

# TẠP CHÍ CHÍNH SÁCH Y TẾ

ISSN 1859-2643

- **NGHIÊN CỨU CHÍNH SÁCH**
- **DIỄN ĐÀN CHÍNH SÁCH Y TẾ**
- **NHÌN RA NƯỚC NGOÀI**
- **TIN TỨC**

**SỐ 8** (2011)



**TỔNG BIÊN TẬP**  
TS. Trần Văn Tiến

**TÒA SOẠN**

Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

138 Giảng Võ - Hà Nội

Tel: (04) 3846 1590

(04) 3823 4167

Fax: (04) 3823 2448

Email: tapchichinhsachyte@hspi.org.vn

**Giấy phép xuất bản số:**  
03/GP-SĐBS cấp ngày 25/1/2006  
In 2400 cuốn khổ 20,5x29,5

Chế bản in tại:  
LAM-SABACU PRINTING

# MỤC LỤC

Trang

## NGHIÊN CỨU CHÍNH SÁCH

- Can thiệp vào quá trình thay đổi chính sách: Kinh nghiệm của các tổ chức nghiên cứu tham vấn chính sách (“think tank”) y tế ở một số nước thu nhập thấp và trung bình 3  
*Nhóm chuyên gia của WHO*
- Các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe - Phần 2 12  
*Bộ Y tế và nhóm đối tác*
- Phân tầng xã hội trong chăm sóc sức khỏe 16  
*TS. Trần Thị Minh Ngọc*
- Phân tích thực trạng và đề xuất sửa đổi bổ sung một số chế độ phụ cấp đối với cán bộ, viên chức trong các cơ sở y tế công lập 21  
*ThS. Vũ Thị Minh Hạnh, BS. Nguyễn Thế Hùng và cộng sự*
- Đánh giá sơ bộ việc triển khai Luật Hiến ghép mô, bộ phận cơ thể người 2007 - 2010 29  
*ThS. Phan Hồng Vân*
- Vấn đề nạo phá thai của phụ nữ nhiễm HIV ở Quảng Ninh và Hải Phòng - Việt Nam 37  
*TS. Bùi Kim Chi, TS. Nguyễn Thị Thu Nam và cộng sự*

## DIỄN ĐÀN CHÍNH SÁCH Y TẾ

- Chu trình chính sách 42  
*TS. Trần Văn Tiến*
- Lựa chọn thuốc dựa trên bằng chứng đánh giá kinh tế - Tổng quan từ tài liệu quốc tế 45  
*ThS. Nguyễn Khánh Phương*
- Kéo dài thời gian nuôi con sáu tháng bằng sữa mẹ góp phần nâng cao chất lượng dân số Việt Nam 48  
*TS. Nguyễn Đức Mạnh*

---

---

## **NHÌN RA NƯỚC NGOÀI**

- Suy thoái kinh tế và số phận của Quỹ Bảo hiểm y tế người nghèo ở Mỹ **55**

*TS. Trần Văn Tiến*

- Tình hình dịch chuyển cán bộ y tế trên thế giới và ứng phó của các quốc gia **57**

*ThS. Vũ Thị Minh Hạnh, ThS. Vũ Văn Hoàn*

---

---

## **TIN TỨC**

- Báo cáo toàn cầu về đồ uống có cồn và sức khỏe 2011 **61**

*ThS. Hoàng Thị Mỹ Hạnh*

**Lời toà soạn**

Trong thời gian vừa qua, được sự quan tâm chỉ đạo của Lãnh đạo Bộ Y tế và sự phối hợp của các Cục/Vụ liên quan, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã góp phần đáng kể trong cung cấp các bằng chứng cho công tác hoạch định chính sách y tế ở Việt Nam. Tuy nhiên, Viện còn có những hạn chế cần khắc phục để tiếp tục nâng cao chất lượng và tính khách quan trong công tác nghiên cứu và tham vấn chính sách.

Sau đây, Tạp chí Chính sách Y tế xin giới thiệu bản lược dịch kết quả của một nghiên cứu đánh giá năng lực của một số tổ chức nghiên cứu tham vấn chính sách y tế ở các nước thu nhập thấp và trung bình (trong đó có Viện Chiến lược và Chính sách Y tế Việt Nam) do nhóm chuyên gia của Tổ chức Y tế Thế giới thực hiện.

(Báo cáo toàn văn của nghiên cứu xin tham khảo trên Tạp chí Health Policy and Planning số 10 tháng 5, 2011 với tiêu đề "Influencing Policy Change: The Experience of Health Think Tanks in Low and Middle Income Countries")

## CAN THIỆP VÀO QUÁ TRÌNH THAY ĐỔI CHÍNH SÁCH: KINH NGHIỆM CỦA CÁC TỔ CHỨC NGHIÊN CỨU THAM VẤN CHÍNH SÁCH (“THINK TANK”) Y TẾ Ở MỘT SỐ NƯỚC THU NHẬP THẤP VÀ TRUNG BÌNH

*Sara Bennett<sup>1</sup>, Adrijana Corluka<sup>1</sup>, Jane Doherty<sup>2</sup>, Viroj Tangcharoensathien<sup>3</sup>, Walaiporn Patcharanarumol<sup>4</sup>, Amar Jesani<sup>5</sup>, Joseph Kyabaggu<sup>5</sup>, Grace Namaganda<sup>5</sup>, AMZakir Hussain<sup>6</sup> and Amade-Graft Aikins<sup>7</sup>*

**Tóm tắt:**

Trong những năm gần đây, để khắc phục những hạn chế về năng lực phân tích chính sách của chính phủ, số lượng các tổ chức phân tích chính sách y tế độc lập ở các nước thu nhập thấp và trung bình đã tăng lên nhanh chóng. Nghiên cứu này nhằm: (i) nghiên cứu sự đóng góp của các tổ chức phân tích chính sách y tế cho chu trình chính sách y tế ở các nước thu nhập thấp và trung bình; (ii) đánh giá các yếu tố về tổ chức và cơ cấu có đóng góp tích cực trong quá trình nghiên cứu tham vấn chính sách y tế của các tổ chức nghiên cứu tham vấn chính sách y tế ở các nước thu nhập thấp và trung bình. Sáu nghiên cứu trường hợp về các tổ chức phân tích chính sách ở Bangladesh, Ghana, Ấn Độ, Nam Phi, Uganda và Việt Nam được tiến hành, trong đó có hai tổ chức phi chính phủ (NGO), hai tổ chức thuộc trường đại học và hai tổ chức phân tích chính sách thuộc chính phủ. Nghiên cứu trường hợp được thực hiện dựa trên tổng quan tài liệu, phân tích thông tin tài chính, phỏng vấn bán cấu trúc cán bộ và các bên liên quan và trao đổi,

nhận ý kiến phản hồi trong quá trình viết báo cáo. Một vài tổ chức đã có những đóng góp lớn trong quá trình xây dựng chính sách ở đất nước họ. Tất cả sáu tổ chức này đều tích cực làm nhiệm vụ tư vấn chính sách và hầu hết các tổ chức đều tiến hành các nghiên cứu liên quan đến chính sách. Một số ít tổ chức thực hiện các cuộc đối thoại chính sách, các nghiên cứu tổng quan hệ thống hoặc thực hiện các nhiệm vụ nghiên cứu được giao. Phần lớn công việc của các tổ

<sup>1</sup> John Hopkins School of Public Health, Baltimore, MD, United States.

<sup>2</sup> Independent researcher and part-time lecturer, School of Public Health, University of the Witwatersrand, Johannesburg, South Africa.

<sup>3</sup> International Health Policy Program, Bangkok, Thailand

<sup>4</sup> Anusandhan Trust, Mumbai, India

<sup>5</sup> African Centre for Global Health and Social Transformation, Kampala, Uganda.

<sup>6</sup> Independent consultant, Bangladesh

<sup>7</sup> University of Ghana, Ghana

chức này được thực hiện theo yêu cầu của chính phủ hoặc nhà tài trợ và sản phẩm của nghiên cứu là một bản báo cáo (viết) về kết quả nghiên cứu và một bài thuyết trình tóm tắt (trình bày trực tiếp). Những yếu tố có vai trò quan trọng tác động tới chính sách bao gồm: sự quan tâm tới chính sách của nhà quản lý, sự độc lập ở mức độ tương đối về tài chính và quản lý của tổ chức nghiên cứu và mối quan hệ chặt chẽ với các nhà hoạch định chính sách - yếu tố làm tăng sự tín nhiệm và tăng mức độ ảnh hưởng của tổ chức nghiên cứu đối với chính sách. Trong khi mối quan hệ giữa các tổ chức nghiên cứu độc lập và chính phủ không có vấn đề gì đáng kể thì các đơn vị nghiên cứu ngay trong cơ cấu bộ máy của chính phủ thường gặp một số khó khăn.

### **Mục tiêu nghiên cứu**

Nghiên cứu này nhằm:

(1) Nghiên cứu sự đóng góp của các tổ chức phân tích chính sách y tế vào kế hoạch xây dựng chính sách, vào quá trình dự thảo chính sách, thực hiện chính sách và theo dõi, đánh giá chính sách ở các nước thu nhập thấp và trung bình.

(2) Xác định những yếu tố tổ chức và cơ cấu có vai trò tích cực đối với công tác tham vấn chính sách y tế của các tổ chức phân tích chính sách y tế vào quá trình hoạch định chính sách y tế ở các nước thu nhập thấp và trung bình.

Các kết quả trình bày dưới đây là một phần của nghiên cứu lớn, trong đó có nghiên cứu về các yếu tố ảnh hưởng đến năng lực và tính bền vững của các cơ quan phân tích chính sách y tế. Kết quả nghiên cứu về các yếu tố này được trình bày ở một báo cáo riêng.

### **Định nghĩa và phương pháp**

Trong nghiên cứu này, tổ chức phân tích chính sách y tế là tổ chức:

Có mục đích chính là hỗ trợ xây dựng và thực thi chính sách y tế thông qua các phân tích và nghiên cứu;

Có ít nhất 2 trong những chức năng sau:

- Tiến hành nghiên cứu và phân tích các vấn đề liên quan đến chính sách;
- Cung cấp tư vấn chính sách và hỗ trợ kỹ thuật trong xây dựng và đánh giá chính sách;
- Tổ chức các cuộc đối thoại chính sách ở cấp quốc gia và quốc tế với mục đích để các nhà hoạch định chính sách, cộng đồng và các nhà nghiên cứu ngồi lại với nhau thảo luận về những câu hỏi chính sách;
- Đào tạo và nâng cao năng lực cho các nhà hoạch định chính sách.

Có mức độ tự chủ nhất định, hoạt động không vì lợi nhuận;

Coi các nhà hoạch định chính sách là đối tượng phục vụ hàng đầu, tuy nhiên, vẫn phục vụ các đối tượng khác như các tổ chức xã hội (bao gồm các nhà cung cấp dịch vụ và các nhóm vận động chính sách) và các nhà quản lý trong hệ thống y tế.

Do đó, các tổ chức phân tích chính sách y tế có thể là một đơn vị gần như trực thuộc Bộ Y tế, hoặc là một cơ sở của một trường đại học, hoặc một tổ chức tư nhân độc lập hoàn toàn và hoạt động không vì lợi nhuận.

Phương pháp nghiên cứu trường hợp được lựa chọn để tìm hiểu một cách hệ thống các mối quan hệ nhân quả phức tạp thông qua nghiên cứu sâu (in depth study) một số ít trường hợp. Phương pháp nghiên cứu này phù hợp cho việc nghiên cứu nhiều yếu tố có mối liên quan với nhau nhưng mối quan hệ giữa chúng không rõ ràng và có thể biến đổi theo thời gian. Các trường hợp được lựa chọn theo kỹ thuật trường hợp khác biệt (Gerring, 2007): chúng tôi đã chọn các đối tượng nghiên cứu khác biệt về hình thức tổ chức, trong đó có tổ chức phi chính phủ, trường đại học và viện phân tích chính sách thuộc chính phủ ở Châu Á và Châu Phi. Ngoài ra, các tổ chức được chọn phải đáp ứng các tiêu

chí: (i) được thành lập ít nhất 5 năm; (ii) hoạt động chủ yếu trong lĩnh vực y tế. Cơ sở dữ liệu cho các tổ chức đáp ứng các tiêu chí trên sẽ được thiết lập. Các tổ chức được chọn không chỉ dựa trên các tiêu chí trên mà còn dựa trên mức độ sẵn sàng tham gia vào nghiên cứu. Tuy Trung tâm dịch vụ y tế và xã hội (Center for Health and Social Services - CHESS) của Ghana được thành lập chưa đến 5 năm nhưng do không tìm được cơ quan nào khác ở Ghana đáp ứng tốt hơn, chúng tôi vẫn chọn CHESS.

Để tạo thuận lợi cho quá trình nghiên cứu, các nghiên cứu viên từ chính các nước có các tổ chức phân tích chính sách y tế nói trên được lựa chọn để thực hiện, nhưng những người này không được là thành viên của tổ chức đó. Hướng dẫn chi tiết và bộ câu hỏi bán cấu trúc đã được xây dựng để hướng dẫn thu thập số liệu ở các nước. Việc thu thập được tiến hành từ tháng sáu năm 2009 đến tháng giêng năm 2010 với các nguồn thông tin từ:

Tổng quan tài liệu, bao gồm các tài liệu đã được xuất bản từ chính các tổ chức đó (trang Web, ấn phẩm nghiên cứu, báo cáo hàng năm, các chiến lược và kế hoạch đã được công bố...) và từ các nguồn khác cũng như là các tài liệu chưa được xuất bản (ví dụ như các thỏa thuận với các nhà tài trợ).

Thông tin tài chính do các tổ chức cung cấp.

Các cuộc phỏng vấn sâu bán cấu trúc với rất nhiều các cá nhân được chọn có chủ đích. Những người này có vai trò khác nhau trong các tổ chức, ví dụ như người sáng lập, các nhân viên, nhà tài trợ, các khách hàng của tổ chức đó, trong đó có các nhà hoạch định chính sách và các tổ chức xã hội dân sự.

Thảo luận về các bản dự thảo báo cáo với nhân viên của các tổ chức đó.

Đối với mỗi trường hợp, cơ sở dữ liệu được

xây dựng lấy từ nhiều nguồn, ví dụ như các bản báo cáo điện tử, gỡ băng các cuộc phỏng vấn và các thông tin sơ lược về nhân viên. Việc gỡ băng và phân tích các cuộc phỏng vấn sâu được làm một cách thủ công và dựa trên các chủ đề nghiên cứu. Trong một số cuộc phỏng vấn, các bản ghi chép chi tiết đã được sử dụng thay cho việc gỡ băng.

### Kết quả nghiên cứu

#### Tổng quan về các tổ chức được nghiên cứu

Ở Ghana, Ấn Độ và Nam Phi, các tổ chức này đã được thành lập bởi các cá nhân có danh tiếng trong lĩnh vực, trong khi 3 tổ chức còn lại do chính phủ thành lập. Ví dụ, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (VCL&CSYT) Việt Nam bắt nguồn từ các viện tiên thân. Các tổ chức của Bangladesh và Uganda đều do chính phủ thành lập và đi kèm với đó là sự ủng hộ tài chính mạnh mẽ.

Quá trình phát triển từ khi thành lập của các tổ chức có nhiều biến động (thể hiện trong cột áp chót trong bảng 1). Đơn vị Kinh tế Y tế (HEU) của Trường Đại học Cape Town vẫn giữ quy mô hoạt động nhỏ nhưng đã có những bước biến đổi mạnh mẽ trong chính sách y tế và môi trường tài trợ, và đã trở thành một viện nghiên cứu lớn ở cả cấp quốc gia và quốc tế. VCL&CSYT ở Việt Nam trước đây ít được thế giới biết đến nhưng đang trở thành một viện nghiên cứu hoạt động hiệu quả và có uy tín trong nước. Hơn nữa, viện đã thiết lập một mạng lưới các tổ chức tài trợ rộng khắp cùng đội ngũ nhân lực tương đối lớn và ổn định. Hình ảnh của Viện Hệ thống Y tế (IHS) Ấn Độ thay đổi qua các thời kỳ. Các tổ chức của Bangladesh và Uganda nhận được nguồn đầu tư tài chính khổng lồ khi mới thành lập, nhưng khi những nguồn này cạn dần, các tổ chức này khó tìm được nguồn tài trợ khác thay thế. Cả hai tổ chức này đã ký hợp đồng dài hạn với một lượng công việc, nhân lực và tài chính lớn.

**Bảng 1: Tổng quan về các tổ chức được nghiên cứu**

Tên tổ chức và nước	Năm thành lập	Tình trạng pháp luật	Thực trạng	Số người cung cấp thông tin
VCL&CSYT, Việt Nam	1998 (tiền thân năm 1987)	Tổ chức công lập, trực thuộc Bộ Y tế	Hoạt động hiệu quả trong thảo luận xây dựng chính sách dựa trên bằng chứng ở cấp quốc gia	17
Health Economics Unit (HEU), Nam Phi	1990	Chính thức thành lập dưới tên Trường Y tế Công cộng và Sức khỏe Gia đình, Trường ĐH Cape Town	Tổ chức tốt, có uy tín trong và ngoài nước	15
Institute for Health Systems (IHS), Ấn Độ	1990	NGO	Có nhiều thay đổi về tổ chức, đang tự cải tổ lại sau những khó khăn về tài chính và đang chuẩn bị thực hiện chương trình đào tạo mới	17
Health Economics Institute (HEI), Bangladesh	1998	Chính thức thành lập dưới tên Khoa Kinh tế, Đại học Dkaha	Chỉ có nguồn tài trợ tối thiểu, và hoạt động phân tích chính sách bị suy giảm. Viện đang xem xét xây dựng lại chức năng, nhiệm vụ	13
Health Policy Analysis Unit (HPAU), Uganda	1999	Trực thuộc Bộ Y tế	Có nguồn tài trợ tối thiểu, vị thế trong Bộ Y tế bị suy giảm	13
CHESS, Ghana	2008	NGO	Vẫn trong giai đoạn mới thành lập	7

**Tác động lên chính sách y tế**

Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (Việt Nam) và HEU (Nam Phi) đều có những đóng góp quan trọng vào quá trình xây dựng chính sách ở nước họ. IHS, Ấn Độ cũng có những đóng góp ở mức độ quốc gia. CHESS, Ghana còn quá mới để đạt được những đóng góp tương tự mặc dù người cung cấp thông tin của tổ chức này nói rằng họ rất có tiềm lực. Ảnh hưởng của Viện Kinh tế Y tế (HEI), Bangladesh và Đơn vị Phân tích Chính sách (HPAU), Uganda đã gần như biến mất khi nguồn tài chính cạn kiệt. Người cung cấp thông tin ở Uganda đã nêu một số cơ hội nghiên cứu cung cấp bằng chứng bị bỏ qua

do sự thiếu vắng một tổ chức phân tích chính sách có năng lực.

Ở Việt Nam, người cung cấp thông tin cho rằng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (Việt Nam) đã có những đóng góp quan trọng cho một số chính sách, trong đó có Chính sách quốc gia về phòng ngừa tai nạn thương tích (2002), Chiến lược quốc gia về y tế dự phòng (đang tiến hành) và Dự thảo Luật về Bảo hiểm Y tế (2007) cũng như xây dựng quy hoạch y tế một số tỉnh/thành phố. Người cung cấp thông tin của Chính phủ Nam Phi nêu một số lĩnh vực mà Đơn vị Kinh tế Y tế (HEU) đã có đóng góp trong xây dựng chính sách. Những lĩnh vực được đề cập nhiều

đến là công bằng y tế, tài chính y tế, chính sách thuốc, chăm sóc sức khỏe ban đầu và hệ thống y tế huyện.

Viện Hệ thống Y tế (IHS), Ấn Độ đã hướng được sự quan tâm của các nhà hoạch định chính sách kết quả thống kê về nguyên nhân tử vong và là một trong những tổ chức ở Ấn Độ đưa ra khái niệm cho chính sách bảo hiểm y tế gia đình. Ngoài ra, IHS, Ấn Độ có những đóng góp vào nỗ lực cải thiện hệ thống y tế của chính phủ.

Nhiều tổ chức trong mẫu điều tra đã tiến hành các nghiên cứu phân tích về các chủ đề liên quan đến tài chính y tế (bảo hiểm y tế và phí dịch vụ), vai trò của y tế tư nhân, hỗ trợ phát triển (SWAP và sự hiệu quả của tài trợ) và tự chủ bệnh viện. Sự trùng hợp ngạc nhiên về đề tài nghiên cứu ở các quốc gia khác nhau cho thấy đó là những vấn đề mà Bộ Y tế quan tâm nhưng chưa đủ năng lực để tự phân tích. Điều này cũng cho thấy các cơ hội đóng góp của các tổ chức nghiên cứu ở mỗi nước khác nhau.

### **Sản phẩm nghiên cứu**

Phần lớn công việc của các tổ chức xuất phát từ yêu cầu của nhà nước và các nhà tài trợ. Viện Chiến lược và Chính sách y tế (Việt Nam) cũng được Bộ Y tế giao nhiệm vụ tham mưu, tư vấn về chiến lược và chính sách y tế và đánh giá tác động của các chính sách trong tương lai.

Sản phẩm nghiên cứu thường là các bản báo cáo nghiên cứu, kết hợp với thuyết trình tóm tắt trước các viên chức chính phủ. Các báo cáo mô tả chi tiết các bước nghiên cứu phân tích đã được tiến hành. Hình thức công bố kết quả nghiên cứu thường làm nhất của Đơn vị Kinh tế Y tế (Nam Phi) và Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (Việt Nam) là phổ biến trực tiếp tới các nhà hoạch định chính sách và các nhà quản lý cao cấp thông qua các hoạt động liên quan đến dự án (ví dụ như các cuộc họp dự án và các hội thảo kết quả nghiên cứu) hay thông qua các buổi họp của Hội đồng Tư vấn Chính sách. Ví dụ, việc tham dự của Viện Chiến lược Chính sách Y tế (Việt Nam) tại các buổi giao ban hàng tuần của Bộ Y

tế do Bộ trưởng chủ trì, cùng những trao đổi không chính thức với lãnh đạo Bộ Y tế được xem là những kênh quan trọng để tác động đến chính sách. Những mối quan hệ trực tiếp như vậy được cho là đặc biệt quan trọng cho việc truyền tải ý tưởng chính sách, thu hút sự chú ý và duy trì vị thế của tổ chức nghiên cứu.

Trong 6 tổ chức được khảo sát, chỉ có Đơn vị Kinh tế Y tế (Nam Phi) và Viện Hệ thống Y tế (Ấn Độ) thực hiện được việc xuất bản các ấn phẩm trong các tạp chí “phản biện độc lập” (peer-review), xuất bản sách hoặc một vài chương sách. Người cung cấp thông tin ở cả HEU, Nam Phi và VCLCSYT, Việt Nam đều nhấn mạnh sự thiếu hụt thời gian và khối lượng công việc quá nhiều đã làm cản trở việc công bố các nghiên cứu, đặc biệt là trên các tạp chí “phản biện độc lập” quốc tế. Trong bối cảnh thiếu hụt nhân lực thì việc ưu tiên cho công tác cung cấp thông tin và tác động đến chính sách y tế là điều dễ hiểu.

### **Các yếu tố tác động đến sự tham gia hoạch định chính sách**

Nghiên cứu chỉ ra một loạt các yếu tố có tính quyết định tới khả năng nghiên cứu tham gia có hiệu quả vào các thảo luận chính sách. Những yếu tố bao gồm:

Môi trường chính sách chung;

Chủ sở hữu và hiện trạng của tổ chức nghiên cứu;

Cơ chế quản trị và cơ chế tài chính của tổ chức nghiên cứu;

Sự điều hành của tổ chức nghiên cứu

Sau đây, chúng ta sẽ lần lượt xem xét các yếu tố này.

#### **Môi trường chính sách**

Có lẽ yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng lên sự phát triển thành công của một tổ chức là được sự ủng hộ, đặc biệt là khi chính phủ có nhu cầu phân tích chính sách một cách độc lập. Ở Việt Nam, đây là một yếu tố tích cực ủng hộ sự phát



triển của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế. Ở Ấn Độ, các nhà hoạch định chính sách ở các bang nhấn mạnh nhu cầu bằng chứng khoa học cho quy trình hoạch định chính sách.

*“Chúng ta đang sống trong kỷ nguyên của hoạch định chính sách dựa trên bằng chứng. Các nhà hoạch định chính sách ngày nay cần nhiều thông tin và bằng chứng hơn nữa để hỗ trợ quá trình ra quyết định, chứ không chỉ bằng quan điểm của họ. Đây là một môi trường mới không chỉ đối với ngành y tế mà cả những lĩnh vực khác, hay nói cách khác, nó áp dụng cho tất cả lĩnh vực ở Việt Nam”* (Một cán bộ chính phủ, Việt Nam)

Ngược lại, ở Uganda và Bangladesh, các khó khăn tài chính là yếu tố bên ngoài dễ nhận thấy nhất dẫn đến suy giảm chức năng của các tổ chức nghiên cứu, nhưng theo những người cung cấp thông tin thì nguyên nhân gốc rễ là do thiếu hỗ trợ của chính phủ. Trường hợp của Bangladesh cũng như vậy.

Ở Nam Phi, Đơn vị Kinh tế Y tế (HEU) được thành lập 4 năm trước cuộc bầu cử dân chủ đầu tiên của Nam Phi năm 1994, thời điểm bắt đầu các chính sách cởi mở, đặc biệt là cởi mở cho sự phê phán hệ thống chăm sóc sức khỏe phân biệt chủng tộc. Tuy nhiên, trong thời gian qua chính phủ đã thay đổi mức độ chấp nhận ý kiến tư vấn của HEU; có những vấn đề chính sách HEU đóng vai trò vận động nhiều hơn là tác động chính sách trực tiếp. Khả năng dịch chuyển giữa hai vai trò này chứng tỏ tính độc lập và năng lực của HEU, đồng thời cho thấy HEU có một cơ chế tài chính đa dạng hơn nhiều tổ chức khác.. Kinh nghiệm của HEU cũng cho thấy tầm quan trọng của một môi trường chính sách chung, bao gồm các tổ chức xã hội dân sự và các mạng lưới khu vực và quốc tế.

#### **Chủ sở hữu của tổ chức nghiên cứu**

Tổng quan về các tổ chức nghiên cứu tham vấn chính sách cho thấy tầm quan trọng của những tổ chức nằm ngoài nhà nước trong việc duy trì một vị thế nhất định. Hai trong số các tổ

chức được nghiên cứu, HPAU ở Uganda và Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (Việt Nam) đều có những mối quan hệ mật thiết với chính phủ. Đối với HPAU, mối quan hệ mật thiết này có vẻ lại mang đến những kết quả âm tính. Kể cả khi tổ chức này được tài trợ đầy đủ thì vị trí của họ trong hệ thống nhà nước vẫn còn nhiều bất cập: mặc dù tổ chức này có thể mạnh là có thể tư vấn trực tiếp cho thứ trưởng thường trực nhưng vẫn hoá thứ bậc trong cơ chế ra quyết định của Bộ lại không giúp phát huy hiệu quả của thế mạnh này.

Ngược lại, vị trí tổ chức của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (Việt Nam) lại tỏ ra tương đối hiệu quả. Trong khi mối quan hệ trực tiếp giữa Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (Việt Nam) và Bộ Y tế có thể gây ra những băn khoăn từ bên ngoài về tính độc lập trong hoạt động nghiên cứu và hoạt động tư vấn của Viện thì Viện này vẫn có được những tác động đáng kể lên chính sách. Trong một môi trường hoạch định chính sách tương đối khép kín của Việt Nam, rất khó để hình dung một tổ chức hoàn toàn độc lập bên ngoài nhà nước có thể có những tác động như vậy đến chính sách. Một người trả lời phỏng vấn đã nói rằng một phần lý do vì sao Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (Việt Nam) được Bộ Y tế tin tưởng như vậy là do mối liên hệ chặt chẽ giữa hai tổ chức:

*“Chúng tôi tin tưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế như họ là một phần của Bộ Y tế. Họ rất mạnh trong nghiên cứu, đặc biệt là nghiên cứu về hệ thống y tế và chính sách y tế. Ngoài ra, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế luôn có trách nhiệm với tác động của những khuyến nghị mà họ đưa ra... Còn đối với ... (tên 1 cơ quan khác), tôi không tin tưởng họ: họ đến rồi lại đi thôi.”* (Một cán bộ chính phủ, Việt Nam)

Người ta giả thiết rằng nếu đặt trong một môi trường hàn lâm, thì một viện nghiên cứu sẽ khó có thể tiến hành được các công việc liên quan nhiều tới chính sách (Nathan Associates, 2004).

Nam Phi là một trường hợp khác. Các cán bộ của Đơn vị Kinh tế Y tế Nam Phi đều nói rằng

trong bối cảnh của Nam Phi, bạn nên là một đơn vị nằm trong một trường đại học sẽ tốt hơn là một tổ chức được đặt trong nhà nước hay là một NGO độc lập. Một người trả lời phỏng vấn nói về một chính sách của Bộ Y tế về HIV/AIDS rằng nếu tổ chức đó được đặt trong nhà nước, “*chúng tôi sẽ không thể tồn tại*”. Lợi thế lớn nhất của một trường đại học là được bảo vệ bởi sự tự do chuyên môn, đặc biệt khi nhà nước cần những chuyên môn đó. Ở trường đại học, “*không thực sự có một áp lực nào đối với một ý tưởng hay chính sách cụ thể, miễn là chúng tôi tuân theo các nguyên tắc khoa học*”. Điều này đặc biệt quan trọng trong chế độ phân biệt chủng tộc, nhưng là một thực tế.

### ***Quản trị và các yếu tố tài chính***

Kết quả nghiên cứu cho thấy sự khác biệt đáng kể giữa các tổ chức nghiên cứu phân tích chính sách trong quy trình xây dựng kế hoạch hoạt động và trong mức độ tác động của cơ chế quản trị, cơ chế tài chính; sự quản lý đối với kết quả thực hiện nhiệm vụ được giao. Nguồn thu chủ yếu của một số tổ chức trong mẫu nghiên cứu, ví dụ như CHES, Ghana phụ thuộc phần lớn vào các dự án ngắn hạn tài trợ bởi các đối tác phát triển. Do đó, họ phải có tính đáp ứng cao, nhưng mức độ đáp ứng của họ đối với nhu cầu phân tích chính sách của nhà nước phụ thuộc rất nhiều vào các nhà tài trợ. Các tổ chức của Bangladesh, Việt Nam và Uganda đều có (hay đã từng có) những cam kết dài hạn về tài chính, do đó họ có đủ khoảng trống để xây dựng một chương trình tự chủ trong công việc. Tuy nhiên, vị trí tổ chức của các tổ chức ở Uganda và Việt Nam, cùng với sự phụ thuộc vào nguồn tài chính của chính phủ cho thấy thực tế chương trình hoạt động của họ đều chịu sự tác động mạnh mẽ của chính phủ. IHS, Bangladesh là sự kết hợp may mắn giữa nguồn tài trợ dài hạn và khoảng cách nhất định với chính phủ, và nguồn tài chính của họ được chuyển thông qua một tổ chức thứ ba. Tuy nhiên, họ đã không tận dụng được hết những lợi thế này. Chỉ có HEU, Nam Phi kết hợp đầy đủ được nguồn tài trợ dài hạn và vị trí bên

ngoài chính phủ để phát triển thành một tổ chức tự chủ hoàn toàn.

Cơ cấu bộ máy quản trị, cụ thể là hội đồng quản trị, có thể có vai trò quyết định trong việc bảo vệ tính độc lập, trong khi vẫn tăng cường được mối liên quan với chính sách trong công việc. Ba trong sáu trường hợp nghiên cứu (CHES - Ghana, IHS - Ấn Độ và IHS Bangladesh) đều có Hội đồng Quản trị của riêng họ. Thông thường các Hội đồng này thường tạo điều kiện cho các mối quan hệ với chính phủ: ví dụ, Hội đồng của IHS - Ấn Độ đang có 13 thành viên, và trong khi không ai được bổ nhiệm chính thức bởi chính phủ thì chính phủ vẫn giữ một số vị trí nhất định trong hội đồng đó, do điều lệ của viện quy định có đại diện của chính phủ trong Hội đồng quản trị. Tương tự đối với HEI, Bangladesh, Hội đồng có 15 thành viên, trong đó 2 vị trí là của Bộ Y tế. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (Việt Nam) không có Hội đồng quản trị chính thức, nhưng tổ chức này vẫn có một Hội đồng Khoa học (chịu trách nhiệm duy trì các tiêu chuẩn chất lượng) và một Hội đồng Tư vấn chịu trách nhiệm định hướng chiến lược chung. Tuy nhiên, các nhà phê bình cho rằng đa số thành viên của hai hội đồng này đều là công chức nhà nước, và do vậy, mặc dù VCL&CSYT Việt Nam là tổ chức tự chủ một phần, tổ chức này vẫn có những trở ngại trong việc phản biện các chính sách của nhà nước.

### ***Khả năng lãnh đạo của tổ chức***

Các mối quan hệ cá nhân giữa thành viên của các tổ chức và các nhà hoạch định chính sách có thể đóng một vai trò thiết yếu trong quá trình tăng cường uy tín và ảnh hưởng của tổ chức phân tích chính sách. Những người cung cấp thông tin của Chính phủ thường đề cập đến đóng góp của các cá nhân cụ thể mà họ tin tưởng (thậm chí ngay cả khi công việc phân tích luôn do một nhóm thực hiện):

*“... Tác động chính sách mà bà X có thể thực hiện là rất đáng kể, thực sự vì mối quan hệ lâu năm với ANC và năng lực của bà, và cũng nhờ các mối quan hệ của bà ấy. Tôi nghĩ điều này*

cho thấy bà ấy luôn có người sẵn sàng lắng nghe.” (một bên liên quan bên ngoài, Nam Phi)

“Vị viện trưởng này có tầm nhìn rõ ràng về những chính sách cần tác động. Ông cũng liên hệ rất chặt chẽ với Bộ trưởng Bộ Y tế. Ông tham gia các cuộc họp giao ban của BYT vào thứ sáu hàng tuần. Bộ trưởng cũng thường chính thức và trực tiếp giao nhiệm vụ của BYT cho cơ quan của ông ấy. Ông có nhiều cơ hội để gặp gỡ và trao đổi công việc với Bộ trưởng.” (Một cán bộ Chính phủ, Việt Nam)

### Những kết quả và kết luận chính

Các báo cáo nghiên cứu trong lĩnh vực này nhấn mạnh các cơ quan chính phủ và cơ quan phi chính phủ cần có năng lực nghiên cứu phân tích chính sách tốt (Yaron và Shaxson 2008). Kết quả nghiên cứu trường hợp này cho thấy ở Việt Nam và Nam Phi, các tổ chức nghiên cứu có thể đóng một vai trò tích cực trong công tác hoạch định chính sách dựa trên bằng chứng. Ngoài ra, nghiên cứu còn cho thấy vai trò của các yếu tố về bối cảnh và tổ chức của các cơ quan phân tích chính sách y tế đối với hiệu quả của hoạt động phân tích chính sách.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, động lực và năng lực của chính phủ trong xử lý và sử dụng ý kiến tham vấn chính sách của tổ chức phân tích chính sách y tế là yếu tố hàng đầu dẫn tới thành công của tổ chức phân tích chính sách y tế. Ngoài ra, nhu cầu tham vấn chính sách của chính phủ có thể dẫn tới một nguồn tài chính an toàn và ổn định cho tổ chức nghiên cứu phân tích chính sách, mặc dù trong số các trường hợp nghiên cứu, hình thức này mới chỉ tồn tại ở Việt Nam.

Các tổ chức nghiên cứu được lựa chọn để phản ánh những hình thức tổ chức khác nhau, và do đó cũng khác nhau về các mối quan hệ với chính phủ. Mặc dù có một điều dễ nhận thấy là một mối quan hệ trong “tâm với” giữa tổ chức nghiên cứu tham vấn chính sách (think tank) và chính phủ là phù hợp nhất nhưng không có khoảng cách nào được coi là lý tưởng giữa think

tank và “thính giả”. Không gian chính sách, bối cảnh chính trị, các hình thức tài trợ, các đặc điểm về tổ chức và nhân sự, tính chất các mối quan hệ chính thức và không chính thức là những yếu tố tác động tới uy tín của tổ chức nghiên cứu tham vấn chính sách và ảnh hưởng của tổ chức này đối với quá trình hoạch định chính sách. Ở một số nước thu nhập thấp và trung bình, các tổ chức phân tích chính sách y tế đã ưu tiên xây dựng uy tín của mình thông qua mối quan hệ với các cơ quan, tổ chức quan tâm đến chính sách (bao gồm cả cơ quan truyền thông đại chúng và các tổ chức phi chính phủ). Chiến lược này có thể hiệu quả trong một khoảng thời gian dài, nhưng nó vẫn khiến các cơ quan phân tích chính sách dễ bị tổn thương khi có các biến đổi chính trị, và trong chiến lược lâu dài, các tổ chức phân tích chính sách y tế cần xây dựng các mối quan hệ rộng hơn nữa.

Tương tự, tầm ảnh hưởng quá lớn của một số cá nhân đối với hoạt động của tổ chức nghiên cứu phân tích chính sách có thể là con dao hai lưỡi: nếu một hoặc hai người chính rời tổ chức đó thì vai trò của tổ chức đó có thể sẽ kém đi. Một trong những kết luận quan trọng rút ra từ trường hợp của Việt Nam là sự cần thiết chuyển đổi từ mô hình dựa vào một cá nhân xuất chúng (“an individual policy champion”) sang một mô hình dựa trên năng lực tham vấn chính sách của tập thể toàn viện. Điều này đòi hỏi thể chế hóa và đa dạng hóa các mối quan hệ với các nhà tài trợ, các nhà hoạch định chính sách và các nhà hoạt động chính sách khác.

Trường hợp của Việt Nam cũng cho thấy Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (Việt Nam) và các tổ chức tương tự khác cần cải thiện các cơ chế hoạt động (ví dụ tổ chức hội đồng quản lý, hội đồng tư vấn) để bảo vệ tính trung lập và tính độc lập. Nếu có một mối quan hệ tài chính và quản lý chặt chẽ giữa chính phủ và tổ chức phân tích chính sách y tế, cần phải đảm bảo rằng tổ chức đó có những cơ chế phù hợp để phòng ngừa những mâu thuẫn lợi ích và đảm bảo tính độc lập trong phân tích. Một cơ chế khác giúp duy trì sự

sáng tạo khoa học và thể hiện chất lượng kỹ thuật cao là xuất bản những kết quả nghiên cứu trong các tạp chí phản biện độc lập. Tuy nhiên, với quỹ thời gian làm việc có hạn của nhân viên, sẽ rất khó để vừa đáp ứng nhu cầu của chính phủ và vừa xuất bản được các ấn phẩm. Mặc dù vậy, ít nhất các viện phải có chương trình riêng để nâng cao năng lực cán bộ và hình thức kiểm tra giữa các đồng nghiệp để nâng cao chất lượng nghiên cứu và các sản phẩm của nghiên cứu.

Mặc dù các báo cáo nghiên cứu khác cho thấy các tổ chức nghiên cứu tham vấn chính sách có thể đóng một vai trò quan trọng trong huy động sự tham gia của cộng đồng và mang đến những cái nhìn mới cho chính sách, kết quả nghiên cứu trường hợp này cho thấy các tổ chức trong mẫu nghiên cứu mới gần sự tham gia của cộng đồng ở một mức độ rất hạn chế, và chức năng này không được thể hiện rõ ràng trong tài liệu mô tả chức năng nhiệm vụ của các tổ chức

này. Đây có thể là một lĩnh vực mà bản thân các tổ chức phân tích chính sách y tế và các nhà tài trợ cần thử nghiệm.

Tóm lại, cải thiện hệ thống y tế cần đầu tư vào cơ sở hạ tầng và các công nghệ y tế, đào tạo và bổ sung các nguồn nhân lực, các cơ chế tài chính y tế phù hợp và công bằng. Tuy nhiên, chìa khóa cho thành công lâu dài của những đầu tư như vậy là tính sẵn có của các tổ chức nghiên cứu chính sách được tổ chức tốt, có độ tin cậy về khoa học, có mức độ tự chủ nhất định để có thể liên tục hỗ trợ kỹ thuật và tham vấn cho chính phủ và các nhà hoạt động chính sách khác trong quá trình hoạch định chính sách y tế. Các tổ chức nghiên cứu chính sách có chức năng này có thể bị cạn kiệt về tài chính và nhân lực cũng như phải đối mặt với những thử thách về chính trị. Các chính phủ và các nhà tài trợ nên tìm ra những giải pháp nâng cao năng lực và tính bền vững của những tổ chức như vậy.

Lời tòa soạn: Báo cáo chung tổng quan ngành y tế (JAHR) của Bộ Y tế và nhóm đối tác y tế năm 2010 là báo cáo thứ tư do Bộ Y tế cùng với các đối tác phát triển y tế phối hợp thực hiện hằng năm. Báo cáo năm 2010 phân tích tổng thể thực trạng ngành y tế, xác định các vấn đề ưu tiên và các giải pháp trong thời gian tới, góp phần xây dựng Chiến lược bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2020, Kế hoạch 5 năm ngành Y tế giai đoạn 2011-2015. Trong số trước, Tạp chí Chính sách Y tế đã trích đăng nội dung về Các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe Phần I (từ chương I Tình trạng sức khỏe và các yếu tố ảnh hưởng). Chúng tôi xin trân trọng giới thiệu Phần II với quý độc giả trong Số 8 này.

## CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỨC KHỎE (PHẦN II)

(Trích từ Chương I - Tình trạng sức khỏe và các yếu tố ảnh hưởng, Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2010).

### Lối sống

**Hút thuốc lá** là yếu tố số một trong các yếu tố gây tử vong có thể phòng được. Có đủ bằng chứng để khẳng định thuốc lá có quan hệ nhân quả với nhiều loại ung thư (phổi, đường tiết niệu, hầu họng, miệng, khí quản, thanh quản, thực quản, tụy, mũi xoang, mũi hầu, dạ dày, gan, thận, cổ tử cung, bạch cầu dạng tủy bào); 4 nhóm bệnh tim mạch (chứng phình động mạch chủ ổ bụng, chứng xơ vữa động mạch, bệnh mạch máu não, và bệnh cơ tim); các bệnh phổi (bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, viêm phổi, giảm chức năng phổi sơ sinh của mẹ có hút thuốc lá, các bệnh giảm chức năng phổi, triệu chứng hô hấp trẻ em gồm cả hen và triệu chứng hô hấp khác ở người lớn); các vấn đề sức khỏe sinh sản (giảm khả năng sinh, kém phát triển thai và sinh thiếu cân, tai biến sản khoa); và các vấn đề sức khỏe khác (đục thủy tinh thể, gãy xương hông, loãng xương, loét dạ dày, suy giảm sức khỏe dẫn đến nghỉ việc). Chỉ riêng đối với 3 bệnh nguy hiểm, thuốc lá là nguyên nhân của tỷ lệ mắc rất lớn: 90% ca ung thư phổi, 75% ca bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) và 25% ca bệnh tim thiếu máu cục bộ. Ngoài ra, có bằng chứng nghi ngờ, nhưng chưa đủ để khẳng định rằng thuốc lá có quan hệ nhân quả với nhiều bệnh khác nữa.

Hút thuốc lá thụ động cũng có gây ra nhiều bệnh cho người không hút trực tiếp. Hút thuốc lá thụ động có thể gây nên nhiều bệnh hiểm nghèo như ung thư phổi, các bệnh về tim mạch, nhiễm trùng đường hô hấp và đẻ non. Người không hút thuốc bị phơi nhiễm với khói thuốc thụ động bị

tăng nguy cơ bệnh về động mạch vành lên 25-30% và nguy cơ bị ung thư phổi lên 20-30%. Ở trẻ em, hút thuốc lá thụ động có thể gây viêm đường hô hấp, hen, viêm tai giữa và hội chứng đột tử sơ sinh.

Trung bình người hút thuốc tử vong sớm hơn người không hút thuốc khoảng 15 năm. Một số người hút thuốc có thể tử vong ở độ tuổi trung niên và mất tới 20 năm tuổi thọ. Trên toàn cầu, mỗi năm thuốc lá giết chết hơn 5 triệu người. Con số này sẽ thành hơn 8 triệu người một năm vào năm 2020. Nếu các biện pháp kiểm soát thuốc lá hiệu quả không được thực thi thì trong thế kỷ 21 này thuốc lá sẽ giết chết 1 tỷ người toàn cầu.

Tiêu thụ thuốc lá ở Việt Nam đang có chiều hướng gia tăng: năm 1998, tỷ lệ hút thuốc lá ở nam giới là 50%, năm 2002 tỷ lệ này là 56%. Tuy nhiên, Khảo sát mức sống dân cư năm 2006, và gần đây nhất là kết quả điều tra sử dụng thuốc lá ở người lớn năm 2010 (GATS2010) đều cho thấy xu hướng đang đi ngược lại, tỷ lệ người trưởng thành hút thuốc xuống còn 47%. Ở nữ giới, tỷ lệ hút thuốc chỉ chiếm 1,8%. Tỷ lệ hút thuốc theo nhóm tuổi: cao nhất ở các nhóm tuổi 25-55 tuổi ở nam giới (tỷ lệ hút từ 68% đến 72%) và 55-64 tuổi ở nữ giới (5,8%). Trong sinh viên y khoa năm thứ 3, có 20,7% sinh viên nam và 2,7% sinh viên nữ hút thuốc. Trong nhóm giáo viên, có 21,5% giáo viên nam và 1% giáo viên nữ hút thuốc. Theo kết quả SAVY 1 và SAVY 2 cho thấy thanh thiếu niên ở lứa tuổi 14-25 đã từng hút thuốc lá năm 2009 là 20%, giảm

2% so với năm 2004 (22%). Tuy nhiên, một điều đáng lưu tâm là trong những thanh niên đã từng hút, tỷ lệ vẫn hút đã tăng lên từ năm 2004 đến năm 2009.

Tại Việt Nam, ước tính mỗi năm thuốc lá giết chết 40.000 người. Điều này có nghĩa là mỗi ngày có hơn 100 người tử vong vì những bệnh do hút thuốc gây nên. Ước tính con số này sẽ tăng lên khoảng 70.000 người/năm vào năm 2030.

Bên cạnh gánh nặng về bệnh tật và tử vong, hút thuốc còn tạo ra gánh nặng về tài chính. Thuốc lá làm phát sinh chi phí khổng lồ để điều trị những ca bệnh do hút thuốc gây ra.

**Sử dụng rượu bia** không hợp lý có ảnh hưởng lớn tới sức khỏe thông qua 3 kênh: say rượu, nghiện rượu và ngộ độc rượu. Say rượu liên quan đến hành vi rủi ro (ví dụ tình dục không an toàn), bạo lực (trong gia đình hoặc ngoài xã hội) và tai nạn. Nghiện rượu liên quan đến việc sử dụng thường xuyên, kéo dài dẫn đến bệnh tật, rối loạn tâm thần và vấn đề xã hội. Và ngộ độc từ rượu, đặc biệt rượu nấu thủ công (chiếm 80% thị phần ở nước ta), liên quan đến 60 loại bệnh và rối loạn như dị tật bẩm sinh cho trẻ có mẹ sử dụng rượu khi mang thai, hại tế bào não ảnh hưởng khả năng học, các loại bệnh gan, một số loại ung thư, giảm sức đề kháng, đau tim đối với những người uống quá mức. Rượu là nguyên nhân của 3,7% tổng số tử vong và 4,4% gánh nặng bệnh tật trong thế giới. Rượu gây ra gánh nặng bệnh tật cho nam giới cao hơn 4 lần so với nữ giới. Nguyên nhân tử vong liên quan rượu lớn nhất là chấn thương không chủ định, bệnh tim mạch và ung thư. Đối với gánh nặng bệnh tật (DALY) thì rối loạn tâm thần liên quan đến rượu là quan trọng nhất.

Kết quả sơ bộ của một nghiên cứu về gánh nặng bệnh tật của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế kết hợp với Trường Đại học Queensland, Úc, cho thấy rằng rối loạn tâm thần do rượu là một trong 10 bệnh gây gánh nặng bệnh tật lớn nhất đối với nam giới ở Việt Nam.

Tình hình tiêu dùng rượu bia có xu hướng tiếp tục gia tăng. Theo Điều tra Y tế Quốc gia 2001-2002, tỷ lệ nam giới 15 tuổi trở lên uống rượu là 46%. Tỷ lệ uống rượu cao ở nhóm có trình độ học vấn cao hơn: Nam giới có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở xuống uống rượu khoảng 40%, trong khi đó ở nhóm nam giới có trình độ trên trung học phổ thông, kể cả nông thôn, thành thị là khoảng 60%.

Uống rượu ở tuổi vị thành niên là một vấn đề được nhiều nước quan tâm. Khả năng kiểm soát bản thân của thanh niên kém hơn người lớn tuổi, nên khi say rượu có thể có hành vi nguy hiểm như lái xe với tốc độ cao, thậm chí đua xe, gây tai nạn, lạng lách, đánh võng, đánh nhau, giết nhau, lạm dụng tình dục. Theo điều tra thanh thiếu niên Việt Nam (SAVY 1 và SAVY 2), tỷ lệ đã từng uống hết một cốc rượu/bia trong độ tuổi 14-17 tuổi năm 2004 là 35%, đến năm 2009 đã lên 47,5%; đối với tuổi 18-21 năm 2004 là 57,9%, đến năm 2009 đã lên 66,9%.

**Chế độ dinh dưỡng và tập thể dục:** Chế độ ăn, kể cả khối lượng và cơ cấu kết hợp với hoạt động thể chất thường xuyên đều có vai trò quan trọng trong việc duy trì, bảo vệ và tăng cường sức khỏe. Chế độ ăn không hợp lý và thiếu hoạt động thể chất là hai yếu tố rủi ro chủ yếu của tăng huyết áp, tăng đường huyết, mỡ máu cao, thừa cân/béo phì, và là yếu tố nguy cơ của các bệnh mạn tính chính như bệnh tim mạch, ung thư và tiểu đường. Bằng chứng từ các nghiên cứu cho thấy tập thể dục thường xuyên có thể làm giảm cholesterol trong máu, giảm huyết áp cao, cải tiến thành phần cơ thể bằng cách "đốt" mỡ, tạo điều kiện để có mức đường huyết tốt, hỗ trợ duy trì mật độ xương, tăng sức đề kháng và giải tỏa căng thẳng, giảm nguy cơ bị trầm uất. Chỉ việc đi bộ đều đặn có thể tăng sức của hệ tim và phổi, giảm nguy cơ bệnh tim, tai biến mạch máu não, giảm tai biến của các bệnh tiểu đường, đau cơ và khớp, cao huyết áp, cholesterol cao, giúp tăng sức của xương và cải thiện khả năng giữ cân đối cơ thể, tăng sức cơ bắp và giảm béo. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, mỗi năm khoảng

2,7 triệu người tử vong do ăn ít rau và hoa quả, và 1,9 triệu người tử vong do thiếu hoạt động thể chất.

Việt Nam vẫn đang phải đối phó với tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em cao. Hoạt động thể lực vẫn chủ yếu do tính chất công việc lao động chân tay tiêu tốn calo. Vì vậy, tỷ lệ thừa cân và béo phì còn ở mức thấp. Năm 2001-2002, theo ĐTYTQG, tỷ lệ thừa cân ở trẻ em dưới 10 tuổi là dưới 2% và ở những người từ 16 tuổi trở lên chỉ ở mức 12%, trong đó tỷ lệ ở mức béo phì rất thấp. Nói chung, chế độ ăn hiện nay của người Việt Nam chứa nhiều rau, quả, với lượng mỡ thấp là một yếu tố tốt để bảo vệ cho sức khỏe. Tuy nhiên, tình hình này có thể thay đổi nhanh, đặc biệt đối với tầng lớp giàu có, ở thành thị, nơi dễ dàng tiếp cận với những loại thực phẩm đem lại nhiều năng lượng.

Việt Nam là một nước nông nghiệp, gần 80% dân số làm nghề nông, lao động chân tay vất vả. Hoạt động thể dục, thể thao chủ yếu là nhóm trẻ tuổi, người già và một số người làm nghề tĩnh tại. Theo ĐTYTQG, tỷ lệ không hoạt động thể lực của những người từ 15 tuổi trở lên là 65%, đối với những người làm nghề tĩnh là 57%. Theo ĐTYTQG 2001-2002 cho thấy tỷ lệ những người từ 15 tuổi trở lên có tập thể dục thể thao là 34,9%, trong đó một nửa là tập thường xuyên hàng tuần từ 5 lần trở lên.

#### **Ma túy, mại dâm**

Ma túy có nhiều tác động có hại đối với sức khỏe, từ nhiễm khuẩn, nhiễm vi rút khi sử dụng chung bơm kim tiêm để chích ma túy, đến ung thư do hút cần sa, giảm sức đề kháng, bệnh tim, dị tật bẩm sinh, rối loạn tâm thần và tử vong do sử dụng quá liều. Người bán dâm có rủi ro cao lây bệnh qua đường tình dục gồm cả HIV/AIDS, và dễ trở thành nạn nhân của bạo lực, hoặc áp lực đối với sức khỏe tâm thần.

Số người sử dụng ma túy ở Việt Nam tăng nhanh trong những năm gần đây, đặc biệt là nhóm trẻ tuổi. HIV/AIDS có liên quan rất cao với sử dụng ma túy, ước tính có khoảng 56,9% người nhiễm HIV/AIDS trong cả nước là do

tiêm chích ma túy. Tỷ lệ người nghiện ma túy có quan hệ tình dục với gái mại dâm trong 12 tháng qua từ 11% đến 48% (tùy tỉnh), vì vậy nguy cơ lây truyền HIV trong nhóm nghiện chích ma túy, mại dâm và bạn tình của họ là khá cao. Sử dụng ma túy phổ biến ở nam giới (chiếm hơn 90% các ca nghiện ma túy) và người trẻ. Hiện nay 80% người sử dụng ma túy < 35 tuổi và 52% < 25 tuổi. Theo *Báo cáo giám sát hành vi năm 2009*, hơn một nửa số người chích ma túy ở dưới 30 tuổi. Tỷ lệ nhiễm HIV trong những người nghiện ma túy có xu hướng giảm đi ở hầu hết các địa phương được quan sát, trừ Thành phố Hồ Chí Minh.

#### **Tai nạn, thương tích, bạo lực giới**

An toàn lao động, an toàn giao thông và an toàn cộng đồng đều là yếu tố quan trọng bảo vệ sức khỏe nhân dân. Tuy nhiên, do thiếu ý thức, do thiếu bảo hộ lao động, do thiếu sự quan tâm trong xã hội, tai nạn tiếp tục xảy ra thường xuyên.

Tai nạn thương tích đang là một trong những nguyên nhân gây tử vong cao nhất ở Việt Nam. Theo kết quả ĐTYTQG 2001-2002, đây là tai nạn đứng thứ tư trong các nguyên nhân gây tử vong. Năm 2008 có 7.370 người bị thương và 10.506 người tử vong do tai nạn giao thông đường bộ. Thành phố Hồ Chí Minh, Bình Dương và Đồng Nai là ba tỉnh/thành phố có số người bị tai nạn giao thông và tử vong cao nhất trong cả nước (số ca là 411, 358 và 322, số tử vong là 954, 437 và 441).

Nhiễm độc hoá chất bảo vệ thực vật là một vấn đề nổi lên trong những năm gần đây, theo báo cáo thống kê của các tỉnh, thành phố, trong năm 2006 đã có 2.504 vụ nhiễm độc hoá chất bảo vệ thực vật với 4.943 trường hợp nhiễm độc. Số tử vong là 155 người chiếm 3% số trường hợp nhiễm độc.

Ở Việt Nam vẫn còn tư tưởng “trọng nam khinh nữ” - một trong những nguyên nhân quan trọng dẫn đến tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh.

Bạo lực đối với phụ nữ làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe và tinh thần phụ nữ. Theo nghiên cứu của Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam, trong số những phụ nữ đã từng bị chồng đánh có khoảng 6% đã từng phải vào bệnh viện điều trị, 51,8% người vợ đã bị sưng tím trong vài ngày. Việc đánh đập gây thương tích có thể làm sảy thai hoặc đẻ non đối với phụ nữ. Đây cũng là nguyên nhân đẩy một số phụ nữ đến bước đường cùng phải tự kết thúc cuộc đời mình đồng thời đã cướp đi môi trường sống và giáo dục bình thường cho rất nhiều trẻ em. Nghiên cứu trên 883 phụ nữ có chồng tại huyện Ba Vì, tỉnh Hà Tây cho thấy 60,6% phụ nữ có chồng bị ít nhất một loại bạo lực (bạo lực thể xác, bạo lực tình dục và bạo lực tinh thần) trong cuộc đời của họ, 30,9% là nạn nhân của bạo lực thể xác và 6,6% của bạo lực tình dục, 32,7% là nạn nhân của cả bạo lực thể xác và tình dục. Trong đó, trên 14% phụ nữ là nạn nhân của bạo lực thể xác nặng. Nghiên cứu này cũng cho thấy, thu nhập thấp, trình độ học vấn thấp của cả người chồng và người vợ, đàn ông có hơn một vợ/bạn tình, chứng kiến bạo lực

giữa bố và mẹ khi còn nhỏ là những yếu tố nguy cơ dẫn đến bạo lực đối với phụ nữ trong gia đình và ảnh hưởng lớn đến sức khỏe người phụ nữ.

Nghiên cứu về nạn bạo hành với phụ nữ ở Việt Nam cho thấy tệ nạn này xảy ra cả ở thành thị và nông thôn, và các tầng lớp xã hội khác nhau. Cuộc khảo sát do Vũ Mạnh Lợi và cộng sự tiến hành cho biết, nếu xét theo tất cả các loại ngược đãi, từ ngược đãi về thân thể và lời nói, ngược đãi về tình cảm và các ngược đãi liên quan đến tình dục, thì có đến khoảng 80% phụ nữ đã từng bị ngược đãi bởi người chồng, từ 10% đến 25% (từ loại gia đình khá giả đến nghèo) đã từng bị đánh, và từ 16% đến 25% (theo phân loại mức sống của gia đình) đã từng bị cưỡng ép tình dục.

Vai trò của ngành y tế quan trọng không chỉ trong việc chữa trị, theo dõi, hỗ trợ chuyên môn y tế cho nạn nhân bị thương tích, mà còn trong việc phát hiện sớm bạo lực, ghi chép hồ sơ, phối hợp với chính quyền địa phương, Hội Phụ nữ và các tổ chức, đoàn thể xã hội để phòng chống



## PHÂN TẦNG XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHOẺ

TS. Trần Thị Minh Ngọc<sup>1</sup>

**K**ết quả của Điều tra Y tế Quốc gia cho thấy có tương quan rõ giữa mức sống và tình trạng sức khỏe. Nói chung, mức sống càng thấp, tình trạng sức khỏe càng yếu. Theo số liệu của Tổng cục thống kê (Bảng 1), trong 12 tháng qua, tỷ lệ người giàu phải nằm một chỗ, chăm sóc tại giường luôn thấp hơn người nghèo. Nguyên

nhân nhóm giàu quan tâm đến sức khỏe của họ là do có nhiều điều kiện tiếp cận với khám chữa bệnh nhiều hơn. So sánh các chỉ báo giữa cột (a) và (b) của Bảng 1 cho thấy, tỷ lệ người nghèo ốm nặng thường chiếm khoảng 1/4 so với tỷ lệ mắc bệnh, trong khi ở nhóm giàu tỷ lệ này thường là 1/7 đến 1/8.

**Bảng 1: Tỷ lệ người mắc bệnh chấn thương chia 5 nhóm thu nhập**

Đơn vị tính: (%)

	Năm 2006		Năm 2007	
	12 tháng qua (a)	Nằm 1 chỗ, phải chăm sóc tại giường (b)	12 tháng qua (a)	Nằm 1 chỗ, phải chăm sóc tại giường (b)
Nghèo nhất	45.8	12.8	48.1	12.0
Gần nghèo nhất	46.8	10.8	49.1	10.4
Trung bình	49.1	10.4	50.0	9.8
Gần giàu nhất	51.0	9.7	54.3	9.4
Giàu nhất	52.9	8.6	56.6	8.7

(Nguồn: Tổng cục thống kê, 2009)

Sự khác biệt về mức sống cũng tạo nên sự phân tầng trong chăm sóc sức khỏe giữa các nhóm dân cư. Nghiên cứu cho thấy, có sự khác biệt rất rõ giữa các nhóm thu nhập về tiếp cận các cơ sở y tế. Những người thuộc nhóm nghèo và cận nghèo thường ít có cơ hội khám, chữa bệnh ở bệnh viện nhà nước so với các nhóm khá giả và giàu có.

Theo Khảo sát mức sống 2008, có 52% thành viên hộ trả lời có bị ốm/bệnh/chấn thương trong 12 tháng qua, trong đó chỉ có 10,1% số người bị ốm/bệnh/chấn thương phải nằm một chỗ và phải chăm sóc tại giường. So với năm 2006, tỷ lệ người trả lời bị ốm/bệnh/chấn thương tăng nhẹ ở các vùng, thành thị, nông thôn và các nhóm thu nhập. Số người bị ốm/bệnh/chấn thương có khám chữa bệnh trong 12 tháng trước thời điểm phỏng

vấn là 34,2%, trong đó 31% có khám/chữa bệnh ngoại trú và 6,5% có khám chữa bệnh nội trú. So với năm 2006, tỷ lệ khám/chữa bệnh của thành viên hộ gia đình giảm, trong đó tỷ lệ khám/chữa bệnh ngoại trú giảm 1,6%, nhưng tỷ lệ khám chữa bệnh nội trú tăng nhẹ. Nhóm hộ giàu nhất có tỷ lệ lượt người khám chữa bệnh cao hơn một chút so với nhóm hộ nghèo nhất (35,4% so với 34,2%).

Khi phải nhập viện, người dân chủ yếu đã đến các bệnh viện nhà nước. Tỷ lệ lượt người khám chữa bệnh nội trú tại các bệnh viện nhà nước năm 2008 cao hơn. Tuy nhiên, so với người

<sup>1</sup> Phó trưởng Khoa Xã hội học - Học viện Chính trị - Hành chính Khu vực 1

dân thành thị thì người dân nông thôn có ít hơn cơ hội được khám chữa bệnh tại các bệnh viện nhà nước, đặc biệt là ở vùng sâu, vùng xa, vùng kinh tế còn nhiều khó khăn, các hộ nghèo. Năm 2008 có 82% lượt người ở khu vực nông thôn khám, chữa bệnh nội trú tại các bệnh viện nhà nước, trong khi tỷ lệ này ở khu vực thành thị là 92%. Nhóm hộ giàu nhất có tỷ lệ khám chữa bệnh nội trú tại các bệnh viện nhà nước cao hơn nhóm hộ nghèo nhất. Chênh lệch này còn cao hơn đối với khám chữa bệnh ngoại trú. Tuy nhiên, so với người dân thành thị thì người dân nông thôn có ít hơn cơ hội được khám chữa bệnh tại các bệnh viện nhà nước, đặc biệt là ở vùng sâu, vùng xa, vùng kinh tế còn nhiều khó khăn, các hộ nghèo.

Tại Việt Nam, tỷ lệ chi tiêu từ tiền túi trong tổng chi tiêu y tế của toàn xã hội ước tính từ 60 đến 70%, một tỷ lệ rất cao. *Chi tiêu thảm họa cho y tế* là chi tiêu y tế trực tiếp của hộ gia đình (thường tính trong 1 năm) vượt quá khả năng chi trả của hộ gia đình đó ở một mức quy ước nào đó (ví dụ chi cho y tế chiếm 40% chi tiêu ngoài lương thực - thực phẩm của hộ gia đình). Khả năng chi trả của hộ gia đình là phần thu nhập còn lại của hộ gia đình sau khi đã chi cho lương thực thực phẩm.

### Tình hình chi tiêu y tế từ tiền túi của hộ gia đình

Chi tiêu y tế từ tiền túi hộ gia đình chiếm tỷ lệ lớn trong tổng chi y tế. Theo số liệu của Tài khoản y tế quốc gia 2004-2006, Bộ Y tế thì tỷ lệ này là 63,9%, 64,5% và 60,8% cho các năm 2004, 2005, 2006. Theo đánh giá của Tổ chức Y tế Thế giới, tỷ lệ chi tiêu từ tiền túi này là rất cao, gây mất công bằng trong chăm sóc sức khỏe.

### Cơ cấu chi phí y tế từ tiền túi của hộ gia đình

Năm 2006, ước tính bình quân đầu người, chi tiêu y tế trực tiếp từ túi hộ gia đình là 452.000 đồng (27 USD). Theo Điều tra Y tế Quốc gia 2002 thì có đến 70% các khoản chi từ tiền túi dùng để chi trả KCB nội trú và ngoại trú (công

lập và tư nhân), 30% còn lại sử dụng để tự mua thuốc, vật tư y tế về chữa bệnh. Với bệnh nhân nội trú, phần nộp viện phí trong bệnh viện chỉ chiếm 60%, còn lại 40% là các khoản chi gián tiếp (như ăn, ở, đi lại, quà biếu cho nhân viên y tế) và chi phí mua thuốc, dịch vụ y tế thêm ở ngoài cơ sở điều trị. Càng lên tuyến trên thì tỷ lệ chi các khoản gián tiếp càng cao hơn. Khác với điều trị nội trú, gần 84% chi phí điều trị ngoại trú của hộ gia đình là chi cho thuốc và dịch vụ y tế; chi phí gián tiếp chỉ chiếm 16%.

### Tác động của chi phí y tế từ tiền túi đối với phát triển

Chi cho y tế, nhất là chi từ tiền túi, thường khác với chi cho dịch vụ và hàng hóa tiêu dùng khác, vì đó là khoản chi không mong muốn và là một phản ứng đối với một sự kiện bất hạnh do sức khỏe, đôi khi bất ngờ, không dự đoán trước được, có tác động hoàn toàn tiêu cực tới phúc lợi của hộ gia đình, làm giảm nguồn lực có thể sử dụng để mua hàng hóa và dịch vụ khác. Chi phí y tế từ tiền túi đối với hộ gia đình có thể gây ra sự mất công bằng trong CSSK trên các mặt sau đây:

*Việc chi trả viện phí trực tiếp có thể làm hạn chế việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ không chỉ đối với hộ nghèo mà ngay cả hộ không nghèo.* Trong trường hợp người nghèo có thể BHYT thì các khoản chi phí y tế giảm đi đáng kể, tuy nhiên phải trả thêm các khoản khác do không được BHYT thanh toán như tiền thuốc, vật tư tiêu hao, dịch truyền... thì chi phí cho y tế vẫn là những gánh nặng không nhỏ đối với người dân. Trong trường hợp phải sử dụng dịch vụ thì nhiều gia đình phải bán nhà cửa, phương tiện sản xuất, để trang trải chi phí bệnh viện, từ đó sẽ dẫn đến nghèo đói. Đối với KCB ngoại trú, dù chi phí một lần không cao, nhưng tích lũy nhiều lần trong năm gây gánh nặng không kém gì điều trị nội trú.

*Chi phí trực tiếp từ tiền túi cho y tế cao là một trong các nguyên nhân gây đói nghèo.* Đối với người nghèo, người có thu nhập trung bình,

thậm chí cả người có thu nhập khá chỉ cần một lần phải nằm viện cũng có thể chi cho y tế cao và điều này dễ dẫn đến cảnh nợ nần túng thiếu và đói nghèo.

Cách có tiền để chi trả cho dịch vụ y tế của nhiều hộ gia đình là vay mượn hoặc bán tài sản. Những tác động tiêu cực của chi phí y tế từ tiền túi của hộ gia đình dẫn đến sự hạn chế khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế của một bộ phận nhân dân và là một trong những nguyên nhân chính làm tăng khoảng cách giữa các nhóm dân cư về tình trạng sức khỏe. Chi tiêu từ tiền túi của hộ gia đình ở Việt Nam đang chiếm tỷ trọng khá cao trong tổng chi tiêu y tế của toàn xã hội, có

thể dẫn đến sự mất công bằng trong CSSK.

**Khác biệt về chi tiêu cho y tế theo thu nhập**

Bảng 2 cho thấy, với tất cả các nhóm thu nhập, mức chi tiêu cho y tế tăng dần qua các năm 2006 đến 2008. Với mức tăng của nhóm nghèo là 1,66 lần và nhóm cận nghèo là 1,78 lần. Con số này ở nhóm khá giả là 1,8 lần và nhóm giàu là 1,67 lần. Chi tiêu y tế bình quân của người giàu nhiều hơn người nghèo 3,2 lần (năm 2006) và 3,0 lần (năm 2008). Trong đó chi cho nội trú nhiều hơn 2,72 lần (năm 2006) và 3,0 lần (năm 2008). Tỷ lệ này ở mức chi tiêu y tế ngoại trú của người giàu nhiều hơn người nghèo là 4,3 lần (năm 2006) và 3,4 lần (năm 2008).

**Bảng 2: Chi tiêu y tế bình quân đầu người 12 tháng qua chia theo hình thức điều trị, nhóm thu nhập**

*Đơn vị tính: 1000 VNĐ*

	Năm 2006			Năm 2008		
	Chung	Nội trú	Ngoại trú	Chung	Nội trú	Ngoại trú
Nghèo	313	985	164	562	1533	331
Cận nghèo	413	1383	236	734	2133	453
Trung bình	527	1688	301	898	2219	598
Khá	684	2209	425	1233	4329	642
Giàu	1007	2681	705	1687	4602	1137

(Nguồn: Tổng cục thống kê, 2009)

So với người giàu thì người nghèo rất khó có khả năng thanh toán các khoản chi cho dịch vụ y tế. Chi phí điều trị nội trú chiếm tới 23% tổng chi tiêu ngoài lương thực, thực phẩm hàng năm theo đầu người của nhóm nghèo nhất, trong khi đó con số tương ứng của người giàu chỉ là 11%<sup>2</sup>.

Theo kết quả Khảo sát mức sống hộ gia đình 2008 đã có 61% số người có thẻ bảo hiểm y tế hoặc sổ/thẻ khám chữa bệnh miễn phí khi đi khám, chữa bệnh. Đặc biệt đã có 72% số người thuộc nhóm hộ nghèo nhất có thẻ bảo hiểm y tế hoặc sổ/thẻ khám chữa bệnh miễn phí, trong khi nhóm hộ giàu nhất chỉ có 66,5%. Những vùng nghèo nhất như Tây Bắc và Tây Nguyên, những nhóm dân tộc thiểu số có tỷ lệ này cao nhất cả nước. Chi phí điều trị nội trú và ngoại trú bình quân 1 người khám chữa bệnh của các hộ ở khu vực thành thị là 1,423 triệu đồng, cao hơn 1,6

lần so với khu vực nông thôn. Chi tiêu cho y tế cho 1 người có khám chữa bệnh ở nhóm hộ giàu nhất là 1,688 triệu đồng, cao hơn gấp 3 lần so với nhóm hộ nghèo.

**Khác biệt về bệnh tật và chăm sóc sức khoẻ theo giới tính và độ tuổi**

Điều tra Y tế Việt Nam cũng cho thấy tình hình ốm đau có sự chênh lệch rõ ràng giữa hai giới. Phụ nữ ở hầu hết các lứa tuổi đều có tỷ lệ ốm đau cao hơn, tỷ lệ khai sức khoẻ yếu cao hơn, số đợt ốm và số ngày ốm không hoạt động bình thường cao hơn so với nam giới. Đối với trẻ em dưới 15 tuổi thì tỷ lệ trẻ trai bị ốm đau cao hơn trẻ gái, số ngày ốm và số đợt ốm của trẻ trai cao hơn, tuy nhiên tỷ lệ bố mẹ khai sức khoẻ yếu của

<sup>2</sup> Ngân hàng Thế giới, 2001

trẻ gái vẫn cao hơn trẻ trai. Đối với bệnh nặng đến mức độ phải có người giúp đỡ sinh hoạt thì tỷ lệ khai bị ốm của nam và nữ như nhau. Tình hình khai sức khoẻ yếu ở phụ nữ cao hơn nam

giới có thể một phần do vai trò sinh đẻ của phụ nữ và gánh nặng công việc nội trợ, nuôi con mà phụ nữ bị ốm nhiều hơn nam giới.

**Bảng 3. Tỷ lệ người mắc bệnh chấn thương theo giới tính (%)**

	Năm 2006		Năm 2008	
	12 tháng qua (a)	Năm 1 chỗ, phải chăm sóc tại giường (b)	12 tháng qua (a)	Năm 1 chỗ, phải chăm sóc tại giường (b)
Nam	45.5	9.4	48.1	9.1
Nữ	52.5	11.5	55.0	11.0

(Nguồn: Tổng cục thống kê, 2009)

**Khác biệt về chăm sóc sức khoẻ giữa các dân tộc**

Năm 2006 gần 80% số hộ gia đình người dân tộc có thẻ BHYT hoặc thẻ khám chữa bệnh miễn phí. Tỷ lệ cao như vậy cho thấy sự cải thiện nhanh chóng chỉ trong vòng 2 năm gần đây, và sự thay đổi mạnh mẽ trong vòng 8 năm trở lại đây (Báo cáo Phát triển Việt Nam, 2004). Tỷ lệ này cao gấp 1,6 lần so với người Kinh và người Hoa.

**Khác biệt về chăm sóc sức khoẻ giữa các vùng**

Tiếp cận các dịch vụ y tế theo vùng có sự khác biệt rõ rệt, chỉ so sánh cơ hội tiếp cận dịch vụ y tế nhà nước của dân cư thành thị chiếm tỷ lệ cao hơn nông thôn (91,6% so với 81,7%), dân cư Đông Nam Bộ tỷ lệ người chữa bệnh nội trú cao hơn đồng bằng Sông Hồng (90,9% so với 80,5%). Khi mức sống tăng lên, phân tầng xã hội về y tế không vì thế mà mất đi, nó chỉ phân nào giảm bớt khó khăn cho những người thuộc nhóm yếu thế. Và chúng ta có cơ sở để quan ngại về sự phân tầng xã hội trong chăm sóc sức khoẻ, do “Khoảng cách chênh lệch giàu nghèo còn khá lớn và ngày càng doãng ra” (BCH Trung ương, 2010)

**Yếu tố tác động đến phân tầng xã hội về hưởng thụ dịch vụ y tế**

**Yếu tố chính sách**

Có nhiều chính sách có khả năng làm giảm

chi tiêu y tế trực tiếp từ tiền túi. Tăng chi tiêu NSNN cho y tế có thể giảm chi tiêu của các kênh cung cấp tài chính khác, trong đó có chi từ tiền túi. Các chính sách và giải pháp quản lý để tăng hiệu quả chi phí, chống lạm dụng dịch vụ y tế, sử dụng dịch vụ phù hợp với tuyến chuyên môn cũng làm giảm chi tiêu trực tiếp từ tiền túi.

**Yếu tố cung ứng dịch vụ y tế**

Cung ứng dịch vụ y tế có tác động trực tiếp đến người bệnh. Nếu trình độ cán bộ y tế tăng lên, trang thiết bị, cơ sở vật chất được nâng cấp, chất lượng thuốc và các kỹ thuật chẩn đoán được đảm bảo, sẽ góp phần nâng cao chất lượng điều trị, giảm chi phí y tế do rút ngắn thời gian khám, chữa bệnh. Các giải pháp quản lý và cơ chế tài chính phù hợp nhằm khuyến khích việc sử dụng dịch vụ y tế hợp lý cũng sẽ làm giảm các chi tiêu y tế.

Bên cạnh đó, một số yếu tố trong nhóm này có thể làm tăng chi tiêu y tế trực tiếp từ tiền túi hộ gia đình như hiện tượng lạm dụng xét nghiệm cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của một số thầy thuốc, đặc biệt là trong cơ chế thị trường, cơ chế tự chủ tài chính và xã hội hóa việc đặt máy móc xét nghiệm.

**Yếu tố hộ gia đình**

Xét về phía người dân, nếu các yếu tố thuộc nhóm quản lý nhà nước và cung ứng dịch vụ y tế là bị động, thì người dân hoàn toàn có thể chủ động giảm chi tiêu y tế trực tiếp bằng việc chủ

động phòng bệnh, CSSK, đi khám sớm khi có vấn đề về sức khỏe, hạn chế tự điều trị và tự tìm hiểu rõ hơn về cách các bệnh được chẩn đoán và điều trị để có thể lựa chọn các dịch vụ y tế phù hợp. Một điều rất quan trọng là người dân cần nâng cao nhận thức về BHYT và tích cực tham gia, giảm nguy cơ cho cộng đồng và bản thân mình phải chi trả nhiều từ tiền túi khi đi KCB.

***Yếu tố đặc trưng kinh tế-xã hội của vùng sinh thái***

Thực tiễn cho thấy những khu vực phát triển kinh tế năng động, có nhiều đô thị, công nghiệp phát triển, mức thu nhập bình quân của khu vực cao. Trong khi đó khu vực Tây Nguyên, Tây Bắc, Bắc Trung bộ, Duyên hải miền Trung, Đông bằng sông Cửu Long luôn có mức chi cho hưởng thụ y tế thấp. Đây cũng chính là các khu vực có điều kiện kinh tế-xã hội khó khăn, công nghiệp chưa phát triển, mức thu nhập bình quân của khu vực thấp. Như vậy, điều kiện kinh tế xã hội của khu vực sinh thái có ảnh hưởng đến xu hướng chi phí cho chăm sóc sức khỏe của người dân trong khu vực thấp.

**Một số giải pháp giảm bớt khoảng cách phân tầng xã hội trong hưởng thụ y tế**

Công nghiệp hoá, hiện đại hoá đất nước đã làm thay đổi căn bản, toàn diện đời sống kinh tế, chính trị, xã hội của nhân dân. Tuy nhiên, bên cạnh những kết quả đạt được chúng ta cũng đang đối mặt với vấn đề phân hoá giàu nghèo đang dần dần tăng lên theo thời gian. Tình trạng bất bình đẳng giữa các nhóm xã hội, giữa người

giàu và người nghèo về mức sống tác động làm phân hoá mức hưởng thụ y tế theo giới, dân tộc, vùng khu vực tăng lên. Phát triển kinh tế là gốc căn bản giải quyết vấn đề phân hoá giàu nghèo. Nhưng hưởng thụ y tế lại góp phần tác động trở lại đối với phát triển kinh tế.

Để giải quyết vấn đề phân hoá giàu nghèo, giảm bớt sự nghèo khổ, giảm bớt sự bất bình đẳng một cách nhanh chóng, đặc biệt là sự nghèo khổ về mức sống và hưởng thụ y tế, khắc phục những bất lợi về hưởng thụ y tế cho nhóm nghèo cần:

*Một là*, tập trung khắc phục phân hoá giàu nghèo theo vùng, nhất là ở các vùng sâu, vùng xa, vùng dân tộc ít người.

*Hai là*, tăng cường nâng cao dân trí, tạo cơ hội nâng cao học vấn cho người nghèo, nhóm nghèo, vùng nghèo.

*Ba là*, nâng cao cơ hội tiếp cận y tế cho người dân thông qua phát triển hệ thống dịch vụ y tế cho vùng đồng bào dân tộc ít người, vùng sâu, vùng xa.

*Bốn là*, có chính sách nâng cao hưởng thụ về y tế của nhóm nghèo (cộng đồng nghèo, nhóm nghèo, hộ nghèo, người nghèo). Nhằm khắc phục khoảng cách giàu nghèo về y tế, hỗ trợ tài chính và ngân sách, đầu tư trực tiếp (nhân lực, vật lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc y tế...)

*Năm là*, đầu tư nghiên cứu thực trạng phân tầng xã hội về y tế/CSSK dưới tác động của phân tầng mức sống.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH**

1. Ngân hàng Thế giới, *Báo cáo Phát triển Thế giới 2006: Công bằng và phát triển*, Nxb Văn hóa thông tin, Hà Nội, 2005.
2. Tổng cục Thống kê, *Điều tra mức sống dân cư Việt Nam 1997- 1998*, Nxb Thống kê, Hà Nội, 2000.
3. Tổng cục Thống kê, *Kết quả khảo sát mức sống hộ gia đình năm 2008*, Nxb Thống kê, Hà Nội, 2009.

## PHÂN TÍCH THỰC TRẠNG VÀ ĐỀ XUẤT SỬA ĐỔI, BỔ SUNG MỘT SỐ CHẾ ĐỘ PHỤ CẤP ĐỐI VỚI CÁN BỘ, VIÊN CHỨC TRONG CÁC CƠ SỞ Y TẾ CÔNG LẬP

Vũ Thị Minh Hạnh<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thế Hùng<sup>2</sup> và cộng sự<sup>3</sup>

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm 1993-1994, nhiều văn bản quy định về chế độ phụ cấp cho cán bộ y tế như: phụ cấp độc hại, nguy hiểm, phụ cấp lưu động, phụ cấp trách nhiệm nghề nghiệp, phụ cấp đặc thù nghề nghiệp, phụ cấp ưu đãi nghề... đã được ban hành và được sửa đổi vào những năm 2003 và 2004. Sau nhiều năm thực hiện, các văn bản này đã bộc lộ nhiều hạn chế, bất cập cần phải được điều chỉnh, bổ sung.

Lao động trong ngành Y tế là một loại lao động đặc thù với cường độ cao trong hầu hết các lĩnh vực hoạt động do phải trực tiếp tiếp xúc với bệnh nhân và các dịch bệnh truyền nhiễm cũng như các loại hoá chất độc hại, các chất phóng xạ... Những đặc thù nghề nghiệp nêu trên đòi hỏi phải có các chính sách ưu đãi phù hợp mới khuyến khích được tính tích cực, yên tâm công tác của cán bộ y tế, góp phần duy trì và phát triển nhân lực y tế tại các cơ sở y tế (CSYT) vùng nông thôn, khối y tế dự phòng và các CSYT điều trị các bệnh xã hội, bệnh dịch nguy hiểm. Vì vậy, Bộ Chính trị cũng đã chỉ đạo: “*cho phép thực hiện chế độ phụ cấp hợp lý đối với cán bộ y tế theo nghề (trước mắt áp dụng tương đương như với người thầy giáo), theo vùng, miền, theo các chuyên ngành độc hại, nguy hiểm đối với sức khoẻ cán bộ y tế*”.

Xuất phát từ bối cảnh đó, Vụ Tổ chức Cán bộ và Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Bộ Y tế đã phối hợp triển khai nghiên cứu “*Phân tích thực trạng và đề xuất sửa đổi bổ sung một số chế độ phụ cấp đối với cán bộ, viên chức trong các cơ sở y tế công lập*”.

### MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

**Mục tiêu chung:** Đề xuất sửa đổi, bổ sung chế độ phụ cấp góp phần tăng thêm thu nhập, ổn định đời sống cho cán bộ, viên chức ngành y tế, nhằm duy trì và phát triển nguồn nhân lực y tế, đáp ứng yêu cầu ngày càng cao của sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân.

#### Mục tiêu cụ thể

1. Rà soát và phân tích các chính sách về chế độ phụ cấp đối với cán bộ, viên chức ngành y tế.
2. Đánh giá việc triển khai, thực hiện các chính sách trên: cơ chế, nguồn lực, cách thức, thuận lợi, khó khăn trong triển khai thực hiện và tác động của các chính sách này đối với duy trì và phát triển nhân lực y tế tại các tuyến.
3. Đề xuất sửa đổi, bổ sung chính sách về chế độ phụ cấp cho cán bộ, viên chức ngành y tế.

### PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là các đơn vị, cá nhân có liên quan tới quá trình triển khai các chính

<sup>1</sup> Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

<sup>2</sup> Nguyên Phó Vụ trưởng Vụ Tổ chức Cán bộ - Bộ Y tế

<sup>3</sup> Vũ Văn Hoàn, Đậu Thị Hà Hải, Nguyễn Trọng Quỳnh, Trịnh Thị Sang, Nguyễn Việt Hà, Hoàng Ly Na, Nguyễn Trọng Thụy, Khuất Thị Bình, Đỗ Thanh Hương, Phạm Thị Nga, Lê Lan Hương, Trần Văn Vệ, Nguyễn Thanh Tâm, Nguyễn Xuân Lăng, Nguyễn Thị Thanh

sách về phụ cấp cho cán bộ, viên chức ngành y tế và những người hưởng lợi từ các chính sách này (các cán bộ, viên chức ngành y tế các tuyến; Lãnh đạo của các ngành khác liên quan: Sở Nội vụ, Sở Giáo dục - Đào tạo, Phòng Giáo dục - Đào tạo huyện, các trường THPT, trường THCS, trường tiểu học tại địa bàn nghiên cứu).

#### **Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

Nghiên cứu được triển khai từ tháng 12/2008 đến tháng 12/2009 tại hầu hết các lĩnh vực chuyên ngành và trên cả 4 tuyến: 13 đơn vị trực thuộc Bộ Y tế đại diện cho nhiều lĩnh vực, chuyên ngành và các cơ sở y tế thuộc nhiều lĩnh vực, các tuyến tại 5 tỉnh (Hà Giang, Bắc Ninh, Hà Tĩnh, Kon Tum và Kiên Giang).

#### **Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp phương pháp nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính.

#### **Phương pháp thu thập thông tin**

*Nghiên cứu định lượng:* Thu thập các thông tin bằng biểu mẫu thống kê và phân tích các số liệu thứ cấp. Thu thập thông tin bằng phiếu hỏi tự điền nhằm tìm hiểu ý kiến của CBYT về các chế độ phụ cấp và một số vấn đề liên quan, cũng như mức độ hài lòng của họ đối với công việc và các đề xuất điều chỉnh chính sách với cỡ mẫu 3200 phiếu tại 4 tuyến. Chọn mẫu nghiên cứu tại mỗi đơn vị được chọn theo phương pháp PPS (probability proportional to size - chọn mẫu xác suất tỷ lệ với kích thước quần thể)

*Nghiên cứu định tính:* Đề tài đã tiến hành các cuộc phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm với các nhóm đối tượng có liên quan tại các cơ quan, đơn vị nghiên cứu tại 4 tuyến, các cơ sở y tế tư nhân tại 5 tỉnh nghiên cứu.

### **KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

#### **Các chế độ phụ cấp hiện hành**

*Các chế độ phụ cấp hiện hành dành cho cán bộ y tế (CBYT)*

Trong những năm vừa qua đã có nhiều chế độ phụ cấp được ban hành dành cho CBYT trong các CSYT công lập. Trong đó có 6 loại cán bộ viên chức ngành y tế được hưởng theo quy định chung giống như các ngành khác; 5 loại dành cho một số ngành đặc thù trong đó có ngành y và 4 loại dành riêng cho ngành y tế. Tuy nhiên, phạm vi điều chỉnh của các chế độ phụ cấp chưa đáp ứng được tính đặc thù trong công việc của CBYT ở các lĩnh vực.

#### **Bất cập về quy định trong các văn bản hiện hành**

Một số bất cập phổ biến đối với các văn bản về phụ cấp ưu đãi dành cho ngành y tế cụ thể như sau:

*Một là*, một số văn bản hướng dẫn thực hiện còn chưa rõ ràng nên khó vận dụng. Bên cạnh đó có những văn bản liệt kê quá chi tiết song vẫn chưa bao phủ được hết đối tượng cần hưởng lợi.

*Hai là*, định mức phụ cấp nhìn chung còn thấp, chưa thỏa đáng, chưa tương xứng với lao động đặc thù của Ngành.

*Ba là*, định mức phụ cấp đã lạc hậu so với mức lương tối thiểu và giá cả thị trường, nhất là với một số phụ cấp có cách tính chi trả chưa hợp lý (tính bằng tiền theo giá trị tuyệt đối).

*Bốn là*, các chế độ phụ cấp hiện nay chưa đảm bảo được tính công bằng giữa lao động ngành Y tế so với các ngành khác và chưa đủ sức hấp dẫn để thu hút CBYT về công tác tại vùng sâu vùng xa, các chuyên khoa đặc thù.

#### **So sánh tương quan giữa điều kiện lao động và phụ cấp ưu đãi của 2 ngành Y tế và Giáo dục - Đào tạo**

Với điều kiện đặc thù của lao động ngành y tế, các chính sách ưu đãi còn chưa thỏa đáng, chưa đảm bảo tính công bằng giữa cống hiến và đãi ngộ của CBYT so với cán bộ viên chức của một số ngành khác cụ thể như ngành giáo dục - đào tạo.

**Bảng 1. So sánh điều kiện lao động và phụ cấp ưu đãi giữa ngành Giáo dục - Đào tạo và ngành Y tế**

TIÊU CHÍ SO SÁNH	GIÁO DỤC - ĐÀO TẠO	Y TẾ
<b>ĐIỀU KIỆN LAO ĐỘNG</b>		
<i>Thời gian làm việc</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 23 tiết/tuần đối với giáo viên THCS (gần 5 giờ/ngày).</li> <li>- 19 tiết/tuần đối với giáo viên tiểu học. (gần 4 giờ/ngày).</li> <li>- Nếu dạy vượt quá số giờ theo quy định thì được theo chế độ trả lương làm việc thêm giờ và không được quá 200 giờ/năm.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 8 giờ/ngày.</li> <li>- Trục đêm với mức phụ cấp phân theo tuyến công tác (thấp nhất là 10.000 đồng/người/đêm; cao nhất là 45.000 đồng).</li> </ul>
<i>Thời điểm làm việc</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Làm trong giờ hành chính.</li> <li>- Thời tiết bất thường được nghỉ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mọi thời điểm trong ngày (kể cả đêm).</li> <li>- Bất kể điều kiện thời tiết nào.</li> </ul>
<i>Môi trường làm việc</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Đảm bảo về cơ sở vật chất, ánh sáng, không có các yếu tố độc hại...</li> <li>- Thân thiện.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiếp xúc với các yếu tố hóa học, vật lý độc hại.</li> <li>- Tiếp xúc với các yếu tố sinh học.</li> <li>- Phơi nhiễm với các loại vi rút, vi khuẩn gây bệnh nguy hiểm.</li> <li>- Căng thẳng về thần kinh, tạo áp lực tâm lý nặng nề trong trách nhiệm cứu người.</li> </ul>
<i>Đối tượng tiếp xúc</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Học sinh và phụ huynh học sinh với tâm trạng cầu thị, muốn học hỏi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bệnh nhân và người nhà bệnh nhân luôn ở trong tình trạng có vấn đề về sức khỏe thể chất và tinh thần</li> </ul>
<b>PHỤ CẤP ĐƯỢC HƯỞNG</b>		
<i>Danh mục các loại phụ cấp</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Phụ cấp ưu đãi nghề.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Phụ cấp ưu đãi nghề.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Không có phụ cấp đặc thù.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Phụ cấp đặc thù.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Đã được đồng ý về chủ trương thực hiện phụ cấp thâm niên.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chưa được đề xuất phụ cấp thâm niên.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Phụ cấp, trợ cấp thu hút về công tác tại các vùng khó khăn.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chưa được hưởng.</li> </ul>
<i>Định mức phụ cấp ưu đãi nghề</i>	Từ 25-70%.	Từ 15-50%

**Tình hình thực hiện các chế độ phụ cấp ưu đãi đối với cán bộ y tế**

**Phổ biến, quán triệt:** Có hơn 93% số CBYT được phỏng vấn cho biết cơ quan của họ có cập

nhật, phổ biến các chế độ phụ cấp mới ban hành. Tỷ lệ cho rằng cơ quan không cập nhật hoặc họ không biết việc này rất thấp (7%). Việc quán triệt các văn bản về chế độ phụ cấp ưu đãi tại các



đơn vị chủ yếu được thực hiện thông qua 2 hình thức: sao gửi văn bản và phổ biến trong giao ban. Tùy theo tuyến và lĩnh vực hoạt động mà hình thức chuyển tải có thể khác nhau.

***Vận dụng thực hiện***

*Tại các CSYT công lập*

Các đơn vị giải quyết cho các đối tượng không thuộc diện thụ hưởng phụ cấp theo quy định được hưởng từ các nguồn kinh phí khác. Điển hình là việc thực hiện chế độ phụ cấp ưu đãi theo nghề.

Một số đơn vị thực hiện trả theo định suất cho CBYT làm việc ở các khoa có nguy cơ phơi nhiễm với các dịch bệnh (khoa Truyền nhiễm, khoa Sản...), song lại khó xác định chính xác danh sách các đối tượng được thụ hưởng cũng

như định mức được đãi ngộ theo các quy định của chính sách

Các giải pháp tiết kiệm chi trong các trường hợp CBYT được hưởng chế độ phụ cấp nhưng tần suất lặp lại lớn hơn bình thường vượt ngoài khả năng chi của đơn vị. Hình thức phổ biến là việc chi trả tiền làm thêm cho CBYT trực mà không được nghỉ bù sau phiên trực

*Tại CSYT ngoài công lập:* Chế độ chính sách của các cơ sở y tế ngoài công lập linh hoạt hơn, không cứng nhắc như cơ sở của Nhà nước, các chế độ phụ cấp được tính gộp trong lương. Phương thức chi trả rất khác nhau, tùy thuộc trình độ của từng CBYT, tùy thuộc nhu cầu công việc như trả lương hàng tháng (nếu làm việc toàn bộ thời gian), trả lương ngày, trả theo giờ...

*Các chính sách ưu đãi của một số địa phương*

**Bảng 1. Các chính sách ưu đãi của các tỉnh nghiên cứu**

Các chính sách ưu đãi	Hà Giang	Bắc Ninh	Hà Tĩnh	Kon Tum	Kiên Giang
Tuyển thẳng bác sĩ, dược sĩ đại học, sau đại học, không phải thi tuyển công chức	x	x	x	x	x
Hưởng ngay 100% lương			x	x	
Hỗ trợ tiền ăn, ở, học phí khi học sau đại học	x	x	x	x	x
Khen thưởng khi học đạt loại giỏi		x	x		
Ưu tiên được mua nhà hoặc đất			x	x	x
Hỗ trợ ổn định cuộc sống ban đầu	x		x		x

***Phương thức chi trả:*** Phụ cấp ưu đãi nghề, phụ cấp lưu động trả cùng với kỳ lương hàng tháng; phụ cấp phẫu thuật, thủ thuật; phụ cấp thường trực; phụ cấp độc hại được trả theo thực tế hàng tháng. Riêng chế độ phụ cấp bồi dưỡng bằng hiện vật, phần lớn các CSYT không thực hiện được theo quy định mà trả bằng tiền mặt theo nguyện vọng của CBYT.

***Nguồn chi trả:*** Ngân sách Nhà nước (cấp theo đầu giường bệnh hoặc số dân trên địa bàn), nguồn thu dịch vụ của đơn vị và Ngân sách hỗ trợ của địa phương.

***Kiểm tra, giám sát:*** được thực hiện thường xuyên tại cơ quan bởi các bộ phận chức năng; lồng ghép trong các đợt kiểm tra định kỳ hàng năm về công tác tổ chức cán bộ (do các cơ quan quản lý nhà nước cấp trên đảm nhiệm) hoặc các đợt giám sát chuyên đề (do công đoàn cấp trên hoặc Hội đồng nhân dân các cấp thực hiện).

***Bất cập trong tổ chức thực hiện***

*Bất cập về cơ chế tài chính*

Đối với CSYT thực hiện tự chủ tài chính nhưng không có khả năng thu: Khó khăn chủ

yếu của những cơ sở này là không được cấp ngân sách bổ sung hoặc cấp bổ sung không kịp thời trong khi mức lương tối thiểu và mức phụ cấp liên tục biến đổi

Đối với CSYT thực hiện tự chủ tài chính và có nguồn thu gặp khó khăn về quyết toán tài chính hoặc cơ chế tài chính chưa thuận lợi để vận dụng chi trả các chế độ phụ cấp.

#### *Bất cập trong kiểm tra giám sát thực hiện*

Các giám sát chuyên đề về thực hiện chế độ chính sách đối với CBYT với sự tham gia của các cơ quan chức năng (từ tham mưu, hoạch định chính sách đến hướng dẫn tổ chức thực hiện...) chưa được tiến hành một cách thường xuyên.

Hình thức giám sát cập nhật thông tin về tình hình vận dụng các chế độ chính sách cho CBYT tại các đơn vị của các cơ quan chức năng còn chậm được đổi mới nên không theo kịp với những biến đổi trong thực tế.

Cơ chế tiếp nhận và xử lý thông tin phản hồi chưa cụ thể, rõ ràng.

Việc điều chỉnh và sửa đổi bổ sung các quy định về phụ cấp ưu đãi cho CBYT còn chậm trễ, thiếu kịp thời gây tâm trạng bức xúc trong những nhóm đối tượng được hưởng lợi.

#### **Ảnh hưởng của phụ cấp ưu đãi đối với nhân lực y tế**

##### *Ảnh hưởng của phụ cấp ưu đãi đối với đời sống, việc làm và tâm tư nguyện vọng của CBYT*

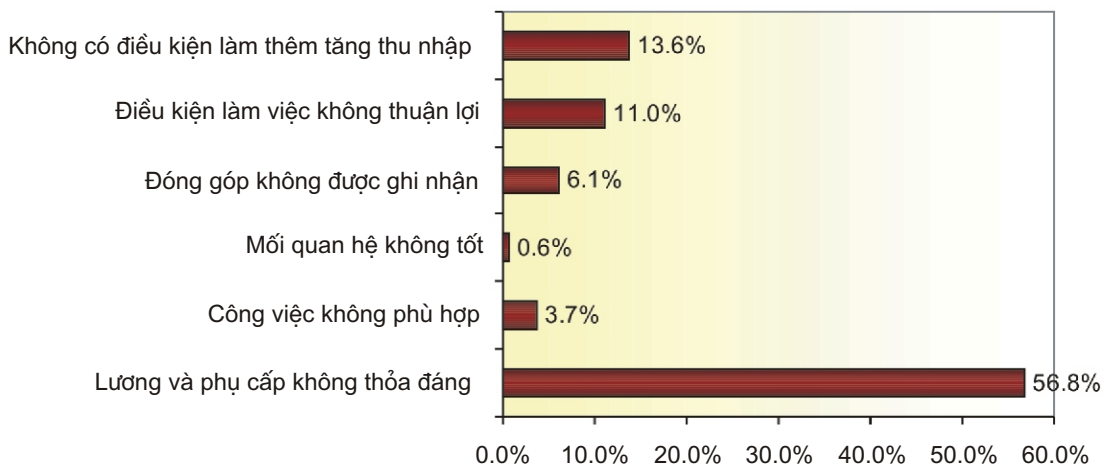
Các chế độ phụ cấp đã và đang có ảnh hưởng trực tiếp đến thu nhập, đời sống và việc làm của số đông CBYT trong toàn ngành. Có khoảng 80% số CBYT được phỏng vấn có thu nhập hàng tháng chủ yếu là từ lương và phụ cấp, hơn 1/2 số này (43,2%) chỉ có lương và phụ cấp, không có bất kỳ một khoản thu nhập tăng thêm

nào. Vì vậy có tới 73,5% cho rằng thu nhập hàng tháng tại cơ quan chỉ đảm bảo một phần nhu cầu của cuộc sống; đặc biệt có khoảng 1/4 (24,2%) đã thẳng thắn nhận xét thu nhập như hiện nay là không đáng kể so với những nhu cầu cần trang trải.

Gần 1/3 số CBYT được khảo sát đã phải làm thêm ngoài giờ, trong số này chỉ có 42% làm thêm bằng chuyên môn, 58% còn lại phải làm cả những việc ngoài chuyên môn. Mặc dù đã phải bươn trải bằng nhiều cách song thu nhập từ làm thêm của CBYT phổ biến vẫn ở mức thấp hơn so với thu nhập tại cơ quan. Nhóm cán bộ công tác tại các cơ sở tuyến trên (Trung ương, tỉnh), công tác trong lĩnh vực điều trị và có trình độ chuyên môn cao thường có cơ hội làm thêm bằng chuyên môn và thu nhập từ làm thêm cao hơn hẳn so với các nhóm còn lại. Điều này chứng tỏ những khó khăn, bất lợi trong thu nhập, đời sống và việc làm của CBYT trong lĩnh vực Dự phòng, trong điều trị các bệnh đặc thù cũng như trong các đơn vị y tế tuyến cơ sở hiện nay và tiềm ẩn nguy cơ khó thu hút tuyển dụng cán bộ mới về công tác tại những cơ sở này.

Lương và phụ cấp chưa thỏa đáng khiến thu nhập thấp cũng là lý do chính gây ảnh hưởng không tốt tới tâm trạng làm việc của số đông CBYT hiện nay.

Có tới hơn 83% cho biết có các dự định để tìm cách tăng thu nhập trong thời gian tới. Trong số này có gần 60% dự định học nâng cao trình độ để có nhiều cơ hội làm thêm; 11% dự định chuyển công tác sang lĩnh vực khác, địa phương khác và sang y tế ngoài công lập. Dự định làm thêm bằng chuyên môn và chuyển công tác trong nhóm cán bộ thuộc lĩnh vực điều trị và nhóm có trình độ chuyên môn cao chiếm tỷ lệ cao hơn so với các nhóm khác. Đây là những yếu tố tiềm ẩn nguy cơ chảy máu chất xám từ tuyến dưới về tuyến trên, từ công lập ra ngoài công lập.



**Biểu 1. Lý do không hài lòng với công việc của CBYT**

***Ảnh hưởng đến việc duy trì và phát triển nhân lực y tế***

Thiếu nhân lực y tế, đặc biệt là đội ngũ bác sĩ, dược sĩ đại học đang là hiện tượng phổ biến ở hầu hết các đơn vị không phân biệt lĩnh vực hoạt động hay tuyến công tác. Xu hướng chuyển dịch nhân lực y tế có trình độ cao từ địa phương về trung ương, từ tuyến dưới lên tuyến trên, từ các chuyên khoa ít hấp dẫn sang các chuyên khoa hấp dẫn hơn, từ các CSYT công sang y tế tư nhân, từ nông thôn, miền núi về các thành phố lớn đang ngày càng gia tăng. Nguyên nhân chính của tình trạng này là do chế độ lương và chế độ phụ cấp ưu đãi đối với CBYT ở các CSYT Nhà nước chưa thích hợp.

**KHUYẾN NGHỊ**

**Khẩn trương tiến hành việc điều chỉnh, sửa đổi và ban hành bổ sung các chế độ phụ cấp ưu đãi dành cho CBYT** sao cho phù hợp hơn với thực tiễn, thỏa đáng hơn với đặc thù lao động của Ngành và đảm bảo đủ sức hấp dẫn để thu hút và giữ chân cán bộ yên tâm công tác trong những lĩnh vực ít lợi thế như: dự phòng, một số chuyên khoa đặc thù, y tế tuyến cơ sở, vùng khó khăn...

**Ban hành bổ sung các loại phụ cấp ưu đãi mà CBYT hiện chưa được hưởng, bao gồm:**

Phụ cấp thâm niên;

Phụ cấp trách nhiệm, phụ cấp lưu động, trợ cấp lần đầu, trợ cấp chuyển vùng... cho CBYT công tác tại vùng khó khăn;

Chế độ Bảo hiểm rủi ro nghề nghiệp cho CBYT khi bị nhiễm bệnh dịch, tử vong do bệnh dịch...

Ban hành các chính sách hỗ trợ về tài chính như: hỗ trợ kinh phí đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn; hỗ trợ thu nhập tăng thêm, ưu tiên nâng lương sớm; hỗ trợ mua đất hoặc nhà ở cho cán bộ công tác tại các lĩnh vực ít lợi thế.

**Điều chỉnh, bổ sung sửa đổi các chế độ phụ cấp ưu đãi hiện hành.**

**Chế độ phụ cấp ưu đãi theo nghề:** Mở rộng đối tượng để mọi CBYT công tác trong ngành y tế đều được hưởng chế độ phụ cấp ưu đãi theo nghề. Nâng định mức ưu đãi: mức tối thiểu là 30%, mức tối đa là 70%. Tùy thuộc vào mức độ ưu đãi cho từng lĩnh vực chuyên môn, từng vùng miền và từng tuyến công tác, định mức cần được điều chỉnh cho phù hợp. Nâng định mức ưu đãi cho các lĩnh vực đặc thù như pháp y, giải phẫu bệnh, tâm thần, lao, phong, truyền nhiễm, X-quang, xét nghiệm, nhi, y tế dự phòng. Bổ sung chi trả phụ cấp ưu đãi theo nghề trong cả thời gian đi học nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ của CBYT được cử đi học do nhu cầu của đơn vị.

**Chế độ phụ cấp thường trực 24/24 giờ:** Cần đổi tên "phụ cấp trực" thành "tiền trực" và bỏ 24/24h để đảm bảo chi trả xứng đáng cho các đối tượng theo đúng nghĩa "thường trực" ở bệnh viện. Điều chỉnh định suất trực cho phù hợp với từng chuyên khoa, theo hạng bệnh viện và số giường bệnh thực kê. Thay cách tính chi trả bằng tiền theo giá trị tuyệt đối như hiện nay bằng cách tính theo mức lương và phụ cấp hiện hưởng (định mức bằng 01 ngày lương và phụ cấp). Cần bổ sung thêm chế độ cho những trường hợp do đơn vị không thể bố trí cho CBYT nghỉ bù sau phiên trực thì được trả 100% lương và phụ cấp/ngày hiện hưởng và không tính ngày nghỉ bù.

**Chế độ phụ cấp phòng chống dịch:** Nâng định mức phụ cấp dập dịch (lên bằng 0,3 lương tối thiểu/ngày). Quy định giờ làm việc/ngày tham gia dập dịch và thường trực chống dịch bằng 8h/ngày. Phân định rõ khái niệm "ổ dịch" và "vùng dịch" và mức phụ cấp phòng chống dịch. Định mức phụ cấp nơi có ổ dịch cao hơn phụ cấp nơi vùng dịch (gấp 2 lần so với vùng dịch). Các bệnh dịch nguy hiểm đều được hưởng chế độ phụ cấp như nhau.

**Chế độ phụ cấp phẫu thuật, thủ thuật:** Nâng định mức tăng lên gấp đôi theo dự thảo. Rà soát lại danh mục phẫu thuật thủ thuật cần

được phụ cấp cũng như phân hạng sao cho phù hợp.

**Chế độ phụ cấp lưu động:** Nâng mức phụ cấp lưu động (lên hệ số 1,5 lương cơ bản). Ngoài phụ cấp lưu động cần phải chi trả công tác phí và lưu trú cho theo chế độ hiện hành.

**Các thông tư hướng dẫn thực hiện chế độ phụ cấp ưu đãi cần phải được xây dựng một cách chi tiết, cụ thể, chính xác và sát thực với điều kiện thực tế** để các đơn vị dễ dàng triển khai vận dụng.

**Cần xây dựng cơ chế tài chính thích hợp** để đảm bảo cho CBYT được hưởng các chế độ phụ cấp kịp thời và đầy đủ ngay từ khi văn bản có hiệu lực thi hành.

**Tăng cường hiệu lực của hoạt động kiểm tra giám sát thực hiện chế độ chính sách đối với CBYT** tại các đơn vị trong toàn Ngành thông qua việc xây dựng cơ chế tiếp nhận và xử lý thông tin phản hồi trong đó quy định rõ trách nhiệm của các đối tác có liên quan, đa dạng hóa các hình thức tiếp nhận thông tin phản hồi (qua các chuyên trang trên báo của Ngành, qua các chuyên mục trên tạp chí, tờ tin, qua diễn đàn trên trang Web của các Cục, Vụ chức năng, của Viện Chiến lược & Chính sách Y tế, của Công đoàn Ngành...) để kịp thời tham mưu điều chỉnh sửa đổi những bất cập trong quy định hiện hành.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Nội vụ (2005), *Thông tư 06/2005/TT-BNV* ngày 5/1/2005 hướng dẫn các chế độ phụ cấp lưu động đối với cán bộ, công chức, viên chức, Hà Nội.
2. Bộ Nội vụ (2005), *Thông tư 07/2005/TT-BNV* ngày 5/1/2005 hướng dẫn thực hiện chế độ phụ cấp độc hại nguy hiểm đối với cán bộ, công chức, viên chức, Hà Nội.
3. Bộ Nội vụ, Bộ Tài chính (2005), *Thông tư 08/2005/TTLT-BNV-BTC* ngày 5/1/2005 của Bộ Nội vụ, Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện chế độ trả lương làm việc ban đêm, làm việc thêm giờ đối với cán bộ, công chức, viên chức, Hà Nội.
4. Bộ Y tế, Bộ Tài chính, Bộ Nội vụ (2003), *Thông tư liên bộ số 09/2003/TTLB-BYT-BTC-BNV* ngày 29/9/2003 của Bộ Y tế, Bộ Tài Chính, Bộ Nội vụ hướng dẫn thực hiện Quyết định số 155/2003/QĐ-TTG ngày 30/7/2003 về quy định sửa đổi, bổ sung một số chế độ phụ cấp đặc thù đối với công chức, viên chức ngành y tế, Hà Nội.

5. Bộ Y tế, Bộ Tài chính, Bộ Nội vụ (2006), *Thông tư liên tịch số 02/2006/TTLT-BYT-BNV-BTC* ngày 23/1/2006 của Bộ Y tế, Bộ Nội vụ, Bộ Tài chính hướng dẫn Quyết định số 276/2005/QĐ-TTG ngày 01/11/2005 của Thủ tướng Chính phủ về Chế độ ưu đãi nghề đối với cán bộ, viên chức y tế, Hà Nội.
6. Chính phủ Việt Nam (2009), *Nghị định số 64/2009/NĐ-CP* ngày 15/5/2009 của Chính phủ về chính sách đối với cán bộ, viên chức y tế công tác ở vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn, Hà Nội.
7. Thủ tướng Chính phủ (2003), *Quyết định số 155/2003/QĐ-TTG* ngày 30/7/2003 của Thủ tướng Chính phủ về qui định sửa đổi, bổ sung một số chế độ phụ cấp đặc thù đối với công chức, viên chức ngành y tế, Hà Nội.
8. Thủ tướng Chính phủ (2003), *Quyết định số 276/2005/QĐ-TTG* ngày 01/11/2005 của Thủ tướng Chính phủ về Chế độ ưu đãi nghề đối với cán bộ, viên chức y tế, Hà Nội.
9. Chen Chuanbo, Henry Lucas, Gerald Bloom, Ding Shijun (2010), *Internal Migration and 'Rural-Urban' Households in China - Implications for Health care, Protecting the rural poor against the economic consequences of major illness: a challenge for Asian transitional economies (POVILL)*, European Union Commission, www.povill.com.
10. Chopra, M., et al., 2008, *Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews. The Lancet*, 371: 66874.
11. Jingqing Chai, Isabel Ortiz and Xavier R. Sire (2010), *Protecting Salaries of Frontline Teachers and Health Workers*, The Economic and Social Policy Unit of UNICEF's Division of Policy and Practice (DPP).
12. Manuel Jumpa1, Stephen Jan (2007), *The role of regulation in influencing income-generating activities among public sector doctors in Peru. Human Resour Health* 2007, 2:3.
13. Mischa Willis-Shattuck (2008), *Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review*, BMC Health Services Research 2008, 8:247 doi:10.1186/1472-6963-8-247.
14. Lyn N Henderson and Jim Tulloch (2008), *Incentives for retaining and motivating health workers in Pacific and Asian countries*, Human Resources for Health 2008 6:18.
15. Pieter Serneels, Jose G Montalvo, Gunilla Pettersson, Tomas Lievens, Jean Damascene Butera, Aklilu Kidanu (2010), *Who wants to work in a rural health post - The role of intrinsic motivation, rural background and faith-based institutions in Ethiopia and Rwanda*, Bull World Health Organization 2010, WHO; 88:342349, doi: 10.2471/BLT.09.072728.
16. Ramesh M, Xun Wu (2008), *Realigning public and private health care in southeast Asia The Pacific Review*, The Pacific Review, Vol. 21 No 2008: 171187.
17. Uta Lehmann, Marjolein Dieleman, Tim Martineau (2008), *Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries- A literature review of attraction and retention*, BMC Health Services Research 2008, 8:19 doi:10.1186/1472-6963-8-19
18. WHO (2009), *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations*, WHO Press, World Health Organization, Geneva.

# ĐÁNH GIÁ SƠ BỘ KẾT QUẢ TRIỂN KHAI LUẬT HIẾN GHEP MÔ, BỘ PHẬN CƠ THỂ NGƯỜI 2007 - 2010

ThS. BS. Phan Hồng Vân<sup>1</sup>

## MỞ ĐẦU

Tháng 11/2006 Luật *Hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể (BPCT) người và hiến lấy xác* đã được Quốc hội nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam thông qua, có hiệu lực thi hành từ 1/7/2007<sup>2</sup>. Luật ra đời tạo hành lang pháp lý cho đội ngũ thầy thuốc chuyên ngành phẫu thuật ghép tạng yên tâm làm việc và cũng là cơ sở pháp lý để vận động người dân hiến mô, bộ phận cơ thể người sau khi chết. Tuy nhiên, cho đến nay khung pháp lý và qui trình thu nhận cũng như phân phối mô, BPCT vẫn chưa được hoàn chỉnh, Trung tâm điều phối hiến ghép quốc gia cũng chưa được thành lập. Đã gần 4 năm kể từ khi Luật có hiệu lực, chuyên ngành kỹ thuật ghép mô, BPCT ở nước ta đã có những bước tiến vượt bậc, song số bệnh nhân được ghép mô, bộ phận cơ thể vẫn còn rất ít so với số người có nhu cầu. Việc đánh giá sơ bộ tình hình triển khai thi hành Luật hiến, lấy, ghép mô, BPCT để phát hiện các khó khăn và thuận lợi, kịp thời điều chỉnh và bổ sung cho phù hợp với điều kiện thực tế là việc hết sức quan trọng hiện nay.

Nghiên cứu "Đánh giá sơ bộ việc triển khai Luật Hiến ghép mô, BPCT người 2007 - 2010" đã được tiến hành nhằm tìm hiểu quá trình triển khai thực hiện Luật trong thực tế. Nội dung nghiên cứu bao gồm:

(1) Các văn bản qui phạm pháp luật đã được ban hành, kế hoạch hành động triển khai thi hành Luật của Bộ Y tế;

(2) Kết quả đạt được sau khi có Luật, kể cả về qui trình kỹ thuật và nguồn cung cấp;

(3) Những khó khăn và bất cập nảy sinh trong

khi triển khai cần điều chỉnh, bổ sung.

## PHƯƠNG PHÁP

### Thu thập số liệu sẵn có

- Rà soát các văn bản pháp luật liên quan: *Luật Hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến lấy xác* và các văn bản dưới Luật liên quan.

- Các báo cáo của các cơ quan chuyên môn, các đoàn thể liên quan.

- Các kết quả nghiên cứu của các đề tài khoa học trong lĩnh vực được tiến hành sau khi Luật ra đời.

Thực hiện *nghiên cứu định tính* bằng phương pháp phỏng vấn sâu các đối tượng liên quan tại Hà Nội: đại diện cơ quan quản lý nhà nước; các nhà cung ứng dịch vụ, kỹ thuật ghép mô, tạng; người đã hiến tạng sống, người dân trong cộng đồng.

Báo cáo được thực hiện dựa trên giả định quá trình hoạch định và triển khai chính sách không tuân theo một mô hình tuyến tính. Theo đó, việc thực thi chỉ được hiểu đơn giản là áp dụng các văn bản qui phạm pháp luật vào thực tiễn. Quá trình này được coi là một quá trình tương tác năng động giữa các khâu khác nhau, giữa các vấn đề quản lý, điều hành, kỹ thuật và xã hội.

<sup>1</sup> Trưởng phòng Quản lý Khoa học - Đào tạo - Hợp tác Quốc tế, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế.

<sup>2</sup> Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam (2006), *Luật Hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác*, Hà Nội.

## CÁC KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU CHÍNH VÀ BÀN LUẬN

### Các văn bản qui phạm pháp luật đã được ban hành và triển khai thực hiện

Luật Hiến ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến lấy xác được xây dựng trên những quan điểm chỉ đạo: (1) Tôn trọng sự tự nguyện của người hiến, người được ghép; (2) Vì mục đích nhân đạo; (3) Không nhằm mục đích thương mại; (4) Giữ bí mật về thông tin có liên quan đến người hiến, người được ghép; (5) Phù hợp với Hiến pháp, Bộ luật dân sự và điều kiện kinh tế - xã hội Việt Nam. Luật gồm 6 chương và 40 điều qui định như sau: Chương I "Những qui định chung"; Chương II "Qui định về hiến, lấy mô, bộ phận cơ thể ở người sống"; Chương III "Qui định về hiến, lấy mô, bộ phận cơ thể ở người sau khi chết và hiến, lấy xác"; Chương IV "Ghép mô, bộ phận cơ thể người"; Chương V "Ngân hàng mô và Trung tâm điều phối quốc gia về ghép bộ phận cơ thể người; Chương VI "Điều khoản thi hành". Luật của Việt Nam được xây dựng theo hệ thống chủ động đồng ý. Tại Chương II có các điều cụ thể qui định về thủ tục đăng ký hiến mô, bộ phận cơ thể người sống (điều 12), thay đổi, hủy bỏ đơn đăng ký hiến (điều 13), các điều kiện, thủ tục lấy mô, bộ phận cơ thể ở người sống (điều 14), quyền lợi của người đã hiến mô, bộ phận cơ thể người (điều 17). Nếu so sánh với một số nước trên thế giới như Singapore, Pháp, Nhật Bản, Mỹ, v.v... thì việc qui định các quyền lợi đối với người đã hiến mô, bộ phận cơ thể người là rất lớn, thể hiện tính chất nhân đạo và đặc thù của đất nước. Trong khi đó, với các nước trên, người đã hiến mô, bộ phận cơ thể người luôn trên tinh thần tự nguyện và không có bất kỳ một lợi ích vật chất nào<sup>3</sup>. Chương III cũng có các điều qui định về thủ tục đăng ký hiến xác và thủ tục thay đổi, hủy bỏ đơn đăng ký hiến mô, bộ phận cơ thể người sau khi chết và hiến xác (điều 19, 20). Trong chương này cũng qui định rất cụ thể và chi tiết về chết não và điều kiện xác định chết não (điều 28, 29), thủ tục và thẩm quyền

xác định chết não (điều 27). Có điểm cần lưu ý là bác sĩ trực tiếp tham gia ghép mô, bộ phận cơ thể người và bác sĩ đang trực tiếp điều trị cho người chết não không được tham gia nhóm chuyên gia xác định chết não.

Bộ trưởng Bộ Y tế đã ký kế hoạch số 21/KH-BYT ngày 12/1/2007 về việc triển khai thi hành Luật hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác<sup>4</sup>. Tháng 6 năm 2007, Bộ Y tế đã tổ chức Hội nghị toàn quốc triển khai thi hành Luật và lấy ý kiến góp ý dự thảo Nghị định, qui định chi tiết thi hành một số điều của Luật tại khu vực phía bắc và khu vực phía nam.

Đến nay Bộ Y tế đã xây dựng trình cấp có thẩm quyền ban hành các văn bản hướng dẫn Luật như sau:

#### Về qui trình kỹ thuật

- Quy trình kỹ thuật ghép gan từ người cho sống và Quy trình kỹ thuật ghép thận từ người cho sống (Quyết định số 43/2006/QĐ-BYT ngày 29/12/2006);

- Quy định tiêu chuẩn lâm sàng và các trường hợp không áp dụng các tiêu chuẩn lâm sàng để xác định chết não (Quyết định số 32/2007/QĐ-BYT ngày 15/8/2007)

Như vậy, ở đây còn thiếu các văn bản qui định qui trình kỹ thuật cho việc ghép mô, tạng từ người cho chết não như qui trình kỹ thuật ghép thận, ghép gan, ghép tim từ người cho chết não. Học viện Quân Y, Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Trung ương Huế đang hoàn thiện đề tài cấp nhà nước làm cơ sở cho việc xây dựng và ban hành các qui định này.

<sup>3</sup> Nguyễn Huy Quang và Nguyễn Hoàng Phúc (2006), "Một số nội dung quan trọng trong Luật hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác", *Thông tin phổ biến giáo dục pháp luật về y tế. Vụ Pháp chế - Bộ Y tế*, 2006 (04), trang 2-11.

<sup>4</sup> Bộ Y tế (2007), *Kế hoạch số 21/KH-BYT, ngày 12/1/2007 về Triển khai thi hành Luật hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác*, Hà Nội.

Hiện nay tại các bệnh viện có tiến hành ghép tạng từ người cho sống đã áp dụng qui trình ghép gan và ghép thận từ người cho sống của Bộ Y tế ban hành.

Các quy định tiêu chuẩn chết não đã được áp dụng và đã tiến hành ghép tạng từ người cho chết não với tổng số 18 trường hợp, trong đó ghép thận 15, ghép gan 02 và ghép tim 03 trường hợp.

#### ***Về điều kiện cơ sở y tế***

- Quy định về điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân sự đối với cơ sở tiếp nhận và bảo quản xác của người hiến (Quyết định số 35/2007/QĐ-BYT ngày 05/10/2007);

- Quy định điều kiện về tổ chức nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị và hồ sơ, thủ tục cấp giấy phép hoạt động của ngân hàng mô (Quyết định số 03/2008/QĐ-BYT ngày 01/02/2008);

- Quy định về điều kiện đối với cơ sở y tế lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và trình tự, thủ tục cho phép cơ sở y tế hoạt động (Quyết định số 08/2008/QĐ-BYT ngày 14/02/2008)

- Quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng tư vấn lấy, ghép bộ phận cơ thể không tái sinh ở người sống (Quyết định số 06/2008/QĐ-BYT ngày 14/02/2008)

Hiện nay, Ngân hàng Máu đã được chính thức thành lập ngày 28/5/2009, ngày 5/2/2010 chính thức đi vào hoạt động (nhưng Dự án Ngân hàng Máu đã bắt đầu từ 2005), với nhân lực chỉ có 4 người, điều kiện cơ sở vật chất còn nhiều thiếu thốn, không có mạng lưới vệ tinh ở các địa phương, mạng lưới chân rết tại cộng đồng.

#### ***Về việc hiến mô, bộ phận cơ thể cả khi sống và sau khi chết***

- Các mẫu đơn tự nguyện hiến, hủy đăng ký hiến mô, bộ phận cơ thể ở người sống, sau khi chết và hiến xác; các mẫu thẻ đăng ký hiến mô, bộ phận cơ thể người sau khi chết và hiến xác (Quyết định số 07/2008/QĐ-BYT ngày 14/02/2008);

- Hướng dẫn tư vấn, kiểm tra sức khỏe cho người đăng ký hiến mô, bộ phận cơ thể ở người

sống, hiến mô, bộ phận cơ thể ở người sau khi chết và người đăng ký hiến xác (Quyết định số 13/2008/QĐ-BYT ngày 12/3/2008).

- Thông tư số 01/2008/TT-BYT ngày 22 tháng 01 năm 2008 của Bộ Y tế hướng dẫn công tác thi đua, khen thưởng trong ngành y tế. Đến nay, Bộ Y tế (Vụ Pháp chế) đã giải quyết theo đề nghị của các bệnh viện lấy, ghép tạng trao nhiều kỷ niệm chương vì sức khỏe nhân dân cho người hiến bộ phận cơ thể người.

- Thông tư số 09/2009/TTLT-BYT-BTC ngày 18 tháng 8 năm 2008 của liên Bộ Y tế - Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế, việc cấp thẻ bảo hiểm y tế cho người hiến bộ phận cơ thể người (Nhóm 2, Khoản 2, Điều 15) do Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương thực hiện, đến nay đã cấp cho một số người hiến.

Tuy nhiên, trong thực tế, các cơ sở ghép tạng còn lúng túng nên chưa tiến hành các thủ tục cần thiết để cấp kỷ niệm chương cũng như bảo hiểm y tế cho người hiến. Theo phản ánh của người được cấp thẻ bảo hiểm y tế họ không được hưởng 100% mà phải nộp 15% cho cơ quan bảo hiểm khi điều trị tại các cơ sở y tế. (PVS Lãnh đạo Cục Quản lý Khám chữa bệnh)

Hiện nay, tất cả các trường hợp hiến tạng từ người cho chết não đều không có thẻ hiến, mà do người nhà được vận động đồng ý cho tạng.

#### ***Về tổ chức, điều hành***

Nghị định 56/2008/NĐ-CP đã được ban hành ngày 29/4/2008 về tổ chức, hoạt động của Ngân hàng mô và Trung tâm điều phối quốc gia về ghép bộ phận cơ thể người<sup>5</sup>. Tuy nhiên, cho đến nay Trung tâm điều phối hiến ghép mô, tạng vẫn chưa thành lập được mặc dù đã có cơ sở pháp lý là Nghị định 56 và nhu cầu thực tiễn là các cơ sở lấy, ghép tạng cần có một trung tâm để điều phối việc lấy, ghép tạng. Nguyên nhân đến nay chưa

<sup>5</sup> Chính phủ (2008), *Nghị định số 56/2008/NĐ-CP, ngày 29/4/2008 về Tổ chức, hoạt động của Ngân hàng mô và Trung tâm điều phối quốc gia về ghép bộ phận cơ thể người*, Hà Nội.



thành lập được Trung tâm này do “*thiếu cơ sở hạ tầng, thiếu phương tiện trang thiết bị cần thiết, thiếu nhân lực chuyên trách*”(phỏng vấn sâu Lãnh đạo Cục Quản lý Khám chữa bệnh). Hướng xử lý của Bộ Y tế hiện nay là:

- Trước mắt thành lập *Phòng hoặc Trung tâm điều phối ghép bộ phận cơ thể người* thuộc Cục Quản lý Khám, chữa bệnh để có nhân lực chuyên trách thực thi việc điều phối ghép, đến khi đủ điều kiện sẽ tách ra thành *Trung tâm điều phối quốc gia*;

- Lập Đề án thành lập Trung tâm điều phối quốc gia về ghép bộ phận cơ thể người;

- Lập Dự án đầu tư xây dựng Trung tâm điều phối quốc gia về ghép bộ phận cơ thể người.

Tuy nhiên, theo một chuyên gia đầu ngành ghép tạng của Việt Nam thì Trung tâm điều phối trước mắt nên đặt một bệnh viện có kinh nghiệm ghép tạng.

*Bộ phận điều phối phải có kiến thức về ghép tạng, phải được đào tạo về vấn đề này, phải nắm được các trung tâm. Phải giao vào các nơi có làm nhiều như trong Nam có Chợ Rẫy, Bệnh viện 115, ngoài Bắc có Bệnh viện 103, Việt Đức, Viện Nhi, là những nơi có trên 30 ca ghép. Còn dưới 30 ca thì loại ra, anh mới tập làm.* (PVS chuyên gia ghép tạng đầu ngành Việt Nam)

Khi Trung tâm điều phối đi vào vận hành và có mạng lưới vệ tinh, thì việc vận động cộng đồng tham gia hiến mới có giá trị.

*Phải ra được quy chế, bộ máy tổ chức của Trung tâm điều phối thì vận động mới đồng bộ. Chứ bây giờ người đến cũng chẳng lấy được. Tôi xây nhà máy rồi thì các vùng nguyên liệu cũng phải có đi... Từ khi có Luật đến giờ đã 3 năm rưỡi rồi chưa thành lập được, rồi cơ quan nó phải có các bộ phận, chân rết đến các nơi chứ (PVS chuyên gia ghép tạng đầu ngành Việt Nam)*

Như vậy để có thể ra đời một Trung tâm điều phối hiến ghép hoạt động theo đúng các chức năng và nhiệm vụ được quy định cần phải có sự đầu tư lớn của Nhà nước và sự quan tâm của các

cơ quan chức năng.

### Các kết quả đạt được sau khi có Luật

#### *Về số lượng, chất lượng các ca ghép và nguồn cho*

So sánh thời điểm trước và sau khi có Luật Hiến ghép mô, bộ phận cơ thể được thực thi, ta có thể nhận thấy sau khi Luật ra đời, nền y học của nước nhà đã có những bước tiến vượt bậc về công nghệ ghép tạng cả về số lượng và chất lượng.

Trước khi có Luật: Có 10 cơ sở y tế tiến hành ghép bộ phận cơ thể từ người cho sống, trường hợp ghép thận đầu tiên ngày 04 tháng 6 năm 1992 và ghép gan đầu tiên ngày 31 tháng 01 năm 2004 tại Bệnh viện 103 - Học viện Quân y. Tổng số ghép khoảng 300 trường hợp. Không có trường hợp nào ghép tạng từ người cho chết não.

Sau khi Luật ra đời, số các Trung tâm ghép tạng trong cả nước tăng lên. Hiện nay số cơ sở ghép tạng có 12 cơ sở ghép thận, 4 trung tâm ghép gan và 3 trung tâm ghép tim.

#### *Với các ca ghép tạng từ người cho sống*

Ca ghép thận từ người cho sống đầu tiên ở Việt Nam bắt đầu từ năm 1992 tại Bệnh viện 103, Học viện Quân Y, trải qua 15 năm (cho đến 2007) mà con số này chỉ là hơn 200 ca. Trong khi đó, từ sau 1/7/2007 cho đến nay đã có thêm hơn 200 ca. Như vậy, sau khi Luật ra đời cho đến nay chỉ có hơn 3 năm, nhưng số trường hợp được ghép đã tương đương với được ghép trong quãng thời gian 15 năm trước khi có Luật. Chất lượng các ca ghép tốt, thời gian hồi phục nhanh, người hiến không bị ảnh hưởng gì đến sức khỏe sau khi hiến. Đây là thông tin quan trọng khi tuyên truyền vận động hiến khi sống.

*Hiến thận ghép ở 103 thứ năm tuần này thì thứ sáu tuần sau tôi về. Thời gian làm cũng nhanh mà cũng không có vấn đề gì. Từ hồi hiến cho đến giờ tôi thấy sức khỏe vẫn bình thường, sinh hoạt không có gì thay đổi.* (PVS nam 58 tuổi hiến thận sống cho con trai)

Ca ghép gan từ người cho sống đầu tiên từ

năm 2004 tại Học viện Quân Y. Tính đến tháng 12/2010 tại Việt Nam đã có 16 trường hợp ghép gan từ người cho sống được thực hiện tại 4 trung tâm là Học viện Quân Y, Bệnh viện Nhi Trung ương, Bệnh viện Nhi đồng 2 và Bệnh viện Việt Đức.

Không những số các ca ghép tăng lên, mà chất lượng của việc cấy ghép cũng như tình trạng sức khỏe của bệnh nhân sau cấy ghép cũng được cải thiện hơn trước đây rất nhiều do áp dụng các kỹ thuật tiên tiến của y học.

*Số lượng thay đổi, tỉ lệ biến chứng và tử vong sau mổ giảm đáng kể vì mình làm chuyên nghiệp hơn, có kinh nghiệm hơn, ứng dụng các kỹ thuật mới vào như mổ cả nội soi, thuốc men dùng nhiều thuốc mới nên kết quả điều trị tốt hơn, tác dụng phụ, biến chứng ít đi và tử vong sau mổ cũng ít đi.* (PVS chuyên gia hàng đầu ghép tạng ở Việt Nam)

Nguồn cho sống cũng có chút ít thay đổi. Trước khi có Luật nguồn cho sống chỉ từ người cùng huyết thống, trong gia đình cho nhau. Nhưng sau khi Luật ra đời, đã xuất hiện một số trường hợp cho sống không cùng huyết thống, không có quan hệ thân quen.

*Trước đây không có tình trạng không cùng huyết thống. Nhưng gần đây có làm không cùng huyết thống. Ghi nhận có 4 ca ghép thận trong giai đoạn gần đây từ 2009 đến nay ở Bệnh viện.....là từ nguồn không cùng huyết thống. Còn 60 ca là cùng huyết thống. Trước đây (trước 1/7/2007) 100% số ca là cùng huyết thống.* (PVS chuyên gia hàng đầu ghép tạng ở Việt Nam)

#### *Về các ca ghép từ nguồn cho chết não*

Trước khi Luật ban hành, các ca cấy ghép chỉ tiến hành dựa vào nguồn cho sống. Nhưng sau khi Luật ban hành, chưa đầy một năm sau (4/2008) đã có những ca ghép từ người cho chết não được ghi nhận tại Bệnh viện Chợ Rẫy, Học viện Quân Y, Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện Trung ương Huế. Tính đến nay có 22 trường hợp được ghép tạng từ người cho chết não được thực

hiện tại nước ta gồm: 17 ghép thận, 2 ghép gan, 3 ghép tim. Số người cho chết não là 10 người<sup>6</sup>.

Tuy số lượng các ca ghép có tăng so với trước đây, nhưng cung cầu vẫn có khoảng cách rất lớn, còn rất xa mới đáp ứng nhu cầu.

*Chỉ riêng nói về ghép thận thôi. Ở Việt Nam, có khoảng 6 triệu người suy thận trong đó có 80.000 ca chuyển sang giai đoạn cuối thì phải hiểu là cần ghép hoặc chuyển sang lọc máu. Hiện nay mình mới ghép được hơn 400 ca tức là còn rất nhiều ca. Số ghép ở nước ngoài khoảng 600 ca. 600 ca với 400 ca ta mới có 1000 ca so với con số 80.000 ca.* (PVS chuyên gia đầu ngành ghép tạng Việt Nam)

Công nghệ ghép tạng phát triển chậm do thiếu nguồn tạng hiến, đến nay mới có tổng số khoảng 430 trường hợp được ghép tạng tại Việt Nam.

Trường hợp ghép mô (giác mạc): Sau khi có Luật, số lượng các ca ghép cũng tăng lên rõ rệt do có thêm nguồn hiến tạng trong nước. Trước 2007 chưa có giác mạc từ người hiến trong nước. Sau khi có Luật, từ năm 2007 đến cuối 2010 Ngân hàng Mắt đã nhận được 185 giác mạc từ 94 người hiến tặng<sup>9</sup>, đến tháng 3/2011 là 199 từ 101 người hiến. Tuy nhiên, con số này mới đáp ứng được một phần nhỏ nhu cầu ghép giác mạc hiện nay.

*Hiện Bệnh viện Mắt Trung ương có khoảng 1.000 người chờ được ghép giác mạc mới tránh được nguy cơ mù vĩnh viễn, nhưng ngân hàng*

<sup>6</sup> Lê Trung Hải (2009), *Ghép tạng. Một số kiến thức chuyên ngành và qui trình kỹ thuật*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

<sup>7</sup> Tuổi trẻ (18/4/2011), *Hiến tạng: khó đưa luật vào cuộc sống*, TP Hồ Chí Minh.

<sup>8</sup> Tuổi trẻ (17/4/2011), *Một người nằm xuống, bốn người hồi sinh*, TP Hồ Chí Minh.

<sup>9</sup> Ngân hàng Mắt, Bệnh viện Mắt Trung ương (2010), *Báo cáo Tổng kết Dự án Ngân hàng Mắt*, Hà Nội.

*Mắt không thể chủ động đặt ra chỉ tiêu giải quyết do phụ thuộc hoàn toàn vào nhận thức và ý nguyện của người cho. (PVS cán bộ Ngân hàng Mắt)*

Do hiện nay chưa có Trung tâm điều phối hiến ghép quốc gia nên chưa có hoạt động điều phối lấy, ghép tạng. Việc hiến, lấy, ghép tạng chỉ diễn ra trong cơ sở y tế do giám đốc bệnh viện điều hành. Nguồn hiến chết não từ các ca chết não do tai nạn được đưa vào cấp cứu tại các bệnh viện này. Việc tăng các ca ghép từ người hiến chết não rất khó khăn do việc vận động, thuyết phục gia đình người chết não để có một trường hợp hiến là vô cùng cam go. Số người hiến chết não hiện nay trong toàn quốc mới chỉ dừng lại ở con số 10, trong khi mỗi năm có hàng chục nghìn người có nhu cầu ghép tạng. Để có được số bệnh nhân hiến chết não trên, các bệnh viện đã phải dành một cơ số giường hồi sức cấp cứu cho những bệnh nhân chết não để đợi sự đồng ý của gia đình trong thời gian dài, trong khi số giường bệnh cho các bệnh nhân cấp cứu khác không có.

*Giường hồi sức làm gì có, lúc nào cũng đông kín hết. Tự đứng lại bỏ ra mấy giường cho các trường hợp kia. Trong khi bao nhiêu là bệnh nhân nặng. Đó thực sự là một vấn đề nan giải. (Phỏng vấn sâu thầy thuốc chuyên ngành ghép tạng)*

Sau khi có Luật, một số người cũng đặt vấn đề đăng ký hiến tạng sau khi chết với các cơ sở y tế, nhưng các bệnh viện còn lúng túng về thủ tục vì khi những người này qua đời nếu không có mạng lưới chân rết thông báo và chuyển kịp thời thì việc hiến này hoàn toàn là vô nghĩa. Cần tiến hành song song đồng bộ việc vận động cộng đồng hiến và việc thành lập Trung tâm điều phối hiến ghép quốc gia.

Lấy ví dụ việc vận động cộng đồng đăng ký hiến giác mạc. Cho đến nay Trung ương Hội Chữ thập đỏ Việt Nam đã vận động được hơn 40.000 người đăng ký hiến giác mạc, nhưng trên thực tế mới có hơn 100 người hiến giác mạc sau

khi chết, mà những người này lại không phải là những đối tượng đã đăng ký hiến. Các trường hợp đã hiến tập trung chủ yếu ở một xứ đạo ở Ninh Bình (do có 1 linh mục vận động các thân nhân người chết) và một số điểm quanh Hà Nội. Theo cán bộ của Ngân hàng Mắt thì cũng chỉ lấy được của người hiến ở phạm vi cả đi và về khoảng 300km "Nếu ở Nghệ An là bọn em chịu rồi. Vì khi được báo bệnh viện cho ô tô về lấy sau đó đem lại Bệnh viện để ghép. Chỉ được 3 tiếng đi, 3 tiếng về cộng thời gian tiến hành các thủ tục thì mới kịp. Cần phải có mạng lưới vệ tinh tại các địa phương để lấy và bảo quản giác mạc kịp thời sau đó chuyển về cho Ngân hàng mắt thì việc huy động cộng đồng tham gia hiến mới có thể mở rộng được." (PVS cán bộ Ngân hàng Mắt)

#### **Về việc tổ chức, điều hành**

Tuy Trung tâm điều phối hiến ghép quốc gia và mạng lưới vệ tinh chưa được hình thành, nhưng việc xây dựng các khâu trong một qui trình khép kín, hoàn thiện từ việc hiến cho đến khi cấy ghép thành công đã được chú trọng.

Qui trình ghép gan, thận, tim từ người cho chết não đã được đưa vào là một mục tiêu của một Đề tài cấp Nhà nước. Hiện các qui trình này đang xây dựng và hoàn thiện dựa trên việc tham khảo mô hình của các nước đi trước và kinh nghiệm làm thực tế tại các bệnh viện. Khi đề tài nghiệm thu, trong tương lai gần, các qui trình này sẽ được Bộ Y tế ban hành.

Tại các bệnh viện có tiến hành ghép tạng, đã tổ chức các đội giải thích, vận động gia đình người chết não đồng ý để người thân họ hiến tạng/mô. Tại Bệnh viện Việt Đức, thành lập nhóm "tư vấn hiến tạng từ người cho chết não" dự định ban đầu là tiến hành truyền thông đại chúng, sau đó là thuyết phục gia đình bệnh nhân chết não hiến tạng nhưng trên thực tế vì nhiều lý do nên đã phải tiến hành thuyết phục gia đình bệnh nhân chết não hiến tạng, sau đó lấy tạng ghép thành công và trên cơ sở đó sẽ tuyên truyền. Nhóm hoạt động trên nguyên tắc khách

quan, trung thực, khoa học. Hoạt động của nhóm rất chuyên nghiệp, có qui trình chuẩn<sup>10</sup>.

Một số bệnh viện đã có các hoạt động động viên, khuyến khích, tôn vinh người hiến. Như Bệnh viện Mắt Trung ương đã in 250 chiếc đồng hồ để tặng cho các gia đình có người hiến giác mạc và trao giấy "Nghĩa cử cao đẹp" cho 56 gia đình có người hiến giác mạc. Một số trường hợp hiến tạng sống đã được cấp Bảo hiểm y tế.

### **Các vướng mắc nảy sinh trong khi triển khai cần có các điều chỉnh, bổ sung**

Theo Lãnh đạo Cục Quản lý Khám Chữa bệnh và các chuyên gia ngành ghép tạng, các quy định của Luật Hiến, lấy, ghép mô, BPCT người và hiến lấy, xác đã được triển khai, tuy nhiên còn một số quy định chưa có tính khả thi như:

- Vi phạm các hành vi bị nghiêm cấm và các quy định khác của Luật chưa có chế tài xử phạt theo quy định của pháp luật;

- Các trường hợp lấy tạng từ người cho chết não để ghép cho người bệnh thời gian qua chưa trường hợp nào được cấp thẻ hiến bộ phận cơ thể người mà do vận động người nhà đồng ý cho tạng, chưa vận động được người đăng ký hiến khi còn sống. Việc lấy tạng hiến từ người cho chết não trong phạm vi bệnh viện tuy không vi phạm quy định pháp luật nhưng khó tạo ra nguồn tạng dồi dào để ghép cho người bệnh;

- Quy định Chính phủ quyết định thành lập Trung tâm điều phối quốc gia về ghép bộ phận cơ thể người khó thực hiện, thực tế cho thấy sau 4 năm triển khai Luật vẫn chưa thành lập được Trung tâm điều phối quốc gia về ghép bộ phận cơ thể người.

- Quy định trách nhiệm của các Bộ, cơ quan ngang bộ và ủy ban nhân dân các cấp trong phạm vi nhiệm vụ, quyền hạn của mình thực hiện quản lý nhà nước về hiến, lấy, ghép mô, BPCT người và hiến lấy, xác, thực tế các Bộ, cơ quan ngang bộ và ủy ban nhân dân các cấp chưa vào cuộc, chưa tạo được sự chuyển biến nhận thức của người dân và cộng đồng trong việc hiến mô, bộ phận cơ thể người.

## **KẾT LUẬN**

Luật và các văn bản dưới Luật đã tạo hành lang pháp lý cho ngành công nghệ ghép tạng Việt Nam phát triển. Các qui định về ghép mô, tạng từ nguồn cho sống và nguồn cho chết não tương đối đầy đủ. Một số các qui định còn thiếu như qui trình ghép tim, gan, thận từ nguồn cho chết não đang được nghiên cứu, hoàn thiện để ban hành. Tuy nhiên, một số quy định của Luật còn thiếu cụ thể, tính khả thi chưa cao như trong qui định hiến chết não, quyền nhân thân của người chết não chưa rõ ràng; qui định về hiến tạng sống còn lỏng lẻo vì không qui định rõ quan hệ người cho và người nhận dễ gây hiện tượng tiêu cực.

Sau khi có Luật Hiến, lấy, ghép mô, BPCT người, số ca ghép tạng đã tăng lên, các kỹ thuật ghép và điều trị sau ghép có nhiều tiến bộ vượt bậc. Các ca ghép tạng từ người chết não đã được tiến hành. Nguồn cho tạng cũng mở rộng không chỉ từ nguồn cho sống cùng huyết thống mà mở rộng cả cho sống không cùng huyết thống và từ nguồn cho chết não.

Việc chưa thành lập được Trung tâm điều phối quốc gia về ghép bộ phận cơ thể người cũng như chưa có nhiều ngân hàng mô, mạng lưới vệ tinh ở các địa phương, cộng tác viên cộng đồng để điều phối các hoạt động hiến ghép mô, tạng dẫn đến tình trạng khó kiểm soát người hiến bộ phận cơ thể ở người sống bán tạng và không tận dụng được nguồn hiến mô, tạng sau khi chết.

## **KHUYẾN NGHỊ**

### **Về hành lang pháp lý**

Cần nhanh chóng ban hành qui trình ghép gan, thận, tim từ nguồn cho chết não

Về thủ tục hiến tạng sống: Bổ sung thêm các qui định chặt chẽ về các thủ tục hiến khi

<sup>10</sup> Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (2010), Báo cáo tổng hợp kết quả khoa học công nghệ để tài Chương trình KHCN cấp nhà nước KC10/06-10 "Nghiên cứu triển khai ghép gan, thận lấy từ người cho chết não", Hà Nội.

sống. Nên qui định chỉ người cùng huyết thống hoặc người thân (chứng minh được quan hệ trên hai năm như Luật một số nước *living related donors*) để hạn chế tình trạng trao đổi mua bán.

Về thủ tục hiến tạng khi chết:

+ Qui định cụ thể nếu bệnh nhân có đơn hiến khi chết thì có cần sự đồng ý của người thân không, nếu cần chỉ rõ người thân là ai.

+ Qui định cụ thể người thân nào có quyền quyết định hiến của bệnh nhân chết não trong trường hợp bệnh nhân không có đơn hiến.

+ Qui định cụ thể thủ tục đăng ký hiến tạng sau khi chết.

Về việc tiếp cận thông tin của người hiến cho việc nghiên cứu: cần có các qui định cụ thể các đối tượng nào thì được tiếp cận khai thác thông tin và các thủ tục cần làm. Những thông tin này là rất cần thiết cho việc phân tích tâm lý, tìm các cách tiếp cận phù hợp vận động cộng đồng hiến chết não.

### Về việc tổ chức, điều hành

Khẩn trương trình Thủ tướng Chính phủ Đề án thành lập *Trung tâm điều phối quốc gia về hiến ghép bộ phận cơ thể người*. Điều cần nhất hiện nay là phải thành lập được Trung tâm điều phối hiến ghép và mạng lưới vệ tinh tại các địa phương đồng thời với việc vận động cộng đồng. Cần sớm đưa trung tâm điều phối này đi vào hoạt động để cầm trịch việc nhận tạng từ người cho, phân phối đến đúng địa chỉ người cần nhận.

Nhà nước cần đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực, tài chính cho Trung tâm điều phối quốc gia về hiến ghép bộ phận cơ thể người, Ngân hàng mô và các cơ sở y tế cấy ghép mô, tạng.

### Tuyên truyền vận động cộng đồng

Điều quan trọng nhất là phải có một chiến dịch tuyên truyền lâu dài và đủ mạnh để tác động vào nhận thức của người dân. Cần triển khai các giải pháp đồng bộ và cụ thể.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam (2006), *Luật Hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác*, Hà Nội.
- 2 Nguyễn Huy Quang và Nguyễn Hoàng Phúc (2006), "*Một số nội dung quan trọng trong Luật hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác*", Thông tin phổ biến giáo dục pháp luật về y tế. Vụ Pháp chế- Bộ Y tế, 2006 (04), trang 2-11.
- 3 Bộ Y tế (2007), *Kế hoạch số 21/KH-BYT, ngày 12/1/2007 về Triển khai thi hành Luật hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác*, Hà Nội.
- 4 Chính phủ (2008), *Nghị định số 56/2008/NĐ-CP, ngày 29/4/2008 về Tổ chức, hoạt động của Ngân hàng mô và Trung tâm điều phối quốc gia về ghép bộ phận cơ thể người*, Hà Nội.
- 5 Lê Trung Hải (2009), *Ghép tạng. Một số kiến thức chuyên ngành và qui trình kỹ thuật*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 6 Tuổi trẻ (18/4/2011), *Hiến tạng: khó đưa luật vào cuộc sống*, TP. Hồ Chí Minh.
- 7 Tuổi trẻ (17/4/2011), *Một người nằm xuống, bốn người hồi sinh*, TP. Hồ Chí Minh.
- 8 Ngân hàng Mắt, Bệnh viện Mắt Trung ương (2010), *Báo cáo Tổng kết Dự án Ngân hàng Mắt*, Hà Nội.
- 9 Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (2010), *Báo cáo tổng hợp kết quả khoa học công nghệ đề tài Chương trình KHCN cấp nhà nước KC10/06-10 "Nghiên cứu triển khai ghép gan, thận lấy từ người cho chết não"*, Hà Nội.

## NẠO PHÁ THAI CỦA PHỤ NỮ NHIỄM HIV Ở QUẢNG NINH VÀ HẢI PHÒNG, VIỆT NAM

Bùi Kim Chi<sup>1</sup>, Tine Gammeltoft<sup>2</sup>,  
Nguyễn Thị Thu Nam<sup>3</sup>, Vibeke Rasch<sup>4</sup>

### BỐI CẢNH

Khoảng một nửa các ca nhiễm HIV trên thế giới là phụ nữ và phần lớn họ sống ở các nước có thu nhập thấp và trung bình (UNAIDS 2008). Năm 2008 có khoảng 1,4 triệu phụ nữ mang thai nhiễm HIV sinh con. Tỷ lệ phụ nữ mang thai nhiễm HIV được tiếp cận ARV để phòng ngừa lây truyền mẹ con tăng từ 10% năm 2004 lên 45% năm 2008 (WHO 2009). Phụ nữ nhiễm HIV đối mặt với những quyết định khó khăn liên quan đến việc mang thai của họ. Nhiều nghiên cứu đã cố gắng tiếp cận với tỷ lệ nạo phá thai của phụ nữ nhiễm HIV ở các nước có thu nhập cao, trong khi có rất ít nhưng nghiên cứu được tiến hành về vấn đề này ở các nước có thu nhập thấp và trung bình (Delvaux & Nstlinger 2007).

Ở Việt Nam, tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai tăng từ 0,3 % năm 2001 lên 0,37% năm 2006 (UNGASS 2008). Giống như nhiều phụ nữ nhiễm HIV trên thế giới, phụ nữ mang thai nhiễm HIV ở Việt Nam phải đối mặt với những quyết định khó khăn liên quan đến việc sinh con. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng các giá trị văn hóa có tác động mạnh mẽ đến quyết định sinh con của phụ nữ Việt Nam (Gammeltoft 2007). Bên cạnh đó, họ còn băn khoăn về việc chăm sóc con trong bối cảnh nguồn lực tài chính eo hẹp và lo lắng về nguy cơ đứa trẻ bị mồ côi cũng như kỳ thị và phân biệt đối xử (Bui và cộng sự 2010).

Quảng Ninh và Hải Phòng, nơi tiến hành nghiên cứu là hai trong năm tỉnh có tỷ lệ nhiễm HIV cao nhất cả nước. Năm 2005, phụ nữ nhiễm

HIV ở Quảng Ninh và Hải Phòng chiếm tỷ lệ tương ứng là 7% và 10% tổng số tất cả các trường hợp nhiễm HIV. Tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai là 1% ở Quảng Ninh và 0,3% ở Hải Phòng (VMOH 2006).

Bài báo này tìm hiểu quyết định nạo phá thai của phụ nữ nhiễm HIV ở hai tỉnh phía bắc Việt Nam và xem xét mối quan hệ giữa quyết định này và các đặc điểm kinh tế xã hội của người phụ nữ cũng như tính sẵn có của các chương trình PLTMC toàn diện. Các phát hiện của nghiên cứu này sẽ giúp phụ nữ nhiễm HIV có được sự lựa chọn sinh sản một cách hiểu biết.

### PHƯƠNG PHÁP

#### Mẫu nghiên cứu

Các phụ nữ nhiễm HIV ở Quảng Ninh và Hải Phòng được tiếp cận theo hai hướng khác nhau. Phụ nữ ở Quảng Ninh được xác định qua hệ thống đăng ký quản lý các trường hợp nhiễm HIV trong khi phụ nữ ở Hải Phòng được tiếp cận qua cả hệ thống đăng ký quản lý và các mạng lưới của người nhiễm HIV. 707 trong tổng số 1261 phụ nữ nhiễm HIV ở Quảng Ninh và Hải Phòng đã chấp nhận tham gia nghiên cứu, trong đó có 351 ở Quảng Ninh và 356 ở Hải Phòng.

#### Thu thập số liệu

Số liệu được thu thập trong giai đoạn từ tháng

<sup>1,3</sup> Viện Chiến lược và Chính sách y tế

<sup>2,4</sup> Trường Đại học Tổng hợp Copenhagen, Đan Mạch

4 đến tháng 11, 2007. Việc tiếp cận phụ nữ được thông qua sự cộng tác với các trạm y tế, nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc tại nhà, giám sát các trường hợp nhiễm HIV và thông qua mạng lưới những người sống chung với HIV, nơi những người nhiễm HIV được hỗ trợ để tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc và điều trị. Các cuộc phỏng vấn cấu trúc được tiến hành ở những địa điểm khác nhau do người phụ nữ lựa chọn: ở nhà của họ, ở trạm y tế xã/phường hoặc ở trụ sở các câu lạc bộ những người sống chung với HIV.

**Phân tích thống kê**

Phần mềm thống kê SPSS phiên bản 15.0 được sử dụng để phân tích số liệu. Các kết quả của lần mang thai cuối cùng trước khi nhiễm HIV và kết quả của lần mang thai đầu tiên sau khi nhiễm HIV đã được tìm hiểu. ORs được tính toán với nhóm phụ nữ nạo phá thai-biến phụ thuộc so với nhóm phụ nữ sinh con. Cho dù phụ nữ nhiễm HIV trước hoặc sau năm 2004, khi các chương trình PLTMC và điều trị ARV trở nên sẵn có, thời điểm nhiễm HIV có tác động đến các biến khác trong nghiên cứu. Phân tích hồi qui được thực hiện và tất cả các mối quan hệ được trình bày qua ORs với khoảng tin cậy 95%.

**KẾT QUẢ**

Phần lớn phụ nữ tham gia nghiên cứu ở trong độ tuổi 25-29 (36,5%). Gần một nửa phụ nữ góa chồng. Đa số phụ nữ tốt nghiệp tiểu học và trung học cơ sở (37,9% và 32,1% tương ứng) và nhiều người làm nghề buôn bán nhỏ hoặc lao động tự do (40,9%). Phần lớn phụ nữ nói rằng họ bị nhiễm HIV do quan hệ tình dục với chồng hoặc bạn tình (80,3%). Tại thời điểm khảo sát, hơn một nửa phụ nữ có một con hiện còn sống (51,5%). Gần một nửa phụ nữ được điều trị ARV và đa số (60,5%) chẩn đoán nhiễm HIV sau 2004 khi các chương trình PLTMC và điều trị ARV được triển khai rộng rãi ở Quảng Ninh và Hải Phòng.

Khi được hỏi về kết quả lần mang thai cuối cùng, 68% trong số 99 phụ nữ biết về tình trạng nhiễm HIV của mình khẳng định đã phá thai, ngược lại, chỉ có 22% trong 587 phụ nữ không biết về tình trạng nhiễm của mình nói rằng họ đã chấm dứt việc mang thai.

Trong số 99 phụ nữ mang thai khi đã nhiễm HIV, 69 đã có thai trước 2004 và 30 sau 2004. Trong số những phụ nữ mang thai trước 2004, 75% đã nạo phá thai, trong khi tỷ lệ này là 50% trong số những phụ nữ mang thai sau năm 2004, nghĩa là khi các dịch vụ PLTMC bắt đầu được triển khai rộng rãi (Bảng 1).

**Bảng 1: Kết quả mang thai của 99 phụ nữ nhiễm HIV trước khi có thai theo thời điểm chẩn đoán**

	Chẩn đoán nhiễm HIV năm 2004 và trước đó	Chẩn đoán nhiễm HIV sau 2004
Sinh con	17 (24,7)	15 (50,0)
Nạo phá thai	25 (75,3)	15 (50,0)

Mối quan hệ giữa kết quả mang thai và các đặc điểm kinh tế xã hội của 99 phụ nữ mang thai sau chẩn đoán nhiễm HIV được trình bày trong Bảng 2. Tuổi, nghề nghiệp và thời điểm chẩn đoán nhiễm HIV có mối quan hệ có ý nghĩa thống kê với nạo phá thai. Những phụ nữ 30 và trên 30 tuổi có tỷ lệ nạo phá thai cao hơn 5 lần những phụ nữ dưới 30 tuổi. Những phụ nữ buôn bán nhỏ và lao động tự do có tỷ lệ nạo phá thai cao

hơn các phụ nữ làm nội trợ khoảng 4 lần. Các phụ nữ được chẩn đoán nhiễm HIV năm 2004 và trước đó-trước sự phổ biến của các chương trình PLTMC nạo phá thai sau khi nhiễm cao gấp 3 lần phụ nữ nhiễm HIV sau năm 2004.

Phần lớn phụ nữ mang thai ở thời kỳ đầu (91%) khi họ nạo phá thai sau khi phát hiện nhiễm. Lo sợ lây truyền HIV từ mẹ sang con là nguyên nhân chủ yếu khiến người phụ nữ quyết

định chấm dứt việc mang thai không mong muốn (74,6%), tiếp sau là tình trạng kinh tế khó khăn (10,4%). Việc ra quyết định liên quan đến thai nhi thường là quyết định của cả hai vợ

chồng (43,3%), tuy nhiên, gần một phần ba phụ nữ khẳng định rằng họ tự quyết định. Hơn thế nữa, cha mẹ cũng đóng vai trò đáng kể trong quá trình ra quyết định này (16,4%).

**Bảng 2: Các đặc trưng nhân khẩu xã hội của phụ nữ nạo phá thai và phụ nữ sinh con sau khi chẩn đoán nhiễm HIV**

	Nạo thai n = 67	Sinh con n = 32	Nạo thai vs. sinh con OR (95% CI)	Nạo thai vs. Sinh con OR hiệu chỉnh (95%CI)
<b>Tuổi</b>				
< 30	38 (56,7)	27 (84,4)	1	1
=>30	29 (43,3)	5 (15,6)	4.12 (1.41-12.01)	5.44 (1.28-23.02)
<b>Tình trạng hôn nhân</b>				
Độc thân / ly hôn	9 (13,4)	1 (3,1)	1	1
Kết hôn	32 (47,8)	18 (56,3)	0.20 (0.23-1.69)	0.13 (0.13-1.39)
Góa	26 (38,8)	13 (40,6)	0.22 (0.25-1.97)	0.13 (0.11-1.51)
<b>Số con còn sống</b>				
Không có con	13 (19,4)	4 (12,5)	1.63 (0.47-5.63)	1.38 (0.31-6.14)
1 con	40 (59,7)	20 (62,5)	1	1
2 con trở lên	14 (20,9)	8 (25,5)	0.88 (0.32-2.43)	0.35 (0.08-1.45)
<b>Điều trị ARV</b>				
Có	34 (50,7)	16 (50,0)	1.03 (0.44-2.39)	1.12 (0.38-3.36)
Không	33 (49,3)	16 (50,0)	1	1
<b>Nghề nghiệp</b>				
Thất nghiệp	14 (20,9)	17 (53,1)	1	1
Buôn bán nhỏ/lao động tự do	34 (50,7)	7 (21,9)	5.90 (2.01-17.33)	3.61 (1.05-12.45)
Nông dân/công nhân/thợ thủ công và cán bộ nhà nước	19 (28,4)	8 (25,0)	2.88 (0.92-8.56)	2.27 (0.79-9.75)
<b>Thời điểm chẩn đoán HIV dương tính</b>				
2004 và trước đó	52 (77,6)	17 (53,1)	3.06 (1.24-7.53)	2.96 (1.02-8.53)
sau 2004	15 (22,4)	15 (46,9)	1	1

### BÀN LUẬN

Các phụ nữ trong nghiên cứu này thường nạo phá thai sau khi phát hiện nhiễm HIV. Các yếu tố nguy cơ có quan hệ với nạo phá thai là độ tuổi 30 hoặc trên 30, làm nghề buôn bán nhỏ/lao động tự do và được chẩn đoán nhiễm HIV trước năm 2004.

Một điểm mạnh trong nghiên cứu này là các phụ nữ nhiễm HIV đã được xác định thông qua các kênh khác nhau để có được cỡ mẫu lớn nhất. Tuy nhiên, cách tiếp cận nhóm đích ở Quảng

Ninh có nguy cơ sai số chọn mẫu (selection bias) do một số trường hợp nhiễm mới trong cộng đồng chưa được đưa vào danh sách quản lý HIV. Nghiên cứu này cũng chỉ ra nguy cơ sai số hồi cứu (recall bias) do tập trung vào các sự kiện đã xảy ra một vài năm trước đó. Tuy nhiên, nhiễm HIV được cho là một sự kiện có tính chất quyết định và không dễ quên nên hầu hết phụ nữ đều có thể nhớ thời điểm chẩn đoán HIV và kết quả của lần mang thai đầu tiên sau khi nhiễm HIV.

Quyết định nạo phá thai, nếu nhiễm HIV, rất phổ



biến trong nghiên cứu này, khi hai phần ba phụ nữ mang thai nhiễm HIV lựa chọn nạo phá thai. Phát hiện này có liên quan đến các nghiên cứu khác với việc chỉ ra một xu hướng nạo phá thai tương tự sau khi chẩn đoán nhiễm HIV. Một nghiên cứu ở châu Âu được tiến hành năm 1993 cho thấy phụ nữ mang thai sau khi nhiễm HIV có nguy cơ nạo phá thai cao hơn 1,8 lần so với phụ nữ có thai trước khi phát hiện nhiễm HIV (Van Benthem *et al.* 2000).

Thời điểm chẩn đoán nhiễm HIV có mối quan hệ với quyết định nạo phá thai. Những phụ nữ có kết quả xét nghiệm HIV dương tính trước khi các chương trình PLTMC được triển khai rộng rãi năm 2004 có xu hướng nạo phá thai cao hơn so với các phụ nữ được chẩn đoán nhiễm HIV sau năm 2004. Tương tự, một số nghiên cứu ở các nước có thu nhập cao đã khẳng định tác động của các chương trình PLTMC đối với kết quả mang thai. Trong một nghiên cứu ở hai bệnh viện miền nam nước Pháp từ 1985 đến 1997, Bongain và cộng sự đã quan sát thấy tỷ lệ nạo phá thai giảm từ 59,4% trước khi có các chương trình can thiệp PLTMC xuống còn 37,5% về sau (Bongain *et al.* 2002). Một nghiên cứu gần đây ở

Ấn Độ đã phát hiện ra rằng cùng với các dịch vụ PLTMC sẵn có, phụ nữ nhiễm HIV đã tự tin hơn khi quyết định sinh con (Kanniappan *et al.* 2008).

Nghiên cứu này đã tìm ra mối quan hệ mạnh mẽ giữa nghề nghiệp và nạo phá thai. Những phụ nữ làm nghề buôn bán nhỏ hoặc lao động tự do thường có xu hướng nạo phá thai. Có thể giải thích cho hiện tượng này là do phụ nữ ưu tiên kiếm tiền để mưu sinh nên họ thường lựa chọn chấm dứt việc mang thai. Tuy nhiên, một phát hiện có thể gây ngạc nhiên là những phụ nữ thất nghiệp lại có xu hướng sinh con. Điều này có thể phản ánh một thực tế là các phụ nữ không có việc làm thường có vị thế thấp trong gia đình, họ cảm thấy áp lực phải sinh con nhằm thỏa mãn mong muốn của các thành viên khác (Oosterhoff *et al.* 2008).

Để tạo điều kiện cho phụ nữ nhiễm HIV có được sự lựa chọn hiểu biết liên quan đến sinh sản, họ phải được tiếp cận miễn phí với chương trình PLTMC ở ngay ở giai đoạn đầu, sau khi phát hiện nhiễm. Ảnh hưởng của chồng/bạn tình và các thành viên gia đình khác cần được tính đến khi tư vấn cho người phụ nữ nhiễm HIV.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bongain A, Berrebi A, Mariné-Barjoan E *et al* (2002) *Changing trends in pregnancy outcome among HIV-infected women between 1985-1997 into Southern French university hospitals*. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology **104**, 124-128.
2. Bui KC, Nguyen TTH, Rasch V & Gammeltoft T (2010). *Induced abortion among HIV-positive women in Northern Vietnam: Exploring reproductive dilemmas*. Culture, Health and Sexuality **12**, S41-S54.
3. Delvaux D & Nstlinger C (2007) *Reproductive choice for women and men living with HIV: Contraception, abortion and fertility*. Reproductive Health Matters **15**, 46-66.
4. Gammeltoft T (2007) *Prenatal diagnosis in Postwar Vietnam: Power, Subjectivity and Citizenship*. American Anthropologist **109**, 153-163.
5. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2008) *2008 Report on the global AIDS epidemic*.

6. Kanniappan S, Jeyapaul MJ & Kalyanwala S (2008) *Desire for motherhood: exploring HIV positive women's desires, attention and decision-making in attaining motherhood*. *AIDS Care* **20**, 625-630.
7. Oosterhoff P, Anh NT, Hanh NTT, Yen PN, Wright P & Hardon A (2008) *Holding the line: family responses to pregnancy and the desire for a child in the context of HIV in Vietnam*. *Culture, Health & Sexuality* **10** (Suppl.1), 1-14.
8. United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) (2008) *Third country report on following up to the declaration of commitment on HIV/AIDS*. Hanoi.
9. Van Benthem BHB, De Vincenzi I, Delmas MC, Larsen C, Van den Hoek A & Prins M (2000) *Pregnancies before and after HIV diagnosis in a European cohort of HIV-infected women*. *AIDS* **14**, 2171-2178.
10. Vietnam Ministry of Health (VMOH) (2006) *Report 149/BC-BYT: Five-year review workshop on HIV/AIDS prevention and control in 2001/2005 and action plan for 2006/2010*. Hanoi, Medical Publishing House.
11. WHO, UNAIDS, UNICEF (2009) *Towards universal access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector*. Progress report . WHO, Geneva.

## CHU TRÌNH CHÍNH SÁCH

TS. Trần Văn Tiến<sup>1</sup>

Hoạch định chính sách là một trong những nhiệm vụ quan trọng nhất của công tác quản trị. Chính sách y tế thuộc nhóm chính sách công; chính sách công được xây dựng và triển khai thực hiện nhằm các mục tiêu định trước, cung cấp các giải pháp để giải quyết các vấn đề xã hội. Chính sách được công bố bằng các hình thức văn bản quy phạm pháp luật khác nhau, về những việc chính phủ sẽ làm hoặc sẽ không làm.

Có nhiều mô hình hoạch định chính sách, trong đó mô hình “duy lý” (rationalist model) được các đa số học giả cho là mô hình tối ưu. Trong mô hình “duy lý”, quy trình xây dựng, triển khai và thực hiện chính sách bao gồm nhiều bước tuần tự, lặp lại nên được gọi là chu trình chính sách (policy cycle). Chu trình chính sách kinh điển bao gồm 5 bước, được các học giả Australia chi tiết hóa thành 8 bước (xem hộp 1).

Chu trình chính sách được xây dựng dựa trên quan điểm quá trình xây dựng và thực hiện các chính sách công thường là một quá trình liên tục, không có điểm kết thúc: mỗi chính sách hiện hành có thể là sự tiếp nối hoặc phụ thuộc vào một hay nhiều chính sách đã được ban hành trước đó; chính sách hiện hành luôn cần được điều chỉnh cho phù hợp với những biến đổi về kinh tế, xã hội và văn hóa; một chính sách đang thực hiện hôm nay có thể dẫn tới các chính sách mới trong tương lai. Thực hiện tốt các bước trong chu trình sẽ giúp cho chính sách được thiết kế đảm bảo các nguyên tắc cơ bản của chính sách công: vì lợi ích công; bắt buộc thi hành; có hệ thống; tập hợp các quyết định; liên đới; kế thừa lịch sử và quyết định theo đa số.

Khởi đầu của mỗi chu trình chính sách là bước xác định vấn đề (issue identification, problem determination). Đây là bước quyết

định cho việc có đưa một vấn đề về y tế vào kế hoạch xây dựng giải pháp chính sách để giải quyết hay không.

Sau khi vấn đề đã được lựa chọn đưa vào kế hoạch xây dựng chính sách, các bước tiếp theo của chu trình chính sách sẽ phân tích tìm nguyên nhân của vấn đề (bước phân tích chính sách policy analysis), xây dựng các phương án, các giải pháp chính sách để giải quyết vấn đề (bước xây dựng policy instruments). Trong chu trình chính sách, bước phân tích chính sách có thể coi là bước quan trọng nhất. Phân tích chính sách tốt đòi hỏi đội ngũ chuyên gia có trình độ và kinh nghiệm, đòi hỏi thời gian và có đủ thông tin.

Các phương án chính sách sẽ được công bố xin ý kiến tham vấn của các bên liên quan, bao gồm các chuyên gia, tổ chức nghiên cứu chính sách, cơ quan quản lý y tế các cấp, các nhóm dân cư theo khu vực địa lý, kinh tế xã hội, người cung ứng dịch vụ vv... (bước “tham vấn” consultation). Bước tham vấn đảm bảo tập hợp được ý kiến tham vấn của tất cả các bên liên quan, từ các chuyên gia cho tới người hưởng lợi (người dân và người cung ứng dịch vụ y tế) và nhà quản lý, nhằm tập hợp các thông tin, bằng chứng cần cho sự lựa chọn phương án chính sách tối ưu.

Bước “phối hợp” bao gồm những hoạt động thảo luận, đàm phán, tạo sự đồng thuận trong các bộ, ngành liên quan nhằm đảm bảo sự đáp ứng của tổ chức bộ máy, nhân lực và nguồn lực tài chính do phương án chính sách.

<sup>1</sup> Phó Vụ trưởng Vụ Bảo hiểm Y tế, Bộ Y tế

Sau khi các phương án chính sách được hoàn thành với sự tham vấn của các bên liên quan, sự đồng thuận của của các bộ, ngành, cơ quan có thẩm quyền sẽ ra quyết định lựa chọn ban hành một trong những phương án chính sách (bước “quyết định chính sách” policy adoption). Hoạt động giải trình, thuyết phục có vai trò quan trọng đối với quyết định lựa chọn chính sách của cơ quan có thẩm quyền.

Sau khi phương án chính sách được cơ quan có thẩm quyền quyết định lựa chọn và ban hành, chính sách được triển khai thực hiện.

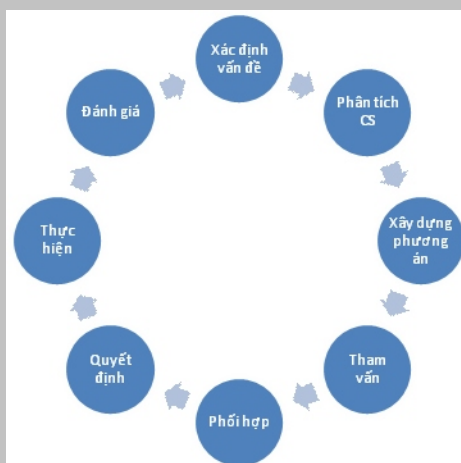
Tuy là bước cuối cùng trong chu trình chính sách, nhưng bước đánh giá chính sách vẫn có vai trò đặc biệt quan trọng. Đánh giá chính sách, nếu được một cách khoa học, khách quan, sẽ cung cấp các thông tin cần thiết cho sự khởi đầu của một chu trình chính sách mới: mọi bằng chứng về ưu điểm, nhược điểm của chính sách được tập hợp, phân tích, các vấn đề phát sinh sẽ

được phát hiện; kết quả đánh giá sẽ tạo cơ sở cho việc điều chỉnh chính sách, hoặc xây dựng các phương án chính sách hoàn toàn mới.

Các học giả Harvard đề xuất khi xây dựng chính sách y tế cần dựa trên khung lý thuyết 5 “nút” điều khiển của hệ thống y tế (“five control knobs”, bao gồm các nút Tài chính - Cách thức huy động nguồn tài chính cho y tế như thế nào, sử dụng và phối hợp các cơ chế tài chính ra sao nhằm mục tiêu hiệu quả và công bằng); nút Phương thức chi trả - Lựa chọn và sử dụng phương thức chi trả chi phí khám chữa bệnh cho nhà cung ứng dịch vụ); nút Tổ chức hệ thống cung ứng dịch vụ, nút Công cụ quản lý của Nhà nước và nút Tuyên truyền thay đổi hành vi). Các nút điều hành nói trên có tính chất quyết định đối với hiệu quả hoạt động của các hệ thống y tế và có thể điều chỉnh được bằng chính sách y tế. Do vậy, để giải quyết các vấn đề chính sách, các giải pháp chính sách cần can thiệp vào các “nút” đó.

*Hộp 1. Chu trình chính sách chi tiết 8 bước của Bridgman và Davis.*

Peter Bridgman và Glyn Davis (trong *The Australian Policy Handbook*) chia nhỏ 3 bước đầu của chu trình chính sách công nói trên thành 6 bước, tạo ra một chu trình chính sách 8 bước. Các bước trong chu trình chính sách theo nhóm học giả Australia nói trên bao gồm: 1) Xác định vấn đề (identify issues); 2) Phân tích chính sách (policy analysis); 3) Xây dựng phương án chính sách (policy instruments); 4) Tham vấn (consultation); 5) Điều phối (coordination); 6) Quyết định (decision); 7) Thực hiện (implementation); 8) Đánh giá (evaluation).



Sơ đồ chu trình chính sách 8 bước (Bridgman và Davis)

### **Xây dựng chính sách dựa trên bằng chứng**

Xây dựng chính sách dựa trên bằng chứng (evidence based policy) là cách tiếp cận giúp cho các nhà hoạch định chính sách ban hành các quyết định chính sách dựa trên các bằng chứng khoa học tốt nhất được cung cấp ngay trong quá trình xây dựng và thực hiện chính sách<sup>2</sup>. Cách tiếp cận xây dựng chính sách dựa trên bằng chứng ngày nay đã trở thành phổ biến, bởi nó giúp đảm bảo chính sách có hiệu quả tốt, đạt được mục tiêu xác định trước.

Xây dựng chính sách dựa trên bằng chứng sử dụng những bằng chứng tin cậy nhất, đối lập với phương pháp xây dựng chính sách dựa trên các ý kiến chủ quan (opinion based policy), xuất phát từ các kết quả nghiên cứu đơn lẻ, không đảm bảo chất lượng nghiên cứu hoặc từ những quan điểm, ước đoán chủ quan.

Tuy nhiên, không phải bằng chứng từ các nghiên cứu nào cũng có đủ mức độ tin cậy để làm cơ sở cho xây dựng chính sách do những hạn chế trong thiết kế nghiên cứu, phương pháp nghiên cứu và tập hợp, xử lý số liệu nghiên cứu. Vì vậy, cần có sự phân tích bối cảnh nghiên cứu, điểm mạnh, điểm yếu của mỗi nghiên cứu khi sử dụng bằng chứng từ các nghiên cứu đó.

Việc xây dựng chính sách y tế không chỉ dựa trên bằng chứng khoa học mà còn dựa trên kinh nghiệm thực tiễn, nguồn lực, các giá trị xã hội và phong tục, tập quán, truyền thống văn hóa.

### **Phân tích tác động chính sách**

Phân tích tác động của chính sách (Regulatory Impact Analysis - RIA) là công cụ quan trọng để phân tích chính sách, đánh giá các giải pháp, các lựa chọn chính sách. RIA được thực hiện lần đầu tiên cuối thập kỷ 70. Hiện nay, tất cả các nước khối OECD và nhiều nước đang phát triển đã sử dụng công cụ này trong quá trình hoạch định chính sách. Ở nước ta, đánh giá tác động chính sách trong quá trình hoạch định chính sách đã được quy định trong Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật năm 2008.

Nghiên cứu RIA phân tích điểm mạnh, điểm yếu, phân tích chi phí cơ hội, phân tích chi phí lợi ích, chi phí hiệu quả của các phương án chính sách khác nhau. Dựa trên kết quả đánh giá, báo cáo RIA đề xuất được phương án chính sách hợp lý với chi phí thấp nhất. RIA cũng giúp tham vấn với các nhóm lợi ích khác nhau liên quan đến chính sách. RIA giúp liên kết và thống nhất được các mục tiêu khác nhau của các chính sách khác nhau (kinh tế, xã hội và môi trường); qua đó, giúp đảm bảo tính thống nhất, đồng bộ của chính sách nhà nước.

### **Kết luận**

Ngày nay, việc áp dụng chu trình chính sách là một hoạt động thường quy trong hoạch định chính sách ở nhiều quốc gia phát triển trên thế giới. Thực hiện nghiêm túc và trọn vẹn các bước trong chu trình chính sách, từ bước xác định các vấn đề chính sách để lên kế hoạch xây dựng chính sách cho tới bước đánh giá chính sách đã được triển khai thực hiện, với sự tham gia của tất cả các bên liên quan và sự tham gia của các tổ chức nghiên cứu tham vấn chính sách độc lập trong phân tích, đánh giá chính sách sẽ giúp cho công tác hoạch định chính sách đạt được hiệu quả cao nhất.

<sup>2</sup> Davies, P.T. 1999, 'What is Evidence-Based Education?', *British Journal of Educational Studies*, 47, 2, 108-121: "an approach that helps people make well informed decisions about policies, programmes and projects by putting the best available evidence from research at the heart of policy development and implementation".

<sup>i</sup> World Health Organization, 2006. Health policy development: a handbook for Pacific Islands practitioners, trg 20.

<sup>ii</sup> Ramon Mallon, Cẩm nang thực hiện quá trình đánh giá dự báo tác động pháp luật (RIA), Khuôn khổ hợp tác giữa GTZ và Ban Nghiên cứu của Thủ tướng Chính phủ, Hà Nội, 2005, tr. 9-10

<sup>iii</sup> World Health Organization, 2006. Health policy development: a handbook for Pacific Islands practitioners

## LỰA CHỌN THUỐC DỰA TRÊN BẢNG CHỨNG ĐÁNH GIÁ KINH TẾ TỔNG QUAN TỪ TÀI LIỆU QUỐC TẾ

Nguyễn Khánh Phương<sup>1</sup>

### Tại sao lựa chọn thuốc cần dựa trên bảng chứng đánh giá kinh tế dược

Trong hệ thống y tế, cùng với nhân lực, thuốc và các sản phẩm y học, vắc-xin và trang thiết bị y tế là yếu tố đầu vào quan trọng của toàn bộ hệ thống (WHO, World Health Report 2000: Performance of Health System). Số liệu thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới cho biết chi tiêu cho thuốc chiếm tỷ lệ 25-66% tổng chi y tế tại các quốc gia đang phát triển<sup>2</sup>. Tại Việt Nam, chi cho thuốc chiếm tỷ trọng lớn trong tổng nguồn lực cho chăm sóc sức khỏe. Theo số liệu Tài khoản Y tế Quốc gia năm 2007, chi cho thuốc chiếm 40% tổng chi toàn xã hội cho y tế (Bộ Y tế, Tài khoản y tế quốc gia 2007). Do đó, việc quản lý cung ứng và sử dụng thuốc đóng một vai trò rất quan trọng trong việc sử dụng hiệu quả nguồn lực cho y tế nhằm mục tiêu chăm sóc sức khỏe công bằng, hiệu quả và phát triển. Trong chu trình quản lý cung ứng thuốc do Tổ chức Y tế Thế giới và tổ chức Management Sciences for Health (MSH) xây dựng bao gồm bốn bước: chọn thuốc, mua thuốc, cấp phát và sử dụng thuốc. Trong đó, chọn thuốc là khâu đầu tiên, có vai trò rất quan trọng, quyết định liệu việc cung ứng thuốc có đáp ứng nhu cầu điều trị, ở mức chi phí hợp lý và đảm bảo chất lượng, hiệu quả và an toàn.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, việc chọn thuốc phải đảm bảo ba tiêu chí cơ bản chung là<sup>3</sup>:

Đảm bảo chi phí thuốc ở mức chi trả được và có tính chi phí - hiệu quả để sử dụng tối ưu nguồn tài chính cho CSSK;

Đáp ứng nhu cầu điều trị phù hợp với mô hình bệnh tật;

Đảm bảo thuốc an toàn, hiệu quả và có chất lượng.

Trên thực tế, các tiêu chí cụ thể cho việc lựa chọn thuốc bao gồm: nhu cầu theo mô hình bệnh tật, năng lực của nhân viên y tế, khả năng tài chính, tính an toàn và hiệu quả của thuốc theo ghi nhận trong các tài liệu, chất lượng, sinh khả dụng và tính ổn định của thuốc, chi phí điều trị<sup>4</sup>. Trong các tiêu chí lựa chọn thuốc thiết yếu do Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo cũng ghi rõ cần lựa chọn thuốc dựa trên kết quả phân tích chi phí hiệu quả<sup>5</sup>. Như vậy có thể thấy khi chọn thuốc bên cạnh các yếu tố về điều trị, yếu tố kinh tế đóng vai trò rất quan trọng<sup>6</sup>. Việc sử dụng các bằng chứng về đánh giá kinh tế (economic evaluation) đang ngày càng được chú trọng trên thế giới. Xu hướng sử dụng các thông tin, kết quả đánh giá kinh tế trong việc quyết định lựa chọn thuốc hoặc can thiệp y tế ngày càng gia

<sup>1</sup> Trưởng Khoa Nghiên cứu Kinh tế Y tế, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế.

<sup>2</sup> WHO (2010), 10 facts on essential medicines, accessing to [http://www.who.int/features/factfiles/essential\\_medicines/en/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/essential_medicines/en/index.html) on June 22nd, 2011

<sup>3</sup> WHO (2004), Management of drugs at health centre level, Africa

<sup>4</sup> David Peter (2006), The drug management cycle, The John Hopkins University

<sup>5</sup> WHO (2002), The selection of essential medicines, Geneva

<sup>6</sup> Anthony Savelli, Harald Schwarz, Andrei Zagorski, Alexander Bykov (1996), Manual for the development and Maintenance of hospital drug formularies

tăng, đặc biệt trong các chương trình BHYT quốc gia hoặc chương trình CSSK do nhà nước tài trợ. Tại Mỹ, nhu cầu đối với các thông tin về chi phí-hiệu quả của thuốc ngày càng phổ biến. Trong gói kích thích kinh tế 787 tỷ đô la năm 2009, chính phủ Mỹ đã dành 1,1 tỷ đô la cho việc nghiên cứu so sánh hiệu quả của các thuốc, can thiệp y tế<sup>7</sup>.

**Đánh giá Kinh tế được là gì?**

Theo Hiệp hội quốc tế về Kinh tế Dược và Nghiên cứu Kết quả (IPSOR), Kinh tế dược (pharmacoeconomics) là khoa học đánh giá các sản phẩm dược cũng như các can thiệp y tế về các khía cạnh lâm sàng, kinh tế và nhân văn để cung cấp thông tin cho nhà quản lý, cung cấp dịch vụ y tế và bệnh nhân nhằm đạt kết quả tối ưu và phân bổ nguồn lực CSSK theo cách tốt nhất<sup>8</sup>. Kinh tế dược là sự kết hợp các môn khoa học khác nhau như kinh tế y tế, đánh giá lâm sàng, phân tích nguy cơ, đánh giá công nghệ, dịch tễ học... Đánh giá kinh tế là nền tảng cơ bản của kinh tế dược. Các kỹ thuật chủ yếu của Kinh tế dược bao gồm: phân tích giảm thiểu chi phí (cost minimization), phân tích chi phí hiệu quả (cost-effectiveness), phân tích chi phí thỏa dụng (cost utility), phân tích chi phí lợi ích (cost benefit), phân tích chi phí của ốm đau/bệnh tật. Về bản chất, các kỹ thuật này đều là sự so sánh giữa hai lựa chọn có thể thay thế nhau (hai thuốc, hai liệu pháp điều trị, hai biện pháp can thiệp y tế) về mặt kết quả và tổng chi phí điều trị. Tùy theo cách đo lường kết quả mà các kỹ thuật mang tên gọi khác nhau. Trong các kỹ thuật này, phân tích chi phí hiệu quả và phân tích chi phí thỏa dụng là hai phương pháp thường được sử dụng trong các hướng dẫn kinh tế dược được ban hành tại nhiều nước<sup>9</sup>. Do đó, có thể nói kinh tế dược chính là kinh tế y tế hoặc nghiên cứu kết quả y tế trong lĩnh vực dược.

**Vai trò và ứng dụng của đánh giá kinh tế dược trong lựa chọn thuốc**

Vai trò của đánh giá kinh tế dược phát huy khá rõ rệt trong lĩnh vực dược. Một trong những

ứng dụng quan trọng của đánh giá Kinh tế dược là cung cấp thông tin về khía cạnh hiệu quả kinh tế làm cơ sở cho việc lựa chọn thuốc thanh toán, xây dựng danh mục thuốc bệnh viện, hướng dẫn điều trị. Trong những năm gần đây, Kinh tế dược phát triển nhanh chóng, được ứng dụng rộng rãi và có những đóng góp quan trọng cho việc đưa ra các quyết định chăm sóc y tế trong cả khu vực công lập và tư nhân. Số liệu từ Trung tâm nghiên cứu về phát triển thuốc Tufts cho thấy các nghiên cứu kinh tế dược hiện chiếm khoảng 1% tổng chi phí nghiên cứu và phát triển (R&D) và nhu cầu đối với các nghiên cứu này đang gia tăng nhanh chóng. Tại Australia và Canada, việc xem xét chấp nhận một thuốc mới vào danh mục thuốc quốc gia phụ thuộc khá lớn vào kết quả nghiên cứu kinh tế dược. Các nước có thể có cách tiếp cận khác nhau sử dụng đánh giá Kinh tế dược trong xác lập mức giá thuốc thanh toán và quyết định chi trả. Trong một nghiên cứu gần đây tại 9 nước châu Âu, một phần ba số người được hỏi đến từ các cơ quan của chính phủ, bác sỹ, dược sỹ bệnh viện, quản lý bệnh viện, quỹ đầu ốm và các công ty dược phẩm cho biết có sử dụng các kết quả từ nghiên cứu kinh tế y tế để đưa ra các quyết định xử trí công việc (Hoffman 2000). Tại Mỹ mặc dù nghiên cứu kinh tế dược không nằm trong số các yêu cầu bắt buộc khi nộp hồ sơ đăng ký thuốc mới tại Cơ quan quản lý thuốc và thực phẩm, nhưng Kinh tế dược có một ý nghĩa quan trọng trong việc lựa chọn thuốc đưa vào các chương trình CSSK của nhà nước và chương trình BHYT tư nhân. Trong một nghiên

<sup>7</sup> International Society for Pharmacoeconomic and Outcome Research, access to website at [http://www.ispor.org/workpaper/ispor\\_comments/index.asp](http://www.ispor.org/workpaper/ispor_comments/index.asp)

<sup>8</sup> International Society for Pharmacoeconomic and Outcome Research, access to website at <http://www.ispor.org/terminology/default.asp>

<sup>9</sup> Surachat Ngorsuraches (2008), Defining types of economic evaluation, Journal of Medical Association of Thailand, Vol 91 Suppl.2

cứu gần đây, 88% các nhà quản lý từ 15 chương trình chăm sóc sức khỏe toàn nước Mỹ cho rằng các thông tin kinh tế được rất hữu ích. Các chương trình ngày càng gia tăng việc đòi hỏi hoặc khuyến khích các công ty được cung cấp các thông tin kinh tế được khi muốn được chương trình chi trả các thuốc mới. Chính phủ, cơ quan BHYT có thể sử dụng các kết quả nghiên cứu chi phí - hiệu quả để từ chối hoặc hạn chế chi trả các thuốc hoặc can thiệp y tế quá tốn kém<sup>10</sup>. Đây chính là lý do gây ra sự bùng nổ các nghiên cứu về kinh tế được tại các công ty dược của Mỹ. Ngay từ những năm 90 của thế kỷ trước, sử dụng các thông tin chi phí - hiệu quả là một chiến lược tiếp thị quan trọng của các công ty dược để giành quyền cung cấp thuốc cho các chương trình chăm sóc sức khỏe được quản lý tập trung (HMO). Năm 1994, tính bình quân mỗi công ty dược phẩm tại Mỹ đã tiến hành 24 nghiên cứu Kinh tế được.

Kết quả của các nghiên cứu Kinh tế được có ý nghĩa quan trọng trong việc đưa ra quyết định sử dụng nguồn lực một cách khôn ngoan, công bằng và hiệu quả. Chính vì vậy, các nghiên cứu này cần phải được thực hiện theo các chuẩn mực nhất định đảm bảo tính khoa học, tin cậy. Nhiều nước đã ban hành Hướng dẫn đối với việc tiến hành các nghiên cứu Kinh tế được. Năm 2004,

Tony Tarn và Marilyn Smith đã tiến hành rà soát các Hướng dẫn nghiên cứu Kinh tế được của 33 nước trong đó có 8 nước yêu cầu kết quả nghiên cứu kinh tế được trong hồ sơ thuốc mới khi nộp cho cơ quan có thẩm quyền để xét đưa vào danh sách thanh toán, 20 nước không bắt buộc đưa vào hồ sơ nhưng có dùng kết quả phân tích kinh tế được khi lựa chọn thuốc đưa vào chương trình thanh toán. Tại châu Á có Thái Lan, Trung Quốc, Đài Loan, Hàn Quốc và Israen đã ban hành Hướng dẫn này, trong đó Thái Lan yêu cầu phân tích Kinh tế được trong hồ sơ nộp để đưa thuốc mới vào chương trình thanh toán BHYT từ năm 2008.

Từ kinh nghiệm quốc tế cho thấy rõ xu hướng sử dụng kết quả các nghiên cứu đánh giá Kinh tế được trong lựa chọn thuốc thanh toán trong chương trình BHYT hoặc CSSK do nhà nước tài trợ nhằm nâng cao chất lượng và hiệu quả sử dụng nguồn kinh phí vốn hạn hẹp cho CSSK./.

<sup>10</sup> AMCP Guide to Pharmaceutical Payment methods, 2009 update (version 2.0), Journal of Managed care Pharmacy Supplement (2009), Vol 15 No 6a



## KÉO DÀI THỜI GIAN NUÔI CON 6 THÁNG BẰNG SỮA MẸ GÓP PHẦN NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG DÂN SỐ VIỆT NAM

TS. Nguyễn Đức Mạnh<sup>1</sup>

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ X của Đảng đã khẳng định: “Xây dựng chiến lược quốc gia về nâng cao sức khỏe, tầm vóc con người Việt Nam, tăng tuổi thọ và cải thiện chất lượng giống nòi”. Pháp lệnh số 06/2003/PL-UBTVQH11 ngày 09 tháng 01 năm 2003 của Ủy ban thường vụ Quốc hội cũng nêu rõ: “Nâng cao chất lượng dân số (CLDS) là chính sách cơ bản của Nhà nước trong sự nghiệp phát triển đất nước. Nhà nước thực hiện chính sách nâng cao chất lượng dân số về thể chất, trí tuệ và tinh thần nhằm nâng cao chỉ số phát triển con người của Việt Nam lên mức tiên tiến của thế giới, đáp ứng yêu cầu công nghiệp hóa, hiện đại hóa đất nước”. Để thực hiện mục tiêu trên, trước hết cần phải thực hiện tốt việc bảo vệ, chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em. Sức khỏe của bà mẹ và trẻ em được bảo vệ, chăm sóc tốt là tiền đề để nâng cao chất lượng dân số nước ta.

### CƠ SỞ KHOA HỌC VÀ THỰC TIỄN

#### Khái niệm chất lượng dân số

Theo Pháp lệnh dân số của Việt Nam tại Điều 3, Mục 6 nêu rõ: “*Chất lượng dân số là sự phản ánh các đặc trưng về thể chất, trí tuệ và tinh thần của toàn bộ dân số*”<sup>2</sup>.

Theo khái niệm trên thì các đặc trưng về thể chất, trí tuệ và tinh thần của các nhóm dân số là cấu thành của toàn bộ chất lượng dân số. Từ đó suy ra các chỉ số đặc trưng về thể chất, trí tuệ và tinh thần của nhóm bà mẹ và trẻ em đang được nuôi bằng sữa mẹ là thể hiện cụ thể của chất lượng dân số.

Về thể chất có nhiều yếu tố, nhưng đặc trưng nhất là các số đo về chiều cao, cân nặng, sức mạnh, tốc độ, sức bền, sự khéo léo, dinh dưỡng, bệnh tật, tuổi thọ; các yếu tố giống nòi, gen di truyền (như tật nguyên bẩm sinh, thiếu năng trí tuệ, nhiễm chất độc da cam...) của người dân.

Về trí tuệ, có các yếu tố trình độ văn hoá, thẩm mỹ, trình độ khoa học kỹ thuật, tay nghề...

Về tinh thần, có các yếu tố tâm lý, tình cảm, cảm thụ và hấp thụ; phản ánh các hành vi văn hóa...

#### Những yếu tố tác động ảnh hưởng tới chất lượng dân số nhóm bà mẹ và trẻ em

**Về vật chất:** Trong năm đầu đời, trọng lượng trẻ sơ sinh sẽ tăng gấp 3 lần và chiều cao tăng gấp 2 lần. Trẻ cần số năng lượng tính trên cân nặng cao gấp 3-4 lần so với người lớn. Cụ thể, trẻ sơ sinh cần 90-120 kcal/kg, trong khi đó người lớn chỉ cần 30-50 kcal/kg. Năng lượng cho sự tăng trưởng và phát triển của trẻ từ các chất bột đường (lactose) và chất béo chủ yếu có trong sữa mẹ<sup>3</sup>. Các nhà dinh dưỡng khẳng định, trẻ từ thời kỳ bào thai đến khi được 24 tháng tuổi là thời gian khởi đầu để chăm sóc dinh dưỡng tốt. Cân nặng của trẻ tăng nhanh trong năm thứ nhất, đặc biệt là 3 tháng đầu tiên. Đến tháng thứ 4 sau khi

<sup>1</sup> Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

<sup>2</sup> Pháp lệnh số 03/2003/PL-UBTVQH11 của Ủy ban Thường vụ Quốc hội ngày 9/1/2003 về Dân số; có hiệu lực kể từ ngày 1/5/2003.

<sup>3</sup> <http://brt.vn/13/25543/Loi-ich-cua-sua-me-doi-voi-suc-khoe-cua-tre.htm>

sinh, cân nặng của trẻ đã tăng gấp đôi cân nặng khi sinh (ở thập kỷ 70 - 80 phải đến 6 tháng tuổi mới đạt được mức này). Nếu không có dinh dưỡng hợp lý, đặc biệt là thiếu sữa mẹ trong giai đoạn này, trẻ có thể bị các tổn thương không thể phục hồi được và truyền cho thế hệ kế tiếp. Những nghiên cứu của WHO đã cho thấy ý nghĩa vô cùng quan trọng khi trẻ được bú mẹ. Đó là nếu tỷ lệ nuôi con bằng sữa mẹ cao, đạt khoảng 99%, có thể giảm được tử vong ở trẻ 36 tháng xuống 9,1% và gánh nặng bệnh tật xuống 8,6%<sup>4</sup>. “Nuôi con bằng sữa mẹ là một việc quan trọng giúp cải thiện sự sống còn của trẻ”, (Ann M. Veneman, Giám đốc Điều hành UNICEF)<sup>5</sup>.

Đối với các bà mẹ, việc cho con bú giúp mẹ giảm đáng kể nguy cơ các bệnh ung thư. Quỹ nghiên cứu ung thư thế giới cho biết việc nuôi con bằng sữa mẹ trong 1 năm sẽ làm giảm 4,8% khả năng phát triển bệnh ung thư. Thời gian cho con bú càng nhiều, nguy cơ mắc bệnh càng thấp. Các nhà nghiên cứu giải thích rằng, do quá trình cho con bú làm hạ thấp lượng hoóc môn liên quan đến ung thư trong máu người mẹ, và thời điểm trước khi cai sữa, cơ thể sẽ tự giải thoát mình khỏi những tế bào vú bị hư hại (vốn có thể chuyển thành ung thư trong tương lai). Cho con bú cũng làm giảm nguy cơ bị ung thư của đứa trẻ khi lớn lên, nhờ làm giảm được nguy cơ béo phì của bé. Ngoài ra, việc nuôi con tự nhiên này cũng làm hạ thấp nguy cơ bị ung thư tử cung và giảm 1/4 bị bệnh tim mạch<sup>6</sup>. Khoa học thế giới hiện đại đã chứng minh rằng, việc trẻ được bú sữa mẹ còn có thêm 3 lợi ích: giảm tỷ lệ trẻ mắc bệnh béo phì; giảm nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường khi trưởng thành và nguy cơ mắc các bệnh tim mạch khi về già.

**Về trí tuệ:** Não bộ hình thành và phát triển chủ yếu từ trong giai đoạn bào thai và hoàn thiện dần ngay sau khi sinh: 3 tháng đầu tốc độ phát triển 250.000 tế bào một phút tiếp tục tăng nhanh sau khi sinh. Khi sinh não chưa trưởng thành vì chưa myelin hóa, 6 tháng tuổi đã có thùy rãnh nhưng chưa sâu như người lớn. Sau 1 năm trọng lượng não gấp 2-3 lần khi sinh, 3 tuổi

gấp 4 lần và bằng 80% với 14 tỷ tế bào như người lớn, 8-9 tuổi biệt hóa như người lớn. Giai đoạn trẻ dưới 1 tuổi là thời kỳ phát triển và tăng trưởng nhanh chóng của não bộ. Khẩu phần ăn trong giai đoạn này có tác động đáng kể lên sự phát triển thần kinh. Các acid béo như DHA, ARA, linoleic acid và linolenic, folic acid, taurine và sắt đồng thời có tác động lên sự phát triển thần kinh của trẻ. “Dinh dưỡng không đầy đủ trong các giai đoạn nhạy cảm trong thời kỳ đầu phát triển bộ não có thể ảnh hưởng lâu dài đến chức năng nhận thức” (A.Lucas, BMJ, 1998)<sup>7</sup>.

Trẻ bị thấp còi hoặc sinh ra thiếu cân sẽ bị hạn chế trong học tập, thu nhập thấp khi lớn lên, gây trở ngại cho phát triển nhận thức và tiềm lực kinh tế. Và những đứa trẻ này lại có thể sinh ra một thế hệ cũng thấp còi như chúng.

Nhiều cuộc nghiên cứu đã chứng minh rằng những em bé được nuôi bằng sữa mẹ sau này sẽ trở nên thông minh hơn những đứa bé được nuôi bằng sữa bột. Vào năm 2008, các nhà nghiên cứu ở Đại học McGill (Canada) phát hiện ra rằng những trẻ đã bú mẹ sẽ có kết quả kiểm tra IQ tốt hơn các bé chỉ dùng sữa bột khi ở tuổi lên 6. GS Michael Kramer cho rằng: “Bú mẹ trong một thời gian dài và bú mẹ là chủ yếu sẽ giúp phát triển nhận thức”. Cuộc nghiên cứu mới nhất đã theo dõi sự phát triển ở các em bé được sinh ra tại các bệnh viện ở Belarus, những đứa trẻ được nuôi bằng sữa mẹ thể hiện sự thông minh hơn hẳn các bạn đồng trang lứa được nuôi bằng sữa bột. Họ chỉ ra rằng những đứa bé được

<sup>4</sup> Tú Linh.

[http://www.tin247.com/ngghi\\_thai\\_san\\_6\\_thang\\_la\\_hop\\_ly-10-29188.html](http://www.tin247.com/ngghi_thai_san_6_thang_la_hop_ly-10-29188.html) Nghỉ thai sản 6 tháng là hợp lý.

<sup>5</sup> [http://www.unicef.org/vietnam/vi/media\\_8707.html](http://www.unicef.org/vietnam/vi/media_8707.html)

<sup>6</sup> T. An (theo Dailymail).

[http://www.tin247.com/cho\\_con\\_bu\\_giup\\_me\\_giam\\_dang\\_ke\\_nygu\\_co\\_ung\\_thu-10-21275965.html](http://www.tin247.com/cho_con_bu_giup_me_giam_dang_ke_nygu_co_ung_thu-10-21275965.html)

<sup>7</sup> [http://www.ttdinhduong.org/news.php?id=264&page\\_name=dd\\_dongdoi](http://www.ttdinhduong.org/news.php?id=264&page_name=dd_dongdoi) Sữa giúp trẻ thông minh hơn (14-08-2008)

bú mẹ đều đặn trong 3 tháng đầu tiên - cùng với nhiều đứa bé được tiếp tục bú mẹ đến 1 tuổi - đạt điểm số cao hơn 5,9 điểm so với điểm số trung bình khi làm các bài kiểm tra IQ ở tuổi thiếu niên<sup>8</sup>.

**Về tinh thần:** Giai đoạn từ 0-18 tháng (tuổi sơ sinh và nhũ nhi), các giác quan phát triển để tiếp nhận mọi kích thích từ môi trường sống, mang tâm lý xã hội đầu tiên. Giai đoạn này sự gắn bó mẹ con bảo đảm các nhu cầu hợp lý cho trẻ, nhờ đó tạo ra sự an tâm cho trẻ, khuyến khích sự phát triển tiềm năng sinh học ban đầu. Những đứa trẻ, do sự chăm sóc không hợp lý, bị hẫng hụt tâm lý, làm tổn thương cảm giác an toàn, gây cho trẻ sợ hãi, làm giảm tiềm năng của trẻ. Biểu hiện thường thấy là trẻ "khó tính" trong ăn ngủ, phát triển thể chất kém.

Theo báo cáo của các nhà nghiên cứu tại Úc, trẻ được kéo dài thời gian bú mẹ trên 6 tháng tuổi ít nguy cơ bị mắc các vấn đề về sức khỏe tinh thần trong cuộc đời hơn trẻ được bú mẹ dưới 6 tháng tuổi. Bú mẹ ngoài 6 tháng tuổi giúp trẻ phát triển tâm lý tốt hơn. *“Nuôi con bằng sữa mẹ trong một thời gian dài xem ra có nhiều lợi ích rõ nét về sức khỏe tinh thần khi trẻ vào tuổi vị thành niên”* (TS. Wendy Oddy, chủ trì công trình nghiên cứu). Việc đó có liên quan tích cực tới sức khỏe tinh thần và sự cân bằng tâm lý của trẻ trong thời thơ ấu, thời kỳ trưởng thành, thậm chí cả khả năng điều chỉnh để phù hợp với các yếu tố xã hội, kinh tế và tâm lý cũng như các biến cố đầu đời. Các bà mẹ cho con bú dưới 6 tháng nhiều khả năng bị mắc bệnh trầm cảm sau sinh hơn và con cũng có nhiều nguy cơ biểu hiện, hành vi xấu hơn, có thể dẫn đến sự hung hãn, trầm cảm hoặc suy nhược<sup>9</sup>.

Một nghiên cứu năm 2007 cho thấy những trẻ được bú mẹ cũng sẽ thành đạt hơn khi trưởng thành. Nhóm nghiên cứu của Đại học Bristol đã quan sát 1.400 đứa trẻ sinh từ 1937-1939 trong suốt 60 năm sau đó. Những trẻ được bú mẹ sẽ có nấc thang xã hội cao hơn những trẻ bú bình là 41%. Trẻ được bú mẹ kéo dài cũng sẽ thích nghi nhanh với sự thay đổi hơn, kết quả nghiên cứu

chỉ rõ. Những phụ nữ có nghề nghiệp ổn định cũng có xu hướng cho con bú lâu hơn những bà mẹ làm nhiều công việc khác nhau<sup>10</sup>.

### Một số thực trạng chất lượng dân số nhóm bà mẹ và trẻ em tại Việt Nam

Chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi, đặc biệt dưới 1 tuổi có ý nghĩa rất quan trọng có tính quyết định cả quá trình phát triển để trưởng thành của con người. Trong giai đoạn này trẻ em rất dễ bị bệnh tật, suy dinh dưỡng và đó cũng là các nguyên nhân chính dẫn đến tử vong trẻ em dưới 5 tuổi, dưới 1 tuổi và tình trạng thấp bé nhẹ cân của thanh niên Việt Nam.

**Về thể chất:** Những năm qua do có những chính sách đúng đắn của Nhà nước và những tiến bộ của ngành Y tế nước ta, tỷ lệ trẻ em tử vong dưới 5 tuổi và dưới 1 tuổi đã giảm rất rõ rệt. Tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi giảm từ 44,4‰ năm 1989 xuống 36,7‰ năm 1999 và còn 16‰ năm 2009<sup>11</sup>. Theo số liệu thống kê hàng năm trong bệnh viện cho thấy trẻ em chết cao nhất do 10 bệnh, trong đó: nhiễm khuẩn đường hô hấp và dinh dưỡng đứng thứ 3 và thứ 5 mặc dù tử vong do 6 bệnh ở trẻ em giảm đi rõ rệt vì đã được tiêm chủng.

Tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi ở một số vùng như Bắc Trung Bộ, Tây Nguyên và Tây Bắc còn rất cao, tới 22-30‰; Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân và thể thấp còi của trẻ em dưới 5 tuổi

<sup>8</sup> Ngọc Dung.

[http://www.tin247.com/nuoi\\_con\\_bang\\_sua\\_me\\_giup\\_tang\\_chi\\_so\\_iq-10-16479.html](http://www.tin247.com/nuoi_con_bang_sua_me_giup_tang_chi_so_iq-10-16479.html) Nuôi con bằng sữa mẹ giúp tăng chỉ số IQ

<sup>9</sup> Bú mẹ ngoài 6 tháng tuổi giúp trẻ phát triển tâm lý tốt hơn  
Translated by Minh Anh.

<http://hoilhpn.org.vn/NewsDetail.asp?Catid=231&NewsId=14266&lang=VN>. Nuôi con bằng sữa mẹ.

<sup>10</sup> <http://diendan.vietgiaitri.com/lofiversion/index.php?t69737.html>

<sup>11</sup> Dự thảo Đề án nâng cao chất lượng dân số Việt Nam giai đoạn 2011-2020.

của cả nước còn 21,2% và 33,9% (2007)<sup>12</sup> nhưng ở một số vùng như Bắc Trung Bộ, Tây Nguyên, Tây Bắc tỷ lệ này vẫn còn cao, trên 25% và trên 40%. Trẻ đẻ thấp cân, trẻ suy dinh dưỡng, trẻ em con nhà nghèo, điều kiện sinh hoạt có nhiều khó khăn tỷ lệ mắc cao hơn.

Thể lực của thanh niên Việt Nam 18 tuổi đã được cải thiện (năm 2003: nam 163,7 cm, nữ 153 cm). Tuy nhiên, so với chuẩn quốc tế (nam 176,8 cm, nữ 163,7 cm) thì chiều cao của thanh niên Việt Nam còn thấp hơn rất nhiều (13,1 cm đối với nam và 10,7 cm đối với nữ) so với các nước trong khu vực, chiều cao trung bình của thanh niên Việt Nam cũng thấp hơn 6-7 cm, so với thanh niên Singapore, 2 cm so với thanh niên Thái Lan và 2-3 cm so với thanh niên Quảng Tây - Trung Quốc. Chỉ số HDI của nước ta tuy có những tiến bộ đáng kể nhưng vẫn còn ở mức thấp, thấp hơn mức trung bình của thế giới (0,743 điểm) và mức trung bình của khu vực Châu Á-Thái Bình Dương (0,771 điểm)<sup>13</sup>.

Thực tế cho thấy một số chỉ tiêu phản ánh về sức khoẻ bà mẹ, trẻ em ở nước ta còn yếu kém: Tỷ suất tử vong mẹ còn cao, gấp 2 lần so với một số nước trong khu vực như Thái Lan, Singapore, Malaysia, gấp 4 lần so với Hàn Quốc. Với nhóm phụ nữ nuôi con nhỏ, xấp xỉ 20% rơi vào tình trạng rối nhiễu tâm trí, nhưng đáng chú ý là nhóm phụ nữ nghèo có tỷ lệ bị rối nhiễu tâm trí (22,5%), cao hơn so với phụ nữ không nghèo (14,4%)<sup>14</sup>.

TS. Nguyễn Công Khẩn, Nguyên Viện trưởng Viện Dinh dưỡng Quốc gia khẳng định, sự chăm sóc dinh dưỡng đầy đủ trong thời kỳ đầu của cuộc đời cho trẻ sẽ giảm rất lớn nguy cơ bị suy dinh dưỡng, mắc các bệnh tiêu chảy, tiểu đường và nhiều bệnh mạn tính khác. Dinh dưỡng đầy đủ, tốt nhất cho trẻ, trẻ nhỏ là sữa mẹ. Nhất là trong vòng 6 tháng đầu đời, sữa mẹ chính là nguồn dinh dưỡng tuyệt vời nhất cho trẻ. Ông Nguyễn Trọng An - Phó Cục trưởng Cục Bảo vệ chăm sóc trẻ em cũng cho rằng, hiện nay, Việt Nam là một trong những quốc gia có tỷ lệ suy

dinh dưỡng cao nhất thế giới. Nguyên nhân một phần là do không được bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu<sup>15</sup>.

**Về tinh thần:** Trong giai đoạn nuôi con bằng sữa mẹ, đặc biệt khi người mẹ sử dụng những ca từ như trong lời ru, những lời cung nựng, âu yếm, vỗ về sẽ tạo nên quan hệ tình cảm gắn bó giữa mẹ và con, làm giàu lên những cảm nhận của trẻ thơ về ngôn ngữ và âm nhạc. Tuy nhiên, hiện nay số bà mẹ trẻ ở Việt Nam biết những lời ru con không nhiều, thời gian người mẹ được nghỉ để nuôi con bằng sữa mẹ tối đa cũng chỉ có 4 tháng, thậm chí còn ít hơn rất nhiều do người mẹ phải đi làm việc sớm. Điều đó đã hạn chế thời gian gần gũi và giao tiếp ngôn ngữ, tình cảm giữa người mẹ và em bé. Đây là một thiệt thòi lớn cho trẻ thơ cũng như cho chính người mẹ.

Tiến sĩ Đinh Thị Kim Thoa, chuyên gia giáo dục của trường mầm non Hoàng Gia, cho rằng dù thời đại nào, lời ru vẫn luôn là một "món ăn tinh thần" bổ dưỡng cho bé<sup>16</sup>. Những lời ru ngọt ngào với giai điệu êm ái, nhẹ nhàng sẽ đưa bé dần dần đi vào giấc ngủ bình yên. Đặc biệt hơn, lời ru ấy chứa đựng tình cảm yêu thương trìu mến của mẹ gửi gắm vào. Bởi thế, nó nuôi dưỡng tâm hồn bé, làm cho sợi dây gắn bó với gia đình của bé được thắt chặt hơn.

Ngoài ra, đối với các bà mẹ, họ còn bị nhiều hành vi vi phạm pháp luật về bình đẳng giới trong gia đình cũng như trong các lĩnh vực chính

<sup>12</sup> Viện Dinh dưỡng quốc gia, Báo cáo năm 2007.

<sup>13</sup> Báo cáo của Viện Dinh dưỡng quốc gia.

<sup>14</sup> Bs. Ts. Trần Tuấn. Thực trạng gánh nặng sức khỏe tâm thần của bà mẹ và trẻ em. Tạp chí Gia đình & Trẻ em. Tháng 8/2005. trang 13.

<sup>15</sup> Tú Linh. [http://www.tin247.com/ngghi\\_thai\\_san\\_6\\_thang\\_la\\_hop\\_ly-10-29188.html](http://www.tin247.com/ngghi_thai_san_6_thang_la_hop_ly-10-29188.html) Nghi thai sản 6 tháng là hợp lý

<sup>16</sup> Minh Thùy. [http://www.tin247.com/chuyen\\_ru\\_con\\_thoi\\_hien\\_dai-10-46214.html](http://www.tin247.com/chuyen_ru_con_thoi_hien_dai-10-46214.html). Chuyện ru con thời hiện đại

trị, kinh tế, lao động, giáo dục và đào tạo, khoa học công nghệ, văn hóa thông tin, thể dục thể thao, y tế. Điều đó đã làm trầm trọng thêm sức khỏe tâm thần của không ít phụ nữ, ảnh hưởng không những đến sức khỏe cá nhân họ mà còn tác động đến chất lượng nuôi dạy và sự phát triển của con cái.

**Thực trạng thời gian nuôi con bằng sữa mẹ của bà mẹ Việt Nam**

Theo qui định trong chính sách dân số hiện nay của Nhà nước, phụ nữ Việt Nam chỉ sinh tối đa là 2 con và suốt cuộc đời chỉ được nghỉ có 8 tháng sau để chăm sóc 2 con theo qui định

của pháp luật. Điều này làm cho ta thấy sự bất hợp lý rất lớn trong việc đầu tư cho con người ở giai đoạn đầu đặc biệt quan trọng của cả đời người. Đây là giai đoạn quyết định trong quá trình đầu tư cho nâng cao chất lượng dân số nhằm phát triển nguồn nhân lực của đất nước. Tuy nhiên, thực tế cho thấy mặc dù qui định hiện hành cho phép các bà mẹ được nghỉ đẻ và nuôi con trong thời gian 4 tháng, song tình trạng nuôi con bằng sữa mẹ cũng chưa được quan tâm, động viên, hỗ trợ tích cực, tình hình trẻ em được bú sữa mẹ trong nhiều năm qua chưa được cải thiện nhiều.

**Tình hình nuôi con bằng sữa mẹ qua các năm 1999 - 2006 (đơn vị tính %)**

Tình trạng bú mẹ	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
- Bú mẹ trong 1/2 giờ đầu	19,1	26,8	25,2	42,4	33,6	33,8	35,0	27,4
- Bú mẹ hoàn toàn trong 4 tháng đầu	7,2	15,1	11,7	27,5	14,6	10,9	11,6	0,7
- Bú mẹ chủ yếu trong 4 tháng đầu	85,5	39,6	39,4	21,9	25,5	18,2	24,5	29,1
- Nặng bỏ sữa non	-	-	-	-	-	55,5	55,4	44,1
- Tháng cai sữa trung bình	14,0	12,0	13,0	12,0	12,0	8,0	9,0	9,9

*Số liệu qua các cuộc điều tra thực hiện bởi TTDD<sup>17</sup>*

Bảng thống kê trên cho thấy việc cho con bú mẹ trong thời gian 4 tháng đầu không ổn định và có xu hướng suy giảm. Tỷ lệ bà mẹ nặng sữa non còn cao và tháng cai sữa trung bình giảm rõ rệt. Đây là điều rất đáng lo ngại đến dinh dưỡng và khả năng phát triển không chỉ về vật chất mà cả về tâm lý tình cảm, tinh thần của trẻ em.

Theo thống kê của Bộ Y tế, hiện nay chỉ có gần nửa trẻ sơ sinh được bú mẹ sớm trong vòng 1 giờ đầu sau khi sinh và dưới 1/5 trẻ em được bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu đời. Nhất là ở thành phố, tỷ lệ các bà mẹ cho con bú sữa càng thấp hơn vùng nông thôn. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến việc trẻ không được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu đời, trong đó một phần là do chế độ thai sản như hiện nay. Khi con mới được 4 tháng tuổi, các bà mẹ đã phải đi làm (thậm chí nhiều người phải đi làm từ khi con được 2 - 3 tháng do nghỉ trước sinh) nên khó đảm bảo được lượng sữa. Vì thế, rất ít người có

khả năng “vắt” được sữa, bảo quản trong tủ lạnh cho con uống trong thời gian phải đến công sở<sup>18</sup>.

“Bộ Y tế Việt Nam và WHO đều khuyến cáo nên cho trẻ bú hoàn toàn bằng sữa mẹ trong 6 tháng đầu đời sẽ giảm được nguy cơ mắc bệnh. Việc người mẹ đi làm từ khi trẻ 4 tháng có thể khiến nhiều trẻ khó được bú mẹ được như khuyến cáo”<sup>19</sup>.

Thực trạng trên đã góp phần làm tăng tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em nước ta trong thời gian qua. Theo ông Nguyễn Trọng An, Phó Cục

<sup>17</sup> [http://www.ttdinhduong.org/news.php?id=264&page\\_name=dd\\_dongdoi](http://www.ttdinhduong.org/news.php?id=264&page_name=dd_dongdoi). Sữa giúp trẻ thông minh hơn (14-08-2008)

<sup>18</sup> Tú Linh. [http://www.tin247.com/ngghi\\_thai\\_san\\_6\\_thang\\_la\\_hop\\_ly\\_hop\\_ly-10-29188.html](http://www.tin247.com/ngghi_thai_san_6_thang_la_hop_ly_hop_ly-10-29188.html) Nghỉ thai sản 6 tháng là hợp lý

<sup>19</sup> [http://www.tin247.com/ngghi\\_thai\\_san\\_6\\_thang\\_la\\_hop\\_ly\\_hop\\_ly-10-29188.html](http://www.tin247.com/ngghi_thai_san_6_thang_la_hop_ly_hop_ly-10-29188.html) Nghỉ thai sản 6 tháng là hợp lý

trưởng Cục Bảo vệ, Chăm sóc trẻ em, Việt Nam đang nằm trong số những quốc gia có tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng cao nhất nhì thế giới, đặc biệt là suy dinh dưỡng thể thấp còi (hiện tại trên toàn quốc còn trên 30%). Một trong số các nguyên nhân của tình trạng trên là do con em chúng ta không được bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu. Theo thống kê của Bộ Y tế, năm 2010 chỉ có hơn 10% trẻ em Việt Nam được bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu đời.

Nếu sau đẻ, bà mẹ được nghỉ ngơi hoàn toàn ít nhất là 6 tháng, thì sẽ có thời gian tiếp cận với các kiến thức về nuôi dạy trẻ, có thời gian chuẩn bị tốt về dinh dưỡng cho bản thân để có nguồn sữa tốt cho con; mặt khác, cho trẻ bú sữa mẹ còn hạn chế được tình trạng có thai ngoài ý muốn.

#### **Lợi ích của việc nuôi con bằng sữa mẹ trong 6 tháng đầu đời**

**Lợi ích cho trẻ:** Sữa mẹ có đủ các chất dinh dưỡng cho trẻ, bao gồm đường, chất béo, đạm, nước với nồng độ cần thiết cho trẻ. Cơ thể của trẻ tiêu hóa nguồn dinh dưỡng từ sữa mẹ tốt hơn sữa ngoài. Những kết quả nghiên cứu cho thấy trẻ nào được nuôi bằng sữa mẹ thì trưởng thành và phát triển tốt hơn, nó giúp trẻ ít tăng cân quá mức cần thiết và do đó giảm nguy cơ béo phì sau này. Đối với trẻ sinh thiếu tháng, bé nào được nuôi bằng sữa mẹ sẽ phát triển hơn những trẻ được nuôi bằng sữa ngoài. Trẻ nuôi bằng sữa mẹ có chỉ số thông minh cao hơn, đặc biệt đối với trường hợp trẻ sinh thiếu tháng<sup>20</sup>.

Sữa mẹ chứa các vitamin quan trọng nhiều hơn sữa bò, đặc biệt là vitamin A và vitamin C. Nếu bà mẹ được cung cấp đủ vitamin A trong thức ăn thì lượng vitamin A chứa trong sữa mẹ có thể cung cấp đủ cho trẻ đến năm thứ hai của cuộc đời. Vitamin A có thể giúp trẻ chống lại các bệnh nhiễm khuẩn và bệnh khô mắt. Sắt đóng vai trò quan trọng để phòng chống thiếu máu, trẻ được bú mẹ hoàn toàn thì nhận đủ sắt và được bảo vệ chống lại bệnh thiếu máu do thiếu sắt đến 6 tháng tuổi<sup>21</sup>.

**Lợi ích cho mẹ:** Việc nuôi con bằng sữa mẹ

giúp bà mẹ tiêu thụ tích cực nguồn năng lượng, do đó dễ dàng duy trì cân nặng bình thường sau thời kỳ mang thai. Bên cạnh đó, tử cung cũng dễ co lại đúng kích thước và giảm chảy máu sau sanh. Cho con bú sữa mẹ còn có tác dụng trì hoãn thời điểm rụng trứng và chu kỳ kinh nguyệt. Tuy nhiên người mẹ cũng cần trao đổi với bác sĩ về cách ngừa thai mình chọn. Nuôi con bằng sữa mẹ làm giảm nguy cơ ung thư vú, ung thư buồng trứng và có thể giúp giảm nguy cơ loãng xương khi đến thời kỳ mãn kinh. Nuôi con bằng sữa mẹ làm cuộc sống dễ dàng hơn, người mẹ sẽ tiết kiệm được thời gian và tiền bạc do không phải tốn tiền mua sữa, không tốn thời gian pha sữa cho con. Người mẹ có thể cho con bú bất cứ lúc nào trẻ đói, thỏa mãn được nhu cầu của trẻ. Thời gian cho con bú chính là lúc mẹ và con được nghỉ ngơi, giải trí. Hơn nữa, sự tiếp xúc giữa 2 cơ thể khi người mẹ bế con để cho trẻ bú giúp trẻ tự tin hơn, có cảm giác an toàn hơn, ấm áp hơn. Cũng vậy, những phụ nữ cho con bú sẽ có cảm giác tự tin hơn và gắn gũi với con hơn<sup>22</sup>.

Nuôi con bằng sữa mẹ giúp mẹ và trẻ hình thành mối quan hệ gắn gũi yêu thương, trẻ khóc ít hơn và có thể phát triển tốt hơn. Sự tiếp xúc sớm của trẻ với bà mẹ sẽ mang đến cho bà mẹ những giây phút hạnh phúc, đồng thời tình cảm mẹ con gắn bó sẽ tác động rất tốt đến việc giáo dục trẻ sau này. Khi đứa trẻ nút vú, rung động cảm giác đi từ núm vú đến não, tác động lên thùy trước tuyến yên ở não giúp bài tiết prolactin đi vào máu đến vú, làm cho các tế bào bài tiết sữa sản xuất sữa. Chính vì thế nó giúp cho vú tạo sữa cho bữa ăn tiếp theo. Prolactin

<sup>20</sup> BS. CK2. Nguyễn Thị Hạnh Lê. <http://www.benhviennhi.org.vn/cms/index.php?IDcat=167&IDItems=294>. Lợi ích của nuôi con bằng sữa mẹ

<sup>21</sup> <http://www.giaoduc.edu.vn/news/suc-khoe-720/nuoi-con-bang-sua-me-loi-ca-con-lan-me-147555.aspx>

<sup>22</sup> BS. CK2. Nguyễn Thị Hạnh Lê. <http://www.benhviennhi.org.vn/cms/index.php?IDcat=167&IDItems=294>. Lợi ích của nuôi con bằng sữa mẹ

làm cho bà mẹ cảm thấy thư giãn, đôi khi buồn ngủ. Vì vậy bà mẹ có thể nghỉ ngơi tốt ngay cả khi cho con bú vào ban đêm. Sau sinh, tử cung co chặt lại thành một khối cầu an toàn để thực hiện cầm máu, việc cho bú sớm nửa giờ đầu sau sinh sẽ giúp tử cung co lại tốt hơn và giảm việc chảy máu sau sinh<sup>23</sup>.

*Lợi ích cho xã hội:* Nuôi con bằng sữa mẹ giúp tiết kiệm chi phí chăm sóc sức khỏe. Kinh phí cho y tế của một đất nước mà trẻ được bú mẹ hoàn toàn thấp hơn những nước mà trẻ không được bú mẹ hoàn toàn vì phải tốn chi phí cho bệnh tật, thuốc men và bệnh viện. Nuôi con bằng sữa mẹ góp phần tăng lực lượng lao động. Những bà mẹ cho con bú làm việc ít hơn nhưng con của họ thì ít bệnh hơn. Do đó, chi phí cho y tế cho việc thuê mướn lao động thấp hơn nhưng năng suất lao động cao hơn. Bên cạnh đó, việc cho con bú sữa mẹ cũng góp phần bảo vệ môi trường sống vì như thế sẽ có ít chai sữa và các vật dụng liên quan đến việc cho con bú ngoài thải ra môi trường hơn<sup>24</sup>.

Theo TS. Nguyễn Công Khẩn, việc nghỉ thai sản 6 tháng (đối với bà mẹ) không chỉ để đưa bé được bú mẹ hoàn toàn 6 tháng đầu đời, mà đây cũng là lúc người mẹ có thời gian học hỏi các kiến thức về dinh dưỡng nuôi bé ở lứa tuổi ăn dặm, một giai đoạn dinh dưỡng cũng rất quan trọng để đảm bảo sự phát triển thể chất, tinh thần của trẻ sau này<sup>25</sup>.

Nuôi con bằng sữa mẹ là “an toàn, lành mạnh và bền vững”:

- An toàn: Góp phần phòng và chống những bệnh lây nhiễm thông thường như tiêu chảy và viêm phổi, đồng thời cũng phòng chống nhiều chứng dị ứng, ví dụ như hen phế quản.

- Lành mạnh: Sữa mẹ bao gồm hầu hết các chất dinh dưỡng cần thiết và với số lượng đúng, sữa mẹ phù hợp nhất đối với những nhu cầu dinh

dưỡng mà trẻ nhỏ cần.

- Bền vững: Có bà mẹ (hay người vú nuôi) là có sữa mẹ, do đó trẻ nhỏ không cần một loại thức ăn nào khác.

## MỘT SỐ KHUYẾN NGHỊ

Trên cơ sở các bằng chứng khoa học và thực tiễn chúng tôi đề nghị:

1. Chính phủ cần quan tâm, đầu tư hợp lý hơn nữa tới chất lượng dân số nước ta mà bắt đầu từ việc bảo vệ và chăm sóc sức khỏe của nhóm dân số bà mẹ và trẻ em.

2. Đề nghị Chính phủ hưởng ứng thông điệp khuyến cáo của Quỹ Nhi đồng Liên Hiệp Quốc UNICEF về việc nuôi con bằng sữa mẹ trong 6 tháng đầu đời và của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) về việc tăng cường hơn nữa sự hỗ trợ chuyên nghiệp và toàn diện cho các bà mẹ đang cho con bú<sup>26</sup>.

3. Tăng cường các biện pháp tuyên truyền phổ biến cho người dân, đặc biệt là các bà mẹ trẻ thấy lợi ích to lớn của việc hoàn toàn bằng sữa mẹ trong 6 tháng đầu tiên.

4. Để hiện thực hóa các mục tiêu trên, Chính phủ cần nhanh chóng ban hành chính sách mới, qui định cho phép các bà mẹ được nghỉ thai sản trong thời gian 6 tháng./.

<sup>23</sup> <http://www.giaoduc.edu.vn/news/suc-khoe-720/nuoi-con-bang-sua-me-loi-ca-con-lan-me-147555.aspx>

<sup>24</sup> BS. CK2. Nguyễn Thị Hạnh Lê <http://www.benhviennhi.org.vn/cms/index.php?IDcat=167&IDItems=294>. Lợi ích của nuôi con bằng sữa mẹ.

<sup>25</sup> Tú Linh. [http://www.tin247.com/nghe\\_thai\\_san\\_6\\_thang\\_la\\_hop\\_ly-10-29188.html](http://www.tin247.com/nghe_thai_san_6_thang_la_hop_ly-10-29188.html) Nghỉ thai sản 6 tháng là hợp lý

<sup>26</sup> <http://dantri.com.vn/suckhoe/Sua-me-cai-thien-su-song-con-Cua-tre/2008/8/244507.vip>

## SUY THOÁI KINH TẾ VÀ SỐ PHẬN CỦA QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ NGƯỜI NGHÈO Ở MỸ

TS. Trần Văn Tiến<sup>1</sup>

Năm 2010, có khoảng 68 triệu người nghèo tại Mỹ được cấp thẻ bảo hiểm y tế (BHYT) từ quỹ Medicaid - quỹ BHYT dành cho người nghèo và khoảng 406 tỉ dollar đã được sử dụng để trang trải chi phí y tế của nhóm người nghèo có thẻ BHYT. Khoảng 16 triệu người Mỹ nữa sẽ được cấp thẻ theo quy định của Luật “*Patient Protection and Affordable Care Act*” (ACA) và như vậy, cứ 4 công dân Mỹ thì có 1 người là thành viên của quỹ BHYT người nghèo. Quỹ Medicaid bắt đầu hoạt động từ năm 1965, ngay sau khi quỹ BHYT cho người cao tuổi (Medicare) được thành lập và đã trở thành một quỹ công ích lớn, mặc dù ngân sách Mỹ lúc đó đang ở trong tình trạng suy thoái. Ngày nay, trong bối cảnh Đảng Cộng hòa hiện đang nắm giữ đa số ghế ở Hạ viện Mỹ thì câu hỏi đặt ra là chính quyền Tổng thống Obama sẽ có thể hỗ trợ tới mức nào cho những công dân Mỹ trở thành người nghèo do suy thoái kinh tế, không đủ khả năng mua BHYT tư nhân hoặc không được chủ lao động mua thẻ BHYT.

Đi ngược với chủ trương của Đảng Dân chủ, Đảng Cộng hòa tìm cách hạn chế sự hỗ trợ của ngân sách liên bang cho Medicaid và giao cho các bang quyền quản lý linh hoạt hơn đối với quỹ Medicaid, đồng thời tìm cách giảm bớt số người được cấp thẻ Medicaid thông qua việc hủy bỏ luật ACA, bộ luật mà theo đó đối tượng được cấp thẻ người nghèo được mở rộng. Đảng Dân chủ tìm cách bảo vệ quỹ BHYT cho người nghèo Medicaid và cho rằng đây là một mạng lưới an sinh sức khỏe quan trọng, mang lại lợi ích cho hàng triệu người với chi phí thấp hơn so với số tiền mà quỹ BHYT người cao tuổi và các quỹ BHYT tư nhân tiêu tốn cho cùng một nội dung.

Người Mỹ có thu nhập thấp được quyền nhận thẻ BHYT Medicaid nếu họ đang ở tuổi vị thành niên, là cha mẹ của trẻ vị thành niên, đang mang thai, bị khuyết tật, hoặc là người cao tuổi. Theo luật ACA, đối tượng hưởng lợi của quỹ Medicaid cho người có thu nhập thấp sẽ được mở rộng hơn (ngoài các nhóm đối tượng nêu trên) vào năm 2014. Ngoài việc trả tiền cho dịch vụ chăm sóc thông thường, quỹ Medicaid còn trả chi phí cho những dịch vụ y tế mà quỹ Medicare hoặc các quỹ BHYT tư nhân không trả, như chăm sóc sức khỏe, điều trị nội trú dài hạn và các dịch vụ xã hội liên quan. Medicaid có vai trò quan trọng trong chi trả chi phí sản khoa, nhi khoa và cho các cơ sở y tế thuộc mạng lưới an sinh xã hội. Mặc dù vậy, số tiền trả công cho bác sĩ chỉ chiếm tỷ trọng rất nhỏ (3,1%) trong tổng chi tiêu y tế, do các bang đã tiết kiệm chi tiêu thông qua việc ký hợp đồng khám chữa bệnh với các tổ chức liên kết giữa bệnh viện và cơ quan bảo hiểm y tế “managed care plans”.

Số thành viên của quỹ Medicaid dao động tùy theo tình trạng của nền kinh tế. Khi nhiều công nhân thất nghiệp thì số người tham gia Medicaid tăng. Suy thoái kinh tế dẫn đến số người có thẻ BHYT Medicaid trong năm 2010 tăng cao nhất kể từ năm 2002 đến nay và đẩy chi tiêu ngân sách liên bang lên mức kỷ lục. Tuy nhiên, những người bênh vực quỹ Medicaid biện hộ rằng sự gia tăng chi phí của quỹ Medicaid cần được coi là sự thành công chứ

<sup>1</sup> Phó Vụ trưởng Vụ Bảo hiểm Y tế, Bộ Y tế



không phải là sự thất bại. Mặc dù Đảng Cộng hòa chưa tiết lộ kế hoạch cải cách đối với Medicaid như thế nào, cũng như kế hoạch ngân sách cho năm 2012 của Nhà Trắng chưa đề cập nhiều tới quỹ Medicaid, nhưng cả hai Đảng đều chịu áp lực trước thách thức giải quyết thiếu hụt ngân sách liên bang đối với 3 quỹ an sinh lớn là quỹ Medicare (cho người cao tuổi), Medicaid và quỹ BHHX. Mới đây, 64 thượng nghị sĩ (32 người mỗi Đảng) đã thúc giục Tổng thống Mỹ Barack Obama cùng tham gia để xây dựng một kế hoạch toàn diện để giải quyết những vấn đề này. Phát ngôn viên Hạ viện cho biết Đảng Cộng hòa sẽ đề xuất những nội dung cải cách đối với Quỹ BHYT. Chủ tịch Ủy ban Ngân sách Hạ viện cam kết rằng Hạ viện sẽ công bố Sách Xanh về dự toán ngân sách năm 2012, với các đề nghị cắt giảm tăng trưởng cả 3 quỹ.

Đảng Cộng hòa đề xuất cải cách Medicaid bằng cách dừng việc cấp nguồn kinh phí mở (không giới hạn) từ ngân sách liên bang và thay bằng việc cấp các gói kinh phí cố định để giảm bớt sức ép lên ngân sách liên bang, yêu cầu tăng sự đóng góp của các bang. Tuy nhiên, đã ba lần đề xuất cấp kinh phí theo từng gói cho Medicaid của Đảng Cộng hòa không được thông qua. Đa số thành viên Đảng Dân chủ phản đối việc cấp kinh phí theo gói cố định, bởi họ cho rằng chính phủ liên bang có trách nhiệm chia sẻ rủi ro trong thanh toán chi phí y tế, chi phí điều trị dài ngày cho mọi công dân có thu nhập thấp.

Do hai Đảng có mâu thuẫn trong cách giải quyết tương lai của Medicaid, thống đốc các bang thuộc Đảng Dân chủ cũng như Đảng Cộng hòa đang tự cắt giảm chương trình BHYT cho người nghèo thuộc thẩm quyền của họ (ví dụ các gói quyền lợi bổ sung, giảm bớt một số nhóm đối tượng tham gia) dưới sức ép phải cân đối ngân sách bang. Riêng tại bang California, số tiền cắt giảm lên tới 1,7 tỉ USD, giới hạn số lần khám ngoại trú không quá 7 lần trong năm, quy định mức cùng chi trả mới cho thuốc generic và thuốc biệt dược. Quỹ BHYT người nghèo

Medicaid tại New York (quỹ có chi tiêu tốn kém nhất ở Mỹ) cắt giảm trên 5 tỉ USD, thực hiện 79 giải pháp giảm chi theo đề xuất của Tiểu ban tư vấn, với các thành viên đại diện cho bệnh viện, thầy thuốc và công đoàn.

Giảm chi tiêu từ quỹ Medicaid dựa vào cơ chế quản lý đối tượng tham gia BHYT thông qua mô hình liên kết bệnh viện quỹ BHYT (managed care plans) là đặc điểm chung của hầu hết các tiểu bang đang thực hiện mô hình liên kết này. Trong năm 2009, tại 25 tiểu bang đã có hơn 50% đối tượng tham gia BHYT đăng ký khám chữa bệnh trong mô hình liên kết này, bao gồm chủ yếu là các bà mẹ và trẻ em, nhóm đối tượng có chi phí thấp. Xu hướng mới trong một số tiểu bang là thực hiện bắt buộc các nhóm đối tượng người cao tuổi, bị mù và người tàn tật đăng ký chăm sóc tại các bệnh viện liên kết.

Do số người đủ tiêu chuẩn cấp thẻ BHYT người nghèo đang tăng lên, số lượng bác sĩ chấp nhận chăm sóc sức khỏe cho người nghèo mới có thẻ BHYT trở thành một chỉ số đánh giá khả năng tiếp cận dịch vụ của quỹ BHYT người nghèo. Theo Trung tâm Thống kê Y tế Quốc gia, năm 2009 chỉ 65% bác sĩ chấp nhận chăm sóc người mới có thẻ BHYT, trong khi có tới 74% và 88% bác sĩ đồng ý chữa bệnh cho các bệnh nhân mới tham gia quỹ BHYT Medicare và bảo hiểm tư nhân.

Quỹ BHYT người nghèo Medicaid của Mỹ đang đứng trước ngã ba đường. Với các chính sách ưu tiên cho việc giải quyết thâm hụt ngân sách lớn của ngân sách liên bang, quỹ BHYT người nghèo đang đứng trước nguy cơ bị co nhỏ, do sự thiếu thống nhất trong quan điểm hỗ trợ quỹ của hai Đảng đối lập, trong khi ngân sách của các tiểu bang không đủ khả năng đáp ứng chi phí cấp thẻ BHYT số người nghèo tăng nhanh. Dù thế nào, các nhà hoạch định chính sách Mỹ cũng vẫn phải nhìn nhận lại đề xuất của Đảng Dân chủ để đưa ra giải pháp chính trị chấp nhận được nhằm duy trì cơ chế bảo vệ chăm sóc sức khỏe cho những người nghèo nhất./.

## TÌNH HÌNH DỊCH CHUYỂN CÁN BỘ Y TẾ TRÊN THẾ GIỚI VÀ ỨNG PHÓ CỦA CÁC QUỐC GIA

ThS. Vũ Thị Minh Hạnh<sup>1</sup>,  
ThS. Vũ Văn Hoàn<sup>2</sup>

**T**rong những thập niên gần đây, các nước trên thế giới, đặc biệt là các nước đang phát triển đã và đang phải đối mặt với tình trạng thiếu nhân lực y tế và sự chuyển dịch nguồn nhân lực y tế bất hợp lý. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) năm 2006, thiếu số lượng và phân bố không hợp lý về nguồn nhân lực y tế hiện đang là tình trạng phổ biến trên phạm vi toàn cầu. Có khoảng 57 quốc gia (chủ yếu là các nước đang phát triển) đang trong tình trạng thiếu nhân lực y tế ở mức “khủng hoảng” [14]. Theo ước tính của WHO, để có khả năng đạt được những mục tiêu thiên niên kỷ (MDGs), các quốc gia trên toàn cầu cần phải có thêm khoảng 4 triệu cán bộ y tế. Mặt khác, nguồn nhân lực y tế trên toàn cầu đang có sự dịch chuyển theo 3 xu hướng: từ vùng khó khăn sang vùng có điều kiện kinh tế - xã hội phát triển hơn, từ các cơ sở y tế công lập sang các cơ sở y tế tư nhân, từ trong nước ra các nước trong khu vực và thế giới [5], [14].

Tại hầu hết các quốc gia đều đang diễn ra xu hướng cán bộ y tế tập trung về khu vực đô thị bất chấp sự khác biệt về thể chế chính trị hay mức độ phát triển kinh tế xã hội. Toàn thế giới, chỉ có chưa đến 55% dân số sống ở thành thị nhưng lại có tới 75% số bác sĩ, 60% điều dưỡng và 58% cán bộ y tế của các chức danh chuyên môn khác [14]. Tại Bangladesh, năm 2005, dân số khu vực thành thị chiếm 15% nhưng có tới 35% số bác sĩ của cả nước đang làm việc [1]. Tại Brazil năm 1995, tỷ lệ cán bộ y tế/10.000 dân dao động trong khoảng từ 0,52 đến 0,66 tại các khu vực kém phát triển, nhưng tại các thành phố lớn chỉ số này là 1,75 đến 2,05 [1]. Tại Nicaragua, có tới

50% cán bộ y tế làm việc tại thủ đô, nơi chỉ có 20% dân số. Tại Ghana năm 1997, có tới 87% cán bộ y tế làm việc tại khu vực thành thị, trong khi 66% dân số sống tại khu vực nông thôn [2]. Số cán bộ y tế tại các trung tâm đô thị của Zambia, Malawi, Zimbabwe là 41%, 54% và 51% nhưng chỉ số này tại các cơ sở y tế ở nông thôn chỉ là 19%, 16% và 5% [9]. Sự dịch chuyển cán bộ y tế từ các tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu thuộc vùng nông thôn lên các tuyến trên đã gây nên tình trạng thiếu cán bộ y tế nghiêm trọng cho các vùng khó khăn, nơi phần lớn dân cư, đặc biệt là nhóm người nghèo sinh sống.

Sự dịch chuyển cán bộ y tế từ các cơ sở y tế công lập sang các cơ sở y tế tư nhân cũng là một vấn đề phổ biến tại các nước đang phát triển. Hầu hết các quốc gia đang phát triển đều tồn tại mô hình công tư hỗn hợp trong hệ thống cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Chính sách khuyến khích y tế tư nhân phát triển tại các quốc gia này là một giải pháp hữu hiệu nhằm san sẻ về đầu tư nguồn lực với chính phủ trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe nhân dân. Sự phát triển của mạng lưới y tế tư nhân đã góp phần mở rộng dịch vụ y tế, giảm bớt tình trạng quá tải của các cơ sở y tế công lập. Tuy nhiên, sự phát triển của y tế tư nhân cũng là một tác nhân làm trầm trọng hơn tình trạng mất cân đối về trình độ nhân lực y tế giữa công và tư tại nhiều quốc gia bởi đã thu hút

<sup>1</sup> Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế.

<sup>2</sup> Phó trưởng khoa Nghiên cứu Tổ chức và Nhân lực Y tế, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế.

nhiều cán bộ y tế trình độ cao từ các cơ sở y tế công lập. Tại các nước vùng Nam Phi, khu vực y tế tư nhân có tới 52,7% cán bộ y tế, 76% số chuyên gia giỏi nhưng chỉ phục vụ cho 20% dân số có thu nhập cao. Hầu hết nhóm người nghèo sống ở khu vực nông thôn (80%) được các cơ sở y tế công cung cấp dịch vụ [9]. Tại Thái Lan, khi y tế tư nhân phát triển mạnh vào những năm 1987-1997, đã có hơn 2000 bác sĩ của các cơ sở y tế công lập khu vực nông thôn chuyển sang làm việc cho các cơ sở y tế tư nhân. Tình trạng này dẫn tới 21 bệnh viện tuyến huyện không có bác sĩ dành toàn bộ thời gian trong ngày để làm việc tại bệnh viện [11], [12].

Trong nhiều thập kỷ qua, Chính phủ các nước đều đã và đang nỗ lực tìm kiếm và triển khai các giải pháp khuyến khích, thu hút, duy trì và phát triển lực lượng cán bộ y tế làm việc tại các khu vực mà chính phủ mong muốn nhằm khắc phục tình trạng trên, khuyến khích, thu hút, duy trì và phát triển lực lượng cán bộ y tế làm việc tại các khu vực chính phủ mong muốn. Nhiều nghiên cứu được tiến hành trên bình diện quốc tế và quốc gia để tìm giải pháp cho các chính sách bình ổn nguồn nhân lực y tế trong bối cảnh tương quan giữa các quốc gia, giữa công lập và tư nhân, giữa nông thôn, vùng khó khăn và thành thị.

Nhiều nghiên cứu được tiến hành để tìm hiểu, đánh giá về thực trạng nguồn nhân lực y tế và các chính sách thu hút, duy trì và phát triển nhân lực y tế trên cả bình diện quốc gia, khu vực và toàn cầu.

***Phân tích kết quả của nhiều nghiên cứu, trong đó có các nghiên cứu tổng quan hệ thống về nhân lực y tế, có thể rút ra một số kết luận quan trọng về các chính sách thu hút, duy trì và phát triển nguồn nhân lực y tế như sau:***

➤ *Xu hướng tìm kiếm một môi trường làm việc tốt hơn, đáp ứng tốt hơn các nhu cầu của cán bộ y tế là một xu hướng tất yếu trong nền kinh tế thị trường. Hành vi này chịu ảnh hưởng*

mạnh mẽ của các chính sách quản lý và phát triển nguồn nhân lực của các quốc gia và các tổ chức.

➤ *Các nơi/cơ sở có cán bộ ra đi và nơi/cơ sở họ chuyển đến làm việc đều tồn tại các yếu tố "đẩy", "núi kéo, giữ chân", "thu hút", "duy trì" các cán bộ y tế. Yếu tố "đẩy" ("push") là các yếu tố liên quan tới việc thúc đẩy cán bộ y tế đi tới quyết định rời bỏ cơ sở đang công tác ban đầu; Yếu tố "giữ chân" ("stick") là các yếu tố liên quan tới việc níu kéo cán bộ y tế ở lại cơ sở đang công tác ban đầu; Yếu tố "thu hút" ("pull") là các yếu tố liên quan tới việc thu hút cán bộ y tế của cơ sở nhận cán bộ; Yếu tố "duy trì" ("stay") là các yếu tố liên quan tới việc duy trì cán bộ y tế của các cơ sở nhận cán bộ. Các quốc gia cần nhận biết rõ các yếu tố này trong hệ thống để có các chính sách tác động phù hợp trong phát triển nguồn nhân lực y tế.*

➤ *Các chính sách của các quốc gia nhằm khắc phục tình trạng trên có thể tổng hợp thành 3 nhóm, bao gồm: nhóm chính sách về giáo dục, đào tạo và quy chế; nhóm chính sách bù đắp bằng tiền (trực tiếp hoặc gián tiếp qua hai hình thức lương và phụ cấp) và nhóm chính sách quản lý, hỗ trợ về môi trường và xã hội.*

➤ *Lợi ích kinh tế là một động lực cơ bản mang tính nền tảng quyết định hành vi của cán bộ y tế trong lựa chọn môi trường hành nghề. Đối với cán bộ y tế công lập, thu nhập từ lương và phụ cấp là lợi ích kinh tế căn bản đối với họ. Khi thu nhập từ lương và phụ cấp không đáp ứng được các nhu cầu của cuộc sống, cán bộ y tế chắc chắn sẽ tìm kiếm các cơ hội có thể để tăng thu nhập nhằm đảm bảo cuộc sống của họ. Các hành vi tìm kiếm cơ hội nâng cao thu nhập cơ bản là: làm thêm ở khu vực y tế tư nhân; kinh doanh ngoài chuyên môn; bớt thuốc điều trị của bệnh nhân; nhận tiền phong bì của bệnh nhân; lãn công để dành thời gian cho việc khác mang lại lợi ích cho họ; chuyển ra y tế tư nhân, ra các vùng có cơ hội tăng thu nhập. Xu hướng có các hành vi này của cán bộ y tế là như nhau trên tất*

cả các quốc gia và được gọi là “coping strategies”. Vì vậy, các chính sách ưu đãi về tài chính có ý nghĩa sống còn, cốt lõi trong quản lý nguồn nhân lực, đặc biệt là tại các nước đang phát triển.

➤ Hầu hết các quốc gia không tập trung nhiều vào khuyến khích bằng tiền thông qua hình thức lương mà thông qua hình thức các loại phụ cấp để đảm bảo cân đối trong hệ thống lương giữa các bộ phận trong hệ thống công lập.

➤ Các chế độ phụ cấp là phần thu nhập mà người sử dụng lao động trả cho người lao động để bù đắp phần sức lao động phụ trội khi làm việc trong những điều kiện khó khăn hơn mà chưa được tính vào lương hoặc khuyến khích họ thực hiện những hành vi được kỳ vọng trong công việc. Các chế độ phụ cấp này gồm nhiều loại khác nhau, tùy thuộc ở mỗi quốc gia như: phụ cấp vất vả, phụ cấp làm việc ở khu vực nông thôn, phụ cấp nuôi con, phụ cấp không làm thêm ở khu vực tư nhân... Việc đưa ra nhiều loại phụ cấp là cần thiết bởi vì ngoài giá trị khuyến khích về kinh tế, mỗi loại phụ cấp còn tạo cảm giác được đối xử công bằng khi làm việc trong điều kiện bất lợi hơn so với đồng nghiệp. Các phụ cấp này có thể lớn hơn gấp nhiều lần lương.

➤ Không thể sao chép chính sách ưu đãi của quốc gia này sang quốc gia khác mà mỗi quốc gia cần tìm hiểu các yếu tố “đẩy”, “hút” tại các khu vực, các địa phương để có giải pháp tác động phù hợp để thu hút, duy trì cán bộ y tế làm việc ở các khu vực theo mong muốn. Vì vậy, việc thêm, bớt các loại phụ cấp hoặc các ưu đãi khác nhằm khuyến khích cán bộ y tế tùy thuộc vào hoàn cảnh cụ thể ở mỗi khu vực là cần thiết. Việc xác định mức độ khuyến khích bằng tiền trong các chính sách là công việc rất khó khăn và không có khuôn mẫu chung cho các quốc gia. Việc xác định mức độ khuyến khích cần dựa vào việc phân tích mối tương quan trong chi phí cơ hội trong mỗi quyết định của cá nhân. Ngoài ra cần nghiên cứu về sở thích, tính cách, bản sắc

văn hóa và đặc điểm của các nhóm đối tượng đích của chính sách nhằm xác định nhu cầu và lợi ích nổi trội để có giải pháp can thiệp phù hợp.

➤ Thực tế cho thấy, nhiều quốc gia thất bại trong chính sách khuyến khích bằng tiền do mức độ khuyến khích chưa phù hợp trong tương quan với các lợi ích khác của đối tượng đích. Phần thu nhập tăng thêm mà đối tượng kỳ vọng có được nếu chuyển sang vị trí công việc mới và chi phí cuộc sống thực tế tại nơi làm việc mới luôn là căn cứ quan trọng xây dựng định mức thu hút bằng tiền trong chính sách thu hút và duy trì nhân lực. Nhiều quốc gia đã thành công khi xác định mức khuyến khích, theo đó tổng thu nhập từ lương và phụ cấp khuyến khích xấp xỉ bằng thu nhập của cán bộ y tế cùng loại làm ở khu vực y tế tư nhân hoặc bằng tổng thu nhập từ lương và phụ cấp cùng phần thu từ làm thêm tại khu vực y tế tư nhân. Các định mức và cách tính cần thay đổi để phù hợp với sự biến đổi của bối cảnh xã hội.

➤ Mặc dù các chính sách khuyến khích bằng tài chính giữ vai trò quan trọng nhưng các chế độ khuyến khích phi tài chính cũng ngày càng có vai trò quan trọng trong khuyến khích cán bộ y tế. Các chính sách thu hút được thiết kế gồm cả các khuyến khích bằng tài chính và phi tài chính thường thành công hơn các chính sách chỉ có một loại. Các khuyến khích theo “gói” lợi ích dành cho từng nhóm đối tượng được khuyến cáo nên dùng do khả năng tác động hỗ trợ lẫn nhau của các loại lợi ích của đối tượng đích.

Như vậy, sự dịch chuyển của cán bộ y tế tại các quốc gia chịu tác động từ nhiều yếu tố kinh tế, xã hội và của hệ thống y tế. Để có các chính sách điều chỉnh sự dịch chuyển của cán bộ y tế giữa vùng khó khăn và vùng có điều kiện kinh tế - xã hội phát triển hơn, giữa các cơ sở y tế công lập và các cơ sở y tế tư nhân, từ trong nước ra nước ngoài, mỗi quốc gia cần thiết phải có các đánh giá về các yếu tố này và các chính sách liên quan để có các tác động điều chỉnh phù hợp.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Dussault G, Franceschini MC (2006): *Not Enough There, Too Many Here: Understanding Geographical Imbalances in the Distribution of the Health Workforce*, Human Resources Health 2006, 4:12.
2. Edmond Girasek, Edit Eke and Miklós Szócska (2010), *Analysis of a Survey on Young Doctors' Willingness to Work in Rural Hungary*, Girasek et al. Human Resources for Health 2010, 8:13.
3. Ferrinho P, Van Lerberghe W (2000), *Providing Health Care under Adverse Conditions. Health Personnel Performance and Individual Coping Strategies*. Antwerp: ITG Press, 2000, 1-245.
4. Hongoro C, Normand C, (2006) *Health Workers: Building and Motivating the Workforce*, In: *Disease Control Priorities in Developing Countries*, Oxford University Press.
5. Grobler L, Marais BJ, Mabunda SA, Marindi PN, Reuter H, Volmink J. *Interventions for Increasing the Proportion of Health Professionals Practising in Rural and Other Underserved Areas*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD005314. DOI: 10.1002/14651858.CD005314.pub2.
6. Marko Vujicic, et al, (2004), *The Role of Wages in the Migration of Health Care Professionals from Developing Countries*, Human Resources for Health 2004, 2:3
7. Peter A. Berman, Thomas J. Bossert (2000), *A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries - What Have We Learned*, A paper prepared for the DDM Symposium "Appraising a Decade of Health Sector Reform in Developing Countries", International Health Systems Group, Harvard School of Public Health.
8. Uta Lehmann, Marjolein Dieleman, Tim Martineau (2008), *Staffing Remote Rural Areas in Middle- and Low-Income Countries- A Literature Review of Attraction and Retention*, BMC Health Services Research 2008, 8:19 doi:10.1186/1472-6963-8-19
9. Padarath A, Chamberlain C, McCoy D, Ntuli A, Rowson M, Lowenson R (2003), *Health Personnel in Southern Africa: Confronting Maldistribution and Brain Drain*, Equinet Discussion Paper no 4 2003.
10. Sempowski I.P, (2004), *Effectiveness of Financial Incentives in Exchange for Rural and Underserved Area Return-of-service Commitments: Systematic Review of the Literature*, Canadian Journal of Rural Medicine, vol.9, no.2, pp.82-88.
11. Suwit Wibulpolprasert, Paichit Pengpaibon (2003), *Integrated Strategies to Tackle the Inequitable Distribution of Doctors in Thailand: Four Decades of Experience*, Human Resources for Health 2003 2:16.
12. Thinakorn Noree, Harin Chokchaichan, Veerasak Mongkolporn (2005), *Abundant for The Few, Shortage for the Majority The Inequitable Distribution for Doctors in Thailand*, Workshop on Asian Action Learning Network on HRH, 3-5 August 2005, Bangkok, Thailand.
13. WHO (2004), Joint Learning Initiative. *Human Resources for Health: Overcoming the Crisis*, Cambridge, MA: Global Equity Initiative, Harvard University.
14. WHO (2006), *The World Health Report 2006: Working Together for Health*, World Health Organization, Geneva.
15. WHO (2009), *Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas through Improved Retention: Global Policy Recommendations*, WHO Press, World Health Organization, Geneva.

## BÁO CÁO TOÀN CẦU VỀ ĐỒ UỐNG CÓ CỒN VÀ SỨC KHỎE 2011

Hoàng Thị Mỹ Hạnh<sup>1</sup>

**T**iếp theo sự kiện đáng ghi nhớ tháng 5 năm 2010 với 193 nước thành viên đồng thuận thông qua Chiến lược toàn cầu về giảm thiểu tác hại của đồ uống có cồn, năm 2011 Tổ chức Y tế Thế giới đã công bố **Báo cáo toàn cầu về đồ uống có cồn và sức khỏe 2011** (Global Status Report on Alcohol and Health). Với mục đích cung cấp cho người đọc bức tranh toàn cảnh về tình hình sử dụng và gánh nặng bệnh tật do đồ uống có cồn gây ra trên toàn cầu, các tác giả đã cố gắng khai thác triệt để các nguồn số liệu liên quan hiện có của mỗi quốc gia, mỗi khu vực- nguồn số liệu do TCYTTG đã khởi xướng và nỗ lực hỗ trợ, điều phối các nước thành viên cùng thu thập. Một đóng góp đáng ghi nhận khác của TCYTTG là đến 2008, Hệ thống Thông tin toàn cầu về đồ uống có cồn và sức khỏe (Global Information System on Alcohol and Health- GISAH) đã chính thức tiếp nhận, xử lý và hệ thống các thông tin nêu trên với hơn 200 chỉ số liên quan đến đồ uống có cồn.

**Báo cáo 2011 dài 286 trang gồm 3 phần chính:**

*Phần thứ nhất:* Tình hình tiêu thụ đồ uống có cồn ở cấp độ quốc gia, khu vực và toàn cầu với các phân tích chi tiết về lượng tiêu thụ bình quân, tiêu thụ rượu phi chính thống (nhà nước không quản lý được- rượu tự nấu, nhập lậu), xu hướng tiêu dùng, tình hình tiêu dùng ở nhóm dân số trẻ và vị thành niên, cách thức tiêu dùng có hại đến sức khỏe.

*Phần thứ hai:* Hậu quả của sử dụng đồ uống có cồn đã khái quát hóa cơ chế đồ uống có cồn gây hại đến sức khỏe, dẫn kết quả các phân tích gánh nặng bệnh tật (tử vong, DALYs) do sử

dụng đồ uống có cồn và so sánh với các yếu tố nguy cơ khác và giới thiệu các tác hại ở cấp độ xã hội khác.

*Phần thứ ba:* Giới thiệu các đáp ứng chính sách nhằm giảm thiểu tác hại của đồ uống có cồn ở cấp độ quốc gia, khu vực và quốc tế. Ngoài ra, các tác giả cũng đã giới thiệu và phân tích các nhóm chính sách đang phát huy được hiệu quả trong thực tiễn tại nhiều quốc gia như: giá và thuế, kiểm soát sử dụng rượu bia khi tham gia giao thông, kiểm soát quảng cáo và tiếp thị, truyền thông nâng cao nhận thức và chăm sóc hỗ trợ điều trị.

Ngoài ra, Báo cáo còn dành 230 trang với 4 phụ lục giới thiệu các số liệu chi tiết của mỗi nước và khu vực theo các nội dung chính nêu trên.

Báo cáo toàn cầu về đồ uống có cồn và sức khỏe 2011 thực sự là một nguồn dữ liệu quý đã được TS. Ala Alwan- trợ lý Tổng giám đốc Tổ chức Y tế Thế giới về *Các bệnh không lây và Sức khỏe tâm thần* đánh giá cao trong lời tựa: “Báo cáo này được viết để phục vụ tất cả những ai quan tâm đến tác hại của đồ uống có cồn, là cơ sở thông tin toàn diện về tình hình tiêu thụ và tác hại của đồ uống có cồn, về đáp ứng chính sách toàn cầu. Bộ Y tế các nước và các bên liên quan có thể sử dụng Báo cáo nhằm hỗ trợ việc xây dựng và triển khai các chính sách/can thiệp nhằm giảm thiểu tác hại của đồ uống có cồn”.

<sup>1</sup> Nghiên cứu viên, Khoa Nghiên cứu Xã hội học Y tế - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế.