của tuyến huyện đôi khi cũng giúp đỡ TYT chuyển tuyến những trường hợp nặng lên tuyến trên.

4.1.2.2 Cơ chế khen thưởng và chế tài xử phạt

QĐ 385 được ban hành là cơ sở và căn cứ để các cơ sở y tế triển khai các nhiệm vụ chuyên môn kỹ thuật về chăm sóc SKSS theo phân tuyến kỹ thuật. Tùy vào điều kiện cơ sở vật chất trang thiết bị và nhân lực, các cơ sở y tế có thể triển khai đầy đủ hoặc một phần danh mục kỹ thuật theo phân tuyến như đã quy định nhưng không được thực hiện các kỹ thuật vượt quá tuyến quy định. Phòng nghiệp vụ y là đơn vị chính trong triển khai Quyết định này nhưng họ cũng cho rằng việc thực hiện QĐ 385 là tùy thuộc vào đơn vị “làm được thì làm, không làm được thì thôi”. Mặc dù vậy, điểm thi đua hàng năm của bệnh viện có thể bị trừ nếu một dịch vụ theo phân tuyến không được triển khai.

Nhìn chung, những tiêu chuẩn này để hướng dẫn các cơ sở y tế cung cấp dịch vụ. Nếu cơ sở nào không cung cấp, họ cũng không bị phạt. Tuy nhiên, cơ sở y tế được đánh giá sẽ bị phạt thi đua vì họ không cung cấp đủ dịch vụ theo phân tuyến (CCSK_Người hướng dẫn 3_MB).

Dù số tiền bị phạt là rất nhỏ, điểm thi đua có thể giúp xác định lợi ích mang lại khi cung cấp đầy đủ dịch vụ ở một cơ sở y tế. Nghĩa là, nếu bệnh viện huyện được giao quyền tự chủ tài chính và phải chuyển tất cả bệnh nhân cần mổ để lên bệnh viện tỉnh, bệnh viện huyện sẽ mất đi một khoản thu lớn do không cung cấp được dịch vụ này (CCSK_Người thực hiện 2_MB).

Bên cạnh đó, cơ sở y tế sẽ bị cảnh cáo và phạt nếu họ cung cấp các dịch vụ mà không được Sở Y tế phê duyệt, đặc biệt các dịch vụ vượt tuyến. Sở Y tế sẽ thành lập hội đồng kỉ luật, gồm đại diện của phòng nghiệp vụ y, thanh tra và bệnh viện tỉnh để đưa ra mức phạt. Tại địa bàn nghiên cứu chưa có cơ sở nào bị phạt do cung cấp dịch vụ vượt tuyến được báo cáo.

4.1.2.3. Cập nhật và chỉnh sửa Quyết định

QĐ 385 đã được Vụ SKBMTE cập nhật chỉnh sửa từ 2008 đến nay. Nhiều ý kiến góp ý được ghi nhận từ cán bộ ở tuyến trung ương đến địa phương và UNFPA thông qua các hội thảo và diễn đàn trực tuyến. Việc cập nhật được thực hiện ở tất cả các nội dung kể cả phần chăm sóc sản khoa và trách nhiệm của các cơ sở y tế dựa trên những thay đổi của mô hình y tế, đặc biệt ở tuyến huyện và xã. Tuy nhiên, thông tư hướng dẫn mới vẫn chưa được duyệt do phải đợi thông tư thay thế Quyết định 23/2005 do Cục Khám chữa bệnh làm đầu mối chỉnh sửa được phê duyệt.

4.1.3. Các bên liên quan trong quá trình chính sách

Phần này cung cấp thông tin về các bên liên quan tham gia trong quá trình chính sách của QĐ 385 về nội dung cấp cứu sản khoa.

4.1.3.1. Sự tham gia của các bên liên quan

Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em (Bộ Y tế)

Vụ SKBMTE là đơn vị đầu mối xây dựng và cập nhật các chính sách liên quan đến sức khỏe bà mẹ, trẻ em để phù hợp với những thay đổi của mô hình y tế và yêu cầu thực tiễn, đặc biệt là sự phát triển của lĩnh vực y tế tư nhân và thay đổi của mô hình y tế tuyến huyện. Vụ SKBMTE đã cập nhật lại Quyết định 385 từ năm 2008, nhưng hiện nay chưa được BYT phê duyệt (xem phần 4.1.2.3).

Cục Quản lý khám chữa bệnh (Bộ Y tế)

Cục Quản lý khám chữa bệnh là đơn vị chính xây dựng Quyết định 23. Quyết định 23 bao gồm tất cả danh mục kỹ thuật của các chuyên ngành bao gồm cả dịch vụ cấp cứu sản khoa. Quyết định được sử dụng rộng rãi trong mọi cơ sở y tế, bệnh viện và TYT vì đây được coi là cơ sở chính để bảo hiểm y tế chi trả.

UNFPA

UNFPA đóng vai trò quan trọng hỗ trợ kinh phí và kỹ thuật trong các quá trình chính sách liên quan đến SKSS. UNFPA vẫn tiếp tục cam kết trong hỗ trợ BHYT phát triển các chính sách về cung cấp dịch vụ CSSKSS bao gồm hỗ trợ việc cập nhật QĐ 385 cho phù hợp với tình hình mới.

Phòng nghiệp vụ Y (Sở y tế)

Phòng nghiệp vụ y là cơ quan chịu trách nhiệm quản lý cả hoạt động điều trị và dự phòng ở các cơ sở công lập trên địa bàn tỉnh, bao gồm cả triển khai thực hiện QĐ 385. Phòng là cơ quan lập kế hoạch triển khai và thực hiện đăng ký danh mục kỹ thuật, rà soát danh mục và đệ trình cho giám đốc Sở Y tế phê duyệt. Phòng phối hợp chặt chẽ với cơ quan Bảo hiểm y tế để đệ trình UBND tỉnh khung giá cho các dịch vụ y tế ở các tuyến khác nhau trong địa bàn.

Phòng quản lý hành nghề y dược tư nhân (Sở Y tế)

Phòng có trách nhiệm quản lý mọi hoạt động của các cơ sở y tế tư nhân. Ở tỉnh MB, phòng quản lý hành nghề y dược tư nhân và phòng nghiệp vụ Y thuộc Sở Y tế được tách riêng trong khi ở tỉnh MN, 2 phòng được hợp nhất và lấy tên là Phòng nghiệp vụ Y. Nhiệm vụ chính của phòng là quản lý mọi hoạt động y tế (bao gồm cả phòng bệnh và điều trị) ở tất cả các cơ sở y tế tư nhân trong địa bàn tỉnh.

Bệnh viện công lập tuyến tỉnh

Bệnh viện tỉnh chịu trách nhiệm cung cấp dịch vụ y tế và triển khai QĐ 385 cho các bệnh viện ở tỉnh. Bên cạnh đó, bệnh viện có trách nhiệm hỗ trợ kỹ thuật và thực hiện giám sát cơ sở y tế tuyến dưới. Bệnh viện tỉnh ở cả hai miền đều cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện (mổ đẻ và truyền máu). Bệnh viện tỉnh là nơi lưu trữ máu và có thể hỗ trợ bệnh viện huyện thực hiện mổ đẻ khi cần.

Bệnh viện công lập tuyến huyện

Bệnh viện huyện chịu trách nhiệm cung cấp dịch vụ CCSKTYTY toàn diện nhưng việc có triển khai cung cấp loại hình dịch vụ này hay không phụ nào vào nhu cầu thực tế. Nếu BV huyện ở vị trí gần với BV tỉnh thì không nhất thiết phải triển khai mổ đẻ. Trong nghiên cứu này có 9/10 BV ở MB và 4/8 BV ở MN có triển khai dịch vụ CCSKTD. Lý do một số bệnh viện không cung cấp là vì vị trí địa lý gần với các bệnh viện thành phố hoặc do thiếu bác sĩ chuyên khoa và phòng mổ.

Giám đốc bệnh viện huyện có vai trò quan trọng trong quyết định thực hiện cung cấp dịch vụ vì họ có thể chủ động tìm nguồn và phân bổ nguồn lực để tăng cường cơ sở vật chất và chất lượng cán bộ. Bệnh viện huyện thứ 2 của tỉnh MN trong nghiên cứu này có thể cung cấp dịch vụ CCSKTYTY toàn diện tốt. Bệnh viện này được xây mới và trang bị nhiều thiết bị mới thông qua hỗ trợ từ Sở Y tế, nguồn trái phiếu chính phủ và nguồn đầu tư nước ngoài. Giám đốc BV này đã

có nhiều nỗ lực trong kêu gọi nguồn đầu tư của Cộng hòa Liên bang Đức để xây mới một khoa và trang bị thêm các thiết bị hiện đại. CBYT tại bệnh viện được cử đi học các kĩ thuật mới thường xuyên tại tuyến trên. Bên cạnh đó, đào tạo tại chỗ cũng đóng vai trò quan trọng, các kĩ thuật được chuyển giao từ những người đi học tuyến trên cho những CBYT tại BV. BV có cơ chế giám sát hoạt động hành chính và chuyên môn chặt chẽ. Các hoạt động giám sát chuyên môn giao cho các trưởng khoa phòng và y tá/ hộ sinh trưởng, phản hồi giám sát chuyên môn giao cho ban giám đốc bệnh viện. BV cũng phối hợp với TTYT huyện giám sát và chỉ đạo chuyên môn cho các TYT một cách hiệu quả [29].

Cán bộ cung cấp dịch vụ (bác sỹ sản khoa và hộ sinh)

Nhiệm vụ của cán bộ cung cấp dịch vụ ở tuyến huyện là cung cấp dịch vụ theo phân tuyến kĩ thuật, trong đó bao gồm cả 8 dịch vụ CCSKTY toàn diện. Thực tế, thiếu cán bộ có trình độ chuyên môn cao ở tuyến huyện là nguyên nhân chính cản trở việc cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện. Hiện rất khó thu hút cán bộ có chuyên môn cao để làm việc ở tuyến huyện do thu nhập thấp, điều kiện sống và làm việc khó khăn.

TYT chịu trách nhiệm cung cấp các dịch vụ CCSKTY cơ bản. Có khoảng gần 11 000 TYT trên toàn quốc. Tính trung bình, có khoảng 5,5 cán bộ làm việc trong một TYT, trong đó 1 là bác sỹ đa khoa, 0,4 y sỹ sản nhi và 1,0 hộ sinh [41]. Trong nghiên cứu này, số trường hợp đẻ tại TYT đã giảm từ 100-150 ca/năm trong năm 2000 xuống còn 10-30 ca/năm vào năm 2010 [23, 32-39]. Do năng lực yếu, không tự tin khi đỡ đẻ của cán bộ, nên TYT thường chuyển khách hàng lên tuyến cao hơn. Cán bộ ở trạm có xu hướng chỉ cung cấp dịch vụ chăm sóc trước sinh và sau sinh. Hơn thế nữa, việc chi trả bảo hiểm y tế thấp đối với các trường hợp thai sản nói chung không khuyến khích được CBYT cung cấp dịch vụ đỡ đẻ tại trạm.

Một trường hợp đẻ tại trạm chỉ được trả có 150 000 đồng (CCSK_Người thực hiện 3_MN).

Cơ sở y tế tư nhân

Trong quá trình xây dựng cũng như góp ý cập nhật quyết định, cơ sở y tế tư nhân không được mời tham gia. Kết quả nghiên cứu cho thấy các bệnh viên tư nhân không tham gia quá trình chính sách của QĐ 385. Trên thực tế, các cơ sở y tế tư nhân thực hiện theo Pháp lệnh hành nghề y dược tư nhân (1993) và Luật Khám chữa bệnh (2009). Điều này có thể giải thích do trước đây số lượng các cơ sở y tế tư cung cấp dịch vụ CCSKTY cơ bản và toàn diện rất ít.

Tại một BV tư tại tỉnh MN, tỷ lệ mổ đẻ/tổng số sinh tại BV rất cao, đạt xấp xỉ 50% tổng số ca sinh tại BV (xem Bảng 5). Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với tỷ lệ tại BV công lập tuyến tỉnh cũng như khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới. Khách hàng sinh con tại BV tư phải chi trả nhiều hơn. Bên cạnh đó, quỹ bảo hiểm y tế

cũng phải trích nhiều hơn cho trường hợp mổ đẻ so với đẻ thường. Kết quả này khuyến nghị việc tăng cường theo dõi và giám sát các bệnh viện tư nhằm kiểm soát tỷ lệ mổ đẻ.

Người sử dụng dịch vụ

Người sử dụng dịch vụ hay khách hàng có nhu cầu được biết các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp. Trong những năm gần đây, tất cả các chính sách cần phải đăng tải trên mạng internet cho cộng đồng góp ý trước khi thông qua để khách hàng biết về dịch vụ cung cấp, giá thuốc và dịch vụ v.v. Tuy nhiên, nhu cầu của khách hàng, gia đình và cộng đồng chưa thực sự được các nhà hoạch định xem xét trong quá trình xây dựng và triển khai chính sách về CCSK. Điều này có thể là do QĐ 385 là QĐ mang tính chuyên môn kĩ thuật. Tuy nhiên, do mục tiêu của QĐ 385 nhằm đảm bảo tính sẵn có của dịch vụ cho khách hàng (bao gồm dịch vụ CCSKTY cơ bản tại TYT và CCSKTY toàn diện tại BV tuyến huyện), khách hàng nên được nhận thông tin về các dịch vụ cung cấp tại các tuyến cũng như hệ thống chuyển tuyến.

4.1.3.2. Quan hệ giữa các bên liên quan

Nhìn chung, các bên liên quan có mối quan hệ tương đối tốt ở các tuyến. Ở trung ương, BHYT và UNFPA đã hợp tác hiệu quả trong quá trình xây dựng chính sách. Ở tỉnh, Sở Y tế và giám đốc các bệnh viện công lập tuyến tỉnh và huyện đóng vai trò chính trong hỗ trợ kỹ thuật và phân bổ nguồn lực để thực hiện QĐ 385.

Các phòng ban của Sở Y tế và Cơ quan bảo hiểm y tế cũng hợp tác hiệu quả để triển khai Quyết định này. Các cơ sở y tế tuyến tỉnh chủ động tham gia triển khai và thực hiện QĐ 385. Tuy nhiên, sự hợp tác của cơ sở y tế tuyến huyện không hiệu quả như tuyến trên nhất là sau khi mô hình TTYT huyện phân tách thành 3 đơn vị là bệnh viện huyện, trung tâm y tế và phòng y tế huyện. Nguồn nhân lực tại tuyến huyện càng thiếu sau phân tách mô hình cũ, điều này có thể ảnh hưởng đến cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện ở tuyến huyện.

Trong khi đó chính phủ, Bộ Y tế có nói là nước mình không có đủ cán bộ y tế để phục vụ cho dân, không đủ mà bây giờ mình chia ra như vậy trung tâm y tế, phòng y tế, bệnh viện. Như vậy đơn cử tại huyện này thôi cũng phải chi ra tốn mất 8 người làm công tác lãnh đạo, đâu có trực tiếp làm chuyên môn hoặc nếu có làm thì làm công tác bán chuyên môn thôi (CCSK_Người hướng dẫn 9_MN)

Mặc dù cơ sở y tế tư nhân ngày càng có vai trò quan trọng hơn trong cung cấp dịch vụ, nhưng họ vẫn giữ vai trò khiêm tốn trong cung cấp dịch vụ sản khoa. Hiện nay không có cơ chế thưởng phạt cho những cơ sở y tế không cung cấp dịch vụ chăm sóc sản khoa theo phân tuyến kỹ thuật một phần là do QĐ 385 chỉ là văn bản hướng dẫn chuyên môn.

4.1.4. Các yếu tố ảnh hưởng đến quá trình chính sách

Quá trình chính sách liên quan đến việc thực hiện QĐ 385 chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố bối cảnh thuộc hệ thống y tế (thiếu nguồn lực, thay đổi mô hình y tế tuyến huyện), tài chính y tế (bảo hiểm y tế) và hành vi chăm sóc sức khỏe của người dân.

4.1.4.1. Thiếu nguồn lực

Để cung cấp dịch vụ sản khoa ở các tuyến khác nhau, đặc biệt là dịch vụ CCSKTY toàn diện, các nguồn lực cần có là phòng mổ, bác sĩ gây mê, bác sĩ phẫu thuật sản khoa, và máu dự trữ. Qua khảo sát, thực trạng thiếu bác sĩ chuyên khoa sản và bác sĩ gây mê ở tuyến huyện hiện rất phổ biến.

Nghiên cứu này chọn 2 bệnh viện huyện không cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện trong tổng số 4 BV tuyến huyện ở hai tỉnh. Thông thường, bệnh viện huyện được xếp hạng 3 trong mô hình y tế công và đủ điều kiện để xây phòng mổ. Tuy nhiên, quyết định xây phòng mổ lại phụ thuộc vào các yếu tố khác như khoảng cách từ bệnh viện huyện tới bệnh viện tỉnh/bệnh viện đa khoa khu vực, vấn đề tài chính và nhân lực của bệnh viện. Những bệnh viện quá gần với bệnh viện tỉnh hoặc đa khoa khu vực thường không triển khai cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện. Lý do không cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện (bao gồm cả mổ đẻ và truyền máu) tại 2 BV huyện trong nghiên cứu này là thiếu nhân lực (tại tỉnh MB) và thiếu phòng mổ (tại tỉnh MN).

Có 2 mô hình bệnh viện huyện, có và không có phòng mổ. Tất cả bệnh viện huyện có phòng mổ có thể thực hiện truyền máu và ngược lại (CCSK_Người hướng dẫn 4_MN).

Ngân hàng máu thường không có ở các bệnh viện tuyến huyện. Ở tỉnh MB, các bệnh viện đa khoa tuyến huyện đều không có kho dự trữ máu. Máu truyền cho người bệnh lấy từ người nhà bệnh nhân, người hiến máu hoặc từ bệnh viện đa khoa tỉnh hoặc bệnh viện sản nhi tỉnh. Tại huyện 1 của tỉnh MB có câu lạc bộ hiến máu tình nguyện, đây là nguồn cung cấp máu trong trường hợp cấp cứu.

Một số bệnh viện có một ít máu dự trữ chung cho khoa ngoại và sản (BV huyện 1 tỉnh MB và BV huyện 2 tỉnh MN). Nếu không có sẵn máu dự trữ tại bệnh viện trong trường hợp khẩn cấp, họ phải mua máu từ bệnh viện tỉnh. Do máu dự trữ không sẵn có, việc cấp cứu có thể không được thực hiện kịp thời.

Chúng tôi phải truyền máu trong trường hợp khẩn cấp. Trong chăm sóc sản khoa, chúng tôi thường phải truyền máu với những trường hợp vỡ tử cung hoặc chữa ngoài tử cung vỡ. Nếu bệnh viện không đủ máu để truyền, thì phải đến bệnh viện tỉnh mua (CCSK_Người thực hiện_MB).

Trong những trường hợp khẩn cấp như chảy máu nhiều do vỡ tử cung và chữa ngoài tử cung, chúng tôi phải hỏi người nhà bệnh nhân truyền máu (CCSK_Người thực hiện 12_MB).

Nghiên cứu cho thấy thiếu kỹ thuật viên gây mê cũng như thiếu bác sĩ chuyên khoa sản là nguyên nhân chính khiến cho việc triển khai dịch vụ CCSKTY toàn diện gặp khó khăn. Bảng sau mô tả tình hình nhân lực tại BV huyện tại địa bàn nghiên cứu [29-31, 42].

Bảng 7: Nhân lực tại khoa sản, ngoại- sản BV huyện năm 2011

	BS (đa khoa)	BS CK sản	Hộ sinh	Y tá điều dưỡng	Y sĩ
BV huyện 1/ tỉnh MB	0	1 (sắp nghỉ hưu)	7	0	1 y sĩ sản nhi (đang đi học BS)
BV huyện 2/ tỉnh MB	2	1	6	0	2 (đang đi học BS)
BV huyện 1/ tỉnh MN	0	2 (1 BS đang đi học)	2	2	1 (y sĩ đa khoa)
BV huyện 2/ tỉnh MN	1	1	7	5	2 (1 y sĩ sản nhi, 1 y sĩ đa khoa)

Tại 4 khoa sản hoặc khoa ngoại sản tại các BV khảo sát, chỉ có 1 BS chuyên khoa sản hiện đang làm việc tại mỗi khoa. 2/4 BV có thêm 1-2 BS đa khoa hỗ trợ công tác chuyên môn về sản. Ngoài nhiệm vụ chuyên môn, những bác sĩ đang làm việc còn thực hiện nhiệm vụ quản lý, vì vậy, BV gặp nhiều khó khăn trong cung cấp dịch vụ, đặc biệt là mổ đẻ. Mặc dù các trường hợp đỡ đẻ thường chỉ cần hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi thực hiện. Tuy nhiên đối với các trường hợp có tai biến sản khoa thì việc thiếu bác sĩ chuyên khoa sản ảnh hưởng lớn đến việc cấp cứu kịp thời và chất lượng cấp cứu cũng như theo dõi và chăm sóc sản phụ. Những bác sĩ chính quy mới tốt nghiệp thường không muốn về làm việc tại tuyến huyện nên BV phải cử y sĩ sản nhi đi học bác sĩ chuyên khoa sản để đáp ứng nhu cầu công việc. Những bác sĩ hiện đang công tác tại tuyến huyện thường không thích công việc họ đang làm do phụ cấp tại BV tuyến huyện chưa đảm bảo. Trên thực tế, BV huyện không thể đáp ứng tất cả các ca mổ đẻ dù có sẵn phòng mổ do thiếu bác sĩ đặc biệt là bác sĩ chuyên khoa sản.

Nói thật là, chúng tôi thiếu cán bộ chuyên môn, vì thế chúng tôi không thể cung cấp dịch vụ mổ đẻ. Hiện bệnh viện mới cử bác sĩ trẻ đi học nên chúng tôi không thực hiện mổ đẻ từ đầu năm nay (CCSK_Người thực hiện 4_MB).

Bác sĩ trẻ không muốn làm việc ở bệnh viện này. Lương quá thấp mà không có cơ hội được học cao lên. Họ chủ yếu làm việc ở trong thành phố (CCSK_Người thực hiện 5_MN).

Nhiều chương trình, dự án có kế hoạch đào tạo chuyên khoa định hướng sản đối với các bác sĩ đa khoa đang công tác tại khoa sản. Tuy nhiên việc này gặp nhiều khó khăn vì nếu gửi cán bộ đi học 10 tháng thì không có cán bộ làm thay. Bên cạnh đó, việc phân công nhiệm vụ không phù hợp với chuyên môn cũng là những cản trở trong cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện.

Tôi học chuyên ngành sản phụ khoa. Tôi là người đầu tiên có bằng chuyên khoa I về sản phụ khoa ở đây nhưng tôi lại được giao làm trưởng phòng kế hoạch gần 15 năm. Bây giờ thì tôi sắp nghỉ hưu rồi và lại được giao làm trưởng khoa sản ở đây. Tôi không thể thực hiện mổ đẻ được nữa (CCSK_Người thực hiện 6_MB).

Để hỗ trợ tuyến cơ sở thực hiện được các nhiệm vụ kỹ thuật, BHYT đã triển khai Quyết định 1816/2008/QĐ-BYT ngày 26-5-2008 về việc cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh. Công tác chuyển giao kỹ thuật, ví dụ như mổ đẻ đã được triển khai thành công ở nhiều bệnh viện tuyến huyện tại tỉnh MB dưới hình thức cầm tay chỉ việc.

Một số kỹ thuật như mổ đẻ cho bệnh nhân có vết mổ cũ cũng được chuyển giao từ bệnh viện tỉnh xuống bệnh viện huyện (CCSK_Người thực hiện 4_MB).

Tuy nhiên, hiệu quả của chương trình luân phiên này vẫn còn nhiều tranh cãi [43]. Các bác sĩ tuyến trên thường không muốn xuống tuyến dưới làm việc. Theo quy định thời gian bác sĩ tuyến trên phải ở lại tuyến dưới thường kéo dài (3 tháng), song thực tế tại địa bàn khảo sát, thời gian ở lại tuyến huyện để tập huấn/chuyển giao kỹ thuật có khi chỉ là 1 ngày. Với thời gian ngắn như vậy, sự hỗ trợ cho tuyến huyện và tuyến xã từ cấp tỉnh là không hiệu quả.

Điểm yếu nhất là họ không có một mô tả công việc cụ thể liên quan đến trách nhiệm trong thăm khám, kiến tập, giám sát và đánh giá chuyên môn... Thường, họ chỉ xuống một hôm thôi. Họ còn bận làm việc khác nữa (CCSK_Người hướng dẫn 5_MN).

Theo số liệu điều tra toàn quốc, ở tuyến xã, thiếu thuốc và cơ sở vật chất là những rào cản chính trong việc triển khai dịch vụ sản khoa. Số liệu điều tra toàn quốc năm 2010 cho thấy hầu hết các xã (98,4%) có bộ dụng cụ khám thai nhưng có tới 98% TYT không có bộ dụng cụ khám thai đủ các chi tiết theo hướng dẫn Quốc gia về CSSKSS; 7,4% các xã không có bộ dụng cụ đỡ đẻ, TYT có đủ bộ dụng cụ đỡ đẻ theo hướng dẫn quốc gia chỉ chiếm 2%. Liên quan đến thuốc sử dụng trong cấp cứu, 86,4% các xã có đủ oxytocin. Tuy nhiên, magie sulphat là thuốc tối quan trọng trong cấp cứu tiền sản giật chỉ có ở 16,9% TYT xã [10].

Tất cả các TYT tại hai tỉnh MB và MN có đủ oxytocin. Đối với Magie sulphat, không có TYT nào ở MB có thuốc này. Các TYT ở tỉnh MN đều có Magie sulphat nhưng 3 trong số 4 TYT này thuốc đã quá hạn sử dụng. Mặc dù TYT được hướng dẫn sử dụng Magie sulphat trong xử trí tiền sản giật, sản giật [44], nhưng do thuốc này không nằm trong danh mục thuốc thiết yếu được bảo hiểm chi trả (theo QĐ 17/2005/QĐ-BYT ban hành ngày 1/7/2005) nên không được mua mới thường xuyên.

Trong nghiên cứu này, quan điểm của BHYT là không xử trí mà chuyển thẳng tuyến trên đối với các trường hợp tiền sản giật.

Những phương pháp điều trị gần đây cho cấp cứu sản khoa đã nói đến Magie Sulfat. Trong hướng dẫn chuẩn, chúng tôi buộc phải sử dụng. Nhưng magie sulfat lại không có trong danh mục thuốc thiết yếu được bảo hiểm chi trả. Vì thế làm gì có thuốc để dùng, thế thì dùng thế nào, chị biết đấy? (CCSK_Người hướng dẫn 7_MN).

Ở đây mình có magie sunfat không? Có, xã bây giờ cũng có nữa nhưng mình nghĩ nó cũng hết đất, mình có đâu dám xử lý đâu. Nói chung gặp nó (tiền sản giật, sản giật) rất sợ, và chuyển đi cho nhẹ luôn, để lại đó thì chết (CCSK_Người hướng dẫn 5_MN).

Cho tới nay, magie sulphat dạng tiêm (sử dụng với mục đích chống động kinh, co giật, sản giật) vẫn chưa được BHYT bổ sung vào danh mục thuốc thiết yếu tại TYT do BHYT chi trả theo thông tư mới số 31/2011/TT-BYT ban hành ngày 11/7/2011. Magie sulphat dạng tiêm chỉ được sử dụng từ tuyến huyện trở lên [45].

4.1.4.2. Thay đổi mô hình y tế tuyến huyện

Việc thay đổi mô hình y tế tuyến huyện đã diễn ra từ những năm 2006, nhưng hiệu quả không như mong muốn. Hiện tại vẫn tồn tại song song 2 mô hình y tế tuyến huyện, một hệ thống theo cấu trúc cũ (chưa tách bệnh viện và trung tâm y tế dự phòng riêng), và một theo mô hình mới (tách riêng bệnh viện và trung tâm y tế dự phòng). Việc thay đổi mô hình y tế tuyến huyện khiến cho việc phối kết hợp công việc của các đơn vị gặp nhiều khó khăn.

Chức năng và nhiệm vụ của những cơ quan này khác nhau. Chả ai nghe ai cả. Bởi vì anh phòng y tế huyện quản lý tổng thể hệ thống y tế ở địa phương, công việc anh ấy như thế là rõ ràng. Nhưng với cơ cấu tổ chức hiện tại thì Trung tâm y tế huyện và bệnh viện huyện lại trực thuộc Sở Y tế vì thế cả 3 anh này chả ai nghe ai (CCSK_Người hướng dẫn 2_MN).

Theo ý kiến của nhiều đối tượng phỏng vấn, do trung tâm y tế huyện và bệnh viện huyện không phải là đơn vị trả lương cho cán bộ TYT cho nên rất khó chỉ đạo công việc cho các TYT. Công việc giám sát hỗ trợ và chỉ đạo tuyến thường không hiệu quả vì bệnh viện hoặc trung tâm y tế chỉ hỗ trợ kỹ thuật chứ không có nhiều quyền lực trong quản lý ở TYT.

Vấn đề khó nhất trong thực hiện giám sát hỗ trợ cho TYT là họ vẫn nghĩ rằng Phòng y tế là cha đẻ, nên họ chỉ nghe lời cha đẻ thôi. Chúng tôi chỉ đạo tuyến cho họ về kỹ thuật nhưng chỉ là cha nuôi nên họ không nghe lắm. Đây là điều khó khăn nhất. Bởi vì phòng y tế trả lương cho cán bộ xã vì thế nhân viên của bệnh viện xuống giúp xã, họ cũng chả quan tâm lắm (CCSK_Người hướng dẫn 5_MB).

Nghiên cứu cho thấy rằng mô hình y tế tuyến huyện sau khi thay đổi đã dẫn đến việc thiếu nguồn lực vì bị 'chia tách', đặc biệt ảnh hưởng đến việc giám sát thực hiện phân tuyến kĩ thuật. Hơn nữa, những buổi giám sát hỗ trợ theo lịch

thường quy thường không được tổ chức hay ghi lại trong nhật ký giám sát của trạm y tế.

Tôi cho rằng các cơ quan tuyến huyện chưa thực hiện tốt chức năng của mình do có sự chia tách. Bởi vì hiện có 3 cơ quan y tế tuyến huyện, nhân lực bị thiếu (CCSK_Người thực hiện 2_MB).

4.1.4.3. Tự chủ và yếu tố kinh tế thị trường trong chăm sóc sức khỏe

Các bệnh viện hiện được giao thực hiện cơ chế tự chủ theo chính sách của nhà nước (Nghị định 43). Vì vậy, cạnh tranh giữa bệnh viện nhà nước và tư nhân khá rõ. Ví dụ, bệnh viện tư nhân ở các tỉnh cung cấp dịch vụ ở cả ngày nghỉ cuối tuần để tăng thêm tần suất sử dụng dịch vụ của khách hàng. Yêu cầu của khách hàng và gia đình họ ngày càng khắt khe hơn khi họ là người chi trả cho dịch vụ. Khách hàng có thể được cung cấp dịch vụ tốt hơn nếu họ có thể chi trả cho các dịch vụ đó ở cả bệnh viện công và tư, ví dụ, sau sinh bà mẹ có thể được nằm “phòng dịch vụ” - tiện nghi hơn vì họ phải trả với chi phí cao hơn.

Hầu hết các bệnh viện đang thực hiện tự chủ. Khách hàng có tiền có thể yêu cầu “điều trị”, họ chọn bác sỹ và họ không phải ở chung giường với bệnh nhân khác (CCSK_Người thực hiện 9_MB).

Chúng tôi vẫn làm việc cả ngày thường và cuối tuần. Vào cuối tuần, chúng tôi có nhiều bệnh nhân hơn các bệnh viện công (CCSK_Người thực hiện 11_MN).

Cơ chế thị trường đã phần nào ảnh hưởng tới lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, tác động tới thực trạng tỷ lệ mổ đẻ tăng. Phẫu thuật mang lại nhiều lợi nhuận cho cả bác sỹ và bệnh viện. Hơn nữa, bác sỹ muốn mổ đẻ vì đỡ tốn thời gian theo dõi hơn. Cơ sở y tế tư nhân thường cung cấp các dịch vụ có lợi nhuận cao như phẫu thuật (mổ đẻ) thay vì đỡ đẻ thường.

Khách hàng và gia đình của họ tin rằng mổ đẻ là biện pháp an toàn hơn so với đẻ thường. Đây cũng là một trong những lý do khiến nhiều gia đình lựa chọn mổ đẻ. Bảng 11 mô tả so sánh tỷ lệ mổ đẻ giữa bệnh viện công tuyến tỉnh và bệnh viện tư. Kết quả cho thấy, so với bệnh viện công lập tuyến tỉnh và BV phụ sản tỉnh tại cùng địa bàn nghiên cứu, tỷ lệ mổ đẻ/tổng số ca sinh tại bệnh viện tư nhân cao hơn rất nhiều [11-16]. Theo khuyến nghị của Tổ chức Y tế Thế giới, tỷ lệ mổ đẻ nên được khống chế từ 5-15% [8]. Hiện tại, tỷ lệ mổ đẻ tại BV tuyến tỉnh (đặc biệt tại BV tư) đang vượt hơn nhiều so với mức khuyến cáo của quốc tế. Tỷ lệ mổ đẻ tại BV tỉnh MB có xu hướng giảm nhanh hơn so với BV tỉnh MN từ 2010 đến nay. Các BV hiện nay có xu hướng mở rộng chỉ định phẫu thuật, bao gồm đáp ứng yêu cầu của khách hàng về chọn giờ tốt để sinh. Đối với BV tư, lợi nhuận thu được từ mổ đẻ cao hơn sinh thường nên đây có thể là lý do giải thích cho tỷ lệ mổ đẻ cao ở BV tư.

Bảng 8: So sánh tỷ lệ mổ đẻ/tổng số ca sinh (%) thực hiện tại BV tỉnh 2006-2010

Bệnh viện	2007	2008	2009	2010	6 tháng 2011
BV công tỉnh MN (khoa sản)	32,7	29,6	28,8	29,3	NA
BV tư tỉnh MN	NA	56,7	49,2	42,6	45,5
BV phụ sản tỉnh MB	31,0	32,1	35,0	23,4	22,1

NA: không có số liệu

Nguồn: BC hoạt động bệnh viện từ 2006-2010 [11-16]

Với mong muốn cuộc đẻ an toàn nhiều khách hàng và gia đình họ có nguyện vọng sinh ở tuyến trên, đặc biệt là tuyến tỉnh. Đối với khách hàng phải tự trả phí dịch vụ, họ thường tìm đến nơi mà họ tin rằng dịch vụ ở đó tốt hơn.

Em có bảo hiểm y tế... Ở trên đây (bệnh viện tỉnh) thì thuận tiện hơn, nếu mà đã khó đẻ, nếu không đẻ được thì người ta có thể mổ, các bác sỹ chăm sóc nhiệt tình. Ở dưới đây (xã) thì các bác sỹ chưa có kinh nghiệm như trên này, dưới đây y tá nhiều hơn... Có bác sỹ đỡ đẻ, nhưng người ta chỉ đỡ đẻ, chứ mổ thì lên đây mổ đẻ (CCSK_Người sử dụng dịch vụ_MB).

4.1.4.4. Bảo hiểm y tế

Theo nhận định của người cung cấp dịch vụ, chi trả từ bảo hiểm y tế nhìn chung không đủ để duy trì hoạt động điều trị và công tác quản lý. Bảo hiểm y tế chi trả phí dịch vụ thường không đủ cho các chi phí của một ca cấp cứu. Vì vậy, nhiều bác sỹ thường chuyển khách hàng lên bệnh viện tuyến cao hơn như bệnh viện tỉnh. Điều này dẫn tới hiện tượng quá tải y tế tuyến trên.

Bên cạnh đó, khách hàng có bảo hiểm y tế có thể được chi trả cho dù họ sử dụng dịch vụ cấp cứu ở bất cứ tuyến nào. Thực tế là dịch vụ cấp cứu sản khoa được bảo hiểm y tế chi trả ở mọi tuyến khiến ngày càng nhiều khách hàng lên tuyến trên để sinh con và điều này gây ra rất nhiều khó khăn cho hệ thống y tế và hệ thống bảo hiểm y tế. Bảo hiểm y tế tuyến huyện vẫn phải chi trả tiền phí bảo hiểm cho khách hàng thuộc tuyến huyện nhưng nhận dịch vụ tại bệnh viện tuyến trên. Do vậy, quỹ bảo hiểm của bệnh viện huyện ít đi vì quỹ vẫn phải trả cho những chi phí này mặc dù họ vẫn cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện.

4.1.4.5. Lựa chọn dịch vụ ở tuyến trên

Nền kinh tế định hướng thị trường và cơ chế tự chủ cho phép người sử dụng dịch vụ thêm nhiều lựa chọn. Trong bối cảnh đời sống của người dân được nâng cao và quy mô gia đình nhỏ hơn, nhu cầu có một cuộc đẻ an toàn là hoàn toàn chính đáng. Thường khách hàng thích chọn cơ sở y tế tư nhân để khám và tới BV tỉnh để sinh con.

Thông thường, một số bác sỹ tư có rất nhiều bệnh nhân. Bởi vì họ cũng làm việc trong những bệnh viện lớn nên phụ nữ mang thai thích đến khám tại

phòng khám tư của họ như một bác sĩ ở bệnh viện huyện có uy tín. Bệnh nhân thường thích đến những phòng khám tư như vậy (CCSK_Người thực hiện 2_MN).

Giờ là người dân theo xu thế là đời sống cao, dân trí cao. Người dân thì mỗi người chỉ chọn một đến hai con thôi, cho nên khi người ta sinh con, trong cơ chế thị trường người ta lựa chọn cái địa điểm này (BV tỉnh), thầy thuốc tốt để người ta sinh con. Thì cũng một số nhà có điều kiện thì người ta đi lên hẳn tuyến trên kể cả mổ (CCSK_Người hướng dẫn7_MB).

Bảng 9 mô tả xu hướng sinh con tại BV tỉnh tại hai địa phương khảo sát. So với tỉnh MN, BV tỉnh MB có số lượng PN đến sinh cao và có xu hướng tăng dần từ 21% (2007) lên 28% (2010). Số lượng khách hàng tới sinh con tại BV tỉnh MN đạt 7-10% tổng số trường hợp sinh. Tỷ lệ này khác biệt do BV tỉnh MB là BV tuyến tỉnh duy nhất, chuyên khoa phụ sản trong khi BV tỉnh MN chỉ là BV đa khoa. Hơn nữa, tại tỉnh MN, có một BV đa khoa tỉnh và 3 BV đa khoa khu vực tỉnh nên số lượng tiếp cận thấp hơn.

Bảng 9: Thực trạng cung cấp dịch vụ sản khoa tại BV tuyến tỉnh MN và MB từ 2007 đến 2011

Năm	2007		2008		2009		2010		6 tháng 2011	
	MB	MN	MB	MN	MB	MN	MB	MN	MB	MN
Công suất sử dụng giường bệnh (%)	116	146	122	127	158,2	130	156,8	127	116,5	NA
Tổng số đẻ tại BV tỉnh (n)	6223	2581	6265	2779	7336	2681	8605	1824	4273	NA
Tổng số đẻ tại toàn tỉnh (n)	29336	25191	28330	25812	28004	25859	30685	25530	NA	NA
% PN sinh con tại BV tuyến tỉnh	21,2	10,3	22,1	10,8	26,2	10,4	28,1	7,1	NA	NA

NA: không có số liệu.

Nguồn: báo cáo BV tỉnh từ 2007 đến nay [11-15]

Thông thường, khách hàng chọn dịch vụ chuyển tuyến và vượt tuyến thường lên tuyến tỉnh. Quy mô gia đình nhỏ với 1 - 2 con cùng với điều kiện sống tốt hơn đồng nghĩa với việc khách hàng sẵn sàng chi trả cho những dịch vụ tốt hơn với các trang thiết bị hiện đại. Với các trường hợp có biến chứng, họ thường quyết định đi lên tuyến tỉnh, nơi có phòng mổ với đầy đủ trang thiết bị và nhiều bác sỹ có chuyên môn giỏi (kỹ thuật viên gây mê và bác sỹ chuyên khoa sản). Đây là một niềm tin thông thường và hợp lý vì chất lượng dịch vụ tốt hơn thường chỉ có ở tuyến cao hơn. Do vậy, cuộc đẻ sẽ an toàn hơn. Kết quả là khách hàng thường xuyên vượt tuyến khiến công suất giường bệnh tại tuyến tỉnh luôn cao trên 100%.

Quan niệm về thời điểm sinh và chọn thời điểm sinh

Một yếu tố khác tác động đến việc mổ đẻ là yếu tố văn hóa. Nhiều người Việt Nam tin vào số phận vì thế họ muốn chọn thời điểm sinh phù hợp nhất. Mổ đẻ có thể được lựa chọn vì lý do này. Với một số gia đình, lựa chọn thời điểm sinh rất phổ biến vì họ tin rằng nếu con mình sinh ra vào “giờ tốt” thì con họ sẽ đạt nhiều thành công.

Hiện nay, mức sống của người dân tốt lên nhiều rồi. Họ hiểu biết hơn. Họ chỉ có từ 1 hoặc đến 2 con thôi, vì thế khi sinh họ có xu hướng lựa chọn nơi sinh. Đó là cơ chế thị trường. Chọn nơi sinh, bác sỹ đỡ đẻ. Một số gia đình có thể chi trả khi dùng các dịch vụ vượt tuyến để mổ đẻ và chọn thời điểm sinh (CCSK_Người thực hiện 8_MB).

Bác sỹ có thể muốn thực hiện mổ đẻ, đặc biệt là bác sỹ ở bệnh viện tư. Tỷ lệ mổ đẻ cao hơn so với bệnh viện công (CCSK_Người hướng dẫn 2_MN).

4.1.5. Kết quả thực hiện QĐ 385 đối với cung cấp dịch vụ CCSKTY

Phần này trình bày kết quả thực hiện QĐ 385 trong việc cung cấp dịch vụ CCSKTY cơ bản và toàn diện. Như trên đã nói, do nội dung của QĐ 385 về dịch vụ sản khoa cấp cứu cũng tương tự như nội dung của Quyết định 23 về phân tuyến kỹ thuật trong dịch vụ y tế nói chung, nên việc cung cấp dịch vụ CCSKTY không chỉ phản ánh kết quả thực hiện QĐ 385, mà còn cả Quyết định 23. Phần sau đây trình bày kết quả thực hiện QĐ 385 trên khía cạnh tiếp cận dịch vụ.

QĐ 385 đưa ra những quy định, hướng dẫn để tuyến xã có thể cung cấp dịch vụ CCSKTY cơ bản và tuyến huyện cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện. Quyết định được các nhà quản lý y tế sử dụng như một “đầu ra mong muốn” trong cung cấp dịch vụ CCSKTY ở các cấp khác nhau.

Ở tỉnh MB, 9/10 bệnh viện huyện có thể cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện, một bệnh viện không cung cấp dịch vụ này vì địa điểm ngay sát bệnh viện phụ sản tỉnh. Ở tỉnh MN, 4/8 bệnh viện huyện có thể cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện. Bệnh viện huyện đã tận dụng nguồn vốn từ trái phiếu chính phủ để xây dựng phòng mổ. Một số bệnh viện huyện cũng có kế hoạch xây dựng phòng

mổ hoặc phòng mổ đang được xây dựng (ở tỉnh MN). Dự kiến đến cuối 2012, có thêm 2 BV tuyến huyện tại tỉnh MN đạt tiêu chuẩn cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện. Tại tỉnh MB, số phòng mổ cũng tăng lên trong năm 2010, BV tỉnh tăng từ 2-5 phòng mổ và BV đa khoa khu vực tăng từ 2-3 phòng mổ nhằm đáp ứng nhu cầu của người dân.

Đối với khu vực dân cư mà bệnh viện huyện không cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện, Sở Y tế xây dựng kế hoạch để đảm bảo việc cung cấp dịch vụ sản khoa đến từng người dân địa phương bằng cách giao nhiệm vụ cho những bệnh viện tỉnh tăng cường cung cấp dịch vụ cho người dân địa phương [46, 47].

Tuyến xã đăng ký cung cấp tất cả các dịch vụ sản theo phân tuyến kĩ thuật. Khi đối chiếu với năng lực cung cấp dịch vụ CCSKTY cơ bản, trong 8 xã tham gia nghiên cứu, 100% TYT có đủ kháng sinh và oxytocin, 50% (4/8 TYT) có Magie sulphat (tại tỉnh MN), tuy nhiên thuốc đã quá hạn sử dụng tại 3 trong 4 TYT này. Như vậy, chỉ có 1/8 TYT tham gia khảo sát có Magie sulphat còn hạn sử dụng.

Hàng năm, các cơ sở y tế vẫn tiếp tục cập nhật bổ sung thêm các dịch vụ cung cấp. Không có cơ sở y tế nào thực hiện dịch vụ vượt tuyến sai quy định. Đối với các kỹ thuật khó tại tuyến (ví dụ mổ đẻ lần 2) tại BV huyện, cần thực hiện với sự giúp đỡ của tuyến trên. Như một bác sĩ tuyến huyện đã nói:

Ở cấp huyện chúng tôi, chúng tôi có thể phẫu thuật chữa ngoài tử cung. Với những trường hợp mổ đẻ lần 2, nó là dịch vụ của tuyến trên, và chỉ được thực hiện ở các bệnh viện tuyến tỉnh chứ chưa được phép thực hiện ở BV huyện này. Nhưng trong những trường hợp khẩn cấp, chúng tôi có thể tiến hành nếu có bác sĩ tuyến tỉnh xuống hỗ trợ ca mổ (CCSK_Người thực hiện 05_MB).

Nghiên cứu cho thấy độ bao phủ của dịch vụ sản khoa theo QĐ phân tuyến kĩ thuật có chiều hướng tăng dần. Tuy nhiên, chưa có bằng chứng rõ ràng cho thấy liệu các thay đổi này do QĐ 385 hay không. Nếu QĐ mang tính bắt buộc hoặc quy định cụ thể theo từng điều kiện nhất định, đặc biệt với tuyến huyện, tỷ lệ bao phủ sẽ tăng lên trên toàn quốc.

Mặc dù nội dung của QĐ 385 nhằm đảm bảo khách hàng tiếp cận tới dịch vụ có chất lượng bao gồm cả y tế công và y tế tư nhân nhưng trên thực tế Quyết định này chỉ tác động đến khối y tế công. Y tế tư nhân mặc dù cũng cung cấp dịch vụ CCSKTY nhưng hoạt động theo Pháp lệnh hành nghề y dược tư nhân.

Theo số liệu thống kê tại hai tỉnh nghiên cứu, 95-99% các trường hợp sinh con tại các cơ sở y tế công lập, và tăng lên ở bệnh viện tỉnh và huyện, giảm đi nhiều tại tuyến xã. Tại tỉnh phía Bắc, không có trường hợp nào sinh tại cơ sở y tế tư nhân do chưa có bệnh viện hay nhà hộ sinh tư, một số ít sinh con tại nhà tại các xã miền núi. Tại tỉnh phía Nam, chỉ có 1 bệnh viện tư với 20 giường tại khoa sản và một số nhà hộ sinh tư nhân cung cấp dịch vụ đỡ đẻ cho PN với quy mô nhỏ. Bảng sau mô tả tỷ lệ PN sinh con tại CSYT công và tư tại tỉnh MN.

Bảng 10: Tỷ lệ % PN sinh con tại cơ sở y tế công và tư tại tỉnh MN từ 2002-2010

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Tổng PN đẻ	25181	24322	25043	24877	25226	25191	25812	25859	23530
% PN đẻ tại cơ sở y tế	99,61	99,88	99,89	99,95	99,98	99,98	99,98	100	99,98
% đẻ tại cơ sở y tế tư	4,08	15,33	5,43	7,34	2,48	4,43	4,32	4,16	4,07

Nguồn: Trung tâm CSSKSS tỉnh MN

Kết quả bảng trên cho thấy tại tỉnh phía Nam, tỷ lệ PN sinh tại các cơ sở y tế tư dao động từ 4-15% từ 2002- 2005 và từ 2007 đến nay, tỷ lệ này xấp xỉ 4% tổng số PN sinh. Tỷ lệ này có xu hướng giảm nhẹ những năm gần đây.

BV huyện được xác định là cơ sở cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện (mổ đẻ và truyền máu) cho các trường hợp chuyển tuyến từ TYT xã. BV có cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện rõ ràng ưu thế hơn về tiếp cận dịch vụ so với BV huyện không cung cấp dịch vụ này. Bảng sau so sánh kết quả thực hiện dịch vụ sản khoa tại 2 BV trên cùng địa bàn tỉnh MN [29, 42].

Bảng 11: Năng lực cung cấp DV sản khoa tại 2 BV huyện từ 2006 đến 2011

Năm/Huyện	2006		2007		2008		2009		2010		6 tháng đầu 2011	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Tổng số ca đẻ (N)	138	676	147	738	291	815	215	954	237	859	145	451
Tỷ lệ mổ đẻ/ Tổng số sinh (%)	0	6,9	0	5,5	0	2,5	0	2,9	0	4,1	0	9,7
Số ca chuyển tuyến (khoa sản)	201	22	210	38	128	31	273	61	146	46	197	34

Nguồn: báo cáo hoạt động bệnh viện huyện tỉnh MN từ 2006-2011 [29, 42]

Tại tỉnh MN, hai bệnh viện huyện lựa chọn có vị trí tương tự nhau về khoảng cách tới bệnh viện tuyến tỉnh (cách BV tỉnh 30-45km). Tuy nhiên, có sự khác biệt giữa 2 bệnh viện về độ bao phủ dịch vụ cung cấp về sản khoa. Do có cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện, tại bệnh viện huyện 2 có cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện, số người đến sinh con cao hơn so với bệnh viện huyện 1 từ 3-4 lần. Tương tự, số trường hợp chuyển tuyến ít hơn hẳn so với BV không cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện. Tỷ lệ mổ lấy thai/tổng số sinh được không chế ở mức thấp (dưới 10%), trong khi tại BV còn lại, tất cả các trường hợp chỉ định phẫu thuật mổ đẻ phải chuyển tuyến [23, 29, 42].

Nếu bệnh viện huyện không cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện, người bệnh sẽ được chuyển tiếp đến bệnh viện tỉnh. Điều này khiến PNMT gặp nguy hiểm hơn và gia đình họ có thể tốn thêm thời gian và tiền bạc.

Nếu bệnh viện huyện không sẵn có mổ đẻ và truyền máu, điều này sẽ khó khăn cho người bệnh. Cán bộ y tế ở trạm biết bệnh viện không thực hiện mổ đẻ, trong trường hợp cấp cứu họ sẽ chuyển thẳng người bệnh lên bệnh viện tỉnh. Trên thực tế, nhiều người bệnh biết điều này và họ lên thẳng tỉnh. Đi lên đó chỉ mất 30-40 phút taxi (CCSK_Người hướng dẫn 27_MN).

Nghiên cứu này chỉ rõ thực trạng thiếu cơ sở vật chất (phòng mổ, máu...), nhân lực (BS sản phụ khoa và kĩ thuật viên hồi sức), thuốc thiết yếu (magie sulphat)... là các yếu tố cản trở tiếp cận dịch vụ sản khoa. Khi các điều kiện thiết yếu đều thiếu sẽ kéo theo dịch vụ sản khoa cung cấp không đầy đủ. Bên cạnh đó, hành vi tìm kiếm dịch vụ của phụ nữ mang thai và gia đình họ có ảnh hưởng rõ ràng tới độ bao phủ và tiếp cận dịch vụ. Như đã phân tích ở trên, phụ nữ thường vượt tuyến trên khiến y tế tuyến xã trong tình trạng dưới tải và BV tuyến tỉnh càng quá tải. Số lượng phụ nữ sinh con tại TYT có xu hướng giảm dần trong khi xu hướng này tăng ở tuyến tỉnh. Theo số liệu tại 2 tỉnh khảo sát, số lượng phụ nữ đẻ tại TYT giảm mạnh từ 100-150 ca/năm đầu những năm 2000 giảm còn 10-52 ca/năm vào năm 2010. Trong khi đó, tỷ lệ phụ nữ sinh con tại BV tuyến tỉnh trong tổng số phụ nữ đẻ tại BV tỉnh MB xấp xỉ 30% và tại BV tỉnh MN là 10%. Công suất giường bệnh tại tuyến tỉnh trong nghiên cứu này đạt từ 120-160% năm 2010-2011 [11, 15]. Đây cũng là tác động không mong muốn của chính sách đẻ ra.

4.1.6. Kết luận

Quá trình triển khai và thực hiện QĐ 385 cũng tương tự như với các chính sách/quy định khác của ngành y tế. Quá trình hướng dẫn và triển khai thực hiện QĐ 385 diễn ra tương đối rõ ràng. Mặc dù có một số hạn chế trong quá trình triển khai, thực hiện và theo dõi đánh giá, tỷ lệ bao phủ của dịch vụ CCSKTY cơ bản và toàn diện có xu hướng tăng dần. Hàng năm, các cơ sở y tế vẫn tiếp tục cập nhật bổ sung thêm các dịch vụ kĩ thuật. Không có cơ sở y tế nào thực hiện dịch vụ vượt tuyến sai quy định.

Tuy nhiên, nhiều cán bộ cung cấp dịch vụ không biết đến nội dung và tên gọi của QĐ 385. Họ chủ yếu tuân thủ QĐ 23 do QĐ 385 ra đời từ hơn 10 năm trước. Bên cạnh đó, nghiên cứu này cho thấy y tế tư nhân ít có vai trò trong có vai trò trong triển khai và thực hiện QĐ 385. Hệ thống giám sát trong khối y tế tư nhân liên quan đến thực hiện CCSKTY còn chưa chặt chẽ. Vì vậy, cần đẩy mạnh vai trò, sự tham gia của y tế tư nhân trong việc triển khai, thực hiện chính sách liên quan đến CCSKTY nói riêng và làm mẹ an toàn nói chung.

Các bên liên quan như Vụ SKBMTE, các Sở Y tế, các cơ sở y tế và các đối tác phát triển (như Liên hiệp quốc) đóng vai trò quan trọng trong quá trình chính

sách. Tuy nhiên, việc cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện tại tuyến huyện bị hạn chế do thiếu nhân lực cả về chất lượng và số lượng, đặc biệt sau khi có chuyển đổi mô hình y tế tuyến huyện.

Do đối tượng điều chỉnh của QĐ 385 chủ yếu là đối với những trường hợp cơ sở y tế triển khai các dịch vụ vượt quá tuyến kỹ thuật cho phép còn việc một cơ sở y tế có triển khai đầy đủ các kỹ thuật theo phân tuyến hay không, phụ thuộc nhiều vào yếu tố bối cảnh, đặc biệt là nguồn lực, năng lực và động lực của cán bộ y tế. Việc chi trả của bảo hiểm y tế thấp, phí dịch vụ thấp, chế độ lương thưởng thấp không thu hút cán bộ y tế về làm việc tại tuyến dưới và không có động lực để họ giữ khách hàng ở tuyến dưới để điều trị. Cùng với hành vi lựa chọn dịch vụ của khách hàng (thường thích lên tuyến trên), đây có thể là các yếu tố khiến cho việc cung cấp dịch vụ CCSKTY cơ bản và toàn diện theo phân tuyến gặp nhiều khó khăn.

Có nhiều yếu tố bối cảnh ảnh hưởng tới quá trình triển khai và thực hiện Quyết định, ví dụ như yếu tố hệ thống y tế (thay đổi cơ cấu tổ chức của y tế tuyến huyện, thiếu nguồn lực), tự chủ bệnh viện, hành vi tìm kiếm dịch vụ và yếu tố văn hóa – xã hội. Hơn nữa, trong nền kinh tế định hướng thị trường, với chính sách tự chủ bệnh viện, quy mô gia đình nhỏ, điều kiện kinh tế nâng cao giúp phụ nữ có nhiều lựa chọn hơn trong việc tiếp cận dịch vụ ở tuyến trên, gây ra quá tải ở tuyến trên và dưới tải ở tuyến dưới.

4.1.7. Khuyến nghị

Từ kết quả nghiên cứu trên, có một số khuyến nghị được đưa ra để nâng cao hiệu quả thực hiện Quyết định 385 về quy định nhiệm vụ kỹ thuật SKSS nói chung và cấp cứu sản khoa nói riêng ở các tuyến. Cụ thể như sau:

Bộ Y tế và các Sở Y tế

Tăng cường trao đổi, chia sẻ thông tin

- Thông tin về thực hiện Quyết định 385 của BYT cần được chia sẻ và cập nhật giữa các bên liên quan thường xuyên hơn, đặc biệt là giám đốc bệnh viện huyện, y tế tư nhân dưới nhiều hình thức như gửi công văn, email qua hệ thống mạng nội bộ, thông báo qua các cuộc họp định kỳ và đăng tải thông tin cập nhật trên mạng internet.
- Cần tăng cường cơ chế giám sát và báo cáo. Điều này đảm bảo việc chia sẻ thông tin trong hệ thống y tế và giúp tăng cường kỹ năng thực hành của cán bộ y tế. Ngoài ra, nó cũng nhằm khuyến khích cán bộ y tế dựa trên năng lực khi thực hiện giám sát và báo cáo.
- Cần hoàn thiện hệ thống theo dõi đánh giá và báo cáo thường kỳ, trong đó có hành nghề y tế tư nhân. Đặc biệt, cần có cơ chế thực hiện giám sát chặt chẽ về chỉ định mổ đẻ tại các bệnh viện tư.

- Cân nhắc tổ chức lại hệ thống y tế tuyến huyện nhằm đảm bảo nhân lực chuyên môn cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện cũng như các dịch vụ khác. Cân nhắc bố trí các BV cung cấp dịch vụ CCSKTY toàn diện theo khu vực dân cư như khuyến nghị của Tổ chức Y tế Thế giới (tối thiểu 1 cơ sở CCSKTY toàn diện/500000 dân) chứ không theo cấp hành chính hiện nay.

Đảm bảo động lực làm việc cho các bên liên quan trong quá trình chính sách

- Tăng phụ cấp cho CBYT, đặc biệt cho CBYT tuyến huyện trở xuống. Các chính sách khuyến khích có thể là tài chính (ví dụ, tăng lương và phụ cấp) và hỗ trợ kỹ thuật. Cần tăng cường triển khai hoạt động lồng ghép để tập huấn cho các nhân viên y tế ở mọi cấp. Thêm vào đó, môi trường làm việc tốt (với phòng để đầy đủ trang bị, thuốc men, bác sỹ sản phụ khoa và kỹ thuật viên gây mê) là rất quan trọng để đảm bảo tính sẵn có của dịch vụ cũng như khuyến khích cán bộ gắn bó với công việc tại bệnh viện huyện.

Một số nội dung về chuyên môn cần cập nhật, bổ sung trong văn bản thay thế QĐ 385 cho phù hợp với nhu cầu chăm sóc sản khoa thiết yếu và cập nhật với tiến bộ của y học trong giai đoạn hiện nay:

- Cần đưa Magie sulphat (tiêm, truyền) vào danh mục thuốc thiết yếu cho trạm y tế xã nhằm hỗ trợ cán bộ y tế xử trí cấp cứu ban đầu các trường hợp tiền sản giật, sản giật theo khuyến nghị của Tổ chức Y tế Thế giới [8].
- Trong trường hợp đẻ rơi hoặc đỡ đẻ tại nhà, cần cân nhắc việc cho phép cô đỡ thôn bản (đã được đào tạo) đặt thuốc co tử cung cho sản phụ ngay sau đẻ để phòng tai biến chảy máu sau đẻ.

Các cơ sở y tế

- Các bệnh viện tuyến huyện trở lên cần đầu tư nguồn lực cho các dịch vụ CCSKTY toàn diện nhằm đảm bảo tiếp cận dịch vụ của khách hàng tại địa phương, từ đó nâng cao kỹ năng cung cấp dịch vụ của cơ sở y tế.
- Cần mở rộng các cơ hội đào tạo chuyên môn (ví dụ như đào tạo y tế liên tục) cho cán bộ, từ đó từng bước nâng cao chất lượng dịch vụ y tế.

Các bên liên quan khác

- Tăng cường hợp tác giữa các bên liên quan, y tế công lập và ngoài công lập. Tiếp tục tăng cường hợp tác giữa BYT và các tổ chức quốc tế khác trong xây dựng, cập nhật chính sách, giám sát thực hiện chính sách để chính sách phát huy hiệu quả cao nhất.

4.2. Nghiên cứu trường hợp về Quy định cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước sinh

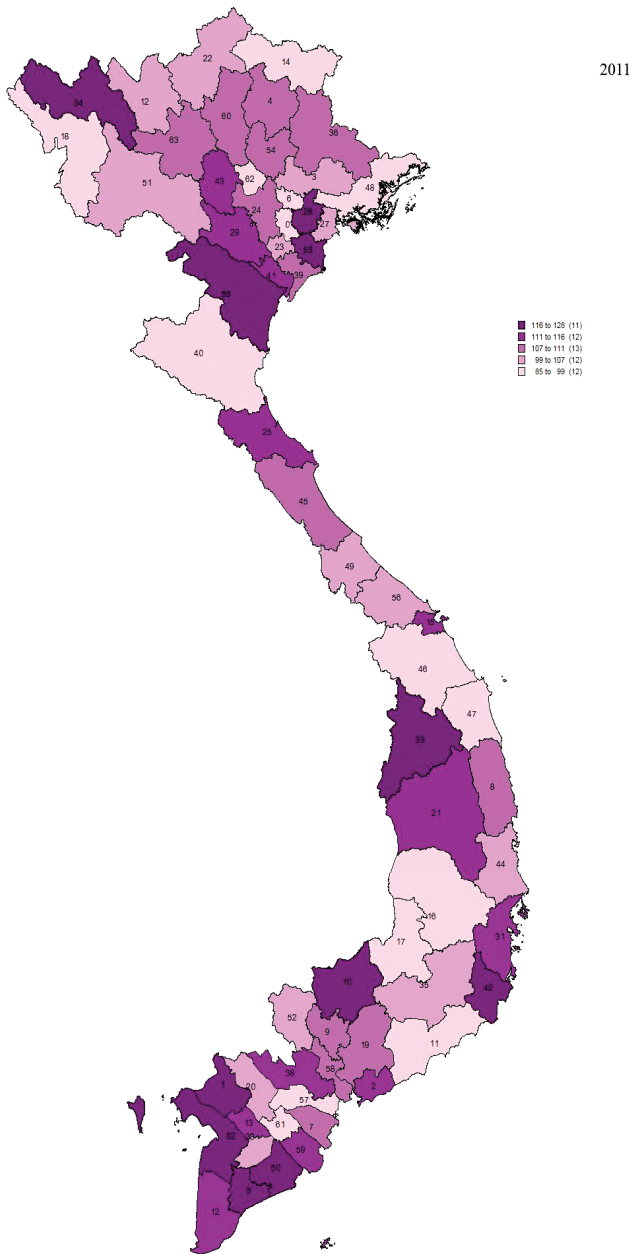
4.2.1. Giới thiệu về quy định liên quan đến cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước sinh

4.2.1.1. Môi trường chính sách

Tại Việt Nam, mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh (TSGTKS) đã trở thành một vấn đề đáng quan ngại trong những năm đầu thế kỷ 21. TSGTKS được tính bằng số trẻ em trai trung bình trên 100 trẻ em gái được sinh ra. TSGTKS tại nhiều quốc gia thông thường nằm trong khoảng 104 – 106, và đây là mức chấp nhận được. TSGTKS tại Việt Nam lần đầu tiên được ghi nhận trong cuộc Tổng điều tra dân số năm 1999 và tiếp tục được báo cáo dựa trên các điều tra biến động dân số hàng năm. Theo kết quả các cuộc tổng điều tra dân số và nhà ở, các điều tra biến động dân số vào ngày 1 tháng 4 hàng năm, trong khi năm 2000, TSGTKS còn ở mức bình thường (106,2 trẻ trai trên 100 trẻ gái) thì con số này đã tăng lên 112,1 vào năm 2008 và 110,6 vào năm 2009. Trong đó, TSGTKS ở một số tỉnh thành phố tăng ở mức rất cao (128/100) và có sự khác biệt giữa các vùng miền cũng như giữa các tỉnh, thành trong cả nước. Bản đồ dưới đây thể hiện tỷ số giới tính khi sinh cập nhật nhất của Việt Nam năm 2011 (theo số liệu của Tổng cục DS- KHHGD).

Sự khác biệt về TSGTKS tại các vùng sinh thái và các tỉnh khác nhau của Việt Nam thể hiện sự can thiệp có chủ định của con người (không theo tự nhiên). Điều này phản ánh tình trạng “thích con trai” một cách mạnh mẽ của người Việt Nam, dẫn đến việc các gia đình đã có các biện pháp lựa chọn giới tính cho con của mình. Các dự báo dân số đã chỉ ra rằng, nếu TSGTKS tiếp tục mất cân bằng sau năm 2010 sẽ dẫn đến hậu quả lớn cho xã hội. Nếu TSGTKS không trở về mức bình thường (105/100), thì sẽ xảy ra tình trạng chênh lệch rất lớn về số lượng nam so với nữ hay nói cách khác là “thừa nam giới” trong xã hội, dẫn đến những vấn đề trầm trọng về hôn nhân như đã quan sát thấy ở một số nước lân cận (Trung Quốc và Ấn Độ). Các hậu quả khác về mặt xã hội còn phải kể đến là áp lực cho nữ giới phải kết hôn sớm hơn, tăng buôn bán phụ nữ qua biên giới. Các ví dụ về bạo lực về giới đối với phụ nữ và buôn bán phụ nữ đã được ghi nhận ở Việt Nam và điều này có thể là nguy cơ cao cho nhóm trẻ em gái và phụ nữ nếu tỷ lệ nam giới tăng trong xã hội.

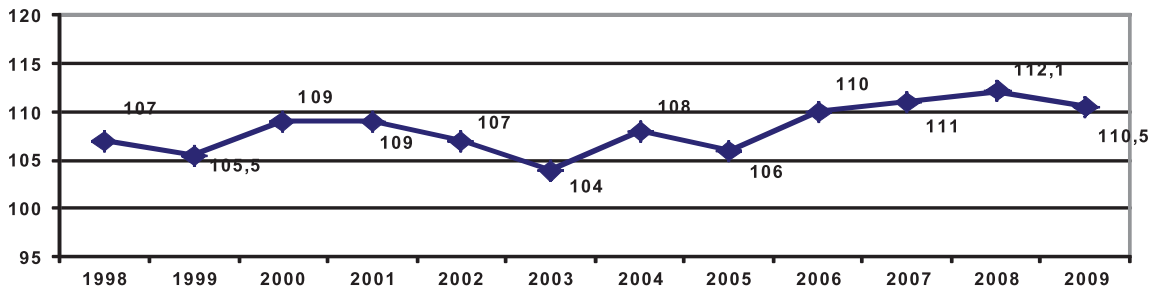
Trong năm đầu tiên được ghi nhận, mặc dù TSGTKS tại Việt Nam đã ở mức cao hơn TSGTKS tự nhiên nhưng chưa đến mức đáng báo động và có thể gây lệch cấu trúc giới tính của dân số (xem hình 6). Thêm vào đó, Việt Nam còn có thêm các yếu tố khác có nguy cơ dẫn tới mất cân bằng giới tính khi sinh bao gồm mức sinh giảm, tâm lý thích con trai và sự sẵn có các công nghệ chẩn đoán giới tính [48-52].



Tên tỉnh	Mã số	Tên tỉnh	Mã số
An Giang	1	Kon Tum	33
Bà Rịa - Vũng Tàu	2	Lai Châu	34
Bắc Giang	3	Lâm Đồng	35
Bắc Kạn	4	Lạng Sơn	36
Bạc Liêu	5	Lào Cai	37
Bắc Ninh	6	Long An	38
Bến Tre	7	Nam Định	39
Bình Định	8	Nghệ An	40
Bình Dương	9	Ninh Bình	41
Bình Phước	10	Ninh Thuận	42
Bình Thuận	11	Phú Thọ	43
Cà Mau	12	Phú Yên	44
Cần Thơ	13	Quảng Bình	45
Cao Bằng	14	Quảng Nam	46
Đà Nẵng	15	Quảng Ngãi	47
Đắk Lắk	16	Quảng Ninh	48
Đắk Nông	17	Quảng Trị	49
Điện Biên	18	Sóc Trăng	50
Đồng Nai	19	Sơn La	51
Đồng Tháp	20	Tây Ninh	52
Gia Lai	21	Thái Bình	53
Hà Giang	22	Thái Nguyên	54
Hà Nam	23	Thanh Hoá	55
TP. Hà Nội	24	Thừa Thiên Huế	56
Hà Tĩnh	25	Tiền Giang	57
Hải Dương	26	TP. Hồ Chí Minh	58
Hải Phòng	27	Trà Vinh	59
Hậu Giang	28	Tuyên Quang	60
Hoà Bình	29	Vĩnh Long	61
Hưng Yên	30	Vĩnh Phúc	62
Khánh Hoà	31	Yên Bái	63
Kiên Giang	32		

Hình 5: Tỷ số giới tính khi sinh theo tỉnh tại Việt Nam

Dựa trên bài học kinh nghiệm về hậu quả của mất cân bằng giới tính khi sinh của các nước châu Á lân cận như Trung Quốc, Ấn Độ và Hàn Quốc, cũng như bài học về chính sách đối phó với tình trạng này của các quốc gia kể trên, Quốc hội Việt Nam đã ban hành Pháp lệnh dân số năm 2003 và tiếp theo đó là Nghị định số 104/2003/NĐ-CP (từ đây gọi tắt là Nghị định 104) hướng dẫn việc thực hiện Pháp lệnh dân số. Nghị định này là văn bản quy phạm pháp luật đầu tiên và cho đến nay là một trong hai văn bản quy phạm pháp luật được ban hành về vấn đề giải quyết tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh. Nội dung của quy định này được nêu tại Chương 2, Điều 10. Theo điều 10, lựa chọn giới tính khi sinh dưới mọi hình thức và việc phá thai trên cơ sở lựa chọn giới tính đều bị cấm.



Hình 6: Xu hướng TSGTKS tại Việt Nam qua các năm

Nghị định này hướng tới việc đảm bảo cân bằng tỷ số giới tính khi sinh, tập trung vào kiểm soát các dịch vụ chăm sóc trước sinh. Gần đây, Chính phủ đã có nhiều nỗ lực nhằm ổn định tỷ số giới tính khi sinh ở mức dưới 115 vào năm 2020 thông qua việc đưa các mục tiêu cụ thể vào Chiến lược quốc gia về Dân số và Sức khỏe sinh sản giai đoạn 2011 - 2020 [53].

Một số giải pháp đã được triển khai nhằm đạt được mục tiêu này. Một trong số những hoạt động được đề xuất nằm trong khung hỗ trợ của Liên hợp quốc dành cho Việt Nam trong giai đoạn 2011 – 2016 là rà soát lại hiệu quả của những quy định được ban hành có liên quan tới tỷ số giới tính khi sinh [54].

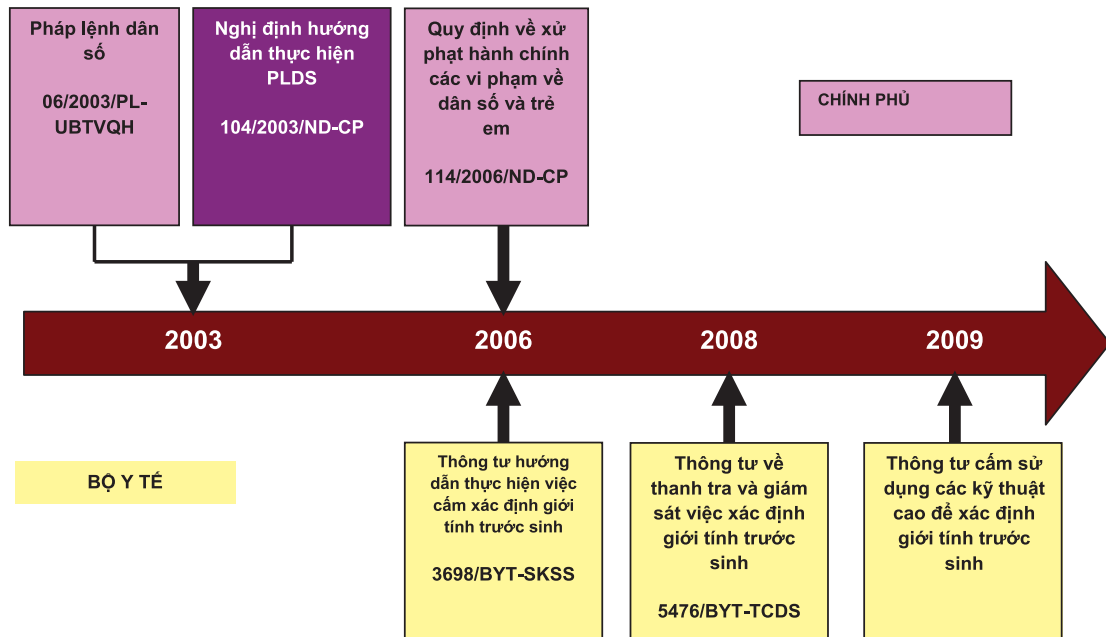
Để hỗ trợ việc tăng cường quy định này, quy định bổ sung về xử phạt hành chính đối với các hành vi vi phạm các vấn đề về dân số và trẻ em (Nghị định 114/ND-CP) và văn bản hướng dẫn thi hành Nghị định 104 đã được ban hành (Xem biểu đồ thời gian dưới đây). Trong Nghị định 114/ND-CP, có một chương quy định cụ thể hình thức xử phạt đối với từng hành vi vi phạm. Các hình thức xử phạt bao gồm phạt tiền, đình chỉ hoạt động của cơ sở cung cấp dịch vụ, tiêu hủy các tài liệu (sách, tạp chí, v.v...).

Sau khi Nghị định 104 ra đời, Bộ Y tế và Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em trước đây (một phần của Ủy ban này đã được sát nhập vào Bộ Y tế vào năm 2007) đã soạn thảo một loạt các công văn nhằm hướng dẫn cũng như tăng cường việc thực hiện nghị định ở các tuyến. Các công văn bao gồm:

- Công văn số 3698/BYT-SKSS ban hành ngày 17 tháng 05 năm 2006 về hướng dẫn thực hiện Pháp lệnh dân số liên quan tới việc cấm lựa chọn giới tính trước sinh.
- Công văn số 5476/BYT-TCDS ban hành ngày 07 tháng 08 năm 2008 về theo dõi và kiểm tra nhằm ngăn ngừa mất cân bằng tỷ số giới tính và nghiêm cấm việc lựa chọn giới tính trước sinh.
- Công văn số 3121/BYT-BMTE ban hành ngày 21 tháng 05 năm 2009 của Bộ Y tế về việc nghiêm cấm sử dụng công nghệ cao trong việc lựa chọn giới tính thai nhi.

Hình 7 minh họa khung thời gian liên quan đến các quy định về cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước sinh tại Việt Nam. Hộp màu tím nhạt biểu thị các quy định do Chính phủ ban hành, hộp màu tím đậm biểu thị Nghị định 104,

là nghị định chính được sử dụng trong nghiên cứu này. Các hộp màu vàng biểu thị các văn bản hướng dẫn do các cơ quan cấp Bộ ban hành (Bộ Y tế, Ủy ban DS-GD-TE trước đây).



Hình 7: Các quy định về cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước sinh theo thời gian

4.2.1.2. Nội dung

Nghị định 104/2003/ND-CP (ngày 16 tháng 9 năm 2003) là văn bản pháp luật hướng dẫn việc thực thi Pháp lệnh Dân số (được Quốc hội thông qua ngày 9 tháng 1 năm 2003). Mục tiêu của Nghị định này là hướng dẫn việc thi hành Pháp lệnh Dân số, nhằm ổn định quy mô, cấu trúc và chất lượng dân số, bao gồm cả việc ổn định tỷ số giới tính khi sinh.

Đối tượng áp dụng của Nghị định bao gồm các cơ quan nhà nước, các tổ chức chính trị-xã hội, các tổ chức chuyên môn, các tổ chức kinh tế, quân đội, công dân và các tổ chức nước ngoài đang hoạt động tại Việt Nam. Như vậy, có thể thấy đối tượng đích của Nghị định này bao gồm cả hệ thống công và tư đang sinh sống và làm việc trên lãnh thổ Việt Nam.

Nghị định bao gồm 6 chương với 39 điều. Các chương lần lượt là: 1) Những quy định chung, 2) Quy mô dân số, cơ cấu dân số, 3) Chất lượng dân số, 4) Trách nhiệm của các cơ quan quản lý nhà nước và các tổ chức, 5) Khen thưởng và xử lý vi phạm, 6) Điều khoản thi hành.

Nội dung liên quan tới cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước sinh được quy định cụ thể trong Điều 10, chương 2. Theo điều 10, việc xác định giới tính trước sinh dưới mọi hình thức và với bất cứ phương pháp nào đều bị nghiêm cấm. Đặc biệt những trường hợp sau:

- Tuyên truyền và quảng bá những sản phẩm có chứa các thông tin liên quan tới việc tạo giới tính, thay đổi và chẩn đoán giới tính thai nhi (dưới dạng tổ chức tuyên truyền dưới mọi hình thức nói hoặc viết, sách, tạp chí, tranh ảnh, ghi hình, ghi âm; lưu trữ và phổ biến các tài liệu, trang thiết bị và các phương pháp khác liên quan tới việc lựa chọn giới tính thai nhi).
- Chẩn đoán và lựa chọn giới tính thai nhi bằng các biện pháp sau: xác định qua triệu chứng/dấu hiệu, bắt mạch, xét nghiệm máu, gen, tế bào, siêu âm,...
- Loại bỏ thai nhi vì lý do lựa chọn giới tính bằng bất kỳ biện pháp nào kể cả dùng thuốc.

Tuy nhiên, cần phải thừa nhận rằng cả Nghị định này và những văn bản hướng dẫn kèm theo không chỉ rõ được các hành vi vi phạm cụ thể. Đây là một trong nhiều yếu tố ảnh hưởng đến việc thực hiện nghị định này trên thực tế. Điều này đã được Tổng cục DS-KHHGD phát hiện và xem xét đề xuất điều chỉnh nội dung Nghị định trong thời gian sắp tới.

Nghị định có một chương nhấn mạnh trách nhiệm của các cơ quan và tổ chức Chính phủ và bao gồm 4 điều. Trong chương này trách nhiệm của các cơ quan cấp bộ, UBND và HĐND các cấp cũng như trách nhiệm của các tổ chức xã hội dân sự đều được quy định cụ thể.

Bên cạnh đó, mặc dù Nghị định có một chương quy định về khen thưởng và xử phạt nhưng những thông tin đó còn chung chung. Không có quy định cụ thể về các hình thức khen thưởng và xử phạt cho mỗi hành vi vi phạm hoặc chấp hành tốt.

4.2.2. Quy trình của Nghị định

Quy trình của Nghị định 104 cũng tuân theo quy trình nghị định chung của Chính phủ, bao gồm ba giai đoạn, lần lượt là xây dựng nghị định, hướng dẫn triển khai và thực hiện. Công tác theo dõi và đánh giá được thực hiện xuyên suốt các giai đoạn này. Những phần dưới đây sẽ mô tả chi tiết quy trình của Nghị định 104.

4.2.2.1. Xây dựng Nghị định

Năm 2003, Tổng cục DS-KHHGD được Chính phủ giao nhiệm vụ chủ trì phối hợp với các bên liên quan khác (BYT, Bộ GD-ĐT, Bộ Tài chính, Bộ Kế hoạch và Đầu tư, Bộ LĐ-TB-XH, Hội Phụ nữ và các tổ chức đoàn thể) xây dựng Nghị định 104, trong đó có một điều liên quan đến cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước khi sinh (Vào năm 2003, Ủy ban DS-KHHGD nay gọi là Tổng cục DS-KHHGD là cơ quan độc lập với BYT và có vị trí tương đương cấp bộ. Từ 2007, Tổng cục DS-KHHGD trở thành một bộ phận trực thuộc BYT).

Các hoạt động chính của quá trình xây dựng Nghị định gồm có:

- Thành lập ban soạn thảo.

- Tổ chức các cuộc họp tư vấn và xin ý kiến chính thức của các Bộ, ngành liên quan.
- Công bố dự thảo trên website của Chính phủ và Bộ Tư pháp để lấy ý kiến góp ý của nhân dân.
- Ban soạn thảo xem xét và sửa đổi.
- Trình Bộ Tư pháp để kiểm tra tính phù hợp về pháp lý với các văn bản luật khác.
- Trình Thủ tướng Chính phủ phê duyệt cuối cùng.
- Thông qua ngày 16 tháng 9 năm 2003 và có hiệu lực sau đó 15 ngày.

Quá trình này cũng tuân theo quy trình xây dựng các văn bản quy phạm pháp luật của Chính phủ Việt Nam nói chung và có sự tham gia của nhiều ngành liên quan. Cần lưu ý rằng, mặc dù Nghị định được xây dựng dựa trên các bằng chứng, các nghiên cứu khoa học cũng như bài học kinh nghiệm từ các nước lân cận nhưng trong quá trình xây dựng Nghị định này không có sự tham gia của các tổ chức quốc tế, các chuyên gia (nhà nghiên cứu), người cung cấp dịch vụ y tế (công cộng và tư nhân) hay của cộng đồng. Mặc dù trong quá trình xây dựng, Nghị định có được đưa lên trang web của Chính phủ và Bộ Tư pháp nhưng mục đích chính là mang tính thông báo chứ không phải để nhận góp ý. Hơn nữa, kênh phổ biến thông tin này chỉ phù hợp với một số nhóm đối tượng có trình độ dân trí cao và có khả năng tiếp cận với Internet, không phải mọi nhóm đối tượng đều có thể tiếp cận nguồn thông tin này. Thiếu tư vấn hiệu quả chính là một hạn chế trong quá trình xây dựng quy định.

Người sử dụng dịch vụ không những không được tham gia vào quá trình xây dựng Nghị định mà ngay trong nội dung của Nghị định cũng chỉ tập trung vào những người cung cấp dịch vụ chẩn đoán và lựa chọn giới tính, tức là chỉ đề cập đến các hành vi của người cung cấp chứ chưa giải quyết nhu cầu của người sử dụng dịch vụ (người sử dụng dịch vụ có nhu cầu xác định và lựa chọn giới tính trong bối cảnh văn hóa ưa thích con trai và áp lực giảm sinh). Nghị định cũng như các văn bản hướng dẫn thực hiện chưa đề cập thấu đáo đến những can thiệp cụ thể nhằm thay đổi hành vi của người sử dụng cũng như thay đổi hành vi của toàn xã hội về bình đẳng giới cũng như nâng cao vị thế của người phụ nữ cũng như trẻ em gái trong xã hội.

4.2.2.2. Hướng dẫn triển khai

Mặc dù Nghị định được ban hành và có hiệu lực vào năm 2003, quá trình hướng dẫn triển khai (được xác định bằng việc xây dựng và phổ biến các văn bản hướng dẫn), chỉ bắt đầu từ năm 2006, tức là sau 3 năm Nghị định được ban hành. Quy định xử phạt (NĐ 114/2006/NĐ-CP) cũng chỉ được ban hành vào năm 2006 (3 năm sau khi Nghị định 104 ra đời). BHYT (Tổng cục DS-KHHGĐ và Vụ SKBMTE) xây dựng các văn bản hướng dẫn khác nhau vào các thời điểm khác nhau (xem khung thời gian). Các thông tin liên quan tới quy định về chăm sóc trước sinh được hướng dẫn ở tất cả các cấp: cấp trung ương, tỉnh và quận/huyện.

Ở tuyến trung ương, Tổng cục DS-KHHGĐ và Vụ SKBMTE của BYT cùng tham gia vào việc hướng dẫn triển khai Nghị định này. Tổng cục DS-KHHGĐ là cơ quan quản lý nhà nước phụ trách vấn đề về dân số. Vụ SKBMTE chịu trách nhiệm hướng dẫn các vấn đề liên quan tới các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em. Những hoạt động hướng dẫn nghị định đã được thực hiện ở cấp trung ương, bao gồm:

- BYT gửi quy định này bằng đường công văn cho tất cả các Sở Y tế và các bệnh viện sản tuyến Trung ương và các Trường Đại học Y, Dược.
- Tổng cục DS-KHHGĐ gửi quy định này bằng đường công văn cho các Chi cục DS-KHHGĐ.
- Tổng cục DS-KHHGĐ phổ biến quy định này thông qua các hội thảo và khóa tập huấn cho các Chi cục DS-KHHGĐ.
- Trong giai đoạn 2009 – 2010, Tổng cục DS-KHHGĐ xây dựng kế hoạch hàng năm và phân bổ nguồn lực cho 11 tỉnh có tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh ở mức cao nhất. Trong năm 2011 đề án đã được mở rộng ra 43 tỉnh.
- Triển khai khóa tập huấn cho 30 tỉnh có tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh cao nhất để thảo luận về các giải pháp để giảm tình trạng này.

Tại tuyến tỉnh và huyện, SYT, TTYT huyện, Phòng y tế và TTDS các huyện chịu trách nhiệm chính trong việc hướng dẫn triển khai quy định này. Các hoạt động này bao gồm:

- SYT gửi bản quy định này bằng đường công văn cho các Chi cục DS-KHHGĐ, TTYTDP huyện, TTDS-KHHGĐ và tất cả các bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến huyện qua đường bưu điện và cho các ban ngành liên quan khác (ngành giáo dục, Hội phụ nữ, Đoàn Thanh niên, Hội nông dân, v.v...) thông qua các cuộc họp.
- SYT tải các tài liệu liên quan lên mạng nội bộ (tại tỉnh MN). Tại tỉnh MB, các văn bản hướng dẫn chỉ được phổ biến thông qua đường bưu điện.
- TT DS-KHHGĐ gửi qui định bằng đường công văn đến cho các Trung tâm DS-KHHGĐ tuyến huyện và các ban ngành liên quan ở cấp tỉnh.
- Phòng y tế quận/huyện gửi qui định này bằng đường công văn tới các TYT và các cơ sở y tế tư nhân.
- TTDS-KHHGĐ tuyến huyện gửi hoặc thông báo về quy định này tới các ban ngành liên quan ở tuyến quận/huyện thông qua đường bưu điện hoặc phổ biến trong các cuộc họp liên quan.

Bác sĩ /cán bộ nhân viên bệnh viện của các cơ sở y tế trên địa bàn nhận thông tin về Nghị định này thông qua các cuộc họp giao ban bệnh viện hoặc lãnh đạo bệnh viện photo quy định này tới khoa Sản, hoặc khoa Ngoại-Sản của bệnh viện. Việc phổ biến Nghị định cũng thường được lồng ghép trong các buổi tập huấn/hội thảo về SKSS hoặc/và dân số cho các cán bộ của các ban ngành liên quan.

Kết quả nghiên cứu cho thấy còn một số hạn chế trong quá trình hướng dẫn triển khai, ví dụ như chậm trễ trong việc phổ biến các quy định và thiếu nhắc nhở thường xuyên. Tại tỉnh MN, việc phổ biến thông tin cho đến nay vẫn rất hạn chế, chưa có hướng dẫn rõ ràng, cụ thể về các giải pháp cần làm để giải quyết vấn đề mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh và về các biện pháp can thiệp cần thực hiện. Những người có trách nhiệm hướng dẫn triển khai chỉ thông báo về nghị định này tại các cuộc họp nhưng không đưa ra bất kỳ hướng dẫn thực hiện hay hành động cụ thể nào.

Hệ thống thanh tra tỉnh, mặc dù đóng vai trò quan trọng trong việc kiểm soát việc thực thi Nghị định, nhưng thực chất lại chưa được hướng dẫn triển khai nghị định này, bằng chứng là họ không biết đến Nghị định. Nghiên cứu cho thấy không có bất kỳ đào tạo tập huấn cụ thể nào dành cho họ về Nghị định này.

Chúng tôi không biết ai giảng giải nó cả, chúng tôi không được tập huấn cụ thể. Đôi khi trong các cuộc họp của Thanh tra Chính phủ hàng năm họ có nói đến việc thanh tra các hoạt động nói chung. SYT tỉnh chưa bao giờ tổ chức một buổi tập huấn nào dành riêng để phổ biến nội dung Nghị định 104 (CSTS_Người triển khai 05_MB).

4.2.2.3. Thực hiện Nghị định

Nhiều hoạt động khác nhau đã được Tổng cục DS-KHHGĐ cùng với BYT và các ban ngành liên quan khác như ngành giáo dục, Hội Phụ nữ, ngành văn hóa và truyền thông đã triển khai nhằm thực thi quy định về cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước khi sinh.

Ở tuyến tỉnh và quận/huyện, có một số hoạt động đã được triển khai (liệt kê dưới đây), các hoạt động này chỉ được thực hiện ở các tỉnh có triển khai đề án “giảm thiểu mất cân bằng giới tính khi sinh”, còn tại tỉnh MN, chưa có hoạt động nào cụ thể nhằm thực hiện nghị định này.

- Báo cáo lên cấp trên về tình trạng mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh theo quý.
- Chi cục DS-KHHGĐ xây dựng kế hoạch thường niên nhằm giảm mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh và hướng dẫn các cấp dưới triển khai kế hoạch.
- Chi cục DS-KHHGĐ hướng dẫn các ban ngành triển khai dự án thí điểm nhằm kiểm soát tình trạng mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh tại 6 quận/huyện có mức mất cân bằng cao nhất. Các hoạt động chính của dự án bao gồm truyền thông về các nguy cơ do mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh, thúc đẩy hoạt động các câu lạc bộ “Không sinh con thứ ba” và vận động những nhà lãnh đạo cũng như các ban ngành khác ủng hộ và tham gia hoạt động này. Các chỉ số liên quan đến vấn đề dân số được đưa vào để xét duyệt tiêu chuẩn “gia đình văn hóa” hoặc “làng văn hóa” tại địa phương.
- Ký hợp đồng với các bên liên quan khác để triển khai các hoạt động truyền thông. Việc truyền thông có thể được thực hiện thông qua các kênh gián

tiếp (như truyền thông đại chúng, áp-phích, khẩu hiệu, phim) hoặc trực tiếp thông qua các cuộc họp, sinh hoạt câu lạc bộ, hội thảo và hướng tới nhiều nhóm đối tượng khác nhau (Hội phụ nữ, liên đoàn lao động...).

- Kiểm tra sự tuân thủ quy định của các cơ sở y tế cũng như các cơ sở kinh doanh ấn phẩm văn hóa thông qua các cuộc giám sát ở các cấp khác nhau. Tuy nhiên, rất ít trường hợp (khoảng 5 – 6 trường hợp) không tuân thủ quy định cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước sinh được phát hiện trên cả nước. Tại tỉnh MN, không có trường hợp nào được phát hiện.

Ở tuyến xã, thậm chí ngay tại tỉnh MB, nơi có triển khai đề án “giảm thiểu mất cân bằng giới tính khi sinh”, cũng không có các hoạt động cụ thể nào nhằm kiểm soát việc lựa chọn giới tính khi sinh. Hầu hết các hoạt động tại TYT liên quan tới hoạt động trong lĩnh vực dân số và kế hoạch hóa gia đình. Mặc dù quy định về cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước khi sinh đã được ban hành từ năm 2003, tuy nhiên một số TYT đến năm 2009 mới nhận được những thông tin này từ PYT huyện.

Hỏi: Nói chung, gần như không có hoạt động gì để hướng dẫn việc thực hiện quy định này? Trả lời: Không. Hỏi: Không có cả hoạt động truyền thông?

TL: Không. Truyền thông về dân số chỉ nói đến kế hoạch hóa gia đình và chính sách hai con (CSTS_Người hướng dẫn 19_MB).

Còn tại tỉnh MN, ngược lại với sự triển khai chủ động các quy định về cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước khi sinh tại tỉnh MB, việc triển khai khá bị động. Ngoài việc gửi /thông báo quy định đến các bên liên quan, không có giải pháp hay can thiệp cụ thể nào được thực hiện. Theo lãnh đạo y tế và dân số địa phương, điều này có thể giải thích là do tình trạng mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh không phải là một vấn đề nổi cộm tại tỉnh MN. Do vậy, họ cho rằng chưa cần thiết phải tiến hành các can thiệp.

Thành thật mà nói, chúng tôi chỉ thông báo cho nhân viên của mình về quy định này. Chúng tôi cũng không triển khai can thiệp nào ngoài phạm vi cơ quan của mình cả. Có thể tình hình sẽ khác hơn nếu mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh là vấn đề tại đây. Nếu thế chúng tôi sẽ đầu tư nhiều hơn. Tại tỷ số giới tính khi sinh vẫn ở mức chấp nhận được. Chúng tôi vẫn chưa đầu tư một cách thích đáng để đối phó với vấn đề này (CSTS_Người hướng dẫn 16_MN).

Sự tham gia của các ban ngành khác (ví dụ như truyền thông đại chúng, tư pháp, thanh niên, hội phụ nữ, giáo dục – đào tạo) cũng rất hạn chế do vấn đề này được cho là nhiệm vụ chính của ngành dân số, các cơ quan khác đã rất bận rộn với các công việc của mình. Chưa có cơ chế phối hợp rõ ràng giữa các ban ngành liên quan.

Tôi nghĩ là cái này thì đoàn thanh niên với phụ nữ thì ở các cơ quan y tế này thì thực sự bây giờ nó cũng chưa hiệu quả lắm. Nó không cho thấy sự quan tâm và nhiệt tình của họ đối với vấn đề này và sự tham gia của họ cũng không có hiệu quả (CSTS_Người triển khai 17_MB).

Nguồn lực phân bổ cho việc thực hiện Nghị định 104

Trong nội dung của Nghị định 104, có một chương quy định trách nhiệm của các bên liên quan. Xây dựng cơ chế huy động và phân bổ nguồn lực dành cho Nghị định này là trách nhiệm của Bộ Tài chính. Mặt khác, UBND và HĐND các cấp cũng có trách nhiệm triển khai những cơ chế và chính sách này.

Tuy nhiên trong thực tế không có nguồn ngân sách quốc gia dành riêng cho quy định này. Tất cả các hoạt động liên quan tới các quá trình của nghị định đều được coi là một phần của những hoạt động thường xuyên của ngành dân số - kế hoạch hóa gia đình nói riêng và y tế nói chung. Do đó, không có thêm nguồn ngân sách nào khác ngoài nguồn ngân sách đã được phân bổ cho các hoạt động dân số tại các cấp.

Năm 2009, Tổng cục DS-KHHGĐ đã xây dựng đề án “Giảm thiểu mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh”, đề án bước đầu được triển khai thử nghiệm ở 11/64 tỉnh, thành phố có TSGTKS ở mức cao nhất. Tỉnh nghiên cứu MB là một tỉnh thuộc dự án, trong khi tỉnh nghiên cứu MN chưa được tham gia dự án này.

Chi cục DS-KHHGĐ tỉnh là cơ quan đầu mối, điều phối các hoạt động dự án. Tuy nhiên, ngân sách dành cho vấn đề này chỉ được 200 triệu đồng/năm. Ngân sách này chỉ được phân bổ cho tỉnh trong vòng 2 năm (2009-2010) và như vậy ảnh hưởng đến các hoạt động cũng như tính bền vững của dự án. Hậu quả là, ngân sách dành cho các hoạt động hướng dẫn triển khai thường xuyên như tổ chức hội nghị hoặc tập huấn rất hạn chế. Phương tiện truyền thông cũng rất nghèo nàn và đây là một khó khăn lớn đối với ngành dân số trong việc hướng dẫn triển khai quy định này một cách hiệu quả.

Chúng tôi không có đủ ngân sách để làm trên tất cả các huyện. Nếu vấn đề là phổ biến ở tỉnh tôi thì chúng tôi cũng không có đủ ngân sách để bao phủ tất cả các quận/huyện. Ngân sách do cấp trên phân bổ cho chúng tôi dưới dạng ngân sách tổng cho tất cả các hoạt động. Chúng tôi không biết phải chi bao nhiêu cho các hoạt động cụ thể. Chúng tôi không thể tiến hành tập huấn cho mọi đối tượng cung cấp dịch vụ được. Trong tỉnh này có đến hàng ngàn nhà cung cấp như vậy. Nếu tất cả đều được tập huấn thì sẽ tốn rất nhiều tiền (CSTS_Người hướng dẫn 16_MB).

Tại các tỉnh không có dự án, không có nguồn lực nào dành riêng cho việc cân bằng tỷ số giới tính khi sinh. Ngân sách dành cho hoạt động này được coi như một trong số các hoạt động thường quy của hệ thống dân số khiến cho việc triển khai quy định tại các tỉnh ngoài dự án rất khó khăn.

Chúng tôi không được phân bổ ngân sách cho hoạt động này. Điều đó 1 phần là do TCDS chỉ thí điểm thực hiện dự án tại 11 tỉnh, với ngân sách rất hạn chế. Vì vậy rất khó khăn cho chúng tôi trong hướng dẫn và triển khai nghị định vì không có ngân sách. Nếu chúng tôi muốn huy động ngân sách của địa phương, chúng tôi phải giải thích được sự cần thiết của nó” (CSTS_Người hướng dẫn 17_MN).

Thực tế trên cho thấy, bức tranh về việc thực hiện quy định rất khác nhau giữa các tỉnh có và không có dự án. Đồng thời cũng chứng tỏ, nguồn ngân sách bổ sung dành cho hoạt động này là yếu tố quan trọng ảnh hưởng tới việc liệu quy định có được đưa vào thực hiện trên thực tế hay không.

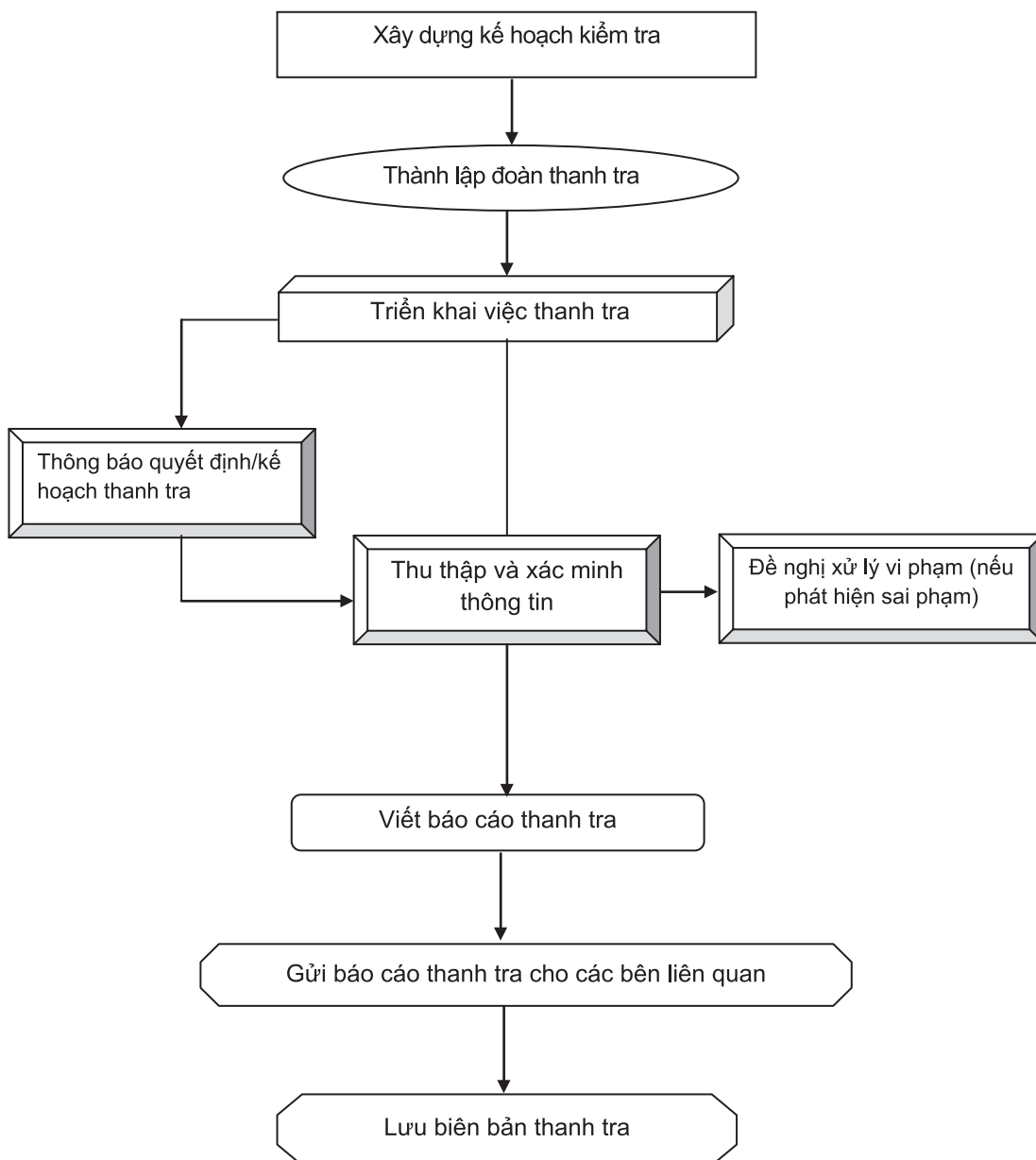
4.2.2.4. Quản lý việc thực hiện Nghị định

Việc thực hiện quy định được quản lý thông qua các hoạt động kiểm tra, thanh tra và giám sát. Về nguyên tắc, các hoạt động này được thực hiện bởi thanh tra dân số và y tế (xem chi tiết ở mục Các bên liên quan). Các cuộc giám sát và thanh tra đều mang tính kết hợp và liên ngành, và mỗi cuộc thanh kiểm tra thường bao gồm nhiều nội dung khác nhau (như quản lý thuốc, an toàn vệ sinh thực phẩm, các dịch vụ khám chữa bệnh, các dịch vụ dân số, v.v.).

Về nguyên tắc, kiểm tra và giám sát nhằm mục đích:

1. Kiểm tra tình hình thực hiện qui định về cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước sinh tại các cơ sở y tế và các cơ sở kinh doanh các ấn phẩm văn hóa (bao gồm cả truyền thông và phổ biến các biện pháp lựa chọn giới tính trên sổ sách, các trang web và các ấn phẩm khác, và việc cung cấp các dịch vụ xác định giới tính trước sinh và lựa chọn giới tính tại các cơ sở y tế) và xác định nguyên nhân của tình trạng này. Việc này được thực hiện thông qua kiểm tra hồ sơ, bệnh án tại các cơ sở y tế, phỏng vấn người cung cấp dịch vụ và khách hàng hoặc kiểm tra ngẫu nhiên các hiệu sách, nhà xuất bản cũng như các trang web.
2. Kịp thời phát hiện và đề xuất xử lý các hành vi vi phạm các quy định đối với xác định giới tính trước sinh và lựa chọn giới tính.
3. Tăng cường truyền thông giáo dục quy định và pháp luật về xác định giới tính và lựa chọn giới tính trước sinh cho các tổ chức, cá nhân, để nâng cao nhận thức và ngăn ngừa vi phạm.

Về nguyên tắc và trong thực tế, quy trình thanh tra và giám sát bao gồm các bước như trong sơ đồ dưới đây:



Hình 8. Quy trình thanh tra/giám sát cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước khi sinh

Theo quy định việc thanh tra được thực hiện ở tất cả các cấp. Ở cấp Trung ương, Tổng cục DS-KHHGD xây dựng kế hoạch và thực hiện giám sát/thanh tra hàng năm.

Ở tuyến tỉnh, Sở Y tế chịu trách nhiệm chỉ đạo công tác giám sát/thanh tra các hoạt động và phối hợp với các ban ngành khác. Tuy nhiên, kế hoạch chưa thực hiện đầy đủ, tần suất các lần thanh tra/giám sát thường ít hơn so với kế hoạch. Tại tỉnh MN, kết quả phỏng vấn cho thấy, họ không biết và không thấy kế hoạch giám sát của Tổng cục DS-KHHGD về vấn đề này.

Tôi chỉ biết đó là một tài liệu hướng dẫn được gửi từ cấp trên nhưng tôi không thấy họ thực hiện bất kỳ chuyến giám sát nào ở các cơ sở y tế về vấn đề này

cả. Chúng tôi chỉ cung cấp thông tin và yêu cầu họ tuân thủ. Cũng không có hướng dẫn nào cho chúng tôi để chúng tôi tiến hành các hoạt động giám sát cả (CSTS_Người hướng dẫn 17_MN).

Các cuộc giám sát được thực hiện tại các địa điểm khác nhau dựa trên phân công nhiệm vụ của các ban ngành và dựa trên sự sẵn có về nhân lực:

- Thanh tra y tế giám sát tại các bệnh viện/ phòng khám phụ sản.
- Giám sát liên ngành được thực hiện tại các cơ sở y tế tư nhân.
- Tại tỉnh, Chi cục DS-KHHGD và các ban ngành liên quan còn kiểm tra tại các hiệu sách và nhà xuất bản hai lần một năm để kiểm tra xem các cơ sở này có kinh doanh các ấn phẩm về vấn đề lựa chọn giới tính hay không (chỉ được thực hiện ở tỉnh MB, mà không thực hiện ở tỉnh MN).
- Không có cuộc giám sát định kỳ nào về cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước sinh được tiến hành tại do đây không phải là vấn đề ưu tiên và do thiếu thời gian, nhân lực cũng như khối lượng công việc quá lớn.

Các hoạt động được tiến hành trong mỗi đợt giám sát bao gồm kiểm tra hồ sơ, bệnh án, trang thiết bị và thuốc và xem xét các báo cáo. Việc giám sát các cơ sở y tế chủ yếu liên quan đến thực hiện các quy định về khám chữa bệnh và quản lý thuốc. Vấn đề xác định và lựa chọn giới tính trước sinh không phải là vấn đề được ưu tiên.

Tại các cơ sở y tế, bên cạnh việc thanh tra/giám sát, lãnh đạo các đơn vị đáng lẽ cũng cần tiến hành giám sát nội bộ. Tuy nhiên, trong thực tế cho thấy công tác này nhìn chung rất ít được thực hiện. Lãnh đạo các bệnh viện cho rằng chủ yếu dựa vào sự tự giác của nhân viên chứ không triển khai bất cứ biện pháp kiểm soát nào.

Chúng tôi không giám sát được việc đó nhưng chúng tôi nói với nhân viên không được cung cấp các dịch vụ xác định giới tính và cho rằng nhân viên cần tự giác. Chúng tôi không thể biết chắc chắn liệu bác sĩ có nói với người nhà của họ về giới tính của thai nhi hay không (CSTS_Người hướng dẫn 23_MN).

Hạn chế

Kết quả nghiên cứu cho thấy, công tác giám sát và theo dõi việc thực hiện quy định tồn tại một số hạn chế. Đầu tiên, không có sự liên kết chặt chẽ giữa ngành dân số với các ban ngành khác trong công tác giám sát. Việc giám sát không được thực hiện thường xuyên do thiếu nhân lực, đặc biệt ở cấp xã.

Bên cạnh đó, ngoài thanh tra y tế (thuộc thanh tra y tế, Bộ Y tế và SYT), không có vị trí thanh tra y tế tại tuyến huyện và xã, những người làm công tác dân số tại cấp này lại không có thẩm quyền xử lý các trường hợp vi phạm. Do vậy, việc thanh tra xử lý/phạt tại chỗ các vi phạm của nhân viên y tế là không thể thực hiện được.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, nhân viên y tế thường sử dụng các ám hiệu bằng lời nói, tiếng lóng để chỉ giới tính của thai nhi. Các hành vi này lại không được đề cập đến trong Nghị định 104 và các văn bản khác (bao gồm cả nghị định xử phạt 114) như là một hành vi vi phạm.

Thanh tra y tế cũng không thể thực hiện thanh tra đột xuất do luật thanh tra không cho phép. Việc thanh tra phải được lên kế hoạch trước và thông báo trước tới các cơ sở y tế, do đó rất khó để phát hiện các sai phạm. Các thanh tra cũng không được phép sử dụng các kỹ thuật điều tra như đóng vai hay bí mật ghi lại các hoạt động, do vậy việc phát hiện các bằng chứng sai phạm lại càng khó khăn hơn.

Chúng tôi không tự quyết định về vấn đề thanh tra được. Chúng tôi phải được rất nhiều bên thông qua. Tình hình cũng tương tự ở cấp trung ương này. Tổng cục DS-KHHGD cũng không thể ban hành quyết định thanh tra. Lãnh đạo BHYT mới được ra quyết định này. Tại cấp tỉnh, Chi cục DS-KHHGD cũng không được ra quyết định thanh tra. Họ phải lên kế hoạch, nộp kế hoạch cho SYT để được thông qua. Sau đó thanh tra y tế của Phòng thanh tra của SYT sẽ tiến hành thanh tra (CSTS_Người hướng dẫn 02_TU).

Mặc dù hệ thống dân số ở tất cả các cấp đều tham gia hoạt động kiểm tra, giám sát nhưng họ lại không có thẩm quyền ra quyết định xử phạt mà đoàn kiểm tra phải làm báo cáo gửi tới BHYT hoặc SYT ra quyết định xử lý.

Chúng tôi không được phép thanh tra mà không báo trước cho các cơ sở. Anh chị thấy đấy, luật thanh tra có những hạn chế như vậy nên rất khó cho chúng tôi kiểm soát việc thực hiện quy định. Một hạn chế nữa là chúng tôi không được phép phạt họ ngay tại đây. Chúng tôi chỉ ghi nhận lại các sai phạm trong biên bản thanh tra rồi gửi cho lãnh đạo SYT để họ xem xét xử phạt. Không giống các quốc gia khác thanh tra có quyền phạt ngay tại hiện trường. Như ở đây rất mất thời gian cho việc ra quyết định xử phạt (CSTS_Người hướng dẫn 02_TU).

Các hoạt động thanh tra/giám sát về xác định giới tính trước sinh ít khi được thực hiện và cũng không thực hiện được ở tất cả các CSYT. Thường thì việc thanh tra/giám sát tại các CSYT chỉ tập trung vào các hoạt động khám chữa bệnh và mảng quản lý dược, và thường được tiến hành định kỳ. Nội dung của các buổi giám sát liên ngành ở các CSYT tư nhân cũng dựa trên Pháp lệnh hành nghề Y dược tư nhân (phạm vi hành nghề, đăng ký) và không chỉ giám sát riêng vấn đề mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh.

Bây giờ như là thanh tra một đợt ý, à kiểm tra một đợt là kiểm tra các loại hình chứ không riêng gì có độc có anh chẩn đoán hình ảnh hoặc là chỉ coi thiên về phòng khám chuyên khoa phụ sản, kế hoạch hóa gia đình mà từ phòng khám đa khoa, từ dịch vụ y tế, tiêm chích thay băng đi, coi như là nó không liên quan gì tới chẩn đoán giới tính là cũng kiểm tra hết, đồng thời cũng kiểm tra hết cả dược cho nên là cái lực lượng bị dàn mỏng (CSTS_người thực hiện 03_MB).

Khen thưởng và xử phạt

Khen thưởng và xử phạt là các yếu tố quan trọng giúp kiểm soát việc thực hiện quy định. Như đã đề cập, Nghị định 114/2006/NĐ-CP (viết tắt là Nghị định 114) được ban hành nhằm hỗ trợ việc thực hiện Nghị định 104. Nghị định này quy định các hình thức xử phạt hành chính đối với các vi phạm các quy định pháp luật về dân số. Tuy nhiên, xác định giới tính và lựa chọn giới tính khi sinh cũng có thể coi là vi phạm các quy định y tế nói chung và có thể áp dụng các quy định này để xử lý (ví dụ như Pháp lệnh hành nghề y dược tư nhân, Pháp lệnh công chức, Pháp lệnh về xử phạt hành chính trong khám chữa bệnh).

Trong thực tế, mặc dù Nghị định 114 đã được ban hành nhưng những đối tượng phỏng vấn, kể cả người thực hiện và người hướng dẫn triển khai đều biết rất ít về văn bản này. Những người quản lý y tế tại cả hai tỉnh đều cho biết họ áp dụng các quy định y tế khác cho vấn đề xác định và lựa chọn giới tính trước sinh chứ hầu như không dùng Nghị định 114 này.

Chúng tôi không biết về quy định 114 này (CSTS_Người hướng dẫn 11_MB).

Chúng tôi không biết cụ thể về việc xử phạt. Chỉ biết chung chung là các hình thức xử phạt hành chính có được áp dụng (CSTS_Người hướng dẫn 17_MN).

Cần lưu ý rằng mặc dù những quy định nêu trên đáng lý sẽ bổ sung cho nhau nhưng quy định về mức xử phạt cho cùng một hành vi vi phạm trong các quy định này lại không giống nhau. Hơn thế nữa, quy định về xử phạt hành chính các vi phạm quy định về dân số (Nghị định 114) cần được sửa đổi do quy định này có một số điểm không phù hợp. Ví dụ, định nghĩa “hành vi vi phạm” trong quy định này cần được làm rõ và cụ thể hơn; và một số bên liên quan như công an nên được tham gia vào các hoạt động thanh tra và theo dõi giám sát, v.v. Điều này cũng đã được Tổng Cục DS KHHGD có kế hoạch chỉnh sửa, tuy nhiên Nghị định chỉnh sửa này chưa được ban hành.

“Năm 2009, TC DS-KHHGD đã chỉnh sửa Nghị định 114 về xử phạt hành chính trong lĩnh vực dân số. Những điểm chỉnh sửa chính là về xử phạt vi phạm chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước khi. Trong đó chúng tôi đặc biệt định nghĩa rõ ràng về hành vi vi phạm, tăng mức xử phạt, bổ sung thêm một số bên tham gia vào phát hiện và xử lý hành vi vi phạm như là công an và cho phép họ sử dụng các biện pháp nghiệp vụ để phát hiện. Chúng tôi đã bản chỉnh sửa từ tháng 12 năm 2009 nhưng đến nay chưa được thông qua (CSTS_Người hướng dẫn 02_TU).

4.2.3. Các bên liên quan

4.2.3.1. Mô tả các bên liên quan

Các bên liên quan tới quá trình của Nghị định về cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước sinh thuộc nhiều nhóm khác nhau. Tuy nhiên, những người thuộc ngành y tế và thanh tra y tế là những người có vai trò chính trong quá trình xây

dựng, hướng dẫn, triển khai, theo dõi giám sát thực hiện quy định này. Nhiều cơ quan tổ chức tham gia vào các giai đoạn khác nhau của quá trình này.

Mạng lưới dân số: Tổng cục DS-KHHGĐ, Chi cục DS-KHHGĐ và TT DS-KHHGĐ

Tổng cục DS-KHHGĐ hiện nay là một bộ phận trực thuộc BYT. Vào thời điểm xây dựng Nghị định này, Ủy ban Dân số- Gia đình và trẻ em là cơ quan ngang bộ, quản lý công tác dân số, kế hoạch hóa gia đình và trẻ em. Tuy nhiên năm 2007, cơ quan này được phân tách thành 3 bộ phận khác nhau và được sát nhập vào các Bộ khác nhau. Bộ phận về dân số được sát nhập vào BYT. Hiện nay, ngành dân số được tổ chức theo bốn cấp đó là Tổng cục DS-KHHGĐ trực thuộc BYT, Chi cục DS-KHHGĐ ở cấp tỉnh thuộc SYT và TT DS-KHHGĐ ở cấp quận/huyện trực thuộc chi cục DS-KHHGĐ, ở cấp xã có một cán bộ chuyên trách về DS-KHHGĐ là nhân viên TYT hoặc thuộc UBND xã và các cộng tác viên DS-KHHGĐ ở thôn, bản. Tuy nhiên, cho đến nay cấu trúc hệ thống y tế ở cấp cơ sở của một số tỉnh vẫn không ổn định. Nhân sự thường xuyên thay đổi. Tại một số xã của tỉnh MB, các cán bộ dân số tại tuyến xã cũng vẫn chưa có mô tả công việc rõ ràng.

Liên quan tới quy định về cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước sinh, trong giai đoạn xây dựng quy định, Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em trước đây và nay là Bộ Y tế được Chính phủ giao nhiệm vụ chủ trì ủy ban soạn thảo và điều phối quá trình soạn thảo.

Tổng cục DS-KHHGĐ chịu trách nhiệm lập kế hoạch, phân bổ ngân sách, tìm kiếm nguồn tài chính và hướng dẫn việc thực hiện nghị định trong hệ thống y tế. Các hình thức hướng dẫn nghị định có thể là gửi công văn qua đường bưu điện (xem quá trình hướng dẫn triển khai) hoặc tuyên truyền nội dung nghị định thông qua các buổi họp với cán bộ dân số hoặc thông qua các khóa tập huấn chuyên môn. Mặc dù đây là nhiệm vụ của Tổng cục DS-KHHGĐ, nhưng việc hướng dẫn quy định này chỉ được thực hiện sau 3 năm nghị định có hiệu lực do có sự tái cấu trúc tổ chức như đã nêu ở trên.

Trong năm 2006, Nghị định đã được ban hành. Năm 2007, Tổng cục DS-KHHGĐ được sát nhập vào BYT. Thường thì ngay sau khi ban hành các quy định sẽ được triển khai mạnh mẽ nhất, nhưng với quy định này thì thời điểm đó, mọi nguồn lực và sự quan tâm đều dồn hết cho việc ổn định tổ chức. Sau khi tổ chức đã ổn định, phải đến năm 2009 thì họ mới tập trung vào triển khai quy định. Đây cũng là thời điểm vấn đề mất cân bằng giới tính khi sinh phát sinh (CSTS_Người hướng dẫn 02_TU).

Ngành dân số cũng được giao để thực hiện các chương trình, dự án cụ thể liên quan đến các vấn đề DS-KHHGĐ. Các chương trình này bao gồm tuyên truyền vận động lồng ghép kế hoạch hóa gia đình và các dịch vụ sức khỏe sinh sản cho các vùng có mức sinh cao, để cải thiện hệ thống thông tin dân số, cải thiện cấu trúc và chất lượng dân số địa phương, nâng cao nhận thức cho thanh thiếu niên và những đối tượng khác về sức khỏe sinh sản. Phải đến năm 2009 (6

năm sau khi quy định có hiệu lực), Tổng cục DS-KHHGD mới bắt đầu có đề án về cân bằng tỷ số giới tính khi sinh (bao gồm cả việc cấm lựa chọn giới tính trước sinh và xác định giới tính).

Như tôi đã nói, trong năm 2006 sau khi ban hành quy định, Ủy ban Quốc gia Dân số, gia đình và trẻ em chỉ quan tâm đến các vấn đề liên quan tới trẻ em thôi. Người ta không quan tâm đến tỷ số giới tính khi sinh tại thời điểm đó. Ngay sau khi chia tách Ủy ban, không ai để ý đến vấn đề này cả. Chỉ sau khi tổ chức đã được ổn định, mọi người bắt đầu việc quản lý và thực hiện các quy định. Nó đã bị trì hoãn trong 3 năm (CSTS_Người hướng dẫn 02_TU).

Họ cũng phối hợp với các thành viên của ban chỉ đạo về các vấn đề dân số-kế hoạch hóa gia đình cấp tỉnh (gồm các ngành văn hóa, công an, kế hoạch và đầu tư, v.v...) để tiến hành giám sát các cơ sở y tế, kiểm tra việc tuân thủ pháp lệnh dân số. Ở tỉnh MB (nơi có tỷ số giới tính ở mức rất cao, 119/100 vào năm 2010), mặc dù đề án về giảm thiểu mất cân bằng giới tính đang được triển khai nhưng việc thực hiện giám sát tại các CSYT chưa được thường xuyên. Tại tỉnh MN, do tỷ số giới tính khi sinh hiện nay không phải là vấn đề nổi cộm (mức 104,9/100 năm 2010), trong khi nhân viên còn thiếu nên các hoạt động theo dõi và giám sát còn hạn chế.

Tuy nhiên, TT DS-KHHGD tuyến huyện cũng không thể trực tiếp phân công nhiệm vụ cho các nhân viên ở TYT. Trong khi đó TYT thuộc thẩm quyền quản lý của Phòng y tế huyện. Vì vậy khi cần chỉ đạo công tác DS-KHHGD ở tuyến xã, thì TT DS KHHGD huyện phải thông qua Phòng Y tế huyện để chỉ đạo TYT xã.

Việc chuyển đổi cơ cấu tổ chức hệ thống dân số trong năm 2007 dẫn đến tình trạng thiếu hụt nhân lực. Tại cả hai tỉnh, số lượng nhân viên thực tế làm việc ít hơn so với chỉ tiêu biên chế của Bộ Y tế (15 so với 20 biên chế ở tỉnh miền Nam, 7 so với 10 biên chế tại tỉnh miền Bắc). Tại 2 tỉnh được nghiên cứu, hầu hết là nhân viên mới và không có chuyên môn về y tế hoặc dân số. Việc huy động hoặc tuyển dụng nhân viên vào các cơ quan dân số ở các tuyến là rất khó khăn vì thu nhập thấp. Ưu đãi dành cho cán bộ dân số cũng rất thấp nên rất ít người muốn làm việc trong ngành này. Ví dụ họ không có trợ cấp đi lại mà phải dùng phương tiện của mình để đi giám sát, đôi khi phải đi đến các khu vực rất xa.

Không có bác sĩ nào nộp đơn vào vị trí này cả. Ngày trước có một y tá làm việc ở đây vài tháng nhưng rồi cũng chuyển đi vì thu nhập thấp quá. Theo quy định của BHYT, mỗi SYT phải có ít nhất 20 cán bộ nhưng chúng tôi chỉ có 15 thôi (CSTS_Người hướng dẫn 16_MN).

Một điều cũng rất quan trọng là cán bộ hệ thống dân số đôi khi còn thiếu kiến thức về hệ thống y tế, các quy định cũng như các dịch vụ y tế. Thêm vào đó, một số cán bộ dân số không có nghiệp vụ về y khoa nên nhiều lúc không cảm thấy tự tin khi làm nhiệm vụ kiểm tra giám sát các cơ sở y tế. Do đó, nhân lực tại cấp này cũng thường không đủ trình độ nghiệp vụ hoặc kinh nghiệm để giải quyết các vấn đề DS-KHHGD nói chung và các vấn đề về mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh nói riêng, đặc biệt là trong việc kiểm soát việc vi phạm quy định.

Nhân lực cũng vậy, chả có động lực gì cả, cũng giống như ở các cơ quan nhà nước khác. Nhân viên ở đây đều thiếu kinh nghiệm như tôi đã nói đấy (CSTS_Người hướng dẫn 02_TU).

Tổng cục DS-KHHGD chịu trách nhiệm tập huấn về quy định này, nhưng cũng không thường xuyên và không phải tất cả nhân viên đều được tập huấn.

Tất nhiên, chúng tôi có mời người đến đào tạo. Ngày trước, khi Ủy ban dân số, gia đình và trẻ em vẫn còn tồn tại (3 năm trước khi phỏng vấn), chúng tôi đã mời thanh tra của Ủy ban để tham gia đào tạo về vấn đề này. Nhưng các cấp trên cũng không tổ chức đào tạo cho nhân viên của chúng tôi, chỉ có công văn được gửi cho chúng tôi thôi (CSTS_Người hướng dẫn 09_MN).

Thanh tra dân số

Ở cấp Trung ương, thanh tra dân số làm việc trực tiếp dưới sự quản lý của BYT. Tại cấp tỉnh, thanh tra y tế sẽ chịu trách nhiệm thanh tra tất cả các vấn đề trong lĩnh vực y tế, trong đó bao gồm các vấn đề liên quan đến dân số và không có vị trí thanh tra cho tuyến huyện và xã.

Thanh tra dân số ở cấp Trung ương có nhiệm vụ giám sát tại các CSYT địa phương, cả công lập và tư nhân, để kiểm tra việc thực hiện Pháp lệnh dân số. Họ thực hiện hoạt động này với sự hỗ trợ của cán bộ y tế tỉnh và nhân viên dân số tại tuyến tỉnh và quận/huyện.

Tuy nhiên, không phải tất cả thanh tra được tập huấn về nghiệp vụ thanh tra và việc tập huấn cũng không được tổ chức thường xuyên. Ngoài các yếu tố như thiếu năng lực, không được sử dụng các kỹ thuật như bí mật ghi âm, không được thanh tra đột xuất, khiến họ rất khó để có thể thu thập các bằng chứng về việc vi phạm nghị định.

Thanh tra y tế

Thanh tra y tế có nhiệm vụ thanh tra, phát hiện các vi phạm quy định và đề xuất xử phạt. Việc xử phạt phải được lãnh đạo SYT phải thông qua quyết định trước khi áp dụng.

Chúng tôi không có thẩm quyền để tiến hành kiểm tra mà không thông báo cho cơ sở trước. Bạn thấy đấy, luật thanh tra có hạn chế như vậy nên nó khó cho chúng tôi để kiểm soát việc thực hiện các quy định. Một hạn chế nữa là chúng ta không thể xử phạt tại hiện trường. Chúng tôi chỉ có thể ghi nhận lại vi phạm khi xuống kiểm tra rồi báo cáo lại cho lãnh đạo SYT để ra quyết định xử phạt. Nó không giống như ở các quốc gia khác, thanh tra có thể xử phạt người vi phạm tại hiện trường. Ở đây để xử phạt được phải mất nhiều thời gian lắm (CSTS_Người hướng dẫn 02_TU).

Thanh tra y tế cũng thường xuyên tham gia các cuộc kiểm tra liên ngành tại các cơ sở y tế để đảm bảo việc tuân thủ các quy định trong ngành. Họ phối hợp cùng với các ban ngành khác như công an, lâm nghiệp, thú y, quản lý thị trường.

Tuy nhiên, mục đích và nội dung của thanh tra không chỉ liên quan tới cấm chặn đoán và lựa chọn giới tính trước sinh mà còn có các nội dung khác.

Chúng tôi không giám sát riêng về vấn đề này. Chúng tôi kết hợp nó trong buổi kiểm tra liên ngành đối với các CSYT tư nhân. Vấn đề ở đây là nếu không có tài liệu liên quan tới giới tính của thai nhi thì, chúng tôi cũng không có được bất kỳ bằng chứng về hành vi vi phạm cả (CSTS_Người hướng dẫn 10_MN).

Số lượng thanh tra y tế rất ít trong khi đó họ phải thực hiện nhiều nhiệm vụ và thanh tra nhiều vấn đề khác nhau như đã nói ở trên, do đó họ không thể chỉ tập trung vào việc kiểm soát vấn đề xác định giới tính trước sinh được.

Tuy nhiên, số lượng cán bộ thanh tra của SYT rất ít nhưng lại có nhiều vấn đề để kiểm tra, đặc biệt là kiểm tra thực hành y, dược tư nhân và vệ sinh an toàn thực phẩm. Số lượng cán bộ thanh tra của SYT quá mỏng để làm được hết những việc này. Đây là một hạn chế trong công việc của chúng tôi (CSTS_Người hướng dẫn 02_TU).

Trong khi khối lượng công việc nhiều nhưng các ưu đãi dành cho họ lại hạn chế nên cũng rất khó để tuyển thêm nhân viên mới. Tiền lương của họ rất thấp nên động lực làm việc thấp. Thanh tra có nhận được phụ cấp nghề nghiệp nhưng khoản phụ cấp này cũng không đáng kể. Ví dụ thanh tra viên ngoài lương theo ngạch, bậc công chức có phụ cấp thâm niên (1% mỗi năm công tác); với thanh tra viên cao cấp, khoản phụ cấp được cộng thêm 20%, với thanh tra viên chính là 25% và thanh tra viên là 30%. Các khoản phụ cấp cho họ chỉ có đồng phục (2 bộ/năm), giày (hai đôi/năm) và áo mưa (1 chiếc/năm) cộng với khoảng 100.000 đồng/tháng. Tiền lương hàng tháng của họ có khoảng 4 triệu đồng, nhỏ hơn so với những người làm cho khu vực tư nhân.

Hơn nữa, các thanh tra y tế của SYT cũng chưa được tập huấn đầy đủ về các vấn đề dân số để thực hiện nhiệm vụ

Thanh tra y tế cũng không được tập huấn về vấn đề này. Họ chỉ quen với việc thanh tra công tác thực hành y tế và dược thôi. Tuy nhiên, họ không được tập huấn về thanh tra việc xác định giới tính đầu (CSTS_Người hướng dẫn 02_TU).

Cán bộ y tế trong hệ thống công lập

CBYT tại các bệnh viện công ở cấp tỉnh và huyện đều nhận thức và ủng hộ việc thực hiện quy định này. Họ biết đến quy định này thông qua báo đài, các buổi tập huấn chuyên môn hoặc qua các buổi giao ban bệnh viện. Tuy nhiên, nhận thức của các cán bộ làm việc tại TYT xã, người chịu trách nhiệm về các hoạt động tại tuyến xã, lại khá thấp.

Một số xã thì quan tâm nhưng một số khác lại mặc kệ. Tôi nghĩ đây là vấn đề về nhận thức và trách nhiệm. Tại một số xã, các ban ngành, kể cả UBND cũng vào cuộc nhưng tại một số chỗ khác thì chả ai quan tâm (CSTS_Người hướng dẫn 18_MB).

CBYT công lập tuân thủ Nghị định 104 tốt hơn so với khu vực tư nhân. Họ tuân thủ chặt chẽ các quy định, điều này không chỉ thể hiện qua các cuộc phỏng vấn mà cũng được các nhà quản lý, người sử dụng dịch vụ và kể cả CBYT ở các CSYT tư nhân khẳng định. Các báo cáo thanh tra của Tổng cục DS-KHHGD cũng đề cập đến vấn đề này [55]. Khi hỏi khách hàng, họ cho biết đa số CBYT công lập từ chối tiết lộ giới tính thai nhi, mà mục đích chính của siêu âm là để theo dõi sự phát triển của thai nhi cũng như phát hiện các khuyết tật thai. Khi người phụ nữ có nhu cầu phá thai to vì giới tính, họ cũng khuyên bà mẹ không nên phá thai to vì sẽ có ảnh hưởng nghiêm trọng tới sức khỏe của bà mẹ.

Thực ra thì công là người ta làm nhà nước thì vấn đề này không quan trọng lắm. Không thể bắt buộc cái ông bác sỹ trong bệnh viện nói được. Thế nhưng làm tư thì nói thật với chị là cũng ông bác sỹ trong bệnh viện thôi, thì khi người ta về nhà người ta làm tư thì người ta vẫn sẵn sàng nói. Tất nhiên phải hiểu với nhau là nó phải rõ (CSTS_người thực hiện 14_MB).

H: Bà mẹ có thể đến đâu để biết được giới tính con của mình?

TL: họ có thể đi đến hầu hết các phòng khám tư nhân có cung cấp dịch vụ siêu âm (CSTS_Khách hàng_MN).

Số khách hàng tại các CSYT công lập là tương đối nhiều, do đó họ không chịu áp lực phải thu hút thêm khách hàng thông qua việc tiết lộ giới tính.

Tôi nghĩ rằng tình hình ở bệnh viện công, như trong tình của tôi, thì CBYT không tiết lộ giới tính thai nhi. Hầu hết các trường hợp, bà mẹ biết điều đó từ các CSYT tư nhân. CSYT tư nhân không bao giờ ghi lại đâu, họ chỉ nói với bà mẹ giới tính thai nhi bằng miệng thôi (CSTS_Người hướng dẫn 3_MB).

Tại một số cơ sở y tế công cũng có quy định xử lý rõ ràng với các trường hợp vi phạm. Hơn nữa, nếu phát hiện có vi phạm, họ sẽ bị xử phạt. Việc này ảnh hưởng không chỉ về mặt tài chính mà còn bị xử lý dưới các hình thức khác. Ví dụ họ sẽ không được khen thưởng lao động tiên tiến hoặc cắt tiền thưởng cuối năm. Tuy nhiên, bác sĩ vẫn có thể vi phạm quy định, tiết lộ giới tính thai nhi khi khách hàng đến khám tại phòng khám tư của họ.

Cán bộ y tế trong hệ thống tư nhân

Hầu hết các CBYT công lập đều làm việc ngoài giờ tại các CSYT tư nhân. Tại tỉnh MN, 80% CBYT làm cả hai lĩnh vực, 20% chỉ làm tại các CSYT tư nhân (thường là các bác sĩ về hưu làm việc tại các BVĐK tư nhân). Công việc của họ rất bận rộn, họ thường hoạt động tại phòng khám tư trong giờ nghỉ trưa và buổi tối sau giờ làm. Các dịch vụ mà phòng khám tư cung cấp gồm có khám và điều trị sản khoa, khám thai bao gồm siêu âm và nạo hút thai (kể cả nạo hút thai to-điều không được phép thực hiện ở các phòng khám). Một số phòng khám còn trang bị máy siêu âm màu với giá dịch vụ rất cao (khoảng 400.000 đồng/một lần siêu âm), mức giá này là rất cao so với thu nhập của người dân địa phương.

Hầu hết những người làm tư nhân mà có làm việc tại các CSYT nhà nước biết đến quy định cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính thai nhi thông qua giao ban tại đơn vị họ công tác trong hệ thống công, qua các buổi tập huấn chuyên môn và qua thông tin đại chúng.

Tôi biết các quy định này thông qua các buổi đào tạo. Hơn nữa, tôi còn biết qua thông tin đại chúng và Internet. Thông tin có ở khắp nơi (CSTS_Người hướng dẫn 07_MB).

Ngược lại, những người chỉ làm tại các CSYT tư nhân có ít cơ hội tiếp cận các văn bản chính thức từ các cơ quan nhà nước, nhưng họ cũng biết được thông qua các phương tiện truyền thông đại chúng. Tuy nhiên, cũng phải nói thêm rằng, 80% cán bộ y tế tư nhân có tham gia công tác trong các bệnh viện công lập, vì vậy việc các cơ sở y tế tư nhân không được phổ biến, hướng dẫn về nghị định cũng không phải là vấn đề lớn.

Số liệu cho thấy việc tuân thủ quy định về cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước sinh ở các CSYT tư nhân rất kém, trong khi đó các cơ sở này không được theo dõi và kiểm tra thường xuyên (nhất là tại tỉnh MN). Lợi nhuận cũng là động lực chính của các CSYT tư nhân, họ sẽ đáp ứng các yêu cầu của khách hàng nếu họ muốn biết giới tính thai nhi. Nếu khách hàng hỏi mà họ không trả lời giới tính thai nhi thì khách hàng sẽ không quay lại nữa và CSYT có nguy cơ giảm thu nhập. Kết quả siêu âm giới tính cũng được tiết lộ nếu bác sĩ và khách hàng có mối quan hệ thân thiết.

Tôi nghĩ rằng trong phòng khám tư nhân, nếu bác sĩ phải thỏa mãn nhu cầu của khách hàng, số lượng khách hàng đến phòng khám của họ sẽ tăng lên. Nếu mọi người nghe thấy rằng bác sĩ nhất định không nói giới tính của thai nhi, họ sẽ không đến nữa (CSTS_Người hướng dẫn 11_MB).

Hơn nữa tại những cơ sở y tế tư nhân, các thủ tục hành chính khi sử dụng các dịch vụ (đặc biệt là các dịch vụ nạo phá thai) cũng đơn giản và thuận lợi hơn nhiều so với cơ sở công, và đây chính là cách thức để các cơ sở này hấp dẫn người sử dụng dịch vụ.

Trong đó có lý do là thủ tục hành chính rất đơn giản, đó là lý do cốt lõi và đồng thời coi như chi phí thì coi như là tôi không nói. Ở công lập chưa chắc đã rẻ hơn (CSTS_người thực hiện 03_MB).

Khách hàng

Số liệu nghiên cứu cũng cho thấy, người sử dụng dịch vụ y tế chủ yếu về quy định này qua các phương tiện thông tin đại chúng. Tuy nhiên, họ chưa được tham gia vào quá trình xây dựng quy định. Trong khi đó họ là đối tượng chịu tác động chính của qui định, quyết định tính hiệu quả và tính khả thi trong quá trình triển khai quy định, nhất là trong bối cảnh văn hóa “ưa thích con trai”. Vai trò của người sử dụng dịch vụ sẽ được phân tích sâu hơn ở phần “Các yếu tố ảnh hưởng đến quá trình nghị định”.

Các bên liên quan khác

Bên cạnh hệ thống dân số, thanh tra y tế, các nhà cung cấp dịch vụ và người sử dụng, là các bên liên quan có có ảnh hưởng nhất trong quá trình của quy định, các bên liên quan khác tham gia trong những giai đoạn nhất định của quá trình Nghị định, nhưng với một mức độ thấp hơn. Phần dưới đây sẽ mô tả mức độ tham gia và đặc điểm của các bên liên quan này đến quá trình Nghị định.

Các bộ ngành khác tham gia vào Nghị định

Các cơ quan bao gồm Bộ Tư pháp, Bộ VH-TT-DL, Bộ Kế hoạch và Đầu tư, Bộ Tài chính, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, Ủy ban của Quốc hội về các vấn đề xã hội là thành viên của ban soạn thảo nghị định. Họ chịu trách nhiệm hỗ trợ và tư vấn kỹ thuật liên quan đến lĩnh vực cụ thể của mình. Bộ VH-TT-DL cũng tham gia phối hợp với Bộ Y tế trong việc kiểm soát các ấn phẩm liên quan đến việc xác định giới tính và lựa chọn giới tính trước sinh.

Phòng quản lý hành nghề y dược tư nhân - SYT

Nhiệm vụ chính thức của phòng quản lý hành nghề y dược tư nhân là lập kế hoạch và quản lý hoạt động của các cơ sở y dược tư nhân trên địa bàn, trong đó bao gồm cả kiểm soát thực hiện Nghị định 104 này. Do nguồn lực còn hạn chế, số lượng cơ sở y tế tư nhân nhiều, khối lượng công việc lớn nên công tác kiểm tra giám sát về cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính khi sinh thường lồng ghép với hoạt động khác và chưa thực sự được ưu tiên trong chương trình làm việc của họ.

Phòng Y tế (PYT)

Nhiệm vụ của PYT là tham mưu cho chính quyền địa phương trong việc quản lý các chương trình y tế trong huyện, quản lý các TYT xã và các CSYT tư nhân trên địa bàn (cấp giấy phép/đăng ký, tiến hành thanh tra và giám sát, tiến hành xử phạt các cơ sở vi phạm).

Khi PYT nhận được hướng dẫn về Nghị định 104 từ SYT, phòng đã gửi cho các CSYT (kể cả CSYT tư nhân) do mình quản lý hoặc thông báo nội dung quy định này thông qua các buổi họp hàng tháng với các TYT. Họ có trách nhiệm đảm bảo rằng TYT và các CSYT tư nhân nhận thức và tuân thủ quy định.

Trong thực tế, Nghị định 104 không được coi là nhiệm vụ ưu tiên của Phòng Y tế. Tại tỉnh MN, không có hoạt động giám sát việc tuân thủ quy định nào được thực hiện bởi cơ quan này cho đến nay. Do TSGTKS không phải là vấn đề nổi cộm tại đây nên quy định này đã không được quan tâm. Trong khi đó, tại tỉnh MB, mặc dù phòng y tế có triển khai một số buổi giám sát nhưng không tìm thấy bằng chứng vi phạm quy định nào. Các buổi giám sát lồng ghép cũng được thực hiện ở cấp huyện (cán bộ PYT làm việc với cán bộ của phòng quản lý hành nghề y dược tư nhân của SYT hoặc với các TYT xã).

Trạm y tế xã

Ở cấp này không có hoạt động cụ thể nào được triển khai để kiểm soát việc lựa chọn giới tính khi sinh. Họ chỉ tập chung vào các hoạt động DS-KHHGD và tại một số xã, phải đến năm 2009 họ mới nhận được các văn bản về quy định/hướng dẫn từ PYT.

Một số TYT cũng cung cấp dịch vụ siêu âm, nhưng nhân viên tại đây không đủ trình độ và trang thiết bị cũng không hiện đại để có thể xác định giới tính thai nhi.

Hội Phụ nữ

Đây là tổ chức chính trị xã hội có tham gia vào việc thực hiện quy định. Tổ chức này cũng có một hệ thống ngành dọc tương ứng với hệ thống hành chính. Liên quan tới Nghị định 104, các hoạt động chính mà Hội phụ nữ thực hiện là tổ chức tuyên truyền, vận động, hội thảo về các vấn đề dân số và bình đẳng giới cho các hội viên phụ nữ.

Chính quyền địa phương

Ở mỗi cấp hành chính có một ban chỉ đạo DS-KHHGD do phó chủ tịch UBND là người đứng đầu, các thành viên bao gồm tất cả các ban ngành trong xã/huyện/tỉnh. Ngành y tế tham mưu cho UBND các cấp về các vấn đề DS-KHHGD. Trên cơ sở ý kiến tham mưu này UBND ban hành hướng dẫn cho từng ban ngành và các ban ngành sẽ chịu trách nhiệm chỉ đạo và triển khai hoạt động trong hệ thống ngành dọc của họ và phối hợp với các ban ngành khác trong những hoạt động liên quan.

Các ban ngành đáng lẽ cần tham gia Nghị định nhưng chưa được tham gia

Theo đề xuất của Tổng cục DS-KHHGD, những ban ngành cần tham gia vào quá trình thực hiện Nghị định (tuy nhiên không được đề cập đến trong Nghị định cũng như trong những văn bản hướng dân khác) là ngành công an, giáo dục và LĐ-TB-XH. Ngành công an chịu trách nhiệm kiểm tra và xử lý các trường hợp vi phạm, ngành giáo dục chịu trách nhiệm giáo dục bình đẳng giới, các chính sách vì sự tiến bộ của phụ nữ và Bộ LĐ-TB-XH chịu trách nhiệm xây dựng các chính sách ưu đãi cho phụ nữ và các gia đình chỉ có con gái.

4.2.4. Các yếu tố ảnh hưởng tới quá trình của nghị định

4.2.4.1. Sự ưa thích con trai và chính sách quy mô gia đình nhỏ

Một trong những yếu tố góp phần vào xu hướng ngày càng tăng của tỷ số giới tính khi sinh ở Việt Nam là sự mâu thuẫn giữa hai mục tiêu trong chính sách dân số của Chính phủ là mục tiêu đảm bảo quy mô gia đình nhỏ và nỗ lực để đảm bảo cân bằng về giới tính. Chính sách quy mô gia đình nhỏ là một chính sách dân số của chính phủ Việt Nam nhằm kiểm soát mức sinh và hạn chế số

con trong một gia đình. Ở Việt Nam, chính sách này bắt đầu có từ rất sớm từ năm 1961. Thông qua chính sách này, Chính phủ hy vọng sẽ ngăn chặn được sự bùng nổ dân số có thể làm ảnh hưởng tiêu cực tới sự phát triển của đất nước và để đảm bảo điều kiện tốt hơn cho các gia đình trong việc chăm sóc con cái của họ về y tế, giáo dục và phát triển cá nhân bằng cách giữ quy mô gia đình nhỏ. Trong quá trình thực hiện của chính sách hiện nay, cán bộ nhà nước sinh con thứ ba sẽ bị chậm tăng lương hoặc chậm được đề bạt vào các vị trí lãnh đạo. Ngoài ra Đảng viên và công chức nếu không chấp hành đúng chính sách cũng sẽ bị khiển trách.

Bên cạnh đó, hiện tượng ưa thích con trai vẫn còn phổ biến, đặc biệt tại MB, nơi đạo Khổng vẫn còn ảnh hưởng mạnh mẽ. Văn hóa ưa thích con trai cộng với áp lực giữ quy mô gia đình nhỏ khiến phụ nữ mang thai phải tìm kiếm các dịch vụ xác định giới tính thai và nạo phá thai để lựa chọn giới tính.

Theo số liệu của Tổng điều tra dân số 2009, tỷ lệ mất cân bằng giới tính khi sinh cao nhất là 115,4 tại khu vực Đồng bằng châu thổ sông Hồng và thấp nhất là tại Tây Nguyên ở mức 105,6 [48 - 52], [56 - 58]. Số liệu của các khu vực được trình bày trong bảng 12.

Bảng 12: Xu hướng TSGTKS theo năm tại các khu vực tại Việt Nam trong giai đoạn 2001- 2009

Năm	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2009
Toàn quốc	109	107	104	108	106	110	111	110,5
Đồng bằng sông Hồng	106	110	105	107	108	108	113	115,3
Đông Bắc	112	107	102	108	105	122	112	
Tây Bắc	110	104	102	111	98	108	106	108,5
Bắc Trung bộ	113	102	102	100	98	114	114	109,7
Nam Trung bộ	112	106	118	116	113	111	111	
Tây nguyên	96	104	98	107	109	108	111	105,6
Đông Nam bộ	111	111	100	111	108	102	110	109,9
Đồng bằng sông Cửu Long	111	105	105	107	104	110	110	109,9

Bảng 13 mô tả sự khác biệt TSGTKS tại hai tỉnh nghiên cứu. Trong 5 năm qua, tỷ số giới tính khi sinh ở 1 tỉnh MN có xu hướng giảm và tỷ số giới tính khi sinh của tỉnh này cũng chưa lúc nào ở mức cao. Ngược lại, ở tỉnh MB, TSGTKS luôn ở mức cao. Phải lưu ý rằng, khó có thể xác định chính xác TSGTKS ở mức độ tỉnh nếu tổng số ca sinh dưới 10 000 ca.

Bảng 13: TSGTKS theo năm tại tỉnh MB và MN trong giai đoạn 2006-2010

Năm	Tỉnh miền Bắc	Tỉnh miền Nam
2006	123	115
2007	121	110
2008	119	112
2009	122	107,7
2010	119	104,9

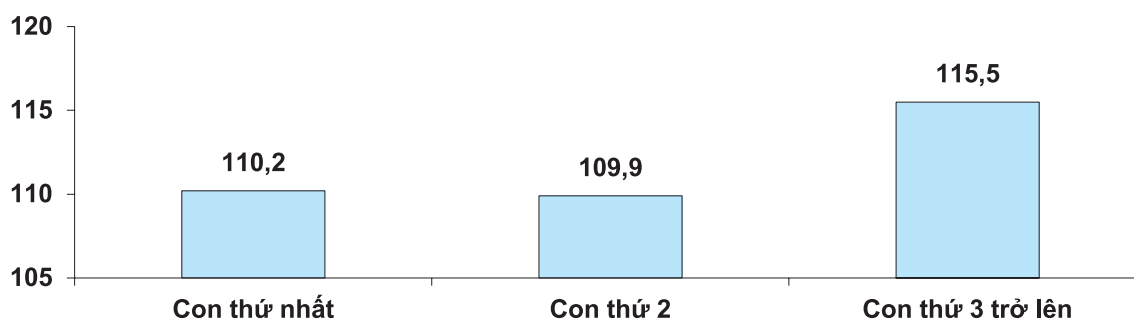
Nguồn: Chi cục DS-KHHGD tỉnh 2011

Ở tỉnh MN, tình trạng các hoạt động theo dõi giám sát để đảm bảo nghị định được thực hiện nghiêm còn ít được tiến hành trong khi tỷ số giới tính khi sinh ở tỉnh này vẫn ở mức thấp có thể là bằng chứng cho thấy tác động của nghị định không mạnh bằng ảnh hưởng của bối cảnh văn hóa.

Người dân thích con trai vì nhiều lý do: nối dõi tông đường, để nương tựa khi về già, để thờ cúng tổ tiên, có thêm lao động cho gia đình, và khi con trai kết hôn thì có thêm nhân công lao động cho gia đình. Vai vế của người chồng trong gia đình và cộng đồng cũng bị ảnh hưởng nếu người đó không có con trai, ví dụ như tại một số nơi, những ông bố không có con trai không được phép ngồi cùng mâm với những người đàn ông khác có con trai. Phụ nữ cũng phải chịu nhiều áp lực từ gia đình và cộng đồng trong việc có con trai. Nếu người phụ nữ không sinh được con trai thì hạnh phúc của gia đình cũng bị ảnh hưởng: người chồng có thể tìm một người phụ nữ khác có thể giúp họ có một con trai. Điều này càng thể hiện rõ ràng hơn khi người chồng là con trai duy nhất trong gia đình.

Ai cũng làm thế, dù là người giàu hay người nghèo. Nếu con đầu lòng của họ là con gái thì kiểu gì họ cũng muốn có một đứa con trai. Phụ nữ là người chịu nhiều áp lực nhất. Ví dụ một đồng nghiệp của tôi có chồng làm trong quân đội và cô ấy cũng làm y tá như tôi. Cô ấy bây giờ có hai đứa con gái rồi. Hồi đi siêu âm đứa thứ hai thấy bảo là con gái, chồng cô ấy rất buồn. Khi sinh thì chồng cô ấy đi công tác xa nhà. Lúc trở về biết chắc là vợ mình sinh con gái, anh ta nói "Vợ tôi lại sinh con gái, kiểu này tôi phải làm thêm đứa nữa" (CSTS_người sử dụng 01_MB).

Các nguyên nhân văn hóa – xã hội của vấn đề ưa thích con trai cũng liên quan tới nguyên nhân kinh tế. Phụ nữ có ít cơ hội việc làm hơn nam giới. Nhiều nhà tuyển dụng không thích nhân viên của họ là nữ vì bị phân tán bởi các vấn đề gia đình và họ cũng cho rằng phụ nữ thường có thể chất yếu hơn, công việc bị gián đoạn vì nghỉ thai sản và cũng không có năng lực làm việc bằng nam giới. Theo phong tục Việt Nam, con trai cũng thường được hưởng tài sản thừa kế nhiều hơn so với con gái.



Hình 9: Tỷ số giới tính khi sinh theo lần sinh

Biểu đồ trên cho thấy tình trạng mất cân bằng TSGTKS xảy ra ngay ở lần sinh đầu, nhưng cao nhất ở lần sinh thứ 3 Tỷ số này là 110,2 trong nhóm con đầu lòng, tăng lên mức 109,9 trong nhóm con thứ hai và đạt 115,5 trong nhóm con thứ ba. Điều này cho thấy “mong muốn có con trai” là rất lớn trong các gia đình Việt Nam, đặc biệt khi họ hai lần không đẻ được con trai.

Trong bối cảnh đó, chính sách kiểm soát dân số (quy mô gia đình nhỏ) lại mâu thuẫn trực tiếp với nỗ lực của chính phủ về tình trạng mất cân bằng TSGTKS bằng cách cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính thai nhi. Vấn đề quan trọng là mâu thuẫn này vẫn chưa có hướng giải quyết cụ thể.

4.2.4.2. Cam kết của chính quyền trong thực hiện nghị định còn yếu

Rất nhiều bằng chứng cho thấy sự cam kết của các cấp chính quyền trong các quá trình của nghị định còn chưa cao. Trước hết, các nguồn lực phân bổ cho việc thực hiện nghị định còn hết sức hạn chế. Một số tỉnh được đầu tư thực hiện dự án giảm mất cân bằng giới tính, tuy nhiên, ngân sách dự án cho mỗi tỉnh còn rất hạn hẹp, chỉ khoảng 200 triệu/năm. Ở các tỉnh ngoài dự án, không có kinh phí riêng cho hoạt động liên quan đến giảm TSGTKS. Mỗi tỉnh phải tự huy động một phần ngân sách thường xuyên cho các hoạt động này. Các hoạt động thanh tra, giám sát vẫn chưa được thực hiện đầy đủ. Điều này có liên quan mật thiết tới việc thiếu kinh phí và nhân lực. Mặc dù đây là một vấn đề rộng cần có sự tham gia của nhiều ban ngành khác nhau nhưng chính quyền địa phương ở các tỉnh vẫn chưa tham gia chủ động vào việc điều phối hoạt động của các ban ngành ở địa phương mình thực hiện các quá trình của nghị định. Trong khi nhiệm vụ của họ là phối hợp hoạt động của các ban ngành khác nhau, họ lại không có một cơ chế rõ ràng đồng thời họ cũng không phân bổ ngân sách cho vấn đề này. Điều này xảy ra ở cả 2 tỉnh nghiên cứu. Với những vấn đề nhạy cảm như cân bằng TSGTKS, sự cam kết của chính phủ là điều vô cùng cần thiết. Những bằng chứng nêu trên cho thấy đây là điều cần phải cải thiện rất nhiều trong tương lai.

Bên cạnh đó sự ủng hộ của chính quyền địa phương đối với quy định về cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước sinh không đồng đều giữa các địa phương. Kết quả cũng cho thấy việc triển khai quy định về cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước sinh có sự khác nhau giữa hai tỉnh. Tại tỉnh MB, việc triển khai quy

định này tốt hơn so với tỉnh MN. Có thể do việc mất cân bằng TSGTKS chưa phải là vấn đề lớn ở và vấn đề ưa thích con trai tại đây cũng không nghiêm trọng.

Ở tỉnh MB, sự ủng hộ của chính quyền đã được ghi nhận. Chính quyền địa phương đã lồng ghép dự án cân bằng TSGTKS tại địa phương năm 2011 vào Nghị quyết của tỉnh ủy. Điều này nghĩa là đây không chỉ là nhiệm vụ của ngành y tế và dân số mà là của toàn xã hội. Tuy nhiên cũng cần phải công nhận rằng mặc dù sự ủng hộ của chính quyền là rất quan trọng nhưng dù chính quyền ở tỉnh MB có hỗ trợ nhiều hơn so với thì hiệu quả vẫn thấp do việc hỗ trợ này chủ yếu nhằm vào cấm hành vi chẩn đoán và lựa chọn giới tính trong khi việc thúc đẩy bình đẳng giới vẫn chưa được quan tâm thích đáng.

4.2.4.3. Hành vi nạo phá thai có khác biệt giữa các vùng

Phá thai là rất phổ biến tại Việt Nam, nơi có tỷ lệ phá thai cao nhất thế giới [56]. Các số liệu thống kê cho thấy, tổng số các trường hợp phá thai là tương đương với số ca sinh hàng năm và một phụ nữ có trung bình hơn ba lần phá thai trong suốt cuộc đời của họ. Các điều tra gần đây cho thấy, tỷ số nạo phá thai của các cặp vợ chồng ở Việt Nam khoảng 27-30% so với trẻ sinh ra sống.

Trong một số trường hợp, chẩn đoán giới tính dẫn đến việc phá thai ở giai đoạn cuối của thai kỳ và điều này hay gặp ở khu vực phía Bắc hơn. Bằng chứng từ một nghiên cứu tiến hành tại một bệnh viện Phụ sản năm 2008 cho thấy trong số 154 phụ nữ nạo phá thai ở tuần 17- 22 của thai kỳ thì có tới 18,2% phá thai do lựa chọn giới tính (46) và số lượng thực sự có thể cao hơn bởi vì phụ nữ có thể không tiết lộ lý do thực sự tại sao họ phá bỏ thai. Điều này là phù hợp với tình trạng ưa thích con trai ở miền Bắc mạnh hơn tại miền Nam. Hơn nữa, người dân miền Nam không muốn phải phá thai bởi vì họ tin rằng điều này là vô đạo đức và người thực hiện sẽ phải gánh chịu hậu quả nặng nề ở kiếp sau. Nhưng tại tỉnh MB, nhiều người sẵn sàng phá thai nếu giới tính đứa trẻ không như họ mong muốn.

Những người cố gắng để có một đứa con thứ ba sẽ giữ bí mật. Trong thực tế chúng tôi biết có những người mang thai đứa con thứ ba đang cố gắng trì hoãn thời gian phá thai cho đến khi thai lớn hơn (giai đoạn cuối của thời kỳ thai kỳ) cho đến khi biết chắc chắn giới tính của đứa trẻ. Nếu nó không được như mong đợi, họ sẽ phá thai (CSTS_Người hướng dẫn 18_MB).

4.2.4.4. Ảnh hưởng của hệ thống y tế tới hiệu quả của quy định cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước sinh

Kết quả nghiên cứu cho thấy các điều kiện cần có để triển khai hiệu quả quy định về cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước sinh chưa được đáp ứng trong quy trình Nghị định. Các rào cản gồm có trách nhiệm giải trình của các bên liên quan kém, thiếu nguồn nhân lực và tài lực, thiếu cơ chế phản hồi, việc tái cơ cấu tổ chức, quản lý khu vực y tế tư nhân còn yếu và quản lý thông tin kém. Những rào cản này sẽ được bàn luận lần lượt trong phần dưới đây:

1. Ở giai đoạn xây dựng Nghị định, vấn đề bình đẳng giới cũng không được nhấn mạnh trọng nội dung Nghị định này. Những đối tượng của Nghị định như phụ nữ, những người cung cấp dịch vụ không được tham gia vào quá trình xây dựng Nghị định. Bản dự thảo quy định về cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước sinh có được đưa lên trang web của Chính phủ nhưng chỉ có tính chất thông báo là chủ yếu chứ không phải là kênh để thu nhận phản hồi. Thêm vào đó, cũng không có nhiều người có khả năng tiếp cận nguồn thông tin này.
2. Việc hướng dẫn triển khai Nghị định cũng còn hạn chế. Hầu như, thông tin về nghị định chỉ được phổ biến một lần duy nhất đến nhân viên các cơ quan y tế. Việc tập huấn không được triển khai thường xuyên và chỉ diễn ra chủ yếu tại các cơ sở công lập. Các cơ sở tư nhân có rất ít cơ hội tiếp cận với các thông tin về Nghị định bằng con đường chính thống của các cơ quan quản lý, đặc biệt là thông tin về xử phạt các vi phạm. Việc thông tin về Nghị định được phổ biến với tần số thấp có thể ảnh hưởng tới nhận thức của người cung cấp dịch vụ về tầm quan trọng cũng như tính bắt buộc của Nghị định. Ngoài ra, những người làm y tế tư nhân thuần túy (không làm việc ở hệ thống công lập) có rất ít cơ hội tiếp cận với các kênh thông tin chính thống về Nghị định, đặc biệt là các thông tin về xử phạt vi phạm. Thực tế cho thấy có rất nhiều người cung cấp dịch vụ không biết về Nghị định 114 (xử phạt hành chính các vi phạm về dân số và trẻ em) và quy định các mức phạt cụ thể cho các hành vi vi phạm khác nhau.
3. Đề án “giảm thiểu mất cân bằng giới tính khi sinh” chỉ tập trung vào 11 tỉnh có tình trạng mất cân bằng TSGTKS nghiêm trọng nhất vào năm 2009 do thiếu nguồn hỗ trợ của Nhà nước. Phải đến năm 2011 mới bắt đầu mở rộng ra 43 tỉnh thành [59]. Tuy nhiên, nguồn tài chính dành cho hoạt động này cũng rất thấp (200 triệu/mỗi tỉnh/năm). Những tỉnh không thuộc dự án, không có nguồn ngân sách nào riêng biệt mà việc triển khai nghị định phải trích từ các nguồn ngân sách y tế/dân số thường xuyên khác.
4. Cơ chế phản hồi cũng chưa được thể hiện rõ ràng. Các hoạt động giám sát và thanh tra diễn ra không thường xuyên và không chỉ tập trung vào quy định về cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước sinh. Các rào cản đối với việc thanh kiểm tra hiệu quả và khả năng thu thập bằng chứng về vi phạm của thanh tra còn kém, thanh tra không có quyền xử phạt các vi phạm trực tiếp ngay trong buổi thanh tra, khối lượng công việc quá lớn, thanh tra không có chuyên môn về dân số do thiếu tập huấn.
5. Việc tái cấu trúc lại hệ thống dân số vào năm 2007 đã gây nên sự thiếu ổn định của hệ thống dân số và làm chậm quá trình hướng dẫn và triển khai nghị định. Thiếu nhân sự và khó khăn trong việc tuyển người có năng lực do lương thưởng quá thấp là những vấn đề ngành dân số gặp phải.
6. TTDS-KHHGD huyện không có thẩm quyền trực tiếp đối với TYT xã. Họ cần thông qua PYT để triển khai các hoạt động dân số nói chung và nghị

định cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước sinh nói riêng, do vậy hiệu quả của công tác triển khai quy định tại các TYT xã cũng thấp đi.

7. Việc triển khai quy định cần có sự phối hợp của các ban ngành khác nhau dưới sự điều phối của ngành dân số ở các cấp. Tuy nhiên, thực tế cho thấy các ban ngành khác tham gia rất hạn chế. Không có cơ chế phối hợp rõ ràng giữa ngành dân số, y tế, văn hóa – thông tin – du lịch và các tổ chức, ban ngành khác.
8. Quản lý các cơ sở y tế tư nhân còn yếu. Thiếu nhân lực, giám sát không thường xuyên là nguyên nhân góp phần dẫn đến vi phạm quy định tại các CSYT tư nhân. Nhiều CSYT tư nhân vẫn cung cấp dịch vụ xác định giới tính thai nhi và nạo phá thai ở giai đoạn muộn của thai kỳ. Tuy nhiên, không có hình thức xử phạt nào được áp dụng.
9. Hệ thống quản lý thông tin cũng không chính xác, đặc biệt là đối với vấn đề nạo phá thai. Hầu hết các số liệu thống kê về nạo phá thai là của các cơ sở công lập. Kể cả trong hệ thống y tế công, báo cáo về nạo phá thai cũng không phân rõ số lượng phá thai theo tuổi thai (ví dụ: dưới 6 tuần, 6-12 tuần và trên 12 tuần). Lý do phá thai cũng được ghi nhận nhưng thường không chính xác do đây vẫn là vấn đề nhạy cảm (nhất là khi phá thai do lựa chọn giới tính thai). Việc này khiến cho công tác quản lý việc thực hiện nghị định và đánh giá hiệu quả rất khó khăn.

4.2.4.5. Toàn cầu hóa và thị trường hóa lĩnh vực y tế

Tốc độ tăng trưởng nhanh chóng của lĩnh vực y tế tư nhân trong những năm gần đây đã cho phép các cơ sở y tế để áp dụng các dịch vụ công nghệ cao cho việc chăm sóc sức khỏe bà mẹ như siêu âm, xét nghiệm nhanh. Người giàu và có trình độ học vấn cao, chủ yếu sống tại các khu vực đô thị thường được tiếp cận với những kỹ thuật này. Theo số liệu tổng điều tra dân số 2009, kỹ thuật siêu âm lần đầu tiên xuất hiện ở Việt Nam năm 1994 nhưng chất lượng và số lượng của thiết bị tại thời điểm đó vẫn còn rất hạn chế. Chỉ đến năm 2006, kỹ thuật siêu âm mới trở nên phổ biến và mức độ hiện đại của máy siêu âm lúc đó cũng nở rộ ở Việt Nam và điều này cũng phù hợp với sự gia tăng tỷ số giới tính khi sinh từ năm 2006 [60]. Tính sẵn có của Internet và các ấn phẩm khác cho phép mọi người dễ dàng tiếp cận các thông tin hướng dẫn lựa chọn giới tính thai nhi.

Trong nền kinh tế thị trường tại Việt Nam, khách hàng có thể yêu cầu được sử dụng các dịch vụ khi họ trả tiền. Do đó, những người cung cấp dịch vụ y tế thường cung cấp các dịch vụ cho người bệnh dựa trên nhu cầu của họ. Khách hàng cũng thích sử dụng DVYT tư nhân hơn vì các bác sĩ tư dễ dàng hơn trong việc tiết lộ giới tính thai nhi cho họ. Cả người sử dụng và người cung cấp dịch vụ đều chịu tác động của bối cảnh mà trong đó có sự mâu thuẫn giữa vấn đề ưa thích con trai và chính sách quy mô gia đình nhỏ. Đôi khi, bác sĩ tiết lộ giới tính của đứa trẻ vì họ hiểu áp lực mà người phụ nữ phải chịu và họ muốn giúp bà mẹ biết giới tính con mình. Việc này đúng với cả khu vực y tế công và tư, nhưng

CSYT tư nhân chịu ảnh hưởng của thị trường nhiều hơn và do vậy họ đáp ứng nhu cầu chẩn đoán giới tính nhiều hơn. Đồng thời, việc quản lý các CSYT tư nhân cũng lỏng lẻo hơn các CSYT nhà nước.

4.2.5. Hiệu quả của quy định

Từ những kết quả của nghiên cứu này có thể thấy quy định này không được đạt được mục tiêu giảm mất cân bằng TSGTKS và cũng không được các đối tượng liên quan tuân thủ đầy đủ các quy định về cấm chẩn đoán và lựa chọn giới tính. Tuy vậy, quy định cũng có hiệu quả nhất định trong việc thay đổi nhân thức và thái độ của người cung cấp dịch vụ y tế, người quản lý y tế và một bộ phận cộng đồng.

4.2.5.1. Việc tuân thủ Nghị định còn hạn chế

Nghị định được xây dựng để đạt được mục tiêu sau:

- Các dịch vụ chẩn đoán và xác định giới tính (bao gồm các dịch vụ chăm sóc trước sinh và việc phổ biến các thông tin về xác định và lựa chọn giới tính) không được cung cấp.
- Không thực hiện phá thai do lựa chọn giới tính.
- Về lâu dài, TSGTKS được đưa về mức cân bằng tự nhiên.

Đầu tiên, số liệu thu thập được cho thấy các hiệu sách và nhà xuất bản chấp hành chưa tốt quy định. Các ấn phẩm xuất bản và trang web có các thông tin liên quan đến lựa chọn giới tính vẫn còn khá phổ biến. Tuy nhiên, cũng cần lưu ý là thông tin về việc chẩn đoán và lựa chọn giới tính trên các trang web trong nước đã giảm đi nhưng trên các trang web nước ngoài vẫn còn nhiều và không được xử lý trong giai đoạn 2009 - 2011. Trong giai đoạn này, thanh tra Tổng cục DS-KHHGD đã thanh tra 74 cơ sở xuất bản và kinh doanh các ấn phẩm văn hóa và hầu hết các cơ sở này đều có vi phạm [61]. Kết quả được trình bày ở bảng dưới đây.

Bảng 14: Các cơ sở xuất bản và kinh doanh ấn phẩm văn hóa vi phạm nghị định 104 trong giai đoạn 2009 – 2011

Nội dung	Số lượng
Số lượng tỉnh được thanh tra	10
Số lượng các cơ sở được thanh tra, trong đó:	74
Nhà xuất bản	12
Công ty phát hành sách	11
Hiệu sách	50
Trang Web	13
Số lượng sản phẩm/đơn vị vi phạm	48
Sách	11 (92%)
Nhà xuất bản	
Trang Web	13 (100%)

Tại các CSYT, việc vi phạm cũng được Tổng cục DS-KHHGD phát hiện. Trong vòng 3 năm từ 2009 – 2011, Tổng cục DS-KHHGD đã thanh tra một số CSYT trong cả nước và báo cáo về các vi phạm này được tổng hợp trong bảng dưới đây.

Bảng 15: Kết quả thanh tra các CSYT về chẩn đoán và lựa chọn giới tính trước sinh tại Việt Nam giai đoạn 2009-2011

Nội dung	2009		2010		2011	
	Số được thanh tra	Số vi phạm	Số được thanh tra	Số vi phạm	Số được thanh tra	Số vi phạm

Xác định giới tính trước sinh

Số tỉnh	4		3		5	
Số CSYT	28	2	19	2	35	2
Số trường hợp siêu âm	6361	151	67751	108	83192	1 (CSYT)
Số trường hợp tư vấn nạo phá thai						1 (CSYT)

Phá thai lựa chọn giới tính

Số ca phá thai	3245	Trong 27 ca nạo thai ở tuần 12 hoặc muộn hơn, có 7 ca không có lý do rõ ràng và nghi ngờ do lựa chọn giới tính	Không rõ	Không có vi phạm được phát hiện	18496	Không có vi phạm được phát hiện
----------------	------	--	----------	---------------------------------	-------	---------------------------------

Bảng trên cho thấy số CSYT vi phạm nghị định bị phát hiện là rất thấp. Tuy nhiên con số thực tế chắc chắn cao hơn vì hiện tượng bác sĩ nói cho bà mẹ giới tính của thai nhi diễn ra rất phổ biến. Điều này được phản ánh qua thực tế là rất nhiều bà mẹ biết giới tính của con mình trước khi sinh [55].

Số liệu về phá thai do lựa chọn giới tính không thể thu thập trực tiếp vì ít khi được ghi chép lại. Nhưng cũng có thể suy ra được điều này khi TSGTKS vẫn không ngừng tăng lên. Mặc dù các báo cáo thanh tra không cung cấp các bằng chứng về việc phá thai do lựa chọn giới tính nhưng một số nghiên cứu quy mô nhỏ đã chỉ ra tỷ lệ phá thai do lựa chọn giới tính ở Việt Nam. Ví dụ, nghiên cứu được tiến hành trên 154 ca phá thai ở thai kỳ thứ 2 và thứ 3 (17– 22 tuần) trong

năm 2008 tại một BV Phụ sản cho thấy 18% số ca phá thai là do lựa chọn giới tính. Một nghiên cứu khác của UNFPA năm 2010 ước tính tỷ lệ phá thai do lựa chọn giới tính trong nhóm bà mẹ có một con là khoảng 2%. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng khoảng 8% trong số các bà mẹ không có con trai đã từng phá thai vì lựa chọn giới tính. Những người cung cấp thông tin trong nghiên cứu này cũng đồng ý rằng phá thai lựa chọn giới tính thường được thực hiện tại các CSYT tư nhân, hoặc nếu nạo phá thai ở cơ sở y tế công thì lý do nạo phá thai cũng thường khai không chính xác.

Không có bằng chứng, họ bảo là tôi thực hiện sinh đẻ có kế hoạch, tôi đi phá thai. Kể cả ở bệnh viện chúng tôi cũng vậy, họ có thai 2,5 tháng, 3 tháng, còn cái chuyện có biết giới tính không, không biết, nhưng họ nói họ vỡ kế hoạch sinh con lần thứ 3, họ đi làm thì chúng tôi phải làm, mà phải có cam kết (CSTS_ Người triển khai 02_MB).

Việc tuân thủ quy định cũng khác nhau giữa các CSYT tư nhân và nhà nước. Một số cơ sở tuân thủ nghiêm túc nhưng một số khác thì không. Các CSYT tư nhân thường tuân thủ kém hơn do lợi nhuận.

Nhưng thực tế là ở bệnh viện muốn biết con trai hay con gái thì bọn mình không nói đâu. Nhưng đa số là người ta sẽ bằng mọi cách, như ở phòng khám tư ý, họ cũng nói là các chị chả nói thì bọn em thiếu gì cách (CSTS_ Người triển khai 01_MB).

Hầu hết các bà mẹ mang thai biết giới tính thai nhi trước khi sinh nhưng thanh tra không phát hiện được bất cứ trường hợp vi phạm nào do thiếu bằng chứng. Theo kết quả điều tra dân số năm 2006, tỷ lệ bà mẹ biết giới tính thai nhi trước sinh là 63.5% trên toàn quốc, 81.1% tại khu vực thành thị và 87.2% trong nhóm các bà mẹ có trình độ đại học.

Điều này không những được những đối tượng phỏng vấn khẳng định mà còn thông qua số liệu thứ cấp. Bảng sau so sánh số vi phạm giữa các CSYT tư nhân và nhà nước với số liệu từ các báo cáo thanh tra.

Bảng 16: Việc tuân thủ quy định giữa CSYT tư nhân và công lập tại Việt Nam trong giai đoạn 2009-2011

Năm	CSYT nhà nước	CSYT tư nhân
2009	Không có vi phạm được phát hiện	2 CSYT cung cấp dịch vụ chẩn đoán giới tính trước sinh bằng siêu âm. Nhận thức về Nghị định còn thấp.
2010	Không có vi phạm được phát hiện	2 CSYT cung cấp dịch vụ siêu âm và tư vấn
2011	Không có vi phạm được phát hiện	2 CSYT cung cấp dịch vụ siêu âm và tư vấn

Mặc dù Nghị định được xây dựng để đảm bảo cân bằng tỷ số giới tính khi sinh trên toàn quốc, nhưng số liệu cho thấy tỷ số giới tính khi sinh không có xu hướng giảm đi từ khi Nghị định này được ban hành. Cần lưu ý rằng, xu hướng của tỷ số giới tính khi sinh giữa các vùng của Việt Nam tương đối khác nhau. Cả nước có 6/7 vùng có tỷ số giới tính khi sinh trên mức bình thường (trừ khu vực Tây Nguyên), trong đó tỷ số giới tính khi sinh cao nhất ở vùng đồng bằng Bắc Bộ [60]. Hình 6 minh họa xu hướng TSGTKS ngày càng tăng lên kể từ khi ban hành Nghị định. Trong năm 2009, thời điểm cuộc Tổng điều tra dân số được triển khai, TSGTKS vẫn ở mức 110,5 và năm 2011 là 112,3 tức là sau một loạt các quy định và văn bản hướng dẫn đã được ban hành, cao hơn năm 2003 khi quy định này chính thức có hiệu lực.

Mặc dù việc vi phạm Nghị định vẫn còn phổ biến, Nghị định này cũng có một số hiệu quả nhất định trong việc thay đổi nhận thức của người cung cấp dịch vụ và một bộ phận dân cư. Hầu hết những người cung cấp dịch vụ đã biết rằng tiết lộ giới tính thai nhi là bất hợp pháp, họ không biết đến điều này trong quá khứ. Thay vì viết ra kết quả chẩn đoán giới tính thai nhi một cách công khai, người cung cấp dịch vụ chỉ nói miệng và dùng các ký hiệu hoặc tiết lộ giới tính một cách “lén lút” hơn rất nhiều so với khi chưa có nghị định.

Tại các CSYT tư nhân, họ không nói trực tiếp giới đấy là con trai hay con gái. Họ chỉ nói rằng đứa bé này giống bố hay giống mẹ. Rất khó để kết luận đấy là vi phạm (CSTS_Người hướng dẫn 07_MB).

4.2.5.2. Những tác động không mong muốn của Nghị định

Việc triển khai không tốt Nghị định có thể dẫn tới một số hậu quả về sức khỏe cho bà mẹ. Việc nghiêm cấm hoàn toàn việc chẩn đoán và lựa chọn giới tính có thể cản trở việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản đảm bảo chất lượng (nạo phá thai an toàn), có thể khiến các bà mẹ phá thai chui khi thai đã lớn. Phá thai ở giai đoạn muộn do lý do lựa chọn giới tính là hành vi vi phạm Nghị định, có thể gây ra các nguy cơ sức khỏe nghiêm trọng và có thể gây tử vong mẹ. Phá thai do lựa chọn giới tính là hành động đi ngược lại y đức.

4.2.6. Kết luận và khuyến nghị

4.2.6.1. Kết luận

Mặc dù có sự thay đổi nhận thức và thái độ của người cung cấp dịch vụ, người quản lý y tế và của một bộ phận nhỏ cộng đồng, Nghị định đã không đạt được mục tiêu làm giảm mất cân bằng TSGTKS và việc tuân thủ quy định của các CSYT.

Quy trình: quy trình Nghị định cũng tương tự như với các Nghị định khác của ngành y tế. Quá trình hướng dẫn, triển khai Nghị định diễn ra tương đối rõ ràng và minh bạch (ngoại trừ Nghị định xử phạt). Tuy nhiên, có các hạn chế trong quá trình thực hiện và TD-ĐG. Các CSYT chưa tuân thủ nghiêm túc Nghị định và có sự khác biệt về việc tuân thủ Nghị định giữa các cơ sở y tế nhà nước và tư nhân. Hoạt động theo dõi-đánh giá không được thực hiện thường xuyên và cũng không bao phủ được toàn bộ các CSYT tư nhân.

Các bên liên quan: Ngành y tế và dân số đóng vai trò quan trọng nhất trong quy trình Nghị định. Tuy nhiên, cả hai ngành này vẫn thiếu nhân lực cả về chất lượng và số lượng để triển khai quy định này. Động lực và ưu đãi cho các bên liên quan cũng quá thấp.

Vấn đề quản lý điều hành trong quy trình nghị định chưa tốt. Động lực thấp, thiếu trách nhiệm giải trình, thiếu thông tin và các tiêu chuẩn minh bạch là một số nguyên nhân của tình trạng này.

Có nhiều yếu tố khiến việc triển khai quy định chưa được hiệu quả, bao gồm các yếu tố liên quan đến văn hóa, hệ thống y tế và các yếu tố kinh tế xã hội, trong đó yếu tố văn hóa (ưa thích con trai) là yếu tố ảnh hưởng lớn nhất. Điều này đồng nghĩa với việc nghị định cấm các hành vi chẩn đoán và lựa chọn giới tính là hết sức cần thiết và các biện pháp đảm bảo cho quy định này được thực thi phải được thực hiện một cách thấu đáo, nghiêm túc. Tuy nhiên chỉ có như vậy thì chưa đủ, tất cả các yếu tố ảnh hưởng nêu trên đều cần phải được quan tâm đúng mức.

4.2.6.2. Khuyến nghị

Để thu hẹp khoảng cách giữa việc thực hiện và mục tiêu của Nghị định, cần giải quyết cả vấn đề về quản lý điều hành và bình đẳng giới.

Đối với Bộ Y tế và các Sở Y tế

Khuyến nghị nâng cao hiệu quả công tác quản lý nhà nước

Phần này trình bày các khuyến nghị nhằm thực hiện tốt hơn công tác quản lý nhà nước đối với thực hiện các quy định cấm xác định và lựa chọn giới tính ở tất cả các cấp:

- Trách nhiệm giải trình của các ban ngành là điểm yếu nhất trong quy trình Nghị định, do vậy vấn đề này cần được giải quyết thông qua các biện pháp sau: 1) Mời chính quyền địa phương tham gia vào quy trình của nghị định; 2) tăng cường việc truyền thông về nghị định cho tất cả các ban ngành; 3) Tăng cường công tác TD-ĐG đối với các cơ sở cung cấp dịch vụ xác định giới tính và nạo phá thai (nâng cao năng lực cho thanh tra, tăng giám sát), đặc biệt là các cơ sở y tế tư nhân; 4) xây dựng và áp dụng các hình thức xử phạt nghiêm minh hơn cho các cá nhân, tổ chức vi phạm Nghị định và khen thưởng xứng đáng cho các ban ngành, các hành vi vi phạm cũng cần được định nghĩa rõ ràng, toàn diện hơn.
- Tăng ưu đãi và tạo động lực làm việc cho cán bộ ngành y tế và dân số thông qua tăng nguồn lực hỗ trợ cho họ đảm bảo tính cân bằng giữa nguồn lực và khối lượng công việc thông qua việc áp dụng quy chế khen thưởng và xử phạt rõ ràng ở tất cả các cấp và cho tất cả các ban ngành liên quan.
- Phổ biến quy định tới tất cả các bên liên quan thông qua các văn bản chính thức (tới các cơ quan nhà nước) và trên phương tiện thông tin đại chúng

(cộng đồng). Tuy nhiên, nhận thức của các đối tượng lại phụ thuộc vào mức độ và tần suất truyền thông. Nhiều bên liên quan vẫn còn chưa nhận thức về quy định này. Do đó, hoạt động thông tin và truyền thông cần được tăng cường cả về tần số và chất lượng, đặc biệt về vấn đề TSGTKS (số lượng, nguyên nhân, hậu quả của sự mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh, bài học kinh nghiệm từ các nước châu Á khác) và các tỉnh cũng như các ban ngành và cộng đồng biết rõ các thông tin về quy định khen thưởng và kỷ luật.

Đối với các cơ sở y tế:

- Để đảm bảo tuân thủ triệt để Nghị định này tại các cơ sở y tế công, lãnh đạo các cơ sở y tế cần tăng cường hướng dẫn, triển khai, theo dõi, giám sát nhân viên của mình. Bên cạnh đó, lãnh đạo các bệnh viện cần có cơ chế khen thưởng và xử phạt phù hợp.
- Nâng cao ý thức của các cán bộ y tế công và tư (đặc biệt là khối y tế tư nhân) về đạo đức y tế thông qua các hoạt động truyền thông, nhấn mạnh tầm quan trọng về hậu quả của mất cân bằng giới tính khi sinh và vai trò của cán bộ y tế trong việc thực hiện Nghị định này.

Đối với Chính phủ và các Bộ ngành liên quan (đặc biệt là Hội Liên hiệp Phụ nữ và Bộ Lao động và Thương binh Xã hội)

Thúc đẩy bình đẳng giới và giải quyết nguyên nhân gốc rễ vấn đề mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh

- Truyền thông về bình đẳng giới: Chính quyền và các cơ quan truyền thông đại chúng cần triển khai các chương trình vận động, nâng cao nhận thức. Bằng cách hướng tới những nhóm cụ thể như CBYT, phụ nữ trẻ và sinh viên, các chiến dịch này sẽ thay đổi được thái độ và tư duy của mọi người về phụ nữ và trẻ em gái. Một trong những thông điệp chính liên quan tới vai trò của phụ nữ và trẻ em gái trong cộng đồng, ví dụ như quảng bá thành công của phụ nữ và đóng góp của họ với gia đình.
- Nhấn mạnh vấn đề TSGTKS và hậu quả của nó như nguy cơ nam giới sau này không thể lập gia đình và các vấn đề khác như nạn buôn bán phụ nữ.
- Các chính sách ưu tiên cho phụ nữ để tăng cường bình đẳng giới, bao gồm:
 - + Miễn học phí và học bổng cho con gái trong những gia đình không có con trai và gia đình nghèo.
 - + Tạo thêm nhiều cơ hội việc làm cho nữ giới.
 - + Phúc lợi xã hội dành cho người già có toàn con gái.

4.3. Nghiên cứu trường hợp khiếu nại tố cáo (KNTC)

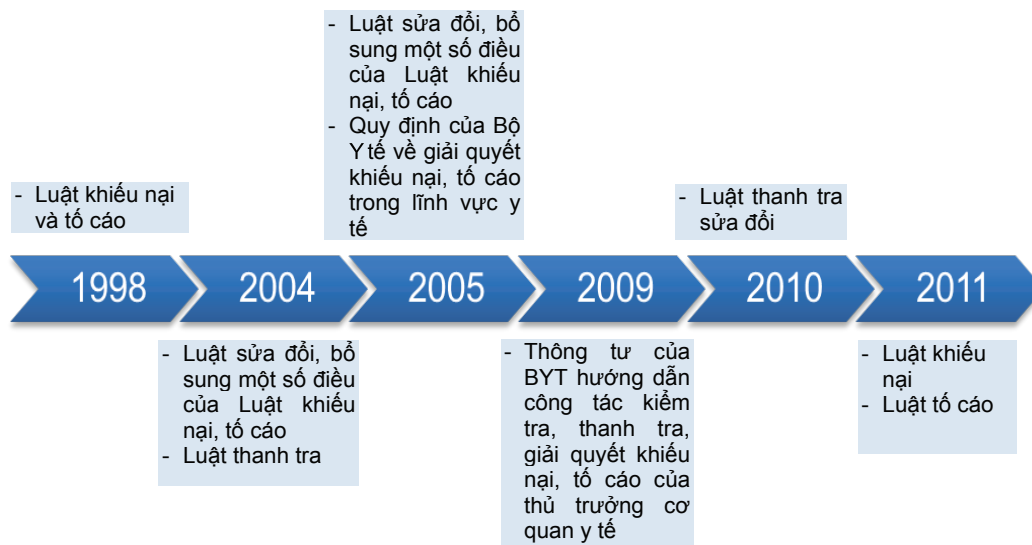
Năm 2005, Bộ Y tế ban hành Quyết định 44/2005/QĐ-BYT về giải quyết khiếu nại trong lĩnh vực y tế (gọi tắt là QĐ 44). Quyết định này nhằm giải quyết khiếu nại của khách hàng trong 3 lĩnh vực: khám chữa bệnh, chất lượng thuốc và an toàn vệ sinh thực phẩm. Báo cáo nghiên cứu sẽ mô tả và phân tích kết quả thực hiện Quyết định này trong việc đảm bảo quyền của người bệnh thực hiện khiếu nại tố cáo tại các bệnh viện ở các tỉnh nghiên cứu.

Môi trường chính sách

Quyền công dân trong việc thực hiện khiếu nại, tố cáo (KNTC) đối với bất cứ tổ chức hoặc cá nhân nào vi phạm pháp luật đã được quy định trong Hiến pháp Việt Nam năm 1992 [62]. Để tạo điều kiện thuận lợi cho công dân thực hiện quyền KNTC của mình Quốc hội đã ban hành Luật khiếu nại và tố cáo năm 1998 và các luật sửa đổi, bổ sung vào các năm 2004 và 2005. Năm 2011, Luật KNTC được sửa đổi và tách thành 2 luật khác nhau là Luật khiếu nại và Luật tố cáo, và sẽ có hiệu lực từ tháng 7 năm 2012. Vì thế báo cáo này chỉ tập trung tìm hiểu kết quả thực hiện của Luật KNTC ban hành 1998 và sửa đổi 2004, 2005 trong vấn đề giải quyết KNTC đến năm 2011. Các văn bản Luật KNTC được gọi tắt là Luật KNTC.

Luật KNTC nhằm giải quyết các khiếu nại và tố cáo; để bảo vệ quyền lợi hợp pháp của Nhà nước và lợi ích của người dân; ngăn chặn các hành vi vi phạm pháp luật; đảm bảo trật tự xã hội, an ninh chính trị, quốc phòng; và thúc đẩy sự phát triển kinh tế [63-65]. Đảng và Chính phủ đã ban hành các Nghị quyết và chỉ thị khác nhau nhằm củng cố quá trình giải quyết KNTC của công dân. Chính quyền các cấp cũng được yêu cầu tổ chức tiếp công dân có thư khiếu nại, tố cáo và giải quyết các trường hợp trong phạm vi thẩm quyền và chức trách.

QĐ 44 được xây dựng dựa trên nền tảng của Luật KNTC. Luật KNTC giải quyết khiếu nại, tố cáo trên tất cả các lĩnh vực, bao gồm y tế. Tuy nhiên có tới 80% KNTC liên quan tới lĩnh vực đất đai. Trung bình có khoảng 180.000 khiếu nại trực tiếp ở các cơ quan hành chính mỗi năm [66], và số lượng các khiếu nại mang tính cá nhân cũng như tập thể (một nhóm người có cùng khiếu nại/ tố cáo) có xu hướng tăng lên. Chính phủ không cho phép KNTC tập thể. Năm 2010, Quy định mới đã chỉ ra rõ mỗi cá nhân cần chịu trách nhiệm với trường hợp KNTC của riêng mình [67].



Hình 10: Khung thời gian Quyết định KNTC 44/2005/BYT

Qua 2 lần sửa đổi, các quy trình giải quyết KNTC được quy định rõ ràng trong Luật KNTC. Cá nhân hoặc cơ quan nhận khiếu nại phải trả lời bằng văn bản trong thời hạn 30 ngày đối với khiếu nại lần đầu, và 45 ngày cho lần thứ hai. Cá nhân/ cơ quan nhận khiếu nại phải thông báo bằng văn bản tới người khiếu nại xem có chấp nhận khiếu nại hay không. Người khiếu nại phải chịu trách nhiệm về nội dung KNTC, đảm bảo tính chính xác và độ tin cậy của thông tin đưa ra.

Luật sư được phép tham gia tranh tụng trong quá trình giải quyết KNTC. Mặc dù đã có những cải tiến về quy trình, số lượng các trường hợp KNTC liên quan tới khiếu nại đất đai có xu hướng tăng lên cho thấy sự cần thiết phải tiếp tục cải thiện các quy trình giải quyết KNTC [68].

Luật KNTC thừa nhận quyền KNTC của công dân về các quyết định hành chính của cơ quan nhà nước. Y tế là một lĩnh vực đặc biệt trong đó dịch vụ y tế có liên quan đến quyền lợi và tính mạng của khách hàng và BHYT. Khách hàng có quyền khiếu nại đối với dịch vụ khám, điều trị của BHYT. Tuy nhiên, những dịch vụ khám điều trị này không được công nhận là các quyết định hành chính. Để công dân có thể thực hiện quyền KNTC đối với các dịch vụ y tế, BHYT là Bộ đầu tiên xây dựng hướng dẫn triển khai Luật KNTC áp dụng trong phạm vi ngành y tế bằng Quyết định 44/2005/QĐ-BYT giải quyết khiếu nại trong lĩnh vực y tế, với giả định rằng dịch vụ khám chữa bệnh được giám đốc bệnh viện phê chuẩn là tương đương với quyết định hành chính. Thông qua thực hiện QĐ 44, BHYT muốn đảm bảo quyền khiếu nại của công dân, và để nâng cao trách nhiệm của cán bộ y tế trong cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng.

Để hỗ trợ cho việc thực hiện Luật KNTC ở các cấp khác nhau, Luật Thanh tra đã được thông qua vào năm 2004 [69] và chỉnh sửa bổ sung vào năm 2010 [70]. Thanh tra sẽ kiểm tra việc thực hiện giải quyết KNTC của các tổ chức Nhà nước. Các khiếu nại của công dân sẽ được thanh tra xem xét và giải quyết để đảm bảo các lợi ích của cá nhân hoặc cơ quan. Vào ngày 25 tháng 9 năm 2009, tiếp theo Luật Thanh tra, Bộ Y tế cũng thông qua Thông tư hướng dẫn công tác kiểm tra,

thanh tra, giải quyết khiếu nại, tố cáo của thủ trưởng cơ quan y tế [71]. Thông tư này nhấn mạnh sự cần thiết phải cử một người với chức danh “thanh tra thủ trưởng” ở mỗi một cơ quan nhà nước nhằm hỗ trợ các thủ trưởng xây dựng và thực hiện các công việc liên quan tới KNTC, bao gồm tuân thủ pháp luật khi triển khai các công việc của cơ quan với quy định nhà nước. Mặc dù vậy, không có một báo cáo kết quả ở các cơ sở về việc thực hiện Thông tư này tại thời điểm triển khai nghiên cứu.

4.3.1. Quá trình chính sách của Quyết định 44/2005/QĐ-BYT

Quá trình chính sách bao gồm các giai đoạn khác nhau: xây dựng, triển khai thực hiện và theo dõi đánh giá. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng trong những năm gần đây, dưới ảnh hưởng của các yếu tố như toàn cầu hóa, thay đổi mô hình y tế tuyến huyện, phân quyền, quan hệ hợp tác công–tư, chính sách y tế ở Việt Nam ít mang tính áp đặt từ phía trên xuống hơn và đã có sự ghi nhận ý kiến của các bên liên quan về kiến thức, giá trị và niềm tin. Kết quả nghiên cứu cho thấy QĐ 44 thực hiện theo các giai đoạn như xây dựng, triển khai và thực hiện. Vào thời điểm nghiên cứu, chưa có đánh giá về kết quả thực hiện QĐ.

4.3.1.1. Quá trình xây dựng Quyết định 44/2005/QĐ-BYT

Các hoạt động chính

Việc xây dựng Quyết định được thực hiện trong giai đoạn 2003-2004 và bao gồm các hoạt động chính sau đây:

- Thành lập ban soạn thảo Quyết định.
- Họp và xin ý kiến các chuyên gia tư vấn từ các Vụ, Cục liên quan ví dụ như Cục vệ sinh an toàn thực phẩm, Cục quản lý khám chữa bệnh, Cục y tế dự phòng và Vụ pháp chế về dự thảo Quyết định.
- Bộ trưởng BHYT phê duyệt bản thảo cuối.
- Hỗ trợ tài chính của nhà tài trợ SIDA (Cơ quan hợp tác phát triển quốc tế Thụy Điển).

Nội dung

Quyết định 44/2005/QĐ-BYT gồm có 4 chương. Chương 1 đưa ra các định nghĩa về các cá nhân/ tổ chức liên quan tới quyết định này. Chương 2 nêu ra trách nhiệm của các cá nhân/ tổ chức thuộc BHYT được giao trách nhiệm giải quyết khiếu nại. Chương 3 đề cập tới các bước giải quyết khiếu nại tương tự như trong Luật KNTC. Chương 4 quy định cụ thể các bước cần thực hiện khi giải quyết khiếu nại trong 3 lĩnh vực: chất lượng thuốc, vệ sinh an toàn thực phẩm và khám chữa bệnh. Một số hoạt động cụ thể được khuyến nghị thực hiện ví dụ như nghiên cứu hồ sơ bệnh án, kết quả xét nghiệm, bằng chứng điều trị, thành lập các hội đồng tư vấn chuyên môn, thu thập thông tin phản hồi từ khách hàng, và kết luận của chuyên gia y tế v.v. Nội dung của chương này khu trú vào

xác định nguyên nhân của các trường hợp khiếu nại liên quan đến người cung cấp dịch vụ và cơ sở y tế. Lĩnh vực y tế tư nhân không được xem xét đưa vào áp dụng Quyết định này bởi vì y tế tư nhân thực hiện theo Pháp lệnh hành nghề Y được y tế tư nhân.

4.3.1.2. Triển khai quyết định

Quyết định 44/2005/QĐ-BYT về giải quyết khiếu nại trong lĩnh vực y tế đã được triển khai cho các cơ quan hành chính và các cơ sở cung cấp dịch vụ trong hệ thống y tế.

Ở tuyến Trung ương, chánh thanh tra thuộc Thanh tra BHYT là người chịu trách nhiệm triển khai Quyết định giải quyết khiếu nại tới các Sở y tế (SYT) và các cơ quan khác trực thuộc BHYT. Các hoạt động chính bao gồm:

- Gửi bản sao Quyết định tới các cơ quan có liên quan.
- Họp triển khai Quyết định tới các cơ quan trực thuộc Bộ và các SYT.
- Thảo luận nội dung có liên quan đến KNTC trong các cuộc họp tổng kết công tác thanh tra hàng năm do Bộ Y tế tổ chức.
- Bộ Y tế đã ban hành thông tư 17/2009/TT-BYT về hướng dẫn công tác kiểm tra, thanh tra, giải quyết khiếu nại, tố cáo của thủ trưởng cơ quan y tế và tổ chức cuộc họp để triển khai Thông tư Thanh tra y tế năm 2010.

Ở tuyến tỉnh, chánh thanh tra y tế thuộc thanh tra SYT chịu trách nhiệm chính trong việc phổ biến quyết định giải quyết khiếu nại tới các cơ sở y tế trực thuộc SYT. Các hoạt động chính bao gồm:

- Nhận và gửi bản sao QĐ tới tất cả các cơ quan y tế như bệnh viện tỉnh, huyện, Phòng y tế (PYT) và các cơ quan/ cơ sở y tế khác.
- Thanh tra nhà nước ở tỉnh tổ chức tập huấn Luật KNTC cho các cán bộ chịu trách nhiệm giải quyết khiếu nại ở các đơn vị.

Ở tuyến huyện, Trưởng PYT thường là người chịu trách nhiệm nhận và gửi bản sao văn bản của BHYT tới TYT và các cơ sở hành nghề tư nhân trên địa bàn huyện. Nhưng những người tham gia nghiên cứu không biết QĐ này được BHYT chuyển tới PYT và tới các cơ sở y tế khác như thế nào do văn bản được ban hành trước khi PYT được thành lập.

Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng ở các bệnh viện tỉnh và huyện thuộc hai tỉnh nghiên cứu, không ai nhớ QĐ của BHYT được triển khai tới cán bộ bệnh viện như thế nào. Lãnh đạo và cán bộ bệnh viện cũng không biết tên của QĐ, mặc dù họ đều biết rằng Luật KNTC được triển khai và áp dụng giải quyết KNTC trong bệnh viện của họ. Theo các chuyên gia BHYT, cán bộ y tế (CBYT) không quan tâm nhiều về các vấn đề pháp luật và họ không dành thời gian để đọc QĐ này. Luật KNTC thường xuyên được đề cập trong các kênh phương tiện truyền thông đại chúng khác nhau, vì vậy họ có thể nhớ Luật.

Các chuyên gia tuyến Trung ương không biết ở tuyến dưới triển khai văn bản như thế nào. Theo họ, quá trình này là khác nhau và phụ thuộc vào lãnh đạo ở từng tuyến và ở từng cơ sở. Ở tuyến tỉnh, những người tham gia vào các hội thảo và khóa đào tạo không phải lúc nào cũng đúng là những người phụ trách công việc KNTC ở các cơ sở y tế. Vấn đề thiếu kinh phí tổ chức đào tạo như chi phí ăn trưa hay đi lại là nguyên nhân hạn chế việc tổ chức các cuộc tập huấn nâng cao nhận thức về pháp luật của CBYT.

Thiếu kinh phí đào tạo cập nhật về các văn bản pháp luật, ngoại trừ tiền trà nước. Không có bữa trưa, không có kinh phí để in ấn văn bản, đặc biệt đối với lĩnh vực tư nhân (KNTC_Người triển khai 03_MB).

4.3.1.3. Thực hiện Quyết định 44/2005/QĐ-BYT

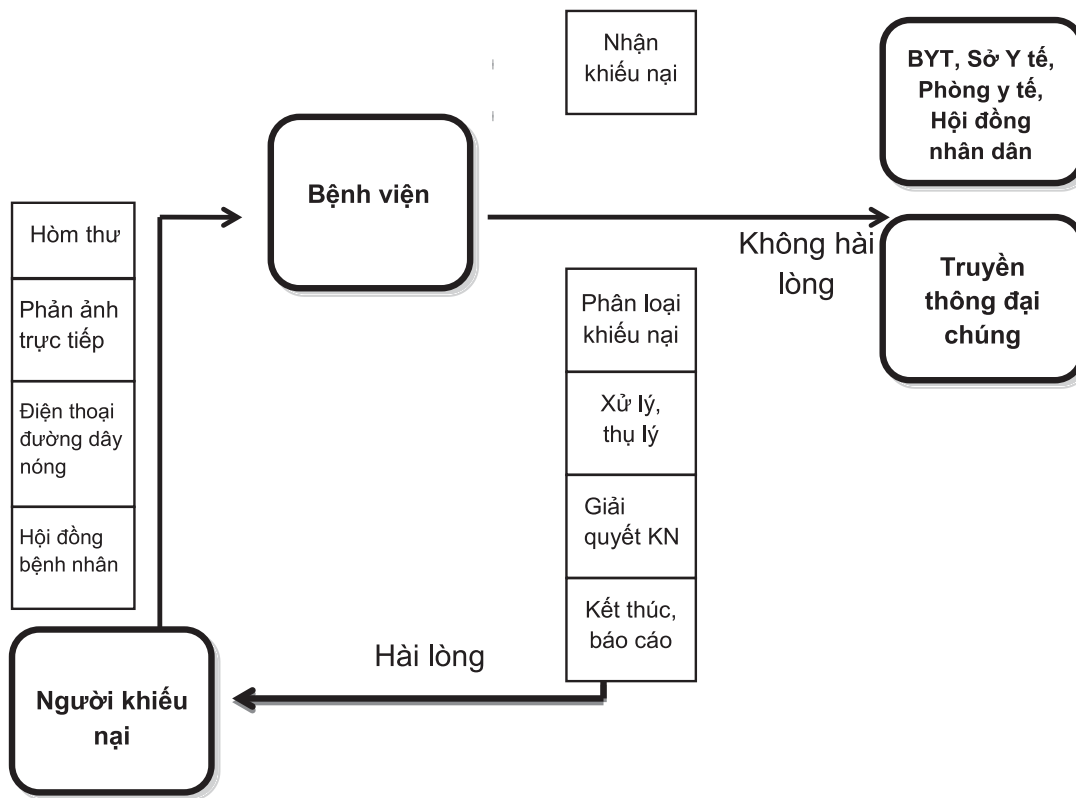
Quá trình giải quyết khiếu nại gồm 5 bước được nêu rõ trong Quyết định của Bộ Y tế cũng như Luật KNTC (Hình 11). Do không ai ở các cơ sở y tế của tỉnh (bệnh viện, và phòng y tế) biết về QĐ 44 cho nên những kết quả phản ánh quá trình giải quyết KNTC tại cơ sở y tế tại 2 tỉnh trong khuôn khổ báo cáo này phản ánh kết quả thực hiện Luật KNTC nhiều hơn là QĐ 44.

Quá trình giải quyết khiếu nại ở bệnh viện

Có 5 bước trong giải quyết khiếu nại như sau: (1) Tiếp nhận đơn khiếu nại, (2) Phân loại đơn khiếu nại, (3) Xử lý đơn khiếu nại, (4) Thụ lý giải quyết đơn khiếu nại thuộc thẩm quyền và (5) Kết thúc, lưu hồ sơ.

Bước 1: Tiếp nhận đơn khiếu nại

Các cơ sở y tế nhà nước thuộc hệ thống y tế từ tuyến xã đến trung ương đều có quyền tiếp nhận các trường hợp KNTC qua các kênh khác nhau. Trong bệnh viện, các kênh phổ biến là hòm thư góp ý, phản hồi trực tiếp tới người có trách nhiệm, sử dụng đường dây điện thoại nóng và hội đồng bệnh nhân.



Hình 11: Quy trình giải quyết khiếu nại tại bệnh viện

Hòm thư góp ý: hòm thư được đặt ở tất cả các BV và các khoa với mục đích tiếp nhận các thông tin phản hồi về dịch vụ y tế từ phía khách hàng. Hòm thư thường được mở một lần một tuần với sự có mặt của đại diện ban thanh tra nhân dân, ban giám đốc và phòng tổ chức cán bộ. Sau đó thư sẽ được chuyển tới giám đốc để phân công thụ lý.

Ở một số BV, hòm thư góp ý là kênh thu nhận thông tin chính. Tuy nhiên theo ý kiến của những người có trách nhiệm, chỉ có rất ít ý kiến liên quan tới KNTC bởi hầu hết các thư có nội dung khen ngợi là chính. Do vậy hiệu quả của hòm thư góp ý ở nhiều cơ sở là không cao trong việc thu nhận các trường hợp KNTC.

Phản hồi trực tiếp: khi khách hàng không hài lòng với dịch vụ của bệnh viện, họ có thể phản ảnh trực tiếp tới người có trách nhiệm như trưởng khoa, ban giám đốc bệnh viện, cán bộ quản lý hoặc những người chịu trách nhiệm giải quyết KNTC và thường bố trí ở Phòng tổ chức cán bộ.

Đường dây điện thoại nóng: cũng được bố trí tại các bệnh viện để tiếp nhận các ý kiến liên quan đến KNTC. Tại một số bệnh viện, một thành viên trong ban giám đốc có trách nhiệm trả lời đường dây nóng. Tại một số bệnh viện khác, chỉ có giám đốc chịu trách nhiệm trả lời.

Hội đồng bệnh nhân: được thành lập ở mỗi bệnh viện theo Quy chế bệnh viện của BHYT với mục đích tiếp nhận ý kiến phản hồi từ phía người bệnh về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bệnh viện. Bệnh viện phân công một người (thường là y tá trưởng) tổ chức họp mặt hàng tuần với người bệnh ở các khoa và hỏi

ý kiến về dịch vụ CSSK của bệnh viện. Hiệu quả hoạt động của hội đồng phụ thuộc vào việc tổ chức và vận hành của mỗi bệnh viện. Theo một số lãnh đạo và cán bộ phụ trách KNTC của bệnh viện, hội đồng bệnh nhân mang tính hình thức bởi bệnh nhân không thể đưa ra các ý kiến không hài lòng khi họ vẫn đang điều trị tại bệnh viện. Tuy nhiên, theo ý kiến của một số bệnh viện, các thông tin phản ánh từ hội đồng bệnh nhân cũng có giá trị trong việc điều chỉnh việc cung cấp dịch vụ cho tốt hơn.

Ngoài ra, các thông tin KNTC có thể được thu thập thông qua các kênh khác như Hội đồng nhân dân các cấp hoặc các phương tiện thông tin đại chúng.

Bước 2. Phân loại các trường hợp

Luật KNTC chia các trường hợp thành 2 loại: khiếu nại và tố cáo. Tuy nhiên Thanh tra BHYT phân ra làm 3 loại: khiếu nại, tố cáo và phản ánh. Đơn thư phản ánh là việc người dân nêu ra các trường hợp như thái độ không tốt của BHYT tế đối với người bệnh, thời gian chờ đợi quá lâu tại bệnh viện v.v mà không có KNTC đối với cá nhân/ tổ chức cụ thể. Loại đơn thư này không phải giải quyết trong thời hạn Luật KNTC yêu cầu.

Bảng 17 thể hiện số trường hợp KNTC theo loại và theo tuyến. Tại Thanh tra BHYT, số đơn thư phản ánh là cao nhất, tiếp đến là KN và TC (42% > 31% > 26,68%). Ở các SYT cũng có xu hướng tương tự (35,86% > 34,84% > 29,3%). Ở tỉnh MB, số đơn thư phản ánh là cao nhất, tiếp theo là tố cáo và khiếu nại (61,79% > 33,42% > 4,7%), và trong 2 năm qua, số trường hợp khiếu nại rất ít. Tại tỉnh MN, số trường hợp khiếu nại nhiều nhất, tiếp đó là tố cáo và sau cùng là phản ánh (62,64% > 20,54% > 16,83%) [72-86].

Bảng 17: Tỷ lệ các loại KNTC trong 5 năm 2006-2010 (%)

Năm		2006	2007	2008	2009	2010	Trung bình
Khiếu nại	Bộ Y tế	37,6	33,1	25,7	31,8	27,2	31,08
	Sở Y tế	41,7	28,8	28,4	36	39,3	34,84
	MB	11,54	5,26	0	0	7,14	4,78
	MN	53,85	57,89	73,68	45,45	82,35	62,64
Tố cáo	Bộ Y tế	15,4	22,9	26,7	28,4	40,9	26,86
	Sở Y tế	27,5	34,3	23,9	31	29,8	29,3
	MB	40,38	26,32	30,56	55,56	14,29	33,42
	MN	38,46	31,58	5,26	27,27	0	20,51
Phản ánh	Bộ Y tế	47	44	47,6	39,8	31,9	42,06
	Sở Y tế	30,8	36,9	47,7	33	30,9	35,86
	MB	48,08	68,42	69,44	44,44	78,57	61,79
	MN	7,69	10,53	21,05	27,27	17,65	16,83

Quyết định của BYT có đưa ra khuyến nghị về các hoạt động giải quyết KNTC cho 3 lĩnh vực: khám chữa bệnh (KCB), chất lượng thuốc và vệ sinh an toàn thực phẩm (ATVSTP). Tuy nhiên báo cáo của Thanh tra BYT có phân các trường hợp KNTC phân theo 4 lĩnh vực (xem bảng 18).

Ở BYT, số lượng các trường hợp KNTC cao nhất liên quan tới chính sách kinh tế xã hội về quyền lợi của công dân (48.18%), tiếp đến là KCB (43,14%), chất lượng thuốc (4,76%) và ATVSTP (3,92%). Ở SYT, số các trường hợp KNTC nhiều nhất liên quan đến KCB (40.5%), sau đó đến là các chính sách kinh tế xã hội (37,16%), ATVSTP (11,52%) và cuối cùng là chất lượng thuốc (19,82%).

Tại tỉnh MN, số trường hợp KNTC về KCB nhiều nhất (25,7%), tiếp đến về chính sách kinh tế xã hội (14,01%) và ATVSTP (0,53%). Báo cáo từ tỉnh MB cho thấy số trường hợp KNTC về KCB chiếm 24,56%; tiếp đến là chính sách kinh tế xã hội (7%), các loại khác không có thông tin.

Bảng 18: Phân loại nội dung các trường hợp KNTC theo các lĩnh vực (%)

	Năm	2006	2007	2008	2009	2010	Trung bình
Khám chữa bệnh	Bộ Y tế	45,2	48	53,1	26,8	42,6	43,14
	Sở Y tế	38,8	43,3	41,7	41,7	37	40,5
	MB	51,92	23,68	47,22	0	0	24,56
	MN	61,54	65,79	0	0	0	25,47
Chất lượng thuốc	Bộ Y tế	5	3,3	4,6	6,6	4,3	4,76
	Sở Y tế	13,2	11,3	10	9,6	10	10,82
	MB	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	MN	0	0	0	0	0	0
Chính sách kinh tế, xã hội	Bộ Y tế	46,5	46,3	39,2	60,2	48,7	48,18
	Sở Y tế	34	34,5	37,3	38	42	37,16
	MB	8	15	12			7,00
	MN	38,46	31,58	0	0	0	14,01
Vệ sinh an toàn thực phẩm	Bộ Y tế	3,3	2,4	3,1	6,4	4,4	3,92
	Sở Y tế	14	10,9	11	10,7	11	11,52
	MB	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	MN	0	2,63	0	0	0	0,53

NA: không có số liệu

Theo nhận định của các thanh tra và cán bộ quản lý, nội dung KNTC về KCB chủ yếu liên quan tới thời gian chờ đợi lâu khi khám chữa bệnh, thái độ của cán bộ y tế chưa tốt (thô lỗ, không giúp đỡ mọi người...), môi trường của bệnh viện chưa đáp ứng yêu cầu (bẩn, nhà vệ sinh bị tắc, đóng cửa v.v), nhiều tai biến, quyết định xử phạt cán bộ y tế và quyết định điều trị cho khách hàng không dựa trên bằng chứng, thủ tục thanh toán cho khách hàng bảo hiểm y tế còn phức tạp. Trong lĩnh vực KCB, các trường hợp KNTC liên quan đến phẫu thuật và sản phụ khoa chiếm chủ yếu. Khách hàng thường khiếu nại sau khi có biến chứng hoặc tử vong (tử vong mẹ hoặc thai nhi).

Nội dung của các trường hợp tố cáo thường tập trung vào hiện tượng tham nhũng trong cơ quan y tế, thái độ không tốt của CBYT, không tuân thủ các chính sách kinh tế xã hội đối với người dân và vi phạm các quy tắc hành nghề y tế tư nhân.

Cũng theo ý kiến của thanh tra và cán bộ quản lý, có rất ít trường hợp KNTC liên quan tới y tế tư nhân vì nhìn chung khách hàng được đối xử tốt tại các cơ sở y tế tư nhân. Hiện nay các báo cáo cũng không có số liệu tách riêng cho các cơ sở y tế tư nhân. Tuy nhiên ở tỉnh MB, báo cáo thanh tra cho thấy có những trường hợp KNTC liên quan tới vi phạm tài chính (3,2%) và hành nghề y tế tư nhân (2,0%). Khiếu nại liên quan đến hành nghề y tế tư nhân thường tập trung vào việc dịch vụ cung cấp nằm ngoài phạm vi giấy phép hành nghề, thiếu đăng kí hành nghề, thiếu cập nhật thông tin cho các đơn vị quản lý y tế tư nhân.

Bước 3. Xử lý, thụ lý và giải quyết KNTC

Việc xử lý các trường hợp KNTC giúp phân loại xem trường hợp KNTC có thuộc thẩm quyền của cơ quan tiếp nhận KNTC không. Nếu không, người khiếu nại phải được thông báo kết quả bằng văn bản [77-86].

Bảng 19: Phân loại trường hợp KNTC theo thẩm quyền giải quyết (%)

Năm	2006	2007	2008	2009	2010	Trung bình
Thuộc thẩm quyền giải quyết của Bộ Y tế	17,9	25,6	22	30,5	30,9	25,38
Thuộc thẩm quyền giải quyết của Sở Y tế	71	53,9	59,1	61	59	60,8
Thuộc thẩm quyền của SYT tỉnh MB	25,21	47,50	37,23	50,00	52,37	42,46
Thuộc thẩm quyền của SYT tỉnh MN	92,31	81,58	78,95	76,47	87,88	83,44

Có khoảng ¼ số trường hợp KNTC mà Thanh tra BHYT nhận được thuộc thẩm quyền giải quyết của Bộ, trong khi đó tỷ lệ này cao hơn hẳn ở tuyến tỉnh (60,8%). Kết quả cho thấy mặc dù BHYT nhận được nhiều đơn thư KNTC nhưng 3/4 trong

số đó là thư phản ánh mà không phải thư KNTC đến cá nhân/ cơ quan cụ thể nào. Do đó BHYT sẽ không có trách nhiệm giải quyết các trường hợp này. Số trường hợp KNTC mà SYT tỉnh MN nhận được thuộc thẩm quyền giải quyết cao hơn so với SYT tỉnh MB (83,4% > 42,46%).

Bảng 20: Tỷ lệ % các trường hợp KNTC nặc danh

Năm	2006	2007	2008	2009	2010	Trung bình
Tỷ lệ KNTC nặc danh gửi BHYT	18,8	18,4	27,9	18,1	11,6	18,96
Tỷ lệ KNTC nặc danh gửi SYT	0	0	25	34,5	0	11,9
Tỷ lệ KNTC gửi SYT tỉnh MB	15,38	28,95	19,44	28,57	22,22	22,91
Tỷ lệ KNTC gửi SYT tỉnh MN	30,77	21,05	0	0	0	10,36

Tỷ lệ đơn thư KNTC nặc danh gửi tới BHYT cao hơn so với SYT (18,96% > 11,9%), và tỷ lệ này ở SYT tỉnh MB cũng cao so với SYT tỉnh MN (22,91% > 10,36%). Người dân sử dụng đơn thư nặc danh có thể vì lo ngại bị trả thù. Mặc dù theo luật các trường hợp đơn thư nặc danh không cần giải quyết, nhưng SYT tỉnh MN vẫn thụ lý và công bố kết quả trên trang web của SYT.

Bước 4a: Giải quyết trường hợp KNTC tại cơ sở y tế (bệnh viện)

Phỏng vấn các cán bộ quản lý cho thấy văn bản pháp luật chủ yếu được sử dụng để giải quyết các trường hợp KNTC là Luật KNTC. Mặc dù chánh thanh tra SYT xác nhận rằng họ nhận được Quyết định của BHYT về giải quyết KNTC, nhưng không sử dụng văn bản này bởi vì Luật KNTC có phạm vi áp dụng rộng hơn và có tính pháp lý cao hơn so với QĐ 44/2005/QĐ-BYT

Văn bản chính sách chính sử dụng trong giải quyết các trường hợp ở đây không phải là Quyết định số 44 của Bộ Y tế (KNTC_Người hướng dẫn 05_MB).

Tất cả các trường hợp xử lý đều sử dụng Luật (KNTC_Người hướng dẫn 12_MN).

Theo Luật KNTC, thủ trưởng cơ quan chịu trách nhiệm giải quyết các trường hợp KNTC. Thủ trưởng sẽ phân công một cán bộ chịu trách nhiệm giải quyết trường hợp KNTC hoặc bản thân sẽ trực tiếp thụ lý. Kết luận cuối cùng về trường hợp KNTC phải được thông báo chính thức tới các bên liên quan như BHYT, SYT, Ủy ban nhân dân tỉnh, huyện hoặc cơ quan báo, đài và truyền hình v.v.

Tại mỗi bệnh viện có nhiều hoạt động có thể được thực hiện, phụ thuộc vào từng trường hợp KNTC cụ thể ví dụ như gặp mặt gia đình, thành lập hội đồng tư vấn chuyên gia, tham vấn với các bên liên quan khác v.v. Thông thường sẽ thành lập một tổ công tác giải quyết KNTC, rà soát lại các trường hợp, gặp gỡ gia đình và/hoặc khách hàng. Tổ công tác này gồm đại diện của ban thanh tra nhân dân, công đoàn, đoàn thanh niên, y tá trưởng, thành viên ban giám đốc và các chuyên gia tư vấn. Việc tham gia của các thành viên này sẽ giúp cho quá trình

giải quyết minh bạch hơn. Tùy vào trường hợp cụ thể, Hội đồng tư vấn chuyên gia có thể được thành lập nhằm giúp xác định nguyên nhân. Tuy nhiên, việc thành lập Hội đồng tư vấn tương đối khó khăn đối với các vùng sâu vùng xa do thiếu cán bộ có trình độ cao.

Việc này thực hiện dễ dàng ở Hà Nội bởi có chuyên gia từ nhiều lĩnh vực, khác hẳn với ở các tỉnh (KNTC_Người hướng dẫn_HN).

Theo Quyết định 44/2005/QĐ-BYT về giải quyết KNTC, việc rà soát bệnh án gốc là bằng chứng quan trọng. Tuy nhiên, nhiều ý kiến băn khoăn liên quan đến việc làm lại bệnh án đặc biệt trong các trường hợp cấp cứu thì có thể cho phép tới 72 giờ để hoàn thành bệnh án sau khi tai biến xảy ra [87].

Theo kinh nghiệm của cán bộ quản lý và thanh tra, có nhiều nguyên nhân khác nhau liên quan đến KNTC. Chánh thanh tra SYT tỉnh MB chia sẻ kinh nghiệm giải quyết các trường hợp liên quan tới nguyên nhân nội bộ là cần phải làm việc với lãnh đạo cơ quan và tìm ra “người giấu mặt” trong vụ KNTC này. Lãnh đạo của cơ quan sẽ phải giải quyết nguyên nhân nội bộ để tránh tình trạng KNTC kéo dài.

Bước 4b: Giải quyết các trường hợp KNTC tại cơ quan quản lý nhà nước

Nếu như trường hợp KNTC không thể được giải quyết tại cơ sở y tế, thì sẽ được chuyển lên cấp cao hơn là các cơ quan quản lý nhà nước như BHYT và SYT. Tại đó, các thủ tục để giải quyết trường hợp KNTC sẽ được bắt đầu lại từ đầu. Cơ quan cấp trên sẽ xem xét, phân loại, giải quyết trường hợp KNTC và đưa ra quyết định. Họ có thể tiến hành các hoạt động khác nhau như tới các cơ sở y tế có liên quan để xác minh và xác định nguyên nhân nếu cần; báo cáo kết luận cuối cùng về trường hợp KNTC và đưa ra các hình thức xử phạt khi cần thiết.

Bước 5. Kết thúc, báo cáo kết quả và lưu hồ sơ

Thực tế cho thấy hầu hết các cơ quan cố gắng giải quyết trường hợp KNTC ở tại cơ sở bằng cách gặp gỡ, giải thích, hoà giải và bồi thường (nếu cần). Trường hợp KNTC được coi là đã giải quyết xong và kết thúc khi bên khiếu nại chấp nhận giải thích và bồi thường và rút đơn thư KNTC. Trong kết luận sẽ phải có một câu khẳng định về hành vi không tuân thủ pháp luật và hình thức xử phạt tương ứng với những hành vi này. Những hình thức xử phạt còn tùy vào từng cơ quan và từng bối cảnh cụ thể, nhưng phổ biến nhất là điều chuyển tới vị trí khác, phê bình trong cuộc họp với toàn thể cán bộ nhân viên, cắt phụ cấp tăng thêm hàng tháng và hàng năm. Tuy nhiên, có nhiều khó khăn gặp phải khi áp dụng các hình thức xử phạt, ví dụ như khó đưa ra các bằng chứng (không có bằng chứng BHYT thô lỗ với khách hàng); khó khăn trong lựa chọn áp dụng hình thức xử phạt (chồng chéo giữa các loại văn bản pháp quy và lĩnh vực).

Nếu trường hợp KNTC không được giải quyết ở cơ sở y tế thì sẽ được chuyển tới tuyến cao hơn như quy định trong Luật KNTC như SYT, BHYT và HĐND các cấp hoặc tòa án và có thể gửi tới cơ quan truyền thông. Tuy nhiên sự tham gia của luật sư, toàn án và truyền thông còn hạn chế do nhiều lý do khác nhau (xem các bên liên quan).

Hộp 2 - Nghiên cứu trường hợp KNTC tại một bệnh viện huyện

18-11-2010: một sản phụ đã với Trạm y tế lúc nửa đêm do đau bụng và sau đó đã được chuyển tới bệnh viện huyện vào lúc 2h30 sáng. Sản phụ đã được khám tại phòng khám của bệnh viện nhưng không có hồ sơ bệnh án nào được lập. Vào 7h sáng, bác sĩ mới nhận ca và cho đi làm xét nghiệm, không siêu âm. Tới trưa, sản phụ cảm thấy rất đau và bác sĩ đã kiểm tra, phát hiện ra sản phụ bị xuất huyết và gửi sản phụ tới Bệnh viện phụ sản tỉnh. Nhưng sản phụ trong tình trạng nguy kịch và được gửi lên Bệnh viện Bạch Mai và sau đó chuyển tới Bệnh viện phụ sản Trung ương để điều trị. Kết quả là thai nhi tử vong, sản phụ đã bình phục và phải chi trả rất nhiều tiền để điều trị trong suốt thời gian đó.

Gia đình bệnh nhân đã gặp giám đốc bệnh viện huyện để hỏi về nguyên nhân tai biến và nhận được câu trả lời là bệnh của sản phụ là rất hiếm gặp, bác sĩ bệnh viện không đủ năng lực để chẩn đoán. Gia đình bệnh nhân không thoả mãn với câu trả lời của giám đốc bệnh viện và đã gửi đơn khiếu nại tới các cấp khác nhau (Sở Y tế và chánh thanh tra y tế tỉnh, đài truyền thanh, truyền hình và báo tỉnh) vào ngày 4/12/2010.

13-12-2010: chánh thanh tra SYT đã gặp gỡ gia đình, thông báo là đơn thư khiếu nại của gia đình không có chữ kí. Gia đình đã kí vào đơn tố cáo và gửi lại thanh tra. Ngày 21/12/2010, chánh thanh tra gặp lại gia đình lần nữa. Gia đình xác nhận rằng đây là đơn tố cáo buộc tội hành vi vô trách nhiệm của 2 bác sĩ làm việc tại bệnh viện huyện dẫn tới những hậu quả nghiêm trọng, tử vong sơ sinh và tình hình bệnh tật nguy hiểm của người mẹ. Gia đình yêu cầu làm rõ nguyên nhân và người chịu trách nhiệm phải được xử lý theo pháp luật.

23-12-2010: Sở Y tế đã gửi thư thông báo tới gia đình và bệnh viện huyện về trường hợp tiếp nhận và yêu cầu bệnh viện huyện giải quyết trường hợp tố cáo.

24-12-2010: chánh thanh tra SYT đã gặp Trạm y tế (nơi sản phụ tới khám lần đầu) và bệnh viện huyện. Công văn trả lời chính thức được gửi tới đài phát thanh, truyền hình tỉnh MB xác nhận đã nhận được công văn của cơ quan và thông báo về quy trình giải quyết.

24-12-2010: chánh thanh tra SYT đã gặp Trạm y tế (nơi sản phụ tới khám lần đầu) và bệnh viện huyện. Công văn trả lời chính thức được gửi tới đài phát thanh, truyền hình tỉnh MB xác nhận đã nhận được công văn của cơ quan và thông báo về quy trình giải quyết.

26-12-2010: công văn của đài phát thanh, truyền hình và báo tỉnh gửi tới SYT nhắc nhở việc tiến hành giải quyết trường hợp và phản hồi tới công chúng.

27-12-2010: công văn chính thức từ bệnh viện huyện gửi tới gia đình bệnh nhân thông báo về tiếp nhận trường hợp để giải quyết, yêu cầu gia đình bệnh nhân cộng tác trong quá trình xử lý.

27-12-2010: bệnh viện đã tổ chức cuộc họp với các bên liên quan (2 bác sĩ và kíp trực đêm ngày 18 tháng 11) và yêu cầu giải trình về trường hợp nói trên. Bản giải trình đã được gửi lại vào ngày 29/12/2010. Bệnh viện đã có quyết định thành lập tổ xác minh trường hợp tố cáo trong vòng 30 ngày với sự tham gia của phó giám đốc, đại diện công đoàn, ban thanh tra nhân dân và phòng tổ chức cán bộ. Tổ xác minh đã gặp gỡ CBYT tại Trạm y tế, bệnh viện phụ sản tỉnh và gia đình để xem xét lại trường hợp trên.

29-12-2010: tổ xác minh xem xét lại trường hợp. Bệnh viện phụ sản tỉnh đã xác nhận rằng sản phụ đã ở trong tình trạng nghiêm trọng và được chẩn đoán là nhiễm độc thai nghén. Gia đình được một bác sĩ tại Bệnh viện phụ sản tỉnh nói rằng nếu được phát hiện sớm hơn, đứa bé có thể đã được cứu. Tuy nhiên, gia đình không nhớ được tên bác sĩ nào nói điều đó.

5-1-2011: tổ xác minh đã gặp mặt gia đình, giải thích về trường hợp và mong muốn gia đình hiểu, đề nghị gia đình rút đơn tố cáo. Gia đình bày tỏ rằng gia đình muốn bệnh viện tới thăm họ. Bệnh viện đã gửi 10 triệu đồng để chia sẻ sự mất mát với gia đình. Gia đình bệnh nhân đã gửi thông báo tới Sở Y tế, Đài phát thanh truyền hình và báo tỉnh và Bệnh viện phụ sản tỉnh thông báo là họ đã nhận được sự quan tâm chăm sóc từ phía bệnh viện, họ đã vội vã khi làm đơn tố cáo và thông báo rút đơn tố cáo.

10-1-2011: tổ xác minh báo cáo lại với bệnh viện về kết quả giải quyết trường hợp.

19-1-2011: Giám đốc bệnh viện đã đưa ra kết luận cuối cùng. Các bác sĩ và nữ hộ sinh không vi phạm y đức là không quan tâm chăm sóc bệnh nhân. Tuy nhiên, do hạn chế về trình độ chuyên môn cho nên không chẩn đoán kịp thời dẫn tới hậu quả nghiêm trọng. Bác sĩ đã bị cắt phụ cấp thu nhập thêm trong 6 tháng và bị phê bình trong giao ban toàn thể cán bộ nhân viên.

24-1-2011: báo cáo kết quả xử lý trường hợp tố cáo được gửi tới SYT, Đài phát thanh truyền hình và báo tỉnh, gia đình về kết luận trường hợp KNTC.

Nghiên cứu trường hợp trên đã tóm tắt những hoạt động trong giải quyết KNTC liên quan tới tử vong sơ sinh tại một bệnh viện huyện của tỉnh MB. Việc tiếp cận với các hồ sơ và gặp gỡ các bên liên quan (người tố cáo và bị tố cáo) đã giúp có được thông tin để viết ra nghiên cứu trường hợp trên. Nghiên cứu trường hợp cho thấy gia đình bệnh nhân nhận bồi thường 10 triệu đồng cho việc nhận dịch vụ chăm sóc không đảm bảo chất lượng do CBYT không đủ trình độ chuyên môn để phát hiện tai biến kịp thời.

Nghiên cứu trường hợp cho thấy các bước giải quyết KNTC theo Luật KNTC được tuân thủ tốt. Người khiếu nại đã thực hiện quyền KNTC qua các kênh phù hợp:

- Khiếu nại lần đầu: liên hệ trực tiếp với giám đốc bệnh viện.
- Khiếu nại lần 2: gửi đơn khiếu nại tới cấp cao hơn (SYT, cơ quan truyền thông)

SYT đã tuân theo quy trình giải quyết KNTC theo Luật:

- Tiếp nhận đơn.
- Phân loại đơn (tố cáo).
- Xử lý đơn: thông báo bằng văn bản về giải quyết đơn.
- Thụ lý giải quyết: gửi văn bản tới bệnh viện huyện yêu cầu giải quyết khiếu nại, bệnh viện huyện đã thành lập tổ xác minh trường hợp với sự tham gia của các bên liên quan. Tổ xác minh đã rà soát lại hồ sơ bệnh án và các bằng chứng, gặp gỡ các bên liên quan khác nhau trong đó có cả tuyến cao hơn và thấp hơn (Bệnh viện phụ sản tỉnh và Trạm y tế), cán bộ y tế và gia đình bệnh nhân.
- Giám đốc bệnh viện đưa ra kết luận, báo cáo với cấp cao hơn, kết thúc và đóng hồ sơ sau khi gia đình rút đơn tố cáo.

4.3.1.4. Quy trình phản hồi thông tin

Các hoạt động liên quan quy trình phản hồi thông tin trong giải quyết KNTC bao gồm giám sát, báo cáo, và nhận xét phản hồi theo các kênh khác nhau.

Giám sát

Không có hoạt động theo dõi giám sát chính thống liên quan tới giải quyết KNTC trong hệ thống y tế vì nhiều lí do khác nhau, phần nhiều liên quan đến thiếu kinh phí và nhân lực. Các cán bộ phụ trách KNTC ở các cơ quan quản lý nhà nước thường thực hiện giám sát tới các cơ sở y tế trực thuộc trong các cuộc thanh tra lồng ghép và tối đa một lần/một cơ quan/một năm. Tuy nhiên, tại các cơ sở y tế nhà nước có nhiều trường hợp KNTC hoặc những cơ sở có trường hợp KNTC cần phải được giải quyết trong thời hạn nhất định thì sẽ được quan tâm nhiều hơn thông qua các hình thức như họp, khảo sát thực địa hoặc trao đổi qua điện thoại.

Các cuộc thanh tra liên ngành tới cơ sở tư nhân (một lần/ cơ sở/ năm) cũng được thực hiện để đảm bảo việc hành nghề tuân theo đúng đăng ký hành nghề. Các vi phạm như cung cấp dịch vụ nằm ngoài phạm vi cho phép, hành nghề không có đăng ký, bằng chứng về bệnh nhân không hài lòng thì sẽ áp dụng các hình thức phạt tương ứng.

Bên cạnh đó, hàng năm có giám sát thường kỳ của thanh tra nhà nước ở tỉnh nhằm giúp ngành y tế nâng cao kiến thức, kĩ năng về quy trình giải quyết KNTC. Tại các cơ sở y tế, họp giao ban, chia sẻ thông tin với cán bộ nhân viên cũng là một hình thức giám sát phản hồi thông tin.

Những khó khăn liên quan đến công tác giám sát được liệt kê bao gồm thiếu kinh phí hỗ trợ đi lại và không có thù lao, và thiếu hợp tác giữa các bộ phận, khiến cho hiệu quả giám sát bị hạn chế.

Thiếu ngân sách chi cho xăng dầu trong các lần giám sát. Do đó, không thể tổ chức được các cuộc giám sát tới cấp thấp hơn theo kế hoạch đề ra. Cũng không có ngân sách cho xác minh y học cổ truyền (KNTC_Người hướng dẫn 03_MB).

Báo cáo

Các cơ sở y tế có trách nhiệm báo cáo các trường hợp KNTC lên tuyến trên (SYT và BYT). BYT tổng hợp các trường hợp KNTC hàng năm dựa trên báo cáo của các Sở Y tế. Việc giải quyết KNTC ở các cơ sở y tế được phản ánh trong bản báo cáo công tác thanh tra bao gồm số trường hợp KNTC và số được giải quyết, nhưng không nêu rõ cách giải quyết như thế nào.

Họ báo cáo có bao nhiêu trường hợp được giải quyết một năm và bao nhiêu không được giải quyết (KNTC_Người hướng dẫn 02_TU).

Tuy nhiên, BYT và SYT không nắm được các trường hợp KNTC không bằng đơn thư. Những trường hợp này thường được giải quyết thông qua đối thoại và hòa giải giữa hai bên, CBYT và bệnh nhân

Khó mà có thể nắm được hết các trường hợp: các cơ sở sẽ giải quyết các trường hợp, không để phát triển thành khiếu nại (thông qua đối thoại) (KNTC_Người hướng dẫn 02_TU).

Kết quả giải quyết KNTC trình bày ở Bảng 21 cho thấy có khoảng 2/3 số tỉnh (42/63 tỉnh) nộp báo cáo về công tác thanh tra cho BYT. Số trường hợp KNTC có sự dao động trong 5 năm qua, cao nhất là năm 2008 ở tất cả các tuyến. Số lượng trường hợp KNTC ở tỉnh MN thấp hơn so với tỉnh MB trong các năm vừa qua.

Bảng 21: Số trường hợp KNTC ở các tuyến khác nhau trong 5 năm 2006-2010

Năm	2006	2007	2008	2009	2010	Trung bình
Số tỉnh nộp báo cáo BYT	40	32	53	45	42	42,4
Tổng số trường hợp KNTC trong ngành y tế	570	539	2219	275	1300	981
Số trường hợp thuộc thẩm quyền BYT	113	134	149	152	289	167
Số trường hợp thuộc thẩm quyền SYT	457	405	2070	123	1011	813
SYT MB	52	38	36	28	18	34
SYT MN	13	38	19	17	33	24

Nguồn: Báo cáo thanh tra từ BYT và các tỉnh MB và MN [72-76], [77-86]

Trong nhiều trường hợp, SYT chỉ báo cáo các trường hợp họ đã giải quyết ở văn phòng SYT do không nắm được số lượng giải quyết tại các đơn vị trực thuộc. Hiện tại, không có chế tài bắt buộc phải nộp báo cáo, đặc biệt là ở khu vực y tế tư nhân. Điều này cho thấy công tác KNTC chưa thật sự được quan tâm ở các cấp.

Các kênh phản hồi thông tin khác

Thông tin phản hồi từ các cơ sở y tế địa phương tới các cơ quan quản lý nhà nước có thể được thu thập thông qua báo cáo, khảo sát thực tế hoặc các cuộc họp. Để đáp ứng các ý kiến phản hồi, một số giải pháp đã/sẽ được triển khai. Ví dụ, sau một loạt các trường hợp KNTC có liên quan tới vấn đề y đức giám sát của CBYT tại tỉnh MN, SYT đã cải thiện tình hình bằng cách xây dựng các quy định để hướng dẫn tuyến dưới về quy tắc ứng xử của CBYT tại cơ sở.

Phản hồi từ các cơ quan quản lý nhà nước tới BYT được thực hiện thông qua các buổi họp/ chuyển đi thực tế hoặc bằng văn bản liên quan đến giải quyết KNTC. Tuy nhiên, các cơ quan cấp dưới không biết rằng những góp ý có được BYT lắng nghe hay không. Hiện nay chưa có đánh giá kết quả thực hiện QĐ 44 của BYT tại các cơ sở y tế như thế nào.

4.3.2. Các bên liên quan

Có nhiều bên tham gia trong quá trình của QĐ 44/2005/QĐ-BYT. Một người có thể tham gia vào nhiều quá trình KNTC khác nhau, đặc biệt những cán bộ thuộc cơ quan quản lý nhà nước như BYT, SYT, PYT và giám đốc bệnh viện. Những bên liên quan khác chủ yếu tham gia vào quá trình thực hiện.

Thanh tra Bộ Y tế

Tại thời điểm nghiên cứu có tổng số 70 người là thanh tra y tế thuộc các đơn vị khác nhau như Thanh tra BYT, Cục VSATTP và Tổng cục dân số kế hoạch hóa gia đình.

Thanh tra BYT chịu trách nhiệm chính trong xây dựng và triển khai QĐ 44 tới các cơ sở y tế trực thuộc và các SYT, trực tiếp giải quyết các trường hợp KNTC gửi về Thanh tra BYT. Họ cũng tham gia giám sát và tập huấn cho các tỉnh, nhận và báo cáo về công tác KNTC. Tuy nhiên các cán bộ quản lý đã nêu ra một số khó khăn trong thực hiện công việc ví dụ việc thiếu cán bộ đủ năng lực và động lực do không được đào tạo và không có chế độ thù lao, đãi ngộ phù hợp.

Thanh tra Sở Y tế

Giám đốc Sở Y tế chịu trách nhiệm các công tác liên quan tới KNTC ở SYT. Thanh tra y tế của SYT chịu trách nhiệm triển khai, thực hiện, theo dõi giám sát và báo cáo các trường hợp KNTC trong tỉnh. Tổng số có 300 thanh tra y tế đang làm việc tại tất cả SYT, nhưng có rất ít thanh tra được đào tạo chuyên ngành về Luật.

Tại SYT tỉnh MB có 3 thanh tra, bao gồm 1 chánh thanh tra và 2 thanh tra viên chính. Tại SYT tỉnh MN có 5 người, bao gồm 1 chánh thanh tra, 2 thanh tra viên chính còn 2 thanh tra viên khác chưa được đào tạo về thanh tra. Để trở thành thanh tra viên y tế, CBYT cần học 2 tháng ở trường cán bộ thanh tra. Để trở thành thanh tra y tế chính, thanh tra viên phải học 2 tháng nữa cũng tại trường. Cho đến nay, chỉ có 1 trường duy nhất đào tạo cán bộ thanh tra tại Việt Nam.

Các thanh tra viên đều nhận thức được tầm quan trọng của giải quyết tốt KNTC sẽ có vai trò quan trọng trong nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, nhưng họ không được tập huấn về quy định KNTC. Bên cạnh lương, thanh tra viên được nhận phụ cấp nghề nghiệp bằng 5% mức lương của họ nếu họ làm việc 5 năm ở vị trí thanh tra y tế và 1% trong những năm tiếp theo. Hàng năm họ được trang bị đồng phục và áo mưa, tuy nhiên không có trợ cấp đi lại. Theo ý kiến của các chánh thanh tra, những khoản thù lao đó là quá thấp, không đủ động viên các thanh tra làm việc trong lĩnh vực KNTC. Ở cả 2 tỉnh, không có thanh tra y tế làm việc ở tuyến huyện hoặc các bệnh viện.

Khi giải thích việc không áp dụng Quyết định của Bộ Y tế về giải quyết KNTC tại địa phương, chánh thanh tra SYT cho rằng văn bản của BYT không có tính pháp lý cao bằng Luật KNTC, và BYT không thể áp đặt các tỉnh tuân theo nếu đã có Luật KNTC:

Xung đột mâu thuẫn về thứ bậc giữa các cơ quan. Rất nhiều chính sách của Bộ Y tế không được Ủy ban nhân dân tỉnh chấp nhận bởi họ cũng cùng cấp bậc hành chính (xếp hạng) và cấp tỉnh chỉ cần tuân theo văn bản chính phủ (KNTC_Người hướng dẫn 03_MB).

Chánh thanh tra SYT của tỉnh MB thường hướng dẫn tuyển dưới phân loại các trường hợp KNTC trong bệnh viện thành tố cáo, do quy trình này không bắt buộc những người cung cấp dịch vụ y tế phải bồi thường ngay cả khi có bằng chứng.

Bởi vì những người khiếu nại có thể đưa bác sĩ ra tòa án dân sự và quá trình này sẽ kéo dài thời gian. Tất cả các chính sách bây giờ không bảo vệ bác sĩ. Các trường hợp tố cáo không bồi thường – điều này phụ thuộc vào các nhà hoạch định chính sách (và sẽ tốt hơn cho bác sĩ) (KNTC_Người hướng dẫn 05_MB).

Chánh thanh tra SYT cũng hướng dẫn tuyển dưới không đưa ra các kết luận mắc lỗi do thiếu sót chuyên môn bởi vì có thể sẽ bị đưa ra tòa dân sự và sẽ phải bồi thường.

Chánh thanh tra không bao giờ tư vấn cho giám đốc đưa quyết định về các lỗi liên quan tới chuyên môn. Nếu chuyện này xảy ra, cảnh sát sẽ vào cuộc (nếu thương tật 11% sức khỏe) và bác sĩ sẽ bị đưa ra tòa án và phải bồi thường. Ngành y tế thì cần bảo vệ cán bộ của mình (KNTC_Người hướng dẫn 05_MB).

Theo ý kiến của thanh tra, có rất nhiều khó khăn trong quá trình giải quyết KNTC. Thanh tra y tế không hề dễ dàng thực hiện các quyết định xử phạt với các trường hợp vi phạm vì nhiều lí do, trong đó có tham nhũng. Trước đây, thanh tra y tế chịu sự quản lý trực tiếp của Ủy ban Nhân dân tỉnh và họ còn có tiếng nói độc lập. Nhưng hiện nay tất cả thanh tra y tế chịu sự quản lý trực tiếp của SYT và do đó không thể có tiếng nói độc lập với Giám đốc SYT. Những vấn đề này đã khiến thanh tra không thoải mái trong quá trình làm việc.

Nhìn chung, thanh tra y tế ở các tuyến đều mong muốn thực hiện quy trình giải quyết KNTC để đảm bảo sự công bằng cho bệnh nhân và đảm bảo uy tín của hệ thống y tế. Theo họ, CBYT đều không muốn điều gì xấu, có hại cho khách hàng và do đó họ cần phải được bảo vệ.

Phòng quản lý hành nghề y dược tư nhân, SYT

Trong quá trình thực hiện giải quyết KNTC ở khu vực YTTN có sự tham gia tích cực của phòng quản lý hành nghề y dược tư nhân. Tuy nhiên, cơ cấu tổ chức của bộ phận này khác nhau giữa các địa phương. Ví dụ có phòng quản lý hành nghề y dược tư nhân riêng tại SYT tỉnh MB, trong khi đó chỉ là một bộ phận thuộc Phòng nghiệp vụ y tại SYT tỉnh MN.

Tại tỉnh MB, hàng năm, phòng quản lý hành nghề y dược tư nhân tham gia vào đoàn thanh tra liên ngành ở khu vực YTTN, trong khi ở tỉnh MN thì không có với lý do thiếu nguồn lực. Chánh thanh tra SYT chịu trách nhiệm giải quyết các trường hợp KNTC từ khu vực YTTN. Phòng quản lý hành nghề y dược tư nhân cũng đối mặt với những khó khăn như thiếu cán bộ, chế độ lương và thù lao thấp, không động viên khuyến khích mọi người làm việc do các chủ đề liên quan đến YTTN nhạy cảm và yêu cầu có kĩ năng, kinh nghiệm để giải quyết các vấn đề phức tạp như cấp đăng ký hành nghề y dược tư nhân.

Trưởng Phòng y tế

Ở tuyến huyện, PYT chịu trách nhiệm quản lý khu vực YTTN trên địa bàn. Họ tham gia vào đoàn thanh tra liên ngành tới các cơ sở YTTN để kiểm tra xem họ có tuân theo Pháp lệnh hành nghề y dược tư nhân hay không. Họ cũng chịu trách nhiệm giải quyết các trường hợp KNTC ở địa phương. Tuy nhiên, động lực làm việc của họ còn hạn chế do thiếu kiến thức, thời gian và chế độ thù lao đãi ngộ thấp.

Cả Giám đốc SYT, và Trưởng PYT đều phấn đấu giải quyết tốt các trường hợp KNTC để đảm bảo sự công bằng cho bệnh nhân, giữ uy tín cho hệ thống y tế.

Giám đốc bệnh viện

Giám đốc bệnh viện chịu trách nhiệm triển khai và thực hiện quy định giải quyết KNTC và đều nhận thức được tầm quan trọng của giải quyết KNTC. Tuy nhiên, thực tế cho thấy việc thực hiện quy trình giải quyết KNTC là rất khác

nhau giữa các bệnh viện và phụ thuộc vào ưu tiên của giám đốc. Ở một số bệnh viện, khi giám đốc thấy được tầm quan trọng của giải quyết KNTC và coi đó như một ưu tiên hàng đầu thì có đầu tư nguồn lực thích đáng. Trong khi ở một số bệnh viện khác thì không có ưu tiên đầu tư gì cho công việc đó. Điều này có thể ảnh hưởng tới công việc giải quyết KNTC và đặc biệt là các cán bộ thực hiện công việc này.

Lãnh đạo và người dân tin tưởng vào cán bộ phụ trách khiếu nại, tố cáo đảm nhiệm công việc này. Tuy nhiên, họ không quan tâm anh làm việc như thế nào: tiền, chi phí đi lại, ăn uống (KNTC_Người thực hiện 14_MB).

Giám đốc cũng là người chịu trách nhiệm ra quyết định khen thưởng và xử phạt đối với các trường hợp KNTC. Tuy nhiên, điều này không phải lúc nào cũng có thể thực hiện dễ dàng và minh bạch do có nhiều mối quan hệ chi phối bao gồm cả yếu tố tham nhũng.

Hành vi và môi trường tham nhũng là rất phổ biến ở Việt Nam. Luật phòng chống tham nhũng nhằm vào những người tham nhũng mà không nhắm tới môi trường tham nhũng (KNTC_Người hướng dẫn 05_MB).

Cán bộ thực hiện giải quyết KNTC trong bệnh viện

Các bệnh viện không có biên chế chính thức cho công việc giải quyết KNTC, nhưng thường do cán bộ của phòng Tổ chức cán bộ đảm nhiệm. Những CBYT này thường không được đào tạo về lĩnh vực KNTC, và họ giải quyết KNTC dựa trên kinh nghiệm hoặc từ những người tiền nhiệm. Việc đánh giá thực hiện công việc của họ khó do không có chuẩn mực đánh giá.

Theo chánh thanh tra SYT, giải quyết KNTC đòi hỏi kỹ năng giao tiếp và sự cảm thông đặc biệt tới khách hàng, đặc biệt là những người mất người thân. Bởi vậy, cán bộ phụ trách KNTC phải học hỏi kinh nghiệm làm thế nào giải quyết các trường hợp KNTC có hiệu quả. Một số khách hàng và gia đình họ chỉ yêu cầu một cuộc gặp hoặc giải thích, trong khi những người khác có thể yêu cầu nhiều cuộc thăm hỏi, hòa giải, bồi thường. Trong giải quyết khiếu nại, thái độ ứng xử của những cá nhân có liên quan đóng vai trò quan trọng.

Các kỹ năng yêu cầu từ những người này là: hợp tác, trung thành, trách nhiệm giải trình của mỗi cá nhân và khả năng của thanh tra để lấy thông tin từ những người liên quan: làm thế nào để đưa ra những câu hỏi để có được câu trả lời và bối cảnh địa phương (người quá mệt mỏi không muốn trả lời) (KNTC_Người hướng dẫn 01_TU).

Các kinh nghiệm giải quyết, không chỉ tuân theo các thủ tục, là rất khó. Khi người ta chết, cán bộ cần phải tới thăm hỏi nhà người ta và cảm thông với sự mất mát này (KNTC_Người hướng dẫn 10_MN).

Các cán bộ phụ trách KNTC tại bệnh viện không có thù lao, đãi ngộ chính thức như thanh tra SYT và BYT, và mức thù lao do giám đốc bệnh viện quyết định.

Không có quy định về mức thanh toán chính thức cho thanh tra. Thanh toán cho thanh tra là rất khác nhau, phụ thuộc vào quyết định của địa phương. Nếu giám đốc cảm thấy cần thiết phải có thanh toán nhiều hơn cho thanh tra từ các nguồn (báo cáo, ...); hoặc thù lao cho chuyến đi thực tế (trong xác minh trường hợp), nhưng vẫn là quá thấp “không đủ bát phở bò” (KNTC_Người hướng dẫn 01_TU).

Bên cạnh lý do liên quan đến thù lao đãi ngộ thấp, mọi người không muốn làm việc trong lĩnh vực KNTC, bởi vì đó không phải là công việc chuyên môn. Trong ngành y tế, tất cả cán bộ phụ trách KNTC có chuyên môn y tế và họ coi công việc giải quyết KNTC chỉ là nhiệm vụ tạm thời. Nếu có đơn KNTC, họ sẽ tập trung giải quyết và sau đó, trở lại với nhiệm vụ hàng ngày. Do đó họ không dành nhiều thời gian để nghiên cứu tìm hiểu các văn bản pháp quy có liên quan và không có kiến thức về KNTC.

Tập huấn được tổ chức cho tuyến dưới để học về các chính sách. Tuy nhiên, thời gian là quá ngắn và mọi người cũng không quan tâm về các chính sách (KNTC_Người hướng dẫn 03_MB).

Do CBYT không quan tâm tới lĩnh vực KNTC cho nên tỷ lệ luân chuyển người phụ trách công tác KNTC cao.

Thường thay đổi cán bộ phụ trách KNTC, sau tập huấn họ chuyển sang công việc khác (KNTC_Người hướng dẫn 05_MB).

Các cán bộ mới phụ trách công tác KNTC phải dành thời gian để làm quen với công việc một thời gian, sau đó lại xin thôi. Điều này gây ra khó khăn cho cơ quan bởi rất thiếu người có kiến thức tốt về giải quyết KNTC.

Các bên liên quan khác tham gia vào công việc giải quyết khiếu nại, tố cáo trong bệnh viện

Ở bệnh viện công lập, Ban thanh tra nhân dân gồm 3 đến 5 người. Ban thanh tra nhân dân hoạt động theo nhiệm kỳ 3 năm dưới sự hướng dẫn của công đoàn. Ban này có nhiệm vụ bảo vệ quyền lợi của thành viên công đoàn. Đây là công việc bán thời gian tự nguyện, không được đào tạo và không có chế độ thù lao đãi ngộ, không có kỹ năng để giải quyết KNTC.

Thanh tra thủ trưởng là một vị trí mới, làm việc bán thời gian được Chính phủ và BYT yêu cầu từ năm 2009. Tuy nhiên, do thiếu CBYT cho nên không có đủ người làm việc ở vị trí này. Theo ý kiến của chánh thanh tra SYT, Quy định về thanh tra thủ trưởng chưa được triển khai tại tỉnh MB. Tại tỉnh MN, chỉ có một bệnh viện huyện triển khai quy định này. Tuy nhiên nhiệm vụ chính của thanh tra thủ trưởng là theo dõi giám sát các hoạt động được thực hiện theo quyết định của Giám đốc mà không làm công tác liên quan đến KNTC.

Bên cạnh thanh tra nhân dân và thanh tra thủ trưởng, thanh tra Đảng và đại diện công đoàn cũng tham gia vào quá trình giải quyết KNTC khi cần thiết. Tất cả nhân viên bệnh viện, bao gồm giám đốc và các cán bộ phụ trách phải đảm bảo tính công bằng cho khách hàng cũng như giữ danh tiếng cho bệnh viện.

Người thực hiện khiếu nại

Người khiếu nại trong bệnh viện là người sử dụng dịch vụ/khách hàng, là người không hài lòng về dịch vụ khám, điều trị và thái độ ứng xử của CBYT. Khách hàng muốn nhận bồi thường cho những dịch vụ không đạt, để bù lại những mất mát và mong muốn cải thiện chất lượng dịch vụ cũng như tính công bằng cho mọi người.

Khách hàng biết trách nhiệm và lợi ích của họ trong thời gian ở bệnh viện. Hiểu biết của họ về KNTC là khác nhau. Trong nhiều trường hợp, khách hàng không biết về Luật KNTC, nhưng họ biết cách để gửi KNTC theo các kênh khác nhau. Họ có thể trực tiếp gặp giám đốc hoặc người có trách nhiệm trong bệnh viện khi gặp tình huống khó khăn.

Tôi biết tôi nên đi tới gặp giám đốc đầu tiên. Nếu không được giải quyết, sẽ lên đi lên phòng pháp lý của tỉnh, và VTV1. Tôi biết tôi có thể hỏi đường dây nóng và hỏi nơi có thể gửi khiếu nại. Tôi biết bác sĩ cũng yêu quý bệnh nhân và họ sẽ nói cho tôi thông tin này. Tôi không biết về Luật (KNTC_Người sử dụng dịch vụ 03_MB).

Những khiếu nại có thể giải quyết trực tiếp với bác sĩ nếu bệnh nhân bị đối xử thô lỗ. Khiếu nại có thể gửi tới cấp cao hơn: giám đốc, cấp huyện, tỉnh và Bộ Y tế và cả cảnh sát. Nhưng chỉ có ít trường hợp KNTC ở đây. Bệnh nhân không biết bất cứ văn bản pháp lý nào liên quan tới (KNTC_Người sử dụng dịch vụ 02_MB).

Những người tham gia phỏng vấn cũng chia sẻ rằng sự hiểu biết của người dân địa phương về các kênh gửi KNTC vẫn còn hạn chế và điều này có tác động tới quá trình KNTC. Những người hiểu biết tốt về luật và các văn bản chính sách thì bệnh viện có thể tiến hành đối thoại và hòa giải dễ dàng so với hơn những người có hiểu biết hạn chế về các vấn đề KNTC.

Hiểu biết mỗi người là khác nhau. Ai biết rõ về vấn đề, sau đó lắng nghe lời giải thích thì họ có thể hiểu được. Những người có hiểu biết thấp thì chúng tôi cần phải thuyết phục họ (KNTC_Người hướng dẫn 01_HN).

Nếu họ biết quy định, mọi thứ sẽ dễ dàng để giải quyết hơn, nếu không thì sẽ rất khó khăn (KNTC_Người hướng dẫn 01_HN).

Nếu hiểu biết của mỗi người là khác nhau, thì những đặc điểm văn hoá xã hội nào chi phối sự khác biệt đó. Kết quả từ trường hợp cụ thể dưới đây có thể gợi mở cho câu trả lời.

Hộp 3. Nghiên cứu trường hợp – Quan điểm của khách hàng

Trong trường hợp nghiên cứu được mô tả ở trên, sau khi gia đình nhận bồi thường và rút đơn tố cáo, họ đã nhận được thông báo của bệnh viện rằng BHYT không có lỗi vì trường hợp bệnh vượt quá khả năng xử trí của bệnh viện, và việc này xảy ra do lỗi của gia đình là chính. Gia đình rất thất vọng với kết luận của bệnh viện. Gia đình đã mất em bé, đó là một tổn thất lớn, bao gồm cả thể xác, tinh thần cũng như tài chính, nhưng điều này lại không có nghĩa đối với bệnh viện.

Nó chẳng là gì nếu so sánh với những chi phí chi trả cho bệnh viện. Ông ý đã yêu cầu rút đơn khiếu nại và sau đó họ gửi trả lời nói là tất cả mọi lỗi đều là do gia đình. Điều này gây ra bức xúc (KNTC_Người sử dụng dịch vụ 03_MB).

Tuy nhiên, gia đình đã chấp nhận kết luận bởi họ ở vị trí thấp và không thể đưa sự việc lên cấp cao hơn. Họ mong rằng, nếu như bệnh viện biết họ không thể giải quyết được ca bệnh, họ nên chuyển ngay sản phụ lên tuyến trên sớm hơn, như vậy có thể đã cứu được em bé.

Các bên liên quan khác

Có nhiều bên liên quan khác cũng tham gia với mức độ giống nhau vào các quá trình khác nhau của quy trình KNTC ở các tỉnh.

Hội đồng nhân dân các cấp: Hội đồng nhân dân tỉnh, huyện và xã là các cơ quan hành chính, tiếp nhận các ý kiến phản hồi từ công dân về các dịch vụ y tế địa phương. Hội đồng nhân dân có các cuộc họp định kỳ và yêu cầu phản hồi chính thức từ các cơ quan trực thuộc khi có vấn đề phản ánh liên quan. Bệnh viện phải xem xét lại các ý kiến và gửi công văn trả lời chính thức tới Hội đồng nhân dân.

Hội đồng nhân dân này có vai trò quan trọng bởi họ có thể đưa ra những ý kiến ảnh hưởng tới các quyết định của Ủy ban nhân dân các cấp trong phân bổ nguồn lực và bổ nhiệm cán bộ vào các vị trí lãnh đạo. Hội đồng nhân dân có trách nhiệm lớn trong việc giải trình với công dân, hướng tới mục tiêu đảm bảo sự công bằng, dịch vụ y tế có chất lượng cho người dân tại địa phương.

Cơ quan truyền thông đại chúng

Trong giai đoạn qua đã ghi nhận được sự phát triển nhanh chóng của các cơ quan truyền thông đại chúng, đặc biệt là các tờ báo, tạp chí, báo in và báo điện tử [88]. Các cơ quan truyền thông ở Việt Nam có vai trò nhất định trong giải quyết KNTC bởi họ có thể nhận đơn thư khiếu nại trực tiếp từ người khiếu nại hoặc tự tìm hiểu các trường hợp KNTC. Theo quy định, sau khi tiếp nhận ý kiến KNTC, cá nhân/đơn vị có liên quan phải nhận được trả lời trong vòng 30 ngày hoặc chậm nhất trong 3 tháng. Cơ quan nhận KNTC phải có trách nhiệm giải

quyết hoặc gửi tới cơ quan cấp trên [89]. Thực tế cho thấy, các cơ quan truyền thông thường gửi trường hợp KNTC tới các cơ sở y tế để phúc đáp trong vòng 15-30 ngày. Nếu không có phản hồi trong thời gian này, có thể trường hợp KNTC sẽ được đăng tải trên các kênh truyền thông (đài, truyền hình và báo chí). Tuy nhiên, theo báo cáo của hai tỉnh nghiên cứu, rất ít trường hợp có truyền thông vào cuộc bởi không nhiều người có thể tiếp cận với truyền thông vì nhiều lí do khác nhau như không có mối quan hệ, chi phí v.v. Các trường hợp KNTC có sự tham gia của cơ quan truyền thông có thể kéo dài hơn do nhiều bên liên quan có thể tham gia vào khi trường hợp KNTC được công bố công khai trên phương tiện truyền thông.

Trong 3 năm trở lại đây, chỉ có 27 ca tai biến sản khoa xuất hiện trên báo chí và các trang báo điện tử, kể cả tử vong mẹ và trẻ sơ sinh cho đến thời điểm điều tra tại các tỉnh. Trong đa số các trường hợp, truyền thông thường hướng sự chú ý của công chúng vào những điểm yếu của hệ thống y tế, tạo ra ấn tượng rất nghiêm trọng và gây áp lực cho cơ sở y tế, để lại hình ảnh xấu trong nhận thức của người dân. Một số trường hợp KNTC chỉ xuất hiện trên phương tiện truyền thông một lần, trong khi một số trường hợp khác có thể xuất hiện nhiều lần. Tùy thuộc mức độ nhạy cảm của từng trường hợp, sẽ có những phản ứng tương ứng từ phía cơ quan chính phủ và ngành y tế. Nhưng kết quả xử lý cuối cùng của các trường hợp KNTC không được công bố trên các phương tiện truyền thông.

Theo kinh nghiệm của các cán bộ quản lý, các cơ sở y tế không nên phản ứng trực tiếp và chờ sau khi có kết quả cuối cùng thì sẽ công bố trên phương tiện truyền thông.

Kinh nghiệm cho thấy tốt hơn không nên thảo luận trả lời truyền thông và nên giữ yên lặng là tốt nhất. Khi mà chưa có kết luận cuối cùng về sự việc, không nên để bất cứ thông tin gì xuất hiện trên truyền thông đại chúng (KNTC_Người hướng dẫn 03_MB).

Mục đích của truyền thông là thu hút sự chú ý của công chúng bằng cách đăng tải những trường hợp KNTC khác nhau. Tuy nhiên mục tiêu dài hạn của họ cũng hướng tới đảm bảo sự công bằng và chất lượng dịch vụ cung cấp cho bệnh nhân. Ở cả 2 tỉnh nghiên cứu có rất ít trường hợp có sự tham gia của truyền thông.

Luật sư

Luật sư được phép tham gia tranh tụng cho các trường hợp KNTC kể từ năm 2005, tuy nhiên rất ít luật sư tham gia bởi mọi người chưa quen sử dụng dịch vụ này. Luật sư cũng không được các cơ sở y tế chào đón bởi họ có thể làm sự việc trở nên rất phức tạp. Tuy rằng một trong những mục đích của luật sư là phải được chi trả cho các dịch vụ tư vấn pháp lý nhưng họ cũng muốn thông qua công việc để đảm bảo sự công bằng cho bệnh nhân. Chưa có trường hợp nào ở 2 tỉnh báo cáo có sự tham gia của luật sư trong KNTC.

Tòa án

Tòa án sẽ tham gia vào quá trình giải quyết KNTC, nếu sự việc không được ngành y tế giải quyết. Tuy nhiên, theo cán bộ quản lý, không có nhiều trường hợp KNTC có sự tham gia của tòa án. Mục tiêu chính của tòa án và thanh tra nhà nước là thông qua quá trình giải quyết KNTC đảm bảo sự công bằng cho người dân. Tuy nhiên không có trường hợp KNTC nào có sự tham gia của tòa án ở cả hai tỉnh nghiên cứu.

Thanh tra nhà nước

Thanh tra nhà nước thường hợp tác với thanh tra y tế trong quá trình triển khai các văn bản pháp lý cho ngành y tế. Họ cũng hỗ trợ thanh tra y tế giải quyết các trường hợp khó. Mục đích của thanh tra nhà nước là thông qua giải quyết KNTC để đảm bảo tính công bằng cho người dân. Theo thanh tra y tế, có sự hợp tác tốt giữa thanh tra nhà nước và thanh tra y tế trong triển khai và giải quyết KNTC ở cả 2 tỉnh nghiên cứu.

Hội đồng chuyên môn

Trong quá trình giải quyết KNTC, đôi khi phải thành lập hội đồng tư vấn chuyên môn để phân tích nguyên nhân các trường hợp. Nhưng việc thành lập hội đồng này cũng có những hạn chế nhất định bởi phụ thuộc vào nhiều yếu tố, ví dụ thời gian và trình độ chuyên môn tương ứng của chuyên gia. Ở các khu vực xa xôi và khó khăn, việc thành lập hội đồng này tương đối khó khăn do không có đủ nhân lực. Mục đích của hội đồng tư vấn là đảm bảo sự công bằng cũng như bảo vệ uy tín của ngành y tế. Không có trường hợp nào có sự tham gia của hội đồng tư vấn chuyên môn ở 2 tỉnh nghiên cứu.

4.3.3. Các yếu tố bối cảnh ảnh hưởng tới quá trình KNTC

Phân tích quá trình giải quyết KNTC cho thấy có sự tác động của bối cảnh tới quá trình thực hiện. Các yếu tố bối cảnh chính được xác định là hệ thống y tế, điều kiện kinh tế xã hội và ứng xử mang tính vùng miền.

4.3.3.1. Thiếu nguồn lực cho công việc khiếu nại, tố cáo ở tất cả các cấp

Ý kiến của các bên liên quan cho thấy thiếu nhân lực cho công tác KNTC ở tất cả các tuyến, đặc biệt là thiếu thanh tra chuyên ngành ở BHYT và SYT. Ở các cơ sở y tế (bệnh viện) không có vị trí công tác chính thức cho giải quyết KNTC, thường là kiêm nhiệm. Hầu hết những người phụ trách giải quyết KNTC đều là BHYT, không quan tâm quá nhiều tới các vấn đề pháp lý. Do đó họ không muốn đầu tư công sức cho công việc này.

Ngoài ra nguồn lực đầu tư cho công việc KNTC rất thiếu thốn. Thông tin phản hồi từ tất cả các tuyến cho thấy thù lao đãi ngộ cho công việc này rất thấp, cán bộ phải làm các công việc khác để sống. Không có kinh phí để tổ chức các khóa tập huấn nâng cao kiến thức pháp luật, bao gồm cả KNTC cho cán bộ y tế. Bản thân người chuyên trách cũng không được đào tạo về công việc KNTC. Thiếu

nguồn lực cần thiết bao gồm cả nhân lực và tài chính khiến cho công tác giải quyết KNTC gặp nhiều khó khăn.

4.3.3.2. Tự chủ bệnh viện và kinh tế thị trường trong chăm sóc sức khỏe

Nghị định 10 (có hiệu lực năm 2004) và Nghị định 43 (có hiệu lực từ năm 2006) là hai văn bản cho phép các cơ sở y tế thực hiện tự chủ về tài chính, nhân lực, tổ chức và cung cấp dịch vụ. Thực hiện tự chủ giúp các cơ sở y tế nhà nước giảm phụ thuộc vào ngân sách trung ương, và ưu tiên dành ngân sách nhà nước cho những nơi cần thiết hơn. Tuy nhiên, các cán bộ quản lý đều chia sẻ băn khoăn về tác động của những Nghị định này trong bối cảnh kinh tế thị trường sẽ làm tăng bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Hiện nay giám đốc của các bệnh viện đều chịu sức ép của việc thực hiện tự chủ, và họ biết phải bảo vệ uy tín của bệnh viện để có thể thu hút bệnh nhân tới bệnh viện nhằm tăng thu nhập cho bệnh viện. Vì vậy các bệnh viện công hoặc tư đều cố gắng thu xếp giải quyết các vụ việc tại cơ sở, tránh trường hợp KNTC lên tuyến trên sẽ ảnh hưởng tới uy tín của bệnh viện trong cộng đồng. Do vậy chỉ có một số ít trường hợp KNTC chuyển lên tới tuyến trên.

Rất ít trường hợp khiếu nại tới cấp cao hơn bởi họ sẽ tự giải quyết với việc bồi thường. Bệnh viện nhận thấy nhu cầu muốn được bồi thường của bệnh nhân và họ có thể thực hiện được việc này. Các cơ quan công không có cơ chế bồi thường và không thể giải quyết điều này, do đó vụ việc sẽ đi lên trên đây (KNTC_Người hướng dẫn 10_MN).

YTTN áp dụng phương thức này nhiều hơn so với cơ sở y tế nhà nước bởi họ thường linh hoạt và cơ chế thoả thuận bồi thường dễ hơn:

Có rất ít trường hợp khiếu nại từ hành nghề tư nhân. Nếu có những trường hợp đó, cán bộ phụ trách sẽ trực tiếp gặp mặt và thoả thuận đàm phán với nhau (KNTC_Người hướng dẫn 05_MB).

Điều này cho thấy xu hướng thị trường hóa đang tăng lên trong các cơ sở y tế nhà nước và có thể ảnh hưởng tới chất lượng dịch vụ CSSK do không biết được chính xác nguyên nhân sự việc gây ra KNTC và không có cơ chế điều chỉnh phù hợp [90].

Nhiều khách hàng không muốn KNTC chính thức khi họ còn ở trong bệnh viện, hoặc họ sợ rằng trong tương lai có thể sẽ phải sử dụng dịch vụ của bệnh viện, do vậy việc KNTC thường bị hạn chế. Tuy nhiên, trong điều kiện kinh tế thị trường, các nhà quản lý đều xác nhận rằng người sử dụng dịch vụ y tế/ khách hàng ngày càng đòi hỏi cao hơn đối với phía cung cấp dịch vụ y tế. Điều này được thể hiện thông qua việc gia tăng số lượng khách hàng gặp mặt trực tiếp và để đạt các yêu cầu KNTC với người có trách nhiệm của cơ sở y tế (không được ghi nhận bằng văn bản). Rất nhiều ca bệnh kết thúc bằng tai biến hoặc tử vong, khách hàng hoặc gia đình muốn nhận bồi thường cho sự mất mát của họ, tại cả cơ sở y tế công và tư.

Kinh tế của chúng ta là xã hội chủ nghĩa theo định hướng thị trường. Điều này dẫn dắt nước đi theo hướng này. Pháp luật cũng nên nêu rõ hành vi bác sĩ là hành vi hành chính hay loại hành vi nào (thị trường), do đó họ cần phải bồi thường và chịu trách nhiệm. Phải rất rõ ràng, nhưng hiện tại thì không rõ (KNTC_Người hướng dẫn 05_MB).

Theo thanh tra y tế và các cán bộ quản lý khác chịu trách nhiệm quản lý y tế tư nhân, cạnh tranh kinh tế giữa các cơ sở y tế là một trong những lí do chính dẫn tới các vụ KNTC giữa những người hành nghề YTTN với nhau (tố cáo hành nghề không giấy phép/ đăng kí hoặc vượt ngoài phạm vi hành nghề v.v).

4.3.3.3. Quản lý hành nghề YTTN chưa hiệu quả

Các cơ sở hành nghề YTTN đều có trách nhiệm báo cáo với PYT. Ở tỉnh MN, các phòng khám YTTN gửi báo cáo cho TYT và sau đó sẽ gửi tới PYT. Ở tỉnh MB, tất cả các phòng khám YTTN gửi các báo cáo trực tiếp PYT. Tuy nhiên do thiếu nhân lực, cho nên PYT không có khả năng theo dõi giám sát hoạt động tất cả các cơ sở YTTN. Do vậy, PYT thường không nắm được các trường hợp KNTC tại các cơ sở YTTN, trừ khi có đơn thư KNTC được gửi tới PYT hoặc SYT và hình thức xử phạt quá nhẹ, không có tính răn đe

Các trường hợp chủ yếu liên quan tới không có giấy phép hành nghề, nhưng tiền phạt cho những trường hợp đó là rất thấp, 3 triệu (KNTC_Người hướng dẫn 05_MB).

4.3.3.4. Hành vi ứng xử khác biệt giữa miền Bắc và miền Nam

Sự tôn trọng và tin tưởng CBYT đã trở thành truyền thống Việt Nam với quan niệm 'Thầy thuốc như mẹ hiền'. Người dân đều hiểu được vai trò của CBYT trong CSSK và thông cảm với những khó khăn của ngành y tế. Mọi người chỉ thực hiện KNTC khi gặp các vấn đề sức khỏe hoặc tai biến nghiêm trọng (biến chứng, tử vong). Nhưng trong giai đoạn hiện nay, người dân đã có nhận thức về quyền KNTC và do vậy họ thường khiếu nại trực tiếp với những người có trách nhiệm ở các bệnh viện. Việc phản ánh trực tiếp thường xảy ra ở tỉnh MN, và minh chứng rõ qua số lượng ít hơn nhiều các trường hợp KNTC nặc danh tại SYT tỉnh MN.

Văn hóa của người miền Nam rất thẳng thắn. Chính vì vậy, họ thường gặp trực tiếp giám đốc (KNTC_Người thực hiện 19_MN).

Người dân miền Bắc hay sử dụng đơn thư nặc danh tố cáo những người có mâu thuẫn cá nhân, đặc biệt là trước các kỳ Đại hội Đảng hoặc trước các đợt bỏ nhiệm, nhằm giảm uy tín của những người chuẩn bị được đề bạt.

Các loại khiếu nại liên quan đến các giai đoạn nhảy cảm, trước kỳ Đại hội Đảng và chuẩn bị thăng chức. Những người khiếu nại thường có hiểu biết và gửi đến cho những người mà chỉ khiếu nại vào thời điểm của các rắc rối với mục đích cải thiện dịch vụ. Có một nhóm giữa hai nhóm, có mục đích cải thiện dịch vụ và thay đổi hành vi (KNTC_Người hướng dẫn 09_MN).

Hành vi ứng xử mô tả ở trên đã dẫn đến sự khác biệt về quy trình giải quyết KNTC giữa các vùng miền. Những bên liên quan ví dụ như thanh tra y tế, lãnh đạo bệnh viện đã có những ứng xử phù hợp với bối cảnh địa phương. Ví dụ, SYT tỉnh MN xử lý những trường hợp đơn thư KNTC nặc danh và công bố kết quả giải quyết trên trang web SYT, SYT tỉnh MB áp dụng cách tiếp cận riêng để giải quyết các trường hợp KNTC với “các nguyên nhân mẫu thuẫn nội bộ”.

4.3.4. Kết quả thực hiện Quyết định 44/2005/QĐ-BYT

Nghiên cứu cố gắng tìm câu trả lời cho câu hỏi “việc giải quyết khiếu nại của các bệnh nhân trong hệ thống y tế được thực hiện như thế nào”. Kết quả đã chỉ ra rằng việc thực hiện giải quyết khiếu nại dựa vào Quyết định 44 còn hạn chế. Thay vào đó, hầu hết các khiếu nại của khách hàng ở 2 tỉnh nghiên cứu được giải quyết dựa vào Luật KNTC. Có nhiều lý do khác nhau đã được đưa ra để giải trình cho việc không sử dụng Quyết định BYT. Do vậy, hiệu quả của việc giải quyết KNTC tại các cơ sở y tế phản ánh được hiệu quả của Luật KNTC hơn là Quyết định của BYT. Tuy nhiên, điều này không ảnh hưởng tới câu hỏi nghiên cứu về việc hệ thống y tế giải quyết KNTC của bệnh nhân như thế nào bởi mục đích của các quy định giải quyết KNTC đều muốn đảm bảo quyền công bằng của người dân trong việc giải quyết KNTC. Thực hiện hiệu quả các quy định KNTC sẽ góp phần cải thiện khả năng tiếp cận với dịch vụ y tế chất lượng, bao gồm cả sức khỏe bà mẹ.

4.3.4.1. Quy trình giải quyết KNTC rõ ràng, nhưng khác biệt trong thực hiện

Mục tiêu của các văn bản liên quan đến giải quyết KNTC là đảm bảo công bằng cho bệnh nhân trong việc KNTC. Đây là một nguyên tắc cơ bản trong việc thực hiện giải quyết các trường hợp KNTC ở các cơ sở y tế.

Công bằng là nguyên tắc hướng dẫn cho việc giải quyết tất cả các trường hợp mặc dù không có công bằng tuyệt đối nhưng lại luôn được quan tâm để thực hiện việc này tốt hơn (KNTC_Người hướng dẫn 1_HN).

Quy định này bảo vệ quyền của khách hàng. Họ trả tiền cho các dịch vụ và họ sẽ nhận được các dịch vụ tương ứng. Bệnh viện nên có trách nhiệm trả lời những câu hỏi từ phía người dân. Quyền của khách hàng cần được đảm bảo (KNTC_Người hướng dẫn 02_TU).

Với mục tiêu như vậy, các văn bản pháp quy về giải quyết KNTC (Luật và Quyết định BYT) đã đưa ra một quy trình rõ ràng trong việc thực hiện giải quyết KNTC từ bước nhận đơn thư đến quá trình giải quyết và kết thúc. Tuy nhiên, trong quá trình giải quyết có thấy sự khác biệt giữa các tỉnh và cơ sở y tế.

Công dân có thể thực hiện quyền khiếu nại của mình thông qua các kênh khác nhau trong các bệnh viện (hộp thư, phản hồi trực tiếp, đường dây điện thoại nóng) hoặc bên ngoài bệnh viện (Hội đồng nhân dân và/hoặc Phòng Y tế/Sở Y tế/Bộ Y tế), nhưng nhiều kênh không hiệu quả và không phải tất cả mọi người đều biết về các kênh này.

Mặc dù quy định KNTC yêu cầu tất cả những người khiếu nại nêu danh tính và địa chỉ cụ thể nhưng nhiều bệnh nhân sử dụng đơn thư nặc danh để bảo vệ danh tính của họ, phòng ảnh hưởng xấu khi họ phải sử dụng dịch vụ y tế trong tương lai. Ngoài ra, không phải tất cả các khiếu nại nặc danh được giải quyết bởi vì Luật không yêu cầu, mặc dù SYT của tỉnh MN vẫn xem xét giải quyết các trường hợp này và thông báo kết quả trên trang web của SYT.

Thông qua việc đánh giá các quá trình khác nhau của quy định KNTC, nhân lực và tài chính cũng như các hỗ trợ cần thiết đều rất thiếu. Những người làm công việc KNTC không đủ trình độ và động lực để làm việc. Từ đó, kết quả thực hiện KNTC chưa tốt như mong đợi ở tất cả các cấp, từ trung ương tới các cơ sở y tế địa phương. Do vậy, hiệu quả đảm bảo công bằng cho người bệnh cũng sẽ bị hạn chế nhiều.

4.3.4.2. Tăng cường chất lượng dịch vụ còn khó khăn

Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng hầu hết các trường hợp KNTC được giải quyết ở cơ sở y tế. Bệnh viện cố gắng thỏa thuận với bệnh nhân và thực hiện bồi thường khi cần thiết. Các bệnh viện không muốn các trường hợp KNTC chuyển lên tuyến trên hoặc tới các phương tiện truyền thông, bởi vì có thể đe dọa tới uy tín của bệnh viện. Mặc dù quy trình giải quyết KNTC cho phép người dân mời luật sư hoặc chuyển ra tòa án dân sự nhưng rất ít người sử dụng các dịch vụ này bởi vì nhiều hạn chế (tiếp cận, chi phí, thói quen). Kết quả này cho thấy rằng các trường hợp KNTC chưa được công khai cho người dân, do vậy cơ chế phản hồi thông tin sẽ không phát huy được hiệu quả, đặc biệt là việc rút kinh nghiệm từ các sai sót trong các trường hợp KNTC.

Theo cán bộ quản lý, CBYT sẽ có trách nhiệm hơn đối với dịch vụ CSSK nếu các trường hợp KNTC được xử lý công khai và công bằng. Xử lý KNTC tốt sẽ góp phần cải thiện chất lượng của các dịch vụ thông qua cơ chế chia sẻ, rút kinh nghiệm và nhắc nhở trong các kênh khác nhau như các cuộc họp giao ban cán bộ, các cuộc đối thoại trực tiếp với người khiếu nại, thăm các hộ gia đình... Các CBYT sẽ rút ra các bài học và có trách nhiệm với hành vi của mình tốt hơn trong tương lai.

Việc giải quyết tốt các trường hợp KNTC có ảnh hưởng tốt tới sự thể hiện của các nhân viên y tế. Họ nhận thức tốt hơn về các thủ tục KNTC, và có trách nhiệm hơn với nhiệm vụ của mình theo Luật khám chữa bệnh. Nếu sai, họ phải chịu trách nhiệm cho việc này (KNTC_Người thực hiện 18_MB).

CBYT nói chung không muốn lặp lại sai lầm một lần nữa bởi vì sẽ ảnh hưởng không tốt trong con đường nghề nghiệp của họ, và họ sẽ có thể bị xử phạt nặng hơn trong tương lai:

Nhân viên y tế không muốn có khiếu nại lần nữa, bởi vì điều này không tốt, thậm chí bị phạt nặng hơn (KNTC_Người thực hiện 37_MN).

Tuy nhiên trong các bệnh viện, việc xử phạt có thể không trực tiếp áp dụng cho người vi phạm vì nhiều lý do khác nhau, chủ yếu là thiếu nguồn nhân lực y tế. Việc xử phạt áp dụng cho CBYT vi phạm còn khiêm tốn (giảm trợ cấp hàng tháng), không có ý nghĩa nhiều trong việc thay đổi hành vi của những CBYT khác.

Không có trường hợp lặp lại với cùng một người nhưng trường hợp có thể xảy ra ở người mới (KNTC_Người thực hiện 22_MN).

Hiện tại cũng không có hình thức xử phạt nào cho SYT hoặc các cơ quan không gửi báo cáo về các trường hợp KNTC lên cấp cao hơn (chỉ 2/3 SYT các tỉnh gửi báo cáo cho BYT). SYT chỉ có thể báo cáo các trường hợp mà họ nhận được mà không có số liệu từ các cơ quan địa phương.

4.3.4.3. Các hiệu quả không mong muốn

Có một số ảnh hưởng không mong muốn đã xảy ra trong quá trình thực hiện quy định KNTC đối với CBYT và khách hàng. Khách hàng có động cơ mong muốn thực hiện KNTC để nhận được tiền đền bù, nhằm bù đắp lại những chi phí trong giai đoạn nằm viện và đặc biệt thể hiện rõ nét ở tỉnh miền Bắc, do điều kiện kinh tế khó khăn. Để bảo vệ uy tín của mình, các bệnh viện có thể thỏa thuận với khách hàng và chi trả bồi thường để các vụ việc KNTC không thực hiện bằng văn bản và gửi lên cấp cao hơn. Đây là một hiệu quả không mong muốn của quy định giải quyết KNTC trong hệ thống y tế.

Những lý do chính mà người dân muốn là bồi thường trong các trường hợp KNTC, bởi vì họ rất nghèo. Sau khi nhận được bồi thường, họ sẽ rút đơn khiếu nại (KNTC_Người hướng dẫn 05_MB).

Trong một số trường hợp, khi có mâu thuẫn cá nhân với những CBYT khác, một số CBYT thường tập trung gây ra KNTC trước các kỳ Đại hội Đảng hoặc trước khi đồng nghiệp được xem xét bổ nhiệm.

Những loại tố cáo khác nhau liên quan đến những giai đoạn nhạy cảm, trước Đại hội Đảng và chuẩn bị thăng chức. Những người khiếu nại thường có hiểu biết rộng và gửi tới những người chỉ đưa ra khiếu nại vào thời điểm khó khăn với mục đích cải thiện dịch vụ. Có một nhóm giữa hai nhóm, có mục đích cải thiện dịch vụ và thay đổi hành vi (KNTC_Người hướng dẫn 09_MB).

Ở một số bệnh viện, một số hình thức phạt (trừ tiền lương tăng thêm hàng tháng) được áp dụng cho nhân viên không tuân thủ quy định pháp luật. Theo giám đốc một bệnh viện, nhiều điều dưỡng do sợ bị phạt, đã không phản ứng với bệnh nhân kể cả khi bệnh nhân quát, do không muốn bị kêu. Việc này là tác động không mong muốn của quá trình giải quyết KNTC ở các bệnh viện.

Nhân viên ở bệnh viện hiện nay có rất thụ động. Họ không trả lời những thắc mắc của bệnh nhân bởi vì họ không muốn mất thù lao/ điểm ABC nếu

bất kì khiếu nại nào đối với nhân viên tăng lên. Hiện nay họ rất điềm tĩnh. Họ là những y tá và cách nói chuyện không ngoại giao, do đó họ cố gắng để bình tĩnh khi tiếp xúc với bệnh nhân. Đây là điều không tốt trong dịch vụ y tế (KNTC_Người thực hiện 19_MN).

Hộp 4. Nghiên cứu trường hợp - tác động không mong muốn

Trong trường hợp đã nêu phân tích ở trên, có thể thấy nghèo khó đã khiến người dân thực hiện khiếu nại với hy vọng được bồi thường (bệnh nhân cho biết họ phải chi trả rất nhiều tiền trong trường hợp này). Chánh thanh tra y tế đã hỏi gia đình để xác định trường hợp (tổ cáo). Nếu là tổ cáo, gia đình không thể yêu cầu bồi thường, và sẽ giảm gánh nặng cho bệnh viện. Nếu bệnh viện quyết định bồi thường, thì đây là thiện chí của bệnh viện chứ không phải do pháp luật quy định (không giống với khiếu nại).

4.3.5. Kết luận

Quyết định 44/2005 của BYT về giải quyết khiếu nại, tố cáo trong lĩnh vực y tế đã đưa ra quy trình giải quyết khiếu nại rõ ràng dựa vào Luật KNTC. Tuy nhiên, việc thực hiện Quyết định này có sự khác biệt giữa các tỉnh và cơ sở y tế. Việc sử dụng Quyết định 44/2005 của BYT trong giải quyết KNTC tại các cơ sở y tế ở 2 tỉnh nghiên cứu còn nhiều hạn chế và rào cản. Nghiên cứu cho thấy chưa thấy rõ hiệu quả trong tăng cường chất lượng dịch vụ trong quá trình giải quyết KNTC. Một số tác động không mong muốn xuất hiện, ví dụ như xu hướng tăng lên về thoả thuận và bồi thường giữa CBYT và khách hàng để không chuyển KNTC lên tuyến cao hơn, không áp dụng Quyết định 44/2005 trong lĩnh vực YTTN. Có nhiều yếu tố bối cảnh ảnh hưởng tới quá trình KNTC, ví dụ như yếu tố hệ thống y tế (thay đổi cơ cấu tổ chức của y tế tuyến huyện, thiếu nguồn lực), thị trường hoá chăm sóc sức khoẻ, tự chủ bệnh viện, quản lý YTTN chưa hiệu quả v.v.

Nguồn lực đầu tư cho công tác KNTC còn hạn chế. Thiếu chế độ thù lao đãi ngộ phù hợp, thiếu công khai minh bạch thông tin, chưa có chuẩn rõ ràng xác định KN và TC trong hệ thống y tế, thiếu cơ chế để có trách nhiệm giải trình rõ ràng đã hạn chế hiệu quả của Quyết định 44 trong giải quyết KNTC tại các cơ sở y tế.

Để cải thiện tình hình, cần phải có những điều chỉnh ở cấp vĩ mô. Chính phủ, Bộ Y tế và lãnh đạo cơ sở y tế địa phương cần có công cụ khen thưởng và xử phạt hiệu quả. Nâng cao chất lượng dịch vụ, lấy khách hàng là trung tâm là giải pháp tốt nhất để cải thiện tình hình. Những điều chỉnh này sẽ giúp cho CBYT chú ý đến nhu cầu bệnh nhân, chịu trách nhiệm về dịch vụ chăm sóc sức khoẻ.

4.3.6. Khuyến nghị

Từ kết quả nghiên cứu trên, có một số khuyến nghị được đưa ra để tăng cường điều hành và quản lý tốt hơn Quyết định 44/2005/QĐ-BYT về giải quyết khiếu nại ở tất cả các cấp như sau:

Bộ Y tế và các Sở y tế

- Khuyến khích chia sẻ thông tin về các trường hợp KNTC, để có thể học tập kinh nghiệm về cách giải quyết và rút ra những bài học để nâng cao chất lượng dịch vụ CSSK cho nhân dân.
- Có công cụ và cơ chế để khen thưởng và chế tài xử phạt những người thực hiện tốt hoặc vi phạm pháp luật. Những cơ chế này cần phải có giá trị thực tiễn, mang tính răn đe CBYT chứ không chỉ là hình thức.
- Đầu tư nhiều hơn cho công tác KNTC ở tất cả các cấp bởi vì sẽ giúp đảm bảo công bằng và chất lượng dịch vụ y tế.

Cơ sở y tế

- Nhận thức được tầm quan trọng của công việc KNTC và đầu tư nguồn lực một cách phù hợp (có vị trí công tác ổn định, có chế độ phụ cấp phù hợp, được đào tạo và tập huấn v.v).
- Những khuyến nghị, đề xuất liên quan đến cải thiện chất lượng dịch vụ y tế từ các kênh phản hồi khác nhau phải được chia sẻ và thảo luận rộng rãi trong tập thể cán bộ y tế, để có thể tìm ra cách giải quyết, đảm bảo quyền lợi của bệnh nhân, và có nên sự tham gia của các tổ chức xã hội dân sự.
- Cân bằng giữa nâng cao chất lượng dịch vụ và tăng nguồn thu cho bệnh viện, tránh tình trạng cố gắng thoả hiệp, thu xếp KNTC mà không tìm hiểu được nguyên nhân thực sự.

Các bên liên quan khác

- Tăng cường hợp tác giữa các bên liên quan, bao gồm cả thanh tra y tế, truyền thông, phòng y tế và tòa án trong giải quyết KNTC.
- Tăng cường năng lực của hội đồng tư vấn chuyên môn, luật sư, thanh tra nhà nước v.v. để họ tham gia nhiều hơn vào quá trình thực hiện và đánh giá KNTC trong hệ thống y tế.
- Xây dựng quỹ bồi thường về tai nạn nghề nghiệp trong các cơ sở y tế trong trường hợp khi có tai biến hoặc hậu quả không mong muốn xảy ra.

CHƯƠNG 5: KẾT LUẬN

Kết quả của 3 nghiên cứu trường hợp được trình bày nhằm trả lời các câu hỏi nghiên cứu trong bối cảnh Việt Nam như sau:

Câu hỏi 1: Quá trình chính sách

Mục tiêu

Cả 3 quy định đều nhằm đạt mục tiêu khác nhau. Một phần nội dung của QĐ 385 nhằm tăng cường cung cấp dịch vụ CCSKTY cơ bản và toàn diện thông qua việc ban hành quy định về các loại hình dịch vụ kỹ thuật được cung cấp tại các tuyến y tế. Điều 10 của Nghị định 104 nhằm tiến tới cân bằng giới tính khi sinh thông qua việc cấm các cán bộ y tế chẩn đoán giới tính trước sinh. QĐ 44/2005 nhằm đảm bảo quyền khiếu nại của công dân khi họ không hài lòng với dịch vụ y tế.

Quá trình chính sách

Cả ba văn bản chính sách đều được các chuyên gia xây dựng ở cấp Trung ương, tuy nhiên quy trình này còn hạn chế ví dụ như chưa có phân bổ nguồn lực và kế hoạch thực hiện, chưa tính tới ảnh hưởng của một số yếu tố bối cảnh như việc phân quyền, thị trường hóa y tế, thay đổi mô hình y tế tuyến huyện và sự phát triển của công nghệ y học. Việc xây dựng các chính sách còn chưa tính tới khả năng hướng dẫn thực hiện văn bản chính sách của SYT và khả năng thực hiện của các cơ sở y tế cung cấp dịch vụ.

Việc triển khai chính sách được thực hiện tương đối tốt ở tuyến Trung ương, khi BHYT đã tổ chức các hội thảo triển khai các văn bản chính sách tới các tỉnh. Tuy nhiên, các chính sách được phiên giải và thực hiện khác nhau tại các tỉnh khác nhau. Quyết định KNTC của BHYT không được triển khai tới các cơ sở y tế ở tỉnh và ở hai tỉnh nghiên cứu đều áp dụng Luật KNTC thay cho Quyết định giải quyết khiếu nại của BHYT ban hành. Việc thực hiện điều 10, Nghị định 104 liên quan tới cấm chẩn đoán giới tính trước sinh được triển khai ở tỉnh MB tốt hơn tỉnh MN. Việc triển khai QĐ 385 cho thấy có xu hướng tăng dần tỷ lệ bao phủ dịch vụ CCSKTY toàn diện và cơ bản.

Các điều kiện để thực hiện 3 chính sách nghiên cứu đều chưa được đảm bảo, bao gồm cả nhân lực và tài chính. Những điều đó khiến cho việc thực hiện chính sách gặp khó khăn.

Trong 3 chính sách, hiện chỉ có QĐ 385 được sửa đổi hai lần sau kết quả đánh giá thực hiện. Điều đó có thể do chủ đề liên quan đến CSSKSS là ưu tiên của chính sách và có sự hỗ trợ của đối tác Liên hiệp quốc về lĩnh vực này.

Tất cả các bên liên quan đều tham gia và có đóng góp trong quá trình chính sách trừ người sử dụng dịch vụ. Những thông tin về kết quả đầu ra và tác động của cả ba văn bản chính sách đều chưa công bố rộng rãi. Quá trình xây dựng quy định chưa có sự tham gia của nhóm hưởng lợi. Quá trình phản hồi thông tin còn hạn chế. Việc giám sát thực hiện quy định còn yếu và báo cáo của hệ thống y tế tư nhân còn thiếu.

Câu hỏi 2: Sự tham gia của các bên liên quan trong quá trình chính sách

Rất nhiều bên liên quan tham gia trong quá trình chính sách. Ở Bộ Y tế, Vụ SKBMTE, Tổng cục DS-KHHGĐ và Thanh tra y tế là 3 bên liên quan chính trong quá trình xây dựng, thực hiện và theo dõi, đánh giá của 3 văn bản chính sách. Tại cấp SYT, phòng nghiệp vụ y là đơn vị chính hướng dẫn thực hiện QĐ 385. Chi cục DS-KHHGĐ là đơn vị hướng dẫn thực hiện nghị định 104 và thanh tra SYT hướng dẫn thực hiện Luật và Quyết định KNTC.

Các bệnh viện, chủ yếu là bệnh viện công là các đơn vị thực hiện 3 chính sách. Ngoài ra, Hội đồng nhân dân các cấp, khách hàng sử dụng dịch vụ và cộng đồng là các bên liên quan tham gia quá trình chính sách. Trong thực hiện điều 10, nghị định 104, Bộ văn hóa, thể thao và du lịch cũng tham gia. Bên cạnh đó, thanh tra nhà nước tham gia quá trình thực hiện chính sách liên quan đến KNTC và UNFPA cũng tham gia xây dựng QĐ 385. Trong nghiên cứu này, chưa thấy có sự tham gia của các tổ chức xã hội dân sự trong quá trình xây dựng chính sách.

Mặc dù các bên liên quan khác nhau có các mục tiêu và ưu tiên khác nhau đối với từng quy định cụ thể, nhưng tất cả đều nhằm mục tiêu tăng độ bao phủ, chất lượng, tiếp cận công bằng trong chăm sóc y tế như được đề cập trong chiến lược phát triển hệ thống y tế. Nghiên cứu chỉ ra sự khác biệt về mục đích lợi nhuận giữa các cơ sở y tế công và tư, trong đó lợi nhuận được đặt ưu tiên cao hơn đối với y tế tư. Tuy nhiên kinh tế thị trường đã ảnh hưởng tới hoạt động của y tế công và có tác động đến tiếp cận công bằng cho khách hàng.

Sự tham gia của các bên liên quan vào các quá trình chính sách là khác nhau do có vai trò và nhiệm vụ khác nhau trong quá trình chính sách. Hầu hết các bên liên quan có nhiệm vụ phải tuân thủ chính sách, nhưng động lực khác nhau. Các cơ quan quản lý nhà nước có mục tiêu tăng cường độ bao phủ dịch vụ y tế, chất lượng và tiếp cận công bằng. Những cơ sở cung cấp dịch vụ y tế còn có thêm mục tiêu tăng thu nhập do thực hiện tự chủ trong bệnh viện. Một số bên liên quan khác như Hội đồng nhân dân có động lực tăng cường trách nhiệm giải trình với những người dân đã bầu họ.

Một số yếu tố bối cảnh có tác động đến sự tham gia của các bên liên quan trong cả ba quá trình chính sách. Việc thay đổi mô hình y tế tuyến huyện, tự chủ bệnh viện và các yếu tố khác như kinh tế thị trường, toàn cầu hóa, các yếu tố văn

hóa - hành vi ứng xử, và yếu tố địa lý có ảnh hưởng tới thực hiện các chính sách. So sánh 3 nghiên cứu trường hợp cho thấy yếu tố hệ thống y tế có ảnh hưởng chung tới việc thực hiện quy định. Ngược lại, yếu tố văn hóa có tác động đến thực hiện nghị định 104 về cấm chẩn đoán giới tính trước sinh, trong khi yếu tố hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế có tác động tới thực hiện của QĐ 385 và QĐ 44.

Câu hỏi 3: Kết quả thực hiện các chính sách

Cả ba nghiên cứu trường hợp cho thấy vai trò của các chính sách đối với tăng cường tiếp cận công bằng tới dịch vụ sức khỏe bà mẹ có chất lượng vẫn còn một số hạn chế. QĐ 385 là văn bản chính sách có tác động trực tiếp đối với tăng độ bao phủ các dịch vụ cấp cứu sản khoa, và qua đó sẽ tăng cường tiếp cận tại các tuyến cơ sở. Hai chính sách còn lại không có tác động trực tiếp tới tiếp cận công bằng trong chăm sóc sức khỏe bà mẹ.

Mặc dù việc thực hiện QĐ 385 cho thấy có xu hướng tăng dần độ bao phủ các dịch vụ CCSKTY cơ bản và toàn diện, tuy nhiên việc triển khai QĐ 385 còn gặp nhiều khó khăn ví dụ như thiếu nguồn lực, năng lực và động lực của CBYT ở tuyến cơ sở. Bên cạnh đó, hành vi vượt tuyến của khách hàng cũng tác động đến thực hiện dịch vụ.

Việc áp dụng QĐ 44 trong việc giải quyết KNTC để đảm bảo công bằng cho người dân còn hạn chế. Một số rào cản được xác định bao gồm sự khác biệt trong hướng dẫn triển khai QĐ ở các tỉnh và các cơ sở, sự mất cân đối về thông tin giữa bên cung cấp và bên sử dụng dịch vụ, thị trường hóa dịch vụ y tế và thiếu trách nhiệm giải trình của các bên liên quan. QĐ 44 cũng đem lại một số kết quả không mong muốn như khách hàng lạm dụng KNTC để được bồi thường, bù lại các chi phí trong quá trình điều trị y tế.

Nghị định 104 nhằm đạt mục tiêu cân bằng giới tính khi sinh thông qua việc cấm chẩn đoán giới tính trước sinh, đặc biệt thông qua dịch vụ siêu âm trong khám thai. Các quy định xử phạt hành chính cũng được ban hành và áp dụng đối với các cơ sở không tuân thủ nghị định. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cho thấy kết quả thực hiện nghị định trên thực tế còn hạn chế. Hầu hết phụ nữ biết giới tính của con trước khi sinh, chỉ có một vài trường hợp vi phạm nghị định bị xử phạt được báo cáo. Trọng nam khinh nữ là lý do cơ bản của mất cân bằng giới tính khi sinh. Điều chỉnh tỷ số giới tính khi sinh cần thời gian và cần nhiều chiến lược đồng bộ vì chỉ một nghị định của ngành y tế không thể giải quyết được vấn đề tồn tại.

Tuy nhiên việc nghiên cứu quá trình chính sách của 3 văn bản cũng gặp phải khó khăn về phương pháp khi vấn đề được đề cập chỉ là một phần của nghị định lớn và kết quả thực hiện phụ thuộc nhiều vào hành vi của cán bộ y tế và người sử dụng dịch vụ trong quá trình triển khai.

Câu hỏi 4: Khuyến nghị tăng cường thực hiện chính sách

Một số chiến lược nhằm tăng cường tiếp cận công bằng tới dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ có chất lượng đã được đề cập ở các phần trên. Các chiến lược này bao gồm cải thiện hệ thống thông tin, các quy chuẩn, trách nhiệm giải trình, và cơ chế thưởng/phạt. Công tác vận động thực hiện chiến lược để tăng cường vai trò của các bên liên quan trong quá trình chính sách có vai trò quan trọng trong quá trình chính sách.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hanoi School of Public Health, *Mapping Report. HESVIC project*. 2010.
2. Bộ Y tế, *Quyết định 385/2001/QĐ-BYT qui định nhiệm vụ kỹ thuật trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe sinh sản (CSSKSS) tại các cơ sở y tế in 385/2001/QĐ-BYT, B.Y. tế, Editor 2001.*
3. Bộ Y tế, *Quy định Phân tuyến kỹ thuật và Danh mục kỹ thuật trong khám chữa bệnh, in 23/2005/QĐ-BYT, B.Y. tế, Editor 2005.*
4. Bộ Y tế, *Hướng dẫn chuẩn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản 2002.*
5. Bộ Y tế, *Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản 2009.*
6. Bộ Y tế, *Quyết định 3519/2000/QĐ-BYT về Hướng dẫn xử trí cấp cứu 5 tai biến sản khoa, B.Y. tế, Editor 2000.*
7. Ministry of Health, *Decision of the Ministry of Health on Promulgating the Regulation of Technical Responsibilities in Reproductive Health Care Within Health Facilities, in 385/QĐ-BYT, Ministry of Health, Editor 2001: Hanoi.*
8. WHO, U., UNICEF, Mailman School of Public Health (AMDD), , *Monitoring emergency obstetric care: a handbook, 2009, World Health Organisation 2009.*
9. Bộ Y tế, *QĐ 17/2005/QĐ-BYT do BYT ban hành ngày 1/7/2005 về danh mục thuốc thiết yếu được bảo hiểm y tế chi trả, B.Y. tế, Editor 2005.*
10. MCH dept - Ministry of Health, *Situation Analysis of MCH network, 2010.*
11. BV Phụ sản tỉnh MB, *Báo cáo hoạt động bệnh viện phụ sản tỉnh từ 2007-2011. 2011.*
12. BV tỉnh MN, *Báo cáo hoạt động bệnh viện tỉnh năm 2007. 2007.*
13. BV tỉnh MN, *Báo cáo hoạt động bệnh viện tỉnh năm 2008. 2008.*
14. BV tỉnh MN, *Báo cáo hoạt động bệnh viện tỉnh năm 2009. 2009.*
15. BV tỉnh MN, *Báo cáo hoạt động bệnh viện tỉnh MN năm 2010. 2010.*
16. Bệnh viện đa khoa tư nhân tỉnh MN, *Báo cáo hoạt động bệnh viện từ 2008 đến 2011. 2011.*
17. Trung tâm CSSKSS tỉnh MB, *Báo cáo tình hình thực hiện nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe tỉnh 12 tháng năm 2007. 2007.*
18. Trung tâm CSSKSS tỉnh MB, *Báo cáo tình hình thực hiện nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe tỉnh 12 tháng năm 2008. 2008.*
19. Trung tâm CSSKSS tỉnh MB, *Báo cáo tình hình thực hiện nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe tỉnh 12 tháng năm 2009. 2009.*
20. Trung tâm CSSKSS tỉnh MB, *Báo cáo tình hình thực hiện nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe tỉnh 12 tháng năm 2010. 2010.*

21. Trung tâm CSSKSS tỉnh MB, *Báo cáo tình hình thực hiện nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh MB từ 2001-2010*, 2011.
22. Trung tâm CSSKSS tỉnh MB, *Báo cáo tình hình thực hiện nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe tình 6 tháng năm 2011*. 2011.
23. Trung tâm CSSKSS tỉnh MB, *Báo cáo tình hình thực hiện nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh từ 2001-2010*, 2011.
24. Trung tâm CSSKSS tỉnh MN, *Báo cáo tình hình thực hiện nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe tình 12 tháng năm 2007*. 2007.
25. Trung tâm CSSKSS tỉnh MN, *Báo cáo tình hình thực hiện nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe tình 12 tháng năm 2008*. 2008.
26. Trung tâm CSSKSS tỉnh MN, *Báo cáo tình hình thực hiện nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe tình MN 12 tháng năm 2009*. 2009.
27. Trung tâm CSSKSS tỉnh MN, *Báo cáo tình hình thực hiện nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe tình 12 tháng năm 2010*. 2010.
28. Trung tâm CSSKSS tỉnh MN, *Báo cáo tình hình thực hiện nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe tình 6 tháng năm 2011*. 2011.
29. Bệnh viện đa khoa huyện 2 tỉnh MN, *Báo cáo hoạt động bệnh viện và khoa sản từ 2006-2011*. 2011.
30. Bệnh viện đa khoa huyện 2 tỉnh MB, *Báo cáo hoạt động bệnh viện và khoa sản từ 2006-2011*. 2011.
31. Bệnh viện đa khoa huyện 1 tỉnh MB, *Báo cáo hoạt động bệnh viện và khoa sản từ 2006-2011*. 2011.
32. Trạm y tế xã HL huyện 1 tỉnh MN, *Báo cáo các chỉ số về SKSS từ 2000-2011*. 2011.
33. Trạm y tế xã HL tỉnh MB, *Báo cáo các chỉ số về SKSS từ 2000-2011*. 2011.
34. Trạm y tế xã KL tỉnh MB, *Báo cáo các chỉ số về SKSS từ 2000-2011*. 2011.
35. Trạm y tế xã PC huyện 2 tỉnh MN, *Báo cáo các chỉ số về SKSS từ 2000-2011*. 2011.
36. Trạm y tế xã PT huyện 2 tỉnh MN, *Báo cáo các chỉ số về SKSS từ 2000-2011*. 2011.
37. Trạm y tế xã TH huyện 1 tỉnh MN, *Báo cáo các chỉ số về SKSS từ 2000-2011*. 2011.
38. Trạm y tế xã TH tỉnh MB, *Báo cáo các chỉ số về SKSS từ 2000-2011*. 2011.
39. Trạm y tế xã YM tỉnh MB, *Báo cáo các chỉ số về SKSS từ 2000-2011*. 2011.
40. Trường Đại học Y tế công cộng, *Báo cáo đánh giá thực hiện chiến lược quốc gia về SKSS giai đoạn 2001-2010*, 2010, Trường Đại học Y tế công cộng.
41. Ministry of Health, *Health statistics year book 2009*, 2009, Ministry of Health, Hanoi.

42. Bệnh viện đa khoa huyện 1 MN, *Báo cáo hoạt động bệnh viện và khoa sản từ 2006-2011*. 2011.
43. Ministry of Health and Health Partnership Group, *Join Annual Health Review: Human Resource for Health*. 2009.
44. Bộ Y tế, *Hướng dẫn quốc gia về dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*, B.Y. tế, Editor 2009.
45. Bộ Y tế, *thông tư mới ban hành số 31/2011/TT-BYT Ban hành và hướng dẫn thực hiện Danh mục thuốc chủ yếu sử dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được bảo hiểm y tế chi trả*. 2011.
46. Sở Y tế tỉnh MB, *Báo cáo hoạt động y tế năm 2007,2008,2009 , 2010 và 2011*. 2011.
47. Sở Y tế tỉnh MN, *Báo cáo hoạt động y tế năm 2007,2008,2009 , 2010 và 2011*. 2011.
48. GENERAL STATISTICS OFFICE (GSO), *Population and Housing Census 1999*, Hanoi: Population and Labour Department, Statistical Publishing House.
49. GENERAL STATISTICS OFFICE (GSO), *Household Living Standard Survey 2006*, Hanoi: Population and Labour Department, Statistical Publishing House.
50. GENERAL STATISTICS OFFICE (GSO), *Population Change Survey 1/4/2006: Major Findings* 2007, Hanoi: Population and Labour Department, Statistical Publishing House.
51. GENERAL STATISTICS OFFICE (GSO), *2007 Population Change and Family Planning Survey: Major Findings* 2008, Hanoi: Population and Labour Department, Statistical Publishing House.
52. UNFPA, *Những biến đổi gần đây về tỷ số giới tính khi sinh ở Việt Nam: Tổng quan các bằng chứng*. 2009.
53. Nguyen Ba Thuy. *Keynote speech in the 64th meeting session, UN General Assembly*. 2009; Available from: http://www.tapchidspt2009.dansotn.com/11_09/Contents/Phatbieu.htm.
54. UNVietnam, *UN Working Paper on Sexual and Reproductive Health, Maternal and Child Health, 2012-2016 to Support the Government of Viet Nam in the Effective Implementation of the National Population and Reproductive Health Strategy, 2011-2020*. 2011.
55. General Office of Population and Family Planning, *Report on practice of ultrasound services in health facilities, 2009-2011*, 2011, General Office of Population and Family Planning: Hanoi.
56. Pham Nguyen Bang, Timothy Adair, and Peter Hill, *Maternal Socio economic and demographic factors associated with the sex ratio at birth in VietNam*. J. Biosoc. Sci, 2010. 42: p. 757-772.

57. UNFPA, *Sex ratio at birth in South East Asia with a focus on Vietnam: An annotated bibliography design to guide further policy research*, 2010, UNFPA: Hanoi.
58. UNFPA, *Sex ratio at birth imbalances in VietNam: evidence from the 2009 Census*, 2010, UNFPA: Hanoi.
59. Ministry of Health and UNFPA, *International workshop on skewed sex ratios at birth: Addressing the issue and the way forward*. 2011.
60. General Statistic Office, *Population census-manuscript on Sex ratio at Birth*. 2011.
61. General Office of Population and Family Planning, *Report on inspection of bookshops on compliance with Decree 104, 2009-2011*, 2011, General Office of Population and Family Planning: Hanoi.
62. National Assembly, *Constitution of Socialist Republic of Vietnam*, National Assembly, Editor 1992.
63. National Assembly, *Law on solving complaints and denunciation*, 1998.
64. National Assembly, *Law on solving complaints and denunciation (amended) in 26/2004/QH112004*.
65. National Assembly, *Law on solving complaints and denunciation (amended)*, in 58/2005/QH11 2005.
66. Justice Publisher, *Mechanism on monitoring, audit and inspection in Vietnam*, 2004.
67. *Summary on the implementation of grievances and denouncements since 2006 to 2007 and solutions*, in *Conference on summarizing inspection work of the year 2007 and responsibility of the year 2008*, 11-1-20082008: Hanoi.
68. *Report on implementation of grievances and denouncements of the Government* <http://baodientu.chinhphu.vn/Home/UBTVQH-thao-luan-tinh-hinh-khieu-nai-to-cao/20109/36767.vgp>.
69. National Assembly, *Law on Inspection*, 2004.
70. National Assembly, *Amended Law on Inspection* 2010.
71. Ministry of Health, *Circular: Guideline on solving GR cases by leaders of health institutions*, in 17/2009/TT-BYT2009.
72. Inspectorate of Ministry of Health, *Report on health inspection in 2006*, 2006.
73. Inspectorate of Ministry of Health, *Report on health inspection in 2007 and the focus of health inspection in 2008*. 2007.
74. Inspectorate of Ministry of Health, *Report on health inspection in 2008*. 2008.
75. Inspectorate of Ministry of Health, *Report on health inspection in 2009 and plan of health inspection in 2010*. 2009.

76. Inspectorate of Ministry of Health, *Report on health inspection in 2010*. 2010.
77. MB inspectorate Unit. Provincial Health Department, *Report on medical inspection in 2006*. 2006.
78. MB inspectorate Unit. Provincial Health Department, *Report on medical inspection in 2007*. 2007.
79. MB inspectorate Unit. Provincial Health Department, *Report on medical inspection in 2008*. 2008.
80. MB inspectorate Unit. Provincial Health Department, *Report on medical inspection in 2009*. 2009.
81. MB inspectorate Unit. Provincial Health Department, *Report on medical inspection in 2010*. 2010.
82. MN Inspectorate. Provincial Health Department, *Report on medical inspection in 2006*. 2006.
83. MN Inspectorate. Provincial Health Department, *Report on medical inspection in 2007*. 2007.
84. MN Inspectorate. Provincial Health Department, *Report on medical inspection in 2008*. 2008.
85. MN Inspectorate. Provincial Health Department, *Report on medical inspection in 2009*. 2009.
86. MN Inspectorate. Provincial Health Department, *Report on medical inspection in 2010*. 2010.
87. Ministry of Health, *Hospital regulations*, 1997.
88. World Bank, *Vietnam Development Report. The modern institutions 2010*, World Bank: Hanoi.
89. Prime Minister, *363_TTg. Solving complaints from citizens to mass media* 1979.
90. Jonathan London, *Reasserting the state in Vietnam Health Care and the logics of market - Leninism Policy and Society*, 2008. 27: p. 115-128.



