

KỸ NĂNG GIAO TIẾP CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ VÀ SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI CÁC BỆNH VIỆN CÔNG LẬP

- **Tổng quan về y đức và Quy tắc ứng xử của nhân viên y tế**
- **Một số bài học kinh nghiệm về triển khai thực hiện Quy tắc ứng xử theo Quyết định số 29/2008/QĐ-BYT tại một số bệnh viện**
- **Tổng quan quốc tế về kỹ năng giao tiếp của nhân viên y tế và người bệnh tại cơ sở khám chữa bệnh**
- **Thực trạng kỹ năng giao tiếp của nhân viên y tế và người bệnh ở một số cơ sở khám chữa bệnh công lập tại Việt Nam**
- **Kết quả đo lường sự hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ khám chữa bệnh của các bệnh viện công lập năm 2017**
- **Kết quả 5 năm triển khai thực hiện Chiến lược Dân số - Sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2015-2020**
- **Khó khăn, bất cập sau 5 năm triển khai thực hiện Chiến lược Dân số - sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011-2020**

NHÌN RA THẾ GIỚI

- **Phương thức cung cấp dịch vụ Bác sĩ gia đình và chi phí các dịch vụ khám chữa bệnh do Bác sĩ gia đình cung cấp tại một số nước trên thế giới**

GIỚI THIỆU CHÍNH SÁCH MỚI

TIN TỨC



TỔNG BIÊN TẬP

GS. TS. Lê Quang Cường

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

ThS. Vũ Thị Minh Hạnh

BAN BIÊN TẬP

TS. Trần Thị Mai Oanh

TS. Nguyễn Khánh Phương

TS. Khương Anh Tuấn

TÒA SOẠN

Viện Chiến lược và Chính sách Y tế
Ngõ A36 Hồ Tùng Mậu - Mai Dịch

Cầu Giấy - Hà Nội

Tel: (04) 3846 1590

(04) 3823 4167

Fax: (04) 3823 2448

Email: tapchichinhhsachyte@hspi.org.vn

Giấy phép xuất bản số:

197/GP-BTTTT cấp ngày 23/6/2014

In 2.000 cuốn khổ 20,5x29,5

Chế bản in tại:

Công ty Hoàng Minh

MỤC LỤC

Trang

KỸ NĂNG GIAO TIẾP CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ VÀ SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI CÁC BỆNH VIỆN CÔNG LẬP

- Tổng quan về y đức và Quy tắc ứng xử của nhân viên y tế **4**
ThS.Vũ Thị Minh Hạnh
 - Một số bài học kinh nghiệm về triển khai thực hiện Quy tắc ứng xử theo Quyết định số 29/2008/QĐ-BYT tại một số bệnh viện **17**
ThS.Vũ Thị Minh Hạnh
TS. Trần Thị Hồng Cẩm
ThS.Vũ Thúy Nga
 - Tổng quan quốc tế về kỹ năng giao tiếp của nhân viên y tế và người bệnh tại cơ sở khám chữa bệnh **27**
ThS.Hoàng Ly Na
 - Thực trạng kỹ năng giao tiếp của nhân viên y tế và người bệnh ở một số cơ sở khám chữa bệnh công lập tại Việt Nam **35**
ThS.Vũ Thị Minh Hạnh
ThS.Vũ Thúy Nga
 - Kết quả đo lường sự hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ khám chữa bệnh của các bệnh viện công lập năm 2017 **48**
TS. Trần Thị Hồng Cẩm
ThS.Vũ Thúy Nga
 - Kết quả 5 năm triển khai thực Chiến lược Dân số - Sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2015- 2020 **54**
ThS.Vũ Thị Minh Hạnh
ThS.Nguyễn Văn Hùng
 - Khó khăn, bất cập sau 5 năm thực hiện Chiến lược Dân số - sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2015- 2020 **65**
ThS.Nguyễn Văn Hùng
-
- ### NHÌN RA THẾ GIỚI
- Phương thức cung cấp dịch vụ Bác sĩ gia đình và chi phí các dịch vụ khám chữa bệnh do Bác sĩ gia đình cung cấp tại một số nước trên thế giới **77**
ThS. Nguyễn Việt Hà
ThS.Vũ Thúy Nga

GIỚI THIỆU CHÍNH SÁCH MỚI

- Quy định tỷ lệ hao hụt đối với vị thuốc cổ truyền và việc thanh toán chi phí hao hụt tại các cơ sở khám chữa bệnh **84**
ThS. Nguyễn Kim Anh
- Sửa đổi Thông tư 02/2017/TT-BYT quy định mức tối đa khung giá dịch vụ khám, chữa bệnh không thuộc phạm vi thanh toán của Quỹ bảo hiểm y tế **86**
Nguyễn Phương Thảo
- Bộ Y tế ban hành Danh mục dược liệu độc làm thuốc **88**
Lê Thị Kim Oanh
- Bộ Y tế quy định gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến y tế cơ sở **90**
Nguyễn Phương Thảo
- Quy định giá cụ thể đối với dịch vụ kiểm nghiệm mẫu thuốc, nguyên liệu làm thuốc, thuốc dùng cho người tại cơ sở y tế công lập sử dụng ngân sách nhà nước **92**
Lý Mai Hà

TIN TỨC

- Hội nghị trực tuyến “Triển khai công tác ngành Y tế năm 2018” **94**
ThS. Nguyễn Kim Anh
- Đánh giá độc lập kết quả triển khai Quyết định số 2151/QĐ-BYT tại Đà Nẵng **97**
ThS. Nguyễn Việt Hà
- Bộ Y tế phối hợp với WHO tại Việt Nam khởi động Chương trình Hợp tác y tế giai đoạn 2018-2019 **98**
ThS. Lê Thị Kim Oanh

TỔNG QUAN VỀ Y ĐỨC VÀ QUY TẮC ỨNG XỬ CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ

ThS Vũ Thị Minh Hạnh¹

Đặt vấn đề

Mỗi một nghề nghiệp thường có một chuẩn mực đạo đức riêng biệt mà việc tuân thủ các chuẩn mực đó bao giờ cũng tạo nên uy tín, văn hóa và vị thế của ngành nghề đó trong xã hội. Sự tiến bộ và phát triển của xã hội đòi hỏi người hành nghề trong bất cứ lĩnh vực nào cũng phải tuân thủ các chuẩn mực đạo đức nghề nghiệp nhằm đảm bảo cho nghề nghiệp, sản phẩm của ngành nghề được xã hội trọng dụng, tôn vinh. Nghề y là một nghề đặc biệt, liên quan trực tiếp đến sức khỏe, tính mạng của con người, có vị trí, vai trò và ảnh hưởng lớn đến toàn xã hội nên người hành nghề cần phải đề cao đạo đức nghề nghiệp mà xã hội thường gọi là y đức. Không chỉ tại Việt Nam mà ở mỗi quốc gia, tùy thuộc vào phong tục, tập quán cũng như sinh hoạt của dân tộc mình đều có những quy định về y đức và đưa một số điểm quan trọng của y đức vào luật và coi đó là quy định bắt buộc cả thầy thuốc và bệnh nhân phải tuân thủ. Bài báo này trình bày tổng quan về y đức và Quy tắc ứng xử của nhân viên y tế tại một số quốc gia trên thế giới và ở Việt Nam.

Từ khóa: y đức, quy tắc ứng xử, nhân viên y tế

1. Một số thuật ngữ có liên quan

1.1. Đạo đức

Đạo đức là một hình thái xã hội, là tập hợp những nguyên tắc, quy tắc, chuẩn mực xã hội, nhằm điều chỉnh và đánh giá cách ứng xử của con người trong quan hệ với nhau và quan hệ với xã hội, được thực hiện bởi niềm tin cá nhân, truyền thống và sức mạnh của dư luận [9].

Như vậy đạo đức bao gồm “những nguyên tắc, quy tắc chuẩn mực xã hội mà nhờ nó con người tự giác điều chỉnh hành vi, hoạt động của mình sao cho phù hợp với lợi ích, hạnh phúc và tiến bộ chung của toàn xã hội, trong mối quan hệ giữa con người với con người, giữa cá nhân với xã hội.

Căn cứ vào những chuẩn mực xã hội người ta đánh giá hành vi của mỗi người theo các quan niệm về thiện và ác, về cái không được làm (vô đạo đức) và nghĩa vụ phải làm. Khác với pháp luật, chuẩn mực đạo đức không được ghi thành văn bản pháp quy mang tính cưỡng chế song đều được mọi người thực hiện do sự thôi thúc của lương tâm cá nhân và dư luận xã hội. Đạo đức thể hiện bản chất xã hội của con người là nét cơ bản trong tính người, là một trong những thước đo sự tiến bộ của xã hội loài người.

1.2. Đạo đức nghề nghiệp

Đạo đức nghề nghiệp là một bộ phận của đạo đức xã hội, là hệ thống những nguyên tắc, quy

¹ Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

định hoặc quy tắc gắn liền với những chuẩn mực về cách ứng xử đạo đức của một nghề nhằm hướng dẫn hành vi và việc ra quyết định đúng đắn của người hành nghề[11]. Việc tuân thủ các tiêu chuẩn đạo đức nghề nghiệp sẽ giúp nâng cao chất lượng lao động nghề nghiệp.

1.3. Y đức

Y đức (tên đầy đủ là *đạo đức y học - Medical ethics*) là một bộ phận của đạo đức nghề nghiệp, là hệ thống các nguyên tắc hay luân lý đạo đức, quy định hành vi và mối quan hệ giữa thầy thuốc với bệnh nhân và với đồng nghiệp, nhờ đó mà những người hành nghề y tự giác điều chỉnh hành vi của mình cho phù hợp với lợi ích và tiến bộ xã hội [9].

Y đức không chỉ là những hành động như thái độ niềm nở với người bệnh, mà còn đòi hỏi người thầy thuốc phải khiêm tốn, đối xử tốt với đồng nghiệp, giỏi về chuyên môn, không lợi dụng nghề nghiệp để chăm lo cho lợi ích của bản thân...

Lương tâm nghề nghiệp trong sáng là cơ sở để hình thành những đức tính cần có của người thầy thuốc. Lương tâm người thầy thuốc còn là cơ sở để hình thành sự cảm thông sâu sắc với nỗi đau của người bệnh, từ đó hình thành quy chuẩn của đạo đức trong nghề nghiệp: 1)Thầy thuốc phải chăm chỉ, nhiệt tình lao động, luôn sẵn sàng, chủ động trong công việc của mình; 2)Thầy thuốc phải thận trọng, cảnh giác trước các trường hợp coi là bệnh nhẹ, bình thường, giản đơn; 3)Thầy thuốc phải luôn giữ gìn phẩm giá, danh dự nghề nghiệp của mình; 4)Thầy thuốc phải là người có tính sáng tạo trong nghề nghiệp.

1.4. Giao tiếp và đặc trưng của giao tiếp

Giao tiếp là quá trình tác động lẫn nhau thông qua trao đổi thông tin, giúp hiểu biết và nhận thức lẫn nhau, từ đó tạo ra những ảnh hưởng lẫn nhau[17].

Theo David K. Berlo: Giao tiếp của con người là một quá trình có chủ định hay không chủ định,

có ý thức hay không ý thức mà trong đó các cảm xúc và tư tưởng được biểu đạt trong các thông điệp bằng ngôn ngữ hoặc phi ngôn ngữ. Giao tiếp của con người được diễn ra ở các mức độ: trong con người (intrapersonal), giữa con người với con người (interpersonal) và cộng đồng (public). Giao tiếp của con người là một quá trình năng động, liên tục, bất thuận nghịch tác động qua lại và có tính chất ngữ cảnh[18].

Gazda, Childers & Walters, 1982 cho rằng “Giao tiếp giữa các cá nhân là một trong những kỹ năng sống cơ bản quan trọng nhất”. Giao tiếp hiệu quả là việc truyền tải chính xác và liên tục những thông tin dẫn đến sự hiểu biết lẫn nhau. Kỹ năng giao tiếp giữa các cá nhân còn được cho là cửa ngõ để phát triển các kỹ năng quan trọng khác của cuộc sống.

Giao tiếp hiệu quả đòi hỏi nhiều hơn việc cung cấp thông tin một chiều; giao tiếp hiệu quả là một cuộc đối thoại hai chiều trong đó mọi người nghĩ và quyết định cùng nhau. Môi trường giao tiếp hiệu quả tại các cơ sở y tế đòi hỏi các tổ chức này và đội ngũ điều dưỡng ưu tiên phát triển các kỹ năng giao tiếp, bao gồm kỹ năng viết, kỹ năng nói, kỹ năng giao tiếp không lời và coi kỹ năng giao tiếp quan trọng ngang bằng với các kỹ năng lâm sàng (American Association of Critical-care Nurses).

Giao tiếp giữa các cá nhân là sự liên quan giữa ngôn ngữ sử dụng, những gì được nói và cách điều đó được diễn đạt, trong đó bao gồm những chuẩn mực giao tiếp không lời, ngôn ngữ cơ thể và các biểu hiện nét mặt. Những tông giọng, ngữ điệu được sử dụng khi giao tiếp cũng là những yếu tố quan trọng của giao tiếp giữa các cá nhân và là nhân tố để chúng ta đánh giá, hiểu rõ hơn thông tin được truyền đạt. Hargie (2006) đã phát triển hơn nữa sự hiểu biết này bằng cách giới thiệu một khái niệm về giao tiếp giữa các cá nhân, ông cho rằng giao tiếp giữa các cá nhân là một kỹ năng cần thiết và quan trọng cần được phát triển sâu hơn. Ông cho rằng những kỹ năng

này bao gồm các đặc điểm nhất định như: Giao tiếp không lời, lắng nghe, giải thích, chất vấn, đàm phán, thuyết phục, phản ánh, tự tiết lộ những thông tin của bản thân.

Trong bối cảnh xã hội Việt Nam, giao tiếp có thể được hiểu là truyền đi, phát đi một thông tin từ một người hay một nhóm cho một người hay một nhóm khác, trong mối quan hệ tác động lẫn nhau (tương tác). Thông tin hay thông điệp được nguồn phát mà người nhận phải giải mã, cả hai bên đều vận dụng một mã chung.

Đặc trưng cơ bản của giao tiếp: Bản chất xã hội, tính văn hóa – xã hội lịch sử cụ thể, tính phổ biến, tính bất đối xứng, tính mềm dẻo, tính chuyển tải thông điệp, tính cá thể của giao tiếp.

Chức năng của giao tiếp: theo tiêu chí mục tiêu, giao tiếp có 8 chức năng khác nhau, bao gồm: chức năng tiếp xúc, chức năng thông tin, chức năng kích thích, chức năng định vị, chức năng hiểu biết, tạo động cơ, hình thành các mối quan hệ, chức năng gây ảnh hưởng.

Phân loại giao tiếp: Có nhiều cách phân loại giao tiếp khác nhau, cụ thể như:

- Theo cách thức tiến hành: Giao tiếp trực tiếp và giao tiếp gián tiếp.
- Theo lĩnh vực xảy ra giao tiếp: Giao tiếp ngôn ngữ bên ngoài và giao tiếp ngôn ngữ bên trong.
- Theo số lượng cá nhân tham gia giao tiếp: Giao tiếp song đôi và giao tiếp nhóm.
- Theo mục đích hoạt động của nhóm xã hội: Giao tiếp chính thức và giao tiếp không chính thức.
- Theo định hướng tâm lý – xã hội: Giao tiếp định hướng xã hội và giao tiếp định hướng nhân cách.
- Theo ngành nghề.
- Theo phương tiện tiến hành: là cách phân chia phổ biến hiện nay bao gồm:

✓ Giao tiếp ngôn ngữ: Giao tiếp thông qua hệ thống ký hiệu ngôn ngữ, bao gồm giao tiếp ngôn ngữ nói và ngôn ngữ viết.

✓ Giao tiếp cận ngôn ngữ: Giao tiếp thông qua chất lượng của các âm thanh khi nói (như độ cao thấp của âm thanh, độ nhanh chậm của lời nói, vị trí nhân âm, ngữ điệu, chất giọng cao thấp, trong đục, âm vùng miền), lối diễn đạt và các cử động gật lắc đầu, các cử chỉ của mắt.

✓ Giao tiếp phi ngôn ngữ: Giao tiếp phi ngôn ngữ là giao tiếp mà tín hiệu được phát đi thông qua các cử chỉ, các biểu cảm phi ngôn ngữ của ngoại hình, bài trí không gian, cách sắp thời gian giao tiếp và cách đón tiếp... Tín hiệu giao tiếp phi ngôn ngữ được tiếp nhận thông qua các cảm nhận giác quan như thị giác, thính giác, xúc giác, khứu giác, vị giác...

Trong môi trường BV thường xuyên diễn ra các hoạt động giao tiếp giữa các thầy thuốc với nhau, giữa thầy thuốc với người bệnh và giữa người bệnh với người bệnh... Trong số những hoạt động giao tiếp này, chúng ta đặc biệt quan tâm đến giao tiếp giữa thầy thuốc và người bệnh - là hành vi có vai trò to lớn, giúp cho quá trình chẩn đoán và điều trị người bệnh một cách có hiệu quả.

Mọi hành vi, cử chỉ, lời nói... của người thầy thuốc đều tác động mạnh mẽ đến người bệnh. Khi nói nghề y thuộc loại hình nghề nghiệp người – người, điều đó cũng đã bao hàm mối quan hệ giữa con người với nhau trong quá trình hành nghề. Điều đặc biệt trong giao tiếp này là người thầy thuốc thường giữ vai trò chủ đạo. Mỗi lời nói, hành vi của thầy thuốc đều có tác động mạnh mẽ lên tâm lý người bệnh. Nếu như người thầy thuốc biết gây thiện cảm, biết khơi dậy mọi tiềm năng của người bệnh, hiểu thấu những suy tư trong lòng họ... và đưa ra những lời khuyên hợp lý thì quá trình điều trị sẽ gặp nhiều thuận

lợi. Nhiều khi tác động tâm lý mạnh đến mức có thể làm mờ đi, thậm chí xóa bỏ hẳn một hoặc một số triệu chứng của bệnh. Dựa trên cơ sở của tác động này mà người ta đã xây dựng chuyên ngành liệu pháp tâm lý, nhằm tổ chức những tác động tâm lý theo hướng điều trị tích cực, có lợi cho người bệnh.

Tuy nhiên cũng có trường hợp, do thầy thuốc thiếu cân nhắc, thiếu thận trọng trong lời nói, hành vi mà đã tạo nên những phản ứng tâm lý trái ngược với kết quả điều trị, gây hại cho người bệnh.

Nếu có liệu pháp tâm lý cho thấy lợi ích to lớn của những tác động có kế hoạch, có cân nhắc chu đáo của thầy thuốc lên tâm lý người bệnh, thì “bệnh do thầy thuốc” (iatrogenia) cũng cảnh báo những tác hại không nhỏ do những sai sót của thầy thuốc trong hoạt động nghề nghiệp gây ra cho người bệnh.

Các đặc trưng của giao tiếp trong cơ sở khám chữa bệnh:

- *Loại hình giao tiếp* chủ yếu giữa thầy thuốc và người bệnh là giao tiếp chính thức. Về cơ bản, mục đích, chức năng, phương hướng, nhiệm vụ... của hoạt động giao tiếp được xác định trước và đáp ứng yêu cầu của hoạt động khám, chữa bệnh, cũng có thể nói đây là loại giao tiếp công việc.
- *Chủ thể và khách thể giao tiếp* là những cá nhân hoặc nhóm xã hội nhất định. Họ có những “vai xã hội” khác nhau trong quá trình giao tiếp, song phần lớn là quan hệ giữa một bên là NVYT và một bên là người bệnh.
- *Vị thế giao tiếp* chủ thể và khách thể giao tiếp là không ngang bằng tức vị thế của NVYT và người bệnh trong giao tiếp là không ngang bằng. Người bệnh thường bị phụ thuộc vào những chỉ định, quyết định của NVYT, vì vậy vị thế giao tiếp của người bệnh thường thấp hơn của NVYT.

Do đó, hành vi giao tiếp của NVYT với người bệnh thường dễ bị mặc định như sự ban ơn.

- *Các phương tiện giao tiếp* được sử dụng một cách tổng hợp song phương tiện chủ yếu vẫn là ngôn ngữ. Uy tín, phong cách hành nghề của thầy thuốc đôi khi đóng vai trò quyết định đối với kết quả giao tiếp.

1.5. Ứng xử

Ứng xử là thái độ, hành vi, lời nói thích hợp trong quan hệ giao tiếp giữa người với người và giữa người với thiên nhiên.

Ứng xử trong giao tiếp được hiểu là sự phản ứng của con người đối với tác động của một tổ chức, một nhóm người, cá nhân,... đến bản thân họ trong một tình huống nhất định.

Ứng xử của NVYT trong các đơn vị sự nghiệp y tế là các hành vi xử sự của họ đối với cơ quan, lãnh đạo, đồng nghiệp và người bệnh trong thực thi nhiệm vụ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hàng ngày.

1.6. Quy tắc ứng xử

Quy tắc ứng xử là các chuẩn mực xử sự của cán bộ, công chức, viên chức trong thi hành nhiệm vụ, công vụ và trong quan hệ xã hội, bao gồm những việc phải làm hoặc không được làm phù hợp với đặc thù công việc của từng nhóm cán bộ, công chức, viên chức và từng lĩnh vực hoạt động công vụ nhằm bảo đảm sự liêm chính và trách nhiệm của cán bộ công chức, viên chức [8].

Quy tắc ứng xử của viên chức trong các đơn vị sự nghiệp công lập “là các chuẩn mực xử sự của viên chức trong thi hành nhiệm vụ và trong quan hệ xã hội do cơ quan nhà nước có thẩm quyền ban hành phù hợp với đặc thù công việc trong từng lĩnh vực hoạt động và được công khai để nhân dân giám sát việc chấp hành”[9].

Các đặc điểm của Quy tắc ứng xử, bao gồm:

Thứ nhất, Quy tắc ứng xử mang tính chuẩn mực: Điều này có nghĩa là nó phải được xác định tính nguyên tắc do cấp có thẩm quyền quy định để làm căn cứ đánh giá.

Thứ hai, Quy tắc ứng xử mang tính chỉ dụ và hướng đạo: Điều này có nghĩa là phải có cung cấp những thông tin và chỉ dẫn làm sáng tỏ chuẩn mực và kỳ vọng mà tổ chức đề ra cho thành viên.

Thứ ba, Quy tắc ứng xử mang tính riêng biệt: Điều này có nghĩa là một quy định Quy tắc ứng xử chỉ có tác dụng và ảnh hưởng trong một phạm vi nhất định, nó chỉ có thể điều chỉnh hành vi của một hoặc một số đối tượng nhất định trong phạm vi nào đó.

Mục đích của việc quy định Quy tắc ứng xử:
Theo Gilman, Quy tắc ứng xử được hình thành nhằm bốn mục đích.

Trước hết quy định về Quy tắc ứng xử là để nâng cao khả năng viên chức sẽ hành xử theo một chuẩn mực nhất định nào đó mang tính phổ biến trong toàn đơn vị.

Thứ hai, quy định về Quy tắc ứng xử khiến cho viên chức phải thực hiện những hành động mà kết quả sẽ dẫn đến việc họ làm việc đúng vì những lý do đúng đắn.

Thứ ba, Quy tắc ứng xử không lấy đi sự tự chủ về phẩm hạnh, cũng không xóa nhòa bản sắc cá nhân của viên chức.

Thứ tư, Quy tắc ứng xử giúp tạo ra cho viên chức niềm tự hào được là thành viên của một đội ngũ những người làm ngành nghề nào đó trong đó có ngành Y.

Vai trò to lớn của Quy tắc ứng xử trong xây dựng và duy trì đạo đức nghề nghiệp, cụ thể như:

Thứ nhất, Quy tắc ứng xử được sử dụng như một công cụ để tổ chức hướng dẫn thành viên của mình ứng xử thế nào cho đúng trong trường

hợp có những nghi ngờ hoặc lúng túng. Người sử dụng có thể coi nó là tài liệu tham chiếu và chỉ dẫn có tác dụng hỗ trợ cho hành vi hàng ngày của họ.

Thứ hai, Quy tắc ứng xử còn có thể được coi là tài liệu giúp làm sáng tỏ hơn nhiệm vụ, giá trị và nguyên tắc của tổ chức, kết nối những yếu tố này với tiêu chuẩn hành xử nghề nghiệp.

Thứ ba, Quy tắc ứng xử là một cách thức công khai để tổ chức thể hiện họ hoạt động theo giá trị và chuẩn mực nào. Quy tắc ứng xử được thiết kế và soạn thảo tốt có thể được sử dụng như một công cụ giao tiếp và công cụ này phản ánh cam kết của tổ chức về những giá trị mà tổ chức coi trọng nhất.

Thứ tư, Quy tắc ứng xử là công cụ để tổ chức tạo nên một bản sắc văn hóa riêng cho chính mình. Bản sắc văn hóa tích cực này có thể giúp tổ chức tạo được sự tự tin, đồng thời thu hút được sự ủng hộ của các bên liên quan.

Những vai trò và tác dụng của Quy tắc ứng xử đã có ảnh hưởng tích cực tới hoạt động quản trị, đặc biệt là trong việc ngăn chặn những hành vi phi đạo đức thông qua việc khuyến khích con người hành xử đúng đắn. Ngoài những vai trò và tác dụng đối với một tổ chức, bộ quy tắc ứng xử còn có tác dụng tạo lập niềm tin tưởng, sự tự tin trong công chúng và xã hội trên phương diện đạo đức. Ví dụ, xã hội nói chung và người bệnh nói riêng có quyền mong đợi những người làm nghề y phải đối xử với họ một cách đạo đức và tôn trọng phẩm hạnh. Công chúng và người bệnh cũng có quyền cho rằng nghề y sẽ trừng phạt những người hành nghề đã hành xử phi đạo đức.

Tóm lại, Quy tắc ứng xử với tư cách là một công cụ quản lý được sử dụng rộng rãi trong khu vực dịch vụ công. Trong quá khứ và hiện tại, Chính phủ nhiều nước và nhiều tổ chức công đã đưa ra những bộ quy tắc ứng xử để hướng dẫn hành vi của nhân viên. Điều này không chỉ chứng tỏ tính phổ biến của Quy tắc ứng xử mà

còn cho thấy niềm tin lớn vào tác dụng và vai trò của nó đối với việc bảo đảm đạo đức công chức, viên chức.

2. Trên thế giới

Đạo đức nghề nghiệp ngành Y - hay còn gọi là y đức (medical ethics) là một loại hình đạo đức nghề nghiệp (Williams, 2005). Y đức nghiên cứu và ứng dụng các giá trị đạo đức, quyền và trách nhiệm của người hành nghề y. Các hiệp hội/tổ chức y khoa quốc gia, quốc tế đã xây dựng và ban hành các chuẩn đạo đức ngành Y mang tính hướng dẫn làm căn cứ để mỗi thành viên/hội viên quyết định hành vi ứng xử đúng chuẩn mực trong các tình huống liên quan đến đạo đức khi hành nghề (Williams, 2005).

Y đức hình thành và phát triển gắn liền với lịch sử phát triển y học. Vào thế kỷ thứ 5 trước công nguyên, Hippocrates đã đưa ra khái niệm “nghề y” và các nguyên lý cơ bản của y đức. Những nguyên lý này vẫn còn nguyên giá trị cho đến ngày nay. Trong thời kỳ hiện đại, sự ra đời của khái niệm quyền con người đã ảnh hưởng mạnh mẽ đến y đức, bởi hai lý do:

- Thứ nhất là trong thế giới đa văn hóa, quan niệm về đạo đức thường rất đa dạng song đối với các quyền của con người, trong đó có quyền được sống khỏe mạnh vẫn đạt được sự thống nhất chung mang tính toàn cầu, được luật pháp quốc tế bảo vệ.
- Thứ hai là người thầy thuốc thường phải đối mặt với các vấn đề liên quan đến quyền con người khi hành nghề (chỉ định phác đồ điều trị, kê đơn thuốc, chỉ định các kỹ thuật lâm sàng khi chưa tiến hành tư vấn để đạt được sự đồng thuận mang tính tự nguyện từ người bệnh).

Bên cạnh đó, sự phát triển của khoa học kỹ thuật y học cũng là một yếu tố khiến các quy tắc đạo đức mới được bổ sung, đặc biệt là các quy tắc trong nghiên cứu khoa học y khoa (Williams, 2005).

Năm 1847, Hiệp hội Y khoa Hoa kỳ ban hành Quy ước đạo đức nghề nghiệp ngành Y (Code of Medical Ethics). Đây là bộ chuẩn đạo đức ngành Y đầu tiên trên thế giới. Đến nay, bộ chuẩn này đã được sửa đổi 3 lần (AMA 2013). Năm 1948, Đại hội Hiệp hội Y khoa thế giới lần thứ 2 đã thông qua Tuyên ngôn Geneva về 10 điều đạo đức thầy thuốc cam kết đối với mỗi thành viên khi được chấp nhận hành nghề. Năm 1949, Hiệp hội Y khoa thế giới (World Medical Association) ban hành Quy ước Đạo đức nghề nghiệp ngành Y quốc tế (International code of medical ethics). Bộ chuẩn này cũng đã được sửa đổi lần thứ 3 (WMA 2013). Những sửa đổi này nhằm đưa ra các quy ước phù hợp với tiến trình phát triển của khoa học, công nghệ y khoa và sự biến đổi các giá trị xã hội.

Chuẩn đạo đức nghề nghiệp ngành Y của mỗi quốc gia có thể có những đặc trưng riêng biệt phù hợp với bối cảnh kinh tế - xã hội song nhìn chung luôn có sự tương đồng ở một số điểm chung như sau: Người thầy thuốc luôn phải đặt lợi ích của người bệnh lên trên lợi ích của bản thân; Không phân biệt theo đặc điểm nhân khẩu xã hội của người bệnh; Bảo vệ tính bí mật riêng tư về thông tin của người bệnh; Cấp cứu cho người bệnh khi họ cần, bất kể họ là ai.

Cơ sở vững chắc giúp thầy thuốc có thể nhận biết những vấn đề y đức mà họ sẽ gặp phải trong quá trình hành nghề để lựa chọn việc làm có lợi nhất cho người bệnh là việc tuân thủ ba giá trị đạo đức cơ bản của nghề y (sự cảm thông - compassion, năng lực - competence và tính tự chủ - autonomy) và kinh nghiệm, kỹ năng chuyên môn (Williams, 2005).

Ở một số nước, ngoài quy tắc đạo đức nghề nghiệp chung của ngành Y, còn có các quy tắc đạo đức nghề nghiệp chuyên biệt với từng chức danh chuyên môn (bác sỹ, điều dưỡng, dược sỹ, nữ hộ sinh,...).

Sau hơn 2000 năm kể từ khi Hippocrates đề cập đến những tư tưởng cốt lõi của y đức, năm 1999, lần đầu tiên đã có giáo trình mang tính thống nhất trên toàn cầu và được sử dụng rộng rãi trong giảng dạy cho sinh viên y khoa và nhân viên y tế mang tên **Cẩm nang Đạo đức nghề y** - Medical ethics manual do Hiệp hội Y khoa thế giới xuất bản (Williams, 2005). Đến nay, cuốn sách đã được tái bản lần 2 và dịch ra 20 thứ tiếng. Đại hội Hiệp hội Y khoa thế giới lần thứ 51 (năm 1999) đã khuyến nghị tất cả các trường y trên thế giới nên đưa y đức và quyền con người trở thành môn học bắt buộc trong chương trình đào tạo.

Theo Cẩm nang Đạo đức nghề y, trong y học thực hành hiện đại cần tập trung giải quyết các mối quan hệ phổ biến, bao gồm: quan hệ giữa thầy thuốc với bệnh nhân, quan hệ giữa thầy thuốc với đồng nghiệp và y đức trong nghiên cứu khoa học và quan hệ giữa thầy thuốc với cộng đồng. Quan hệ giữa thầy thuốc với bệnh nhân được xem là cốt lõi trong y khoa thực hành, vì vậy cũng là vấn đề trọng tâm của y đức (Williams, 2005).

Về mối quan hệ thầy thuốc- người bệnh:

Theo Quy ước Đạo đức nghề nghiệp ngành Y quốc tế, người thầy thuốc phải trung thành tuyệt đối với bệnh nhân. Tuyên ngôn Geneva yêu cầu mỗi thầy thuốc phải xem sức khỏe của bệnh nhân là mối quan tâm hàng đầu của mình. Trong mối quan hệ này, có 6 lĩnh vực trọng tâm mà người thầy thuốc thường giải quyết những vấn đề liên quan đến y đức, đó là: 1) Tôn trọng và công bằng với người bệnh; 2) Trao đổi, cập nhật thông tin giữa thầy thuốc và người bệnh để đạt được sự chấp thuận của người bệnh; 3) Ra quyết định cho người bệnh khi họ không đủ năng lực tự quyết định; 4) Bảo mật thông tin cho người bệnh; 5) Các quyết định của thầy thuốc liên quan đến những vấn đề bắt đầu sự sống của người bệnh; 6) Các quyết định của thầy thuốc liên quan đến những vấn đề kết thúc sự sống của người bệnh.

Về mối quan hệ giữa thầy thuốc với đồng nghiệp:

“Đồng nghiệp của tôi sẽ là anh/chị/em của tôi” là một lời thề trong Tuyên ngôn Geneva. Lời thề này đã được phiên giải khác nhau ở các quốc gia và qua các thời kỳ.

Quy ước Đạo đức nghề nghiệp ngành Y quốc tế yêu cầu người thầy thuốc phải tôn trọng và hợp tác với đồng nghiệp để đạt được hiệu quả cao nhất trong chăm sóc bệnh nhân. Hai điều bị nghiêm cấm là: hành vi trục lợi cho cá nhân trong điều chuyên, tiếp nhận bệnh nhân và tranh giành bệnh nhân của đồng nghiệp.

Cùng với y đức, các quy định của pháp luật về hành nghề y cũng là một trong những căn cứ chuẩn mực để điều chỉnh hành vi của người thầy thuốc. Tùy theo hệ thống luật pháp của các quốc gia, quy ước đạo đức nghề y có thể mang tính pháp lý. Pháp luật của hầu hết các quốc gia đều đã quy định cụ thể cách thức ứng xử của thầy thuốc khi gặp phải các vấn đề liên quan đến đạo đức nghề nghiệp trong chăm sóc bệnh nhân và trong nghiên cứu y khoa. Hệ thống cấp phép hành nghề của một số nước có đủ khả năng để xử phạt thầy thuốc nếu họ vi phạm y đức. Tuy nhiên, một số chuẩn mực trong đạo đức nghề nghiệp ngành Y không trùng hợp với các quy định của pháp luật. Cá biệt, có những nguyên tắc đạo đức ngành Y yêu cầu các chuẩn mực hành vi trong hành nghề còn cao hơn cả luật pháp do vậy đạo đức ngành Y cho phép thầy thuốc có thể không tuân thủ pháp luật nếu pháp luật buộc thầy thuốc có những hành vi phi đạo đức. Luật pháp của các nước có thể rất khác nhau song chuẩn mực y đức lại rất tương đồng.

Quy tắc ứng xử của thầy thuốc

Hàng ngàn năm nay, Quy tắc ứng xử đã được sử dụng như là công cụ định hướng hành vi của các thành viên trong các nhóm xã hội (tổ chức, hiệp hội, ngành/nghề). Người vi phạm các Quy tắc ứng xử có thể bị ngăn cản sự tham gia, loại

bỏ khỏi nhóm xã hội của mình hoặc chịu sự phán xét của pháp luật nếu Quy tắc ứng xử đó đã được luật pháp hóa (EOLSS 2013). Quy tắc ứng xử của các nhóm xã hội phải phù hợp với các quy định trong luật pháp của quốc gia.

Ở một số quốc gia như Anh, Úc, Hoa Kỳ, Quy tắc ứng xử trong ngành Y cũng được xây dựng riêng biệt cho từng chức danh chuyên môn (bác sĩ, điều dưỡng, nữ hộ sinh, dược sĩ...). Một số quốc gia khác thường xây dựng Quy tắc ứng xử chung cho nhân viên y tế. Quy tắc ứng xử là công cụ hỗ trợ cùng với quy ước đạo đức nghề nghiệp hướng dẫn người thầy thuốc thực hành tốt công việc của mình và giúp cộng đồng nhận biết được những quyền của họ từ những nhân viên y tế. Thông thường, Quy tắc ứng xử không thể quy định chi tiết tất cả các chuẩn mực ứng xử của mọi lĩnh vực hành nghề y. Các cơ quan chức năng liên quan trong ngành sẽ xây dựng các hướng dẫn chi tiết hơn (Australia Medical Board 2013).

Nhiều bệnh viện ở Bắc Mỹ và một số nước yêu cầu người thầy thuốc (bác sĩ) phải ký cam kết tuân thủ Quy tắc ứng xử. Nếu bệnh viện không tham gia triển khai Quy tắc ứng xử thì sẽ không được hưởng một số quyền lợi chẳng hạn như không được tham gia khám chữa bệnh bảo hiểm y tế (Collier 2011).

Tại Úc, Quy tắc ứng xử của bác sĩ được xây dựng bổ sung cho chuẩn đạo đức nghề nghiệp ngành Y của Hiệp hội Y khoa Úc. Quy tắc này được xây dựng chi tiết và cụ thể, chia sẻ các giá trị tương đồng với Tuyên ngôn Geneva và Quy ước Đạo đức nghề nghiệp ngành Y quốc tế. Các bác sĩ hành nghề ở Úc có trách nhiệm nắm vững quy tắc này và ứng dụng vào các tình huống khi hành nghề. Quy tắc đã xác định mối quan hệ của bác sĩ với 3 nhóm: với bệnh nhân, đồng nghiệp và hệ thống y tế.

Trong mối quan hệ với bệnh nhân, Quy tắc ứng xử của bác sĩ tại Úc đề cập chi tiết đến 12 nhóm vấn đề: 1) Thông tin/truyền thông có hiệu

quả cho người bệnh; 2) Giữ bí mật và đảm bảo riêng tư cho người bệnh; 3) Lưu ý trong chăm sóc trẻ em và vị thành niên; 4) Đặc điểm nhân khẩu xã hội của người bệnh và những vấn đề mang tính nhạy cảm; 5) Những bệnh nhân có thể có thêm các nhu cầu khác; 6) Người thân/người nhà, người chăm sóc bệnh nhân; 7) Hành xử khi xảy ra những tình huống không mong đợi; 8) Hành xử khi bệnh nhân phàn nàn; 9) Chăm sóc những trường hợp sắp kết thúc sự sống; 10) Dừng/chấm dứt mối quan hệ giữa bác sĩ với bệnh nhân trong điều trị; 11) Điều trị cho bệnh nhân là người thân; 12) Chấm dứt hành nghề hoặc hành nghề lại.

Trong mối quan hệ với đồng nghiệp, quy tắc này đã hướng dẫn như sau: Tôn trọng đồng nghiệp, trao đổi thông tin rõ ràng với đồng nghiệp cùng tham gia điều trị; Chỉ định đồng nghiệp cùng tham gia điều trị và chuyển bệnh nhân; Làm việc nhóm; Điều phối việc chăm sóc bệnh nhân.

Trong mối quan hệ với hệ thống y tế, quy tắc này yêu cầu đối với bác sĩ như sau: Sử dụng hợp lý, có hiệu quả, tránh lãng phí nguồn lực; Phát huy vai trò đối với y tế công cộng.

Từ kinh nghiệm thế giới có thể nhận thấy rằng Quy tắc ứng xử và quy chuẩn đạo đức trong hành nghề y là những công cụ hữu hiệu định hướng về chuẩn mực hành vi của người thầy thuốc và xác định quyền của người bệnh. Quy tắc ứng xử là một khía cạnh quan trọng trong quy chuẩn đạo đức hành nghề y. Tuy nhiên, phạm vi điều chỉnh của Quy tắc ứng xử thường rộng hơn (bao gồm cả quy chuẩn đạo đức và quy chuẩn chuyên môn). Quy tắc ứng xử thường được luật pháp hóa. Quy chuẩn đạo đức hành nghề bao gồm những chuẩn mực hành vi đã được luật pháp hóa và cả những chuẩn mực hành vi cao hơn quy định của pháp luật. Đáng chú ý, cả Quy tắc ứng xử và đạo đức hành nghề đều đề cập đến 3 mối quan hệ mà người thầy thuốc phải quan tâm giải quyết trong hành nghề (với người bệnh, với đồng nghiệp và với cộng đồng).

Tổng quan các nghiên cứu về mối quan hệ giữa thầy thuốc và bệnh nhân

- *Thiết kế của các nghiên cứu lượng giá mối quan hệ giữa thầy thuốc với bệnh nhân:*

Phần lớn các nghiên cứu về mối quan hệ giữa thầy thuốc và bệnh nhân, bao gồm nghiên cứu về trao đổi thông tin giữa thầy thuốc và bệnh nhân là nghiên cứu mô tả cắt ngang (Roter 1989, Fong Ha 2010).

- *Công cụ lượng giá mối quan hệ giữa thầy thuốc và người bệnh:*

Năm 2009, Eveleigh và cộng sự đã tiến hành tổng quan hệ thống về các công cụ được sử dụng trong các nghiên cứu đánh giá mối quan hệ giữa thầy thuốc và bệnh nhân. Tổng quan này chỉ quan tâm đến các công cụ lượng hóa trực tiếp mối quan hệ này trên 4 phương diện: kiến thức (knowledge), sự tin tưởng (trust), sự trung thành (loyalty) và sự tôn trọng (regard). Nghiên cứu không bao gồm công cụ lượng giá về trao đổi thông tin (communication) hay sự hài lòng. Trên 4 cơ sở dữ liệu PubMed, PsychINFO, EMBASE và Web of Science, các tác giả đã tổng hợp được 43 nghiên cứu đáp ứng hoàn toàn các tiêu chí chọn lọc. 19 bộ công cụ đã được sử dụng trong các nghiên cứu này. Hầu hết các công cụ này (16 bộ) đều dành cho bệnh nhân trả lời, 1 bộ công cụ dành cho thầy thuốc và 2 công cụ dành cho người quan sát. Một vài công cụ có thể dành cho cả thầy thuốc hoặc bệnh nhân. Theo các tác giả, không thể xác định công cụ nào là công cụ chuẩn. Nghiên cứu về mối quan hệ giữa thầy thuốc và bệnh nhân có thể sử dụng, tinh lọc, phối hợp các công cụ hiện có để tạo thành một bộ công cụ phù hợp. Việc lựa chọn bộ công cụ nào cho phù hợp cần dựa trên mô hình hoặc khung khái niệm về mối quan hệ giữa thầy thuốc và người bệnh được áp dụng theo mục tiêu của nghiên cứu. Nếu nghiên cứu ở các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu, công cụ nghiên cứu cần ngắn gọn và dễ sử dụng. Theo các tác giả, bộ công cụ PDRQ-9 với 9 mục

được đánh giá là ngắn gọn, logic và thống nhất hơn cả.

Trong tổng quan các công trình nghiên cứu xuất bản trong 10 năm trên cơ sở dữ liệu MEDLINE từ 1986-1996, Boon và Stewart đã tìm thấy gần 40 bộ công cụ khác nhau đã được sử dụng trong các nghiên cứu tìm hiểu về trao đổi thông tin (communication) giữa thầy thuốc và bệnh nhân. Các tác giả nhận định rằng các nghiên cứu trong thời gian tới cần bổ sung câu hỏi liên quan đến trao đổi thông tin không bằng lời nói (non-verbal communication). Fong Ha (2010) và cộng sự cũng cho rằng không có công cụ nào là công cụ chuẩn nhất hay tốt nhất.

- *Một số phát hiện chính của các nghiên cứu về mối quan hệ giữa thầy thuốc và bệnh nhân:*

Theo Goold và Lipkin (1999), có nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng đến mối quan hệ giữa thầy thuốc và bệnh nhân.

- Các yếu tố về tổ chức/hệ thống: Các cơ sở khám chữa bệnh có khả năng tạo điều kiện cho người bệnh tiếp cận dễ dàng về mặt hành chính hoặc lâm sàng, thời gian chờ đợi hợp lý, chú ý đến sự thoải mái của bệnh nhân (ví dụ trong bố trí khu vực chờ đợi) sẽ giúp người bệnh cảm thấy mình được tôn trọng; cơ sở có đủ điều dưỡng và có đủ bác sỹ sẽ giúp bệnh nhân cảm thấy an toàn.
- Các yếu tố cá nhân về phía thầy thuốc, gồm có: cách thức ứng xử của thầy thuốc (thân thiện hay không), hiểu biết, khả năng lắng nghe và khả năng trao đổi thông tin hiệu quả với người bệnh.

Đối với việc trao đổi thông tin giữa thầy thuốc và người bệnh, trong tổng quan các nghiên cứu xuất bản trong 4 thập kỷ (1965 - 2011) Laender kết luận các yếu tố về nhân khẩu - kinh tế - xã hội của người bệnh có thể ảnh hưởng đến mức độ trao đổi thông tin giữa thầy thuốc và bệnh nhân,

đặc biệt là yếu tố học vấn, vị thế xã hội (Nele De Laender 2011). Ngoài ra các yếu tố như kinh nghiệm của thầy thuốc; môi trường làm việc cá nhân; hạn chế về thời gian; thầy thuốc đã/chưa xem bệnh án trước của người bệnh; sự khác nhau trong thái độ của người bệnh và tinh thần/cảm xúc của người bệnh trước tình trạng bệnh tật của bản thân; và mục đích của lần khám bệnh (Goold và Lipkin 1999) hay sự lo lắng của bệnh nhân, gánh nặng công việc của bác sỹ, bệnh nhân có những mong đợi không thực tế cũng có thể ảnh hưởng đến hiệu quả của việc trao đổi thông tin.

Như vậy, kết quả các tổng quan nghiên cứu cho thấy có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng mối quan hệ giữa thầy thuốc và người bệnh. Ngoài những yếu tố cá nhân thì yếu tố về mặt tổ chức của đơn vị/bệnh viện cũng có vai trò quan trọng.

3. Ở Việt Nam

Các bậc danh y trong lịch sử như: Tuệ Tĩnh, Hải Thượng Lãn Ông đã có những di huấn quý báu về y đức lưu truyền lại.

Danh y Hải Thượng Lãn Ông - Lê Hữu Trác (1720 – 1791) là người đầu tiên ở nước ta đưa y thuật vào chữa bệnh và cũng đã đề cao đạo đức của người thầy thuốc với đề xướng những điều giáo huấn thông qua “Chín điều y huấn cách ngôn”. Người đã từng dạy: “Không có nghề nào nhân đạo bằng nghề cứu người. Không có nghề nào vô nhân đạo bằng nghề y thiếu đạo đức”. Người cũng đã đề ra tiêu chuẩn của người thầy thuốc bao gồm: TÂM – TÀI – ĐỨC.

Kế thừa truyền thống y đức của ông cha, tiếp thu tinh hoa y đức nhân loại; Chủ tịch Hồ Chí Minh đặc biệt coi trọng việc trau dồi, rèn luyện y đức - đạo đức của người thầy thuốc, người cán bộ y tế. Sau Cách mạng Tháng Tám, trong những bức thư gửi Trường Quân y năm 1946, Hội nghị Quân y năm 1948, Trường y tá Liên khu I năm 1949 và Hội nghị Y tế toàn quốc năm 1953, Chủ tịch Hồ Chí Minh thường nhấn mạnh đến trách

nhiệm, nghĩa vụ và tình thương, lòng bác ái, hy sinh, sự tận tâm phục vụ, tinh thần đoàn kết học tập tiên bộ và ý thức kỷ luật của cán bộ, nhân viên ngành Y. Trong Thư gửi Hội nghị cán bộ y tế tháng 2/1955, Chủ tịch Hồ Chí Minh đã căn dặn: “Cán bộ cần phải thương yêu, săn sóc người bệnh như anh em ruột thịt của mình, coi họ đau đớn cũng như mình đau đớn”; “Lương y phải như từ mẫu”. Đây chính là lời răn dạy của Chủ tịch Hồ Chí Minh đối với phương châm xử thế, phương châm hành động và phục vụ của cán bộ và nhân viên ngành Y đối với người bệnh.

Trên cơ sở học tập, quán triệt tư tưởng “Thầy thuốc như mẹ hiền”, từ kinh nghiệm phục vụ ở các cơ sở khám, chữa bệnh, cố Bộ trưởng Phạm Ngọc Thạch đã nêu lên ba yêu cầu để cán bộ, nhân viên y tế dễ làm theo là: “Đến, tiếp đón niềm nở; Ở, chăm sóc tận tình; Đi, dặn dò ân cần”.

Năm 1979, quán triệt lời dạy của Chủ tịch Hồ Chí Minh “Thầy thuốc phải như mẹ hiền”, Bộ Y tế đã đề ra năm tiêu chuẩn người cán bộ y tế nhân dân để cán bộ, nhân viên toàn ngành dựa vào đó tự rèn luyện và giúp đỡ nhau tiên bộ.

Năm 1982, trong Chỉ thị “Về thực hiện chế độ tự phê bình và phê bình hằng năm theo thư của Hồ Chí Minh”, Bộ Y tế còn nêu rõ những yêu cầu cụ thể về lòng “thương yêu người bệnh” cho từng loại cán bộ, nhân viên ở các lĩnh vực công tác khác nhau (dự phòng; khám, chữa bệnh; dược; đào tạo; quản lý) để việc liên hệ, kiểm điểm và rèn luyện được dễ dàng.

Thời gian qua, dưới tác động mặt trái của cơ chế thị trường, đạo đức nghề nghiệp của cán bộ y tế, nhất là khu vực khám bệnh, chữa bệnh trở thành vấn đề bức xúc. Trước tình hình đó, ngành Y tế đã có những chủ trương, biện pháp với quyết tâm xây dựng đạo đức nghề nghiệp theo tư tưởng Hồ Chí Minh. Ngày 23/3/1996, Bộ Y tế đã có Chỉ thị số 04-BYT về vấn đề y đức. Tiếp đến ngày 6/11/1996, Bộ Y tế ban hành Quyết

định số 2088/BYT-QĐ quy định 12 điều y đức. Năm 2001, Bộ Y tế tiếp tục ban hành Quy định về chế độ giao tiếp trong các cơ sở khám chữa bệnh (Quyết định số 4031/2001/QĐ-BYT ngày 27/9/2001).

Các quy định trên đây của Bộ Y tế vẫn chỉ mang tính chất động viên, khuyến khích công chức, viên chức, người lao động trong Ngành quyết tâm thực hiện tốt đạo đức nghề nghiệp. Trước yêu cầu thực tiễn cuộc sống, thực hiện Luật Phòng, chống tham nhũng số 55/2005/QH11 ngày 29/11/2005 của Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam, tại các Điều 36, Điều 37, Điều 41, Bộ Y tế đã ban hành Quy tắc ứng xử của cán bộ, viên chức trong các đơn vị sự nghiệp y tế (Quyết định số 29/QĐ-BYT ngày 18/8/2008, gọi tắt là Quy tắc ứng xử). Đây là văn bản quy phạm pháp luật, văn bản hướng dẫn thi hành Luật Phòng, chống tham nhũng.

Đến năm 2010, Quy tắc ứng xử của viên chức trong các đơn vị sự nghiệp công lập đã được chính thức quy định trong Luật Viên chức “là các chuẩn mực xử sự của viên chức trong thi hành nhiệm vụ và trong quan hệ xã hội do cơ quan nhà nước có thẩm quyền ban hành, phù hợp với đặc thù công việc trong từng lĩnh vực hoạt động và được công khai để nhân dân giám sát việc chấp hành”.

Sau 4 năm tích cực triển khai thực hiện Quyết định số 29/2008/QĐ-BYT, Quy tắc ứng xử trong toàn Ngành đã có nhiều chuyển biến đáng ghi nhận. Nhận thức của công chức, viên chức ngành Y tế đã từng bước được nâng lên, số đơn thư kiến nghị, khiếu nại, số ý kiến phản ánh về tinh thần thái độ của nhân viên y tế đã giảm xuống rõ rệt; số thư khen ngày càng nhiều hơn. Nhiều tấm gương, điển hình tiên tiến, không quản ngại khó khăn, gian khổ hy sinh vì tính mạng người bệnh được xã hội ca ngợi, tôn vinh.

Mặc dù vậy, Quy tắc ứng xử của một bộ phận nhân viên y tế trong các đơn vị sự nghiệp y tế tại

thời điểm nghiên cứu vẫn còn nhiều bất cập, chưa tương thích với mong đợi của người bệnh và xã hội, gây ảnh hưởng bất lợi đến uy tín của đội ngũ các thầy thuốc chân chính trong toàn Ngành.

Những nguyên nhân của tình trạng này là do: (1) Một số lãnh đạo quản lý chưa thực sự nhận thức đúng về tầm quan trọng của việc thực hiện Quy tắc ứng xử; (2) Phương pháp triển khai thực hiện tại một số đơn vị còn lúng túng, chưa phù hợp với thực tiễn đơn vị; (3) Mặt trái của nền kinh tế thị trường tác động không nhỏ tới thái độ của viên chức y tế; (4) Giáo dục về Quy tắc ứng xử trong hệ thống các trường y chưa được chú trọng đúng mức; (5) Đào tạo lại về Quy tắc ứng xử cho cán bộ y tế trong các cơ sở khám chữa bệnh chưa được tiến hành một cách thường xuyên. (6) Chế tài xử lý chưa nghiêm minh; (7) Chế độ, chính sách cho viên chức y tế còn nhiều bất cập; (8) Tình trạng quá tải tại các bệnh viện tuyến Trung ương, tuyến tỉnh làm cho việc đón tiếp, giao tiếp với người bệnh còn nhiều thiếu sót; (9) Người bệnh khi đi khám bệnh, chữa bệnh muốn được khám trước hoặc có tâm lý muốn được nhân viên y tế quan tâm, chăm sóc nên đã tìm mọi cách để đưa tiền, quà cho nhân viên y tế.

Tình hình nghiên cứu trong nước

Tại thời điểm nghiên cứu, ở nước ta chưa có đề tài khoa học nào về Quy tắc ứng xử của cán bộ y tế được triển khai thực hiện. Đến nay, mới chỉ có một số nghiên cứu đề cập đến vấn đề “y đức” của cán bộ y tế qua hiện tượng “phong bì”. Cụ thể như:

Nghiên cứu “Thực trạng nhận thức và thực hành y đức trong nhân viên y tế ở ba tuyến: huyện, tỉnh, trung ương” do GS-TS Phạm Minh Đức (ĐH Y Hà Nội) là chủ nhiệm đề tài. Nghiên cứu được triển khai tại 5 trường đại học, 17 bệnh viện thuộc 3 miền Bắc, Trung, Nam trong vòng 2 năm từ 2006 - 2008; với mục tiêu là điều tra về nhận thức y đức của nhân viên y tế; tìm hiểu yếu tố ảnh hưởng đến y đức (đãi ngộ,

chính sách, dư luận công chúng...) và việc giáo dục về y đức trong các trường đại học y dược. Trong nghiên cứu này, 77,6% bác sĩ quan niệm “bác sĩ là người có trách nhiệm cứu chữa bệnh nhân” và chỉ có 9,4% cho rằng “bác sĩ là người cung cấp dịch vụ”. Quan niệm này tác động đáng kể đến mối quan hệ bác sĩ – bệnh nhân. Tỷ lệ bác sĩ thỉnh thoảng có biểu hiện vi phạm y đức tại tuyến tỉnh là 73,6% và tuyến huyện là 51%. Tỷ lệ bác sĩ thường xuyên có biểu hiện vi phạm y đức ở tuyến trung ương là 7% trong khi tuyến tỉnh, huyện lần lượt là 6,7% và 3%. Những biểu hiện vi phạm y đức được kể ra có thể là: kê đơn thuốc đắt tiền để hưởng phần trăm hoa hồng của trình dược viên, móc ngoặc hoặc chuyển bệnh nhân về phòng khám tư (39,9%); Thiếu trách nhiệm, thiếu tôn trọng bệnh nhân, lơ là xao nhãng không hoàn thành nhiệm vụ (35,5%); Gây khó khăn cho bệnh nhân và nhận tiền của bệnh nhân (40,5%). Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, nguyên nhân dẫn đến tình trạng vi phạm y đức là do lương thấp, tình trạng quá tải tại các bệnh viện, trình độ chuyên môn kém, không được đào tạo đạo đức y học trong nhà trường...

Nghiên cứu “Hiện tượng đưa phong bì tại bệnh viện ở TP.HCM” của Trần Thị Mai - sinh viên Trường Đại học Mở TP.HCM (2012): Nghiên cứu tiến hành phỏng vấn 200 đối tượng là bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân tại 4 bệnh viện lớn của TP Hồ Chí Minh, có 146 phiếu hợp lệ được thu về. Kết quả cho thấy nguyên nhân dẫn đến hành động đưa phong bì cho nhân viên là vì họ sợ bị phân biệt đối xử trong quá trình điều trị tại bệnh viện; 90,9% người được hỏi “đồng ý” với việc đưa phong bì là để mong muốn người thân của mình được chăm sóc tận tình, chu đáo hơn và 80,8% đồng ý rằng sau khi đưa phong bì thái độ phục vụ của y tá, bác sĩ có “quan tâm hơn”. Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, để giảm bớt tình trạng đưa phong bì thì thủ tục khám chữa bệnh tránh rườm rà, phức tạp, tiếp đến là quan tâm đến mức lương và đời sống

của nhân viên y tế, nâng cao chất lượng dịch vụ y tế và người dân cần ý thức trong khi khám và chữa bệnh.

Nhận biết căn nguyên, vai trò và ảnh hưởng của các khoản chi phí không chính thức trong dịch vụ y tế - vì một nền y tế minh bạch và chất lượng của Tổ chức Minh bạch quốc tế (2012): Với mục tiêu nhằm tìm hiểu các căn nguyên, loại hình, cách thức, quan điểm của các bên liên quan và ảnh hưởng của phong bì trong y tế, nghiên cứu được tiến hành từ tháng 8/2010 đến tháng 2/2011 tại 4 tỉnh Hà Nội, Sơn La, Đắk Lắk và Cần Thơ. Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra rằng đưa tiền trực tiếp và để tiền trong phong bì là hai cách phổ biến nhất của tình trạng chi trả các phí không chính thức trong dịch vụ y tế. Có sự chênh lệch lớn về giá trị các khoản tiền đưa theo phong bì giữa các bệnh viện tuyến trên và tuyến dưới, giữa các cơ sở y tế ở thành thị và nông thôn, dao động từ 50.000 đồng đến 5 triệu đồng một số trường hợp ngoại lệ có giá trị lên tới vài chục triệu đồng. Nghiên cứu cũng cho thấy việc đưa tiền/phong bì phổ biến ở các cơ sở y tế cấp tỉnh và trung ương hơn là ở cấp xã và huyện. Lý do để bệnh nhân đưa phong bì là cách giúp họ được quan tâm và điều trị hoặc được điều trị với chất lượng tốt hơn. Về phía nhân viên y tế, lý do họ nhận tiền hoặc phong bì là để tăng thu nhập, cải thiện cuộc sống, để mở rộng quan hệ xã hội hoặc đơn giản là để không làm bệnh nhân thất vọng. Tuy nhiên, theo các nhân viên y tế, không có sự khác biệt trong chất lượng điều trị cho bệnh nhân dù họ có hay không đưa phong bì.

Có thể thấy những nghiên cứu trên mới chỉ tập trung khai thác về mức độ và căn nguyên của một biểu hiện tiêu cực trong giao tiếp ứng xử trong một bộ phận nhân viên y tế tại các bệnh viện công lập. Do vậy chưa thể nhận diện được đầy đủ, đa chiều về thực trạng thực hành Quy tắc ứng xử của công chức, viên chức, người lao động trong toàn Ngành cùng những khó khăn, bất cập và giải pháp tháo gỡ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Ban Tuyên giáo Trung ương, Bộ Y tế, *Y đức Y nghiệp*, NXB Lao động, 2015.
2. Lê Thị Bùng, Nguyễn Thị Vân Hương *Tâm lý học ứng xử*, NXB Giáo dục, 2007.
3. Nguyễn Văn Đồng, *Tâm lý học giao tiếp (Phần lý thuyết)*, NXB Chính trị Hành chính, 2009.
4. Nguyễn Văn Đồng, *Tâm lý học giao tiếp (Phần thực hành)*, NXB Chính trị Hành chính, 2012.
5. Phạm Minh Đức, *Thực trạng nhận thức và thực hành y đức trong nhân viên y tế ở ba tuyến, huyện, tỉnh, TW, 2008*.
6. Đỗ Thị Ngọc Lan, *Bộ quy tắc ứng xử cho công chức cấp phường - kinh nghiệm Thành phố Hồ Chí Minh*, Nxb Chính trị Quốc gia - Sự thật, 2013.
7. Nguyễn Ngọc Long, Nguyễn Thế Kiệt, *Giáo trình đạo đức học Mác - Lê Nin*, NXB Chính trị Quốc gia, 2004.
8. *Luật Phòng chống tham nhũng*, số 55/2005/QH 11, ngày 29/11/2005.
9. *Luật Viên chức*, số 58/2010/QH 12, ngày 15/11/2010.
10. Trần Thị Mai, *Hiện tượng đưa phong bì tại bệnh viện ở TP.HCM*, 2012.
11. Nguyễn Văn Nhận, *Tâm lý học Y học*, Nxb Y học, 2006.
12. Trần Trọng Thủy, Nguyễn Sinh Huy, *Nhập môn Khoa học Giao tiếp*.
13. Tổ chức Minh bạch quốc tế, *Nhận biết căn nguyên, vai trò và ảnh hưởng của các khoản chi phí không chính thức trong dịch vụ y tế - vì một nền y tế minh bạch và chất lượng*, 2012.

Tiếng Anh

14. Andaleeb SS. *Service quality perceptions and patient satisfaction: A study of hospitals in developing country*. Soc Sci Med 2001; 52:1359-70.
15. Arnold, E, & Boggs, K. (1999). *Relationships interpersonal: Professional communication skills for nurses* (3rd Ed). Philadelphia: W.B. Saunders.
16. Baalbaki I, Ahmed ZU, Pashtenko VH, Makarem S. *Patient satisfaction to health care services*. Int J Pharm Healthc Mark 2008; 2:47-62.
17. Brown JB, Boles M, Mullooly JP, Levinson W. *Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction: A randomized, controlled trial*. Ann Intern Med 1999; 131: 822-9.
18. Burge, S., White, D., Bajorek, E., Bazaldua, O., Trevino, J., Albright, T., Wright, F., & 155 Cigarroa, L. (2005). *Correlates of medication knowledge and adherence: Findings from the residency research network of South Texas*. Family Medicine, 37(10), 712-718. Retrieved November 23, 2005, from ProQuest database.
19. Cardello, D. (2001). *Improve patient satisfaction with a bit of mystery*. Nursing Management, 32(6), 36-38.
20. Clark, P. A. (2003). *Medical practices' sensitivity to patients' needs: Opportunities and practices for improvement*. Journal of Ambulatory Care Management, 26(2), 110 - 123. Retrieved November 24, 2005, from EBSCOhost database.

MỘT SỐ BÀI HỌC KINH NGHIỆM VỀ TRIỂN KHAI THỰC HIỆN QUY TẮC ỨNG XỬ THEO QUYẾT ĐỊNH SỐ 29/2008/QĐ-BYT TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN

ThS Vũ Thị Minh Hạnh², TS Trần Thị Hồng Cẩm³, ThS Vũ Thúy Nga⁴

Tóm tắt

Nhằm đánh giá thực trạng triển khai thực hiện Quy tắc ứng xử (QTUX) tại một số bệnh viện (BV) công lập theo Quyết định 29/2008/QĐ-BYT (quá trình tổ chức thực hiện, kết quả bước đầu, bài học kinh nghiệm và những khó khăn, bất cập trong quá trình triển khai), Bộ Y tế giao Viện Chiến lược và Chính sách Y tế làm đầu mối phối hợp với Vụ Tổ chức cán bộ thực hiện Đề tài cấp Bộ “Đánh giá thực trạng và đề xuất giải pháp nâng cao hiệu quả triển khai thực hiện Quy tắc ứng xử theo Quyết định số 29/2008/QĐ-BYT tại một số bệnh viện”. Nghiên cứu này được thực hiện từ tháng 3/2014 – tháng 12/2015 tại 16 BV công lập (8 BV tuyến TW, 4 BV tuyến tỉnh và 4 BV tuyến huyện) và 4 BV ngoài công lập thuộc 4 tỉnh/thành phố (Hà Nội; TP HCM, TP Cần Thơ, Quảng Nam).

Bài học kinh nghiệm trong triển khai thực hiện QTUX:

- **Về chỉ đạo, điều hành triển khai thực hiện QTUX:** Nhiều kinh nghiệm quý trong chỉ đạo điều hành thực hiện QTUX tại các BV được khảo sát cần được nhân rộng và phổ biến như: Xác định phương châm hoạt động nhất quán trong toàn đơn vị, gắn liền việc triển khai thực hiện QTUX với nhiệm vụ chuyên môn chính trị và nhu cầu tồn tại phát triển của BV; xây dựng hình ảnh của đơn vị gắn liền với quy ước về hành vi ứng xử cụ thể, phân công, phân nhiệm rõ ràng, gắn liền với trách nhiệm người đứng đầu; giám sát thường xuyên, chặt chẽ bằng nhiều hình thức; xây dựng môi trường làm việc chuyên nghiệp, thân thiện, cân đối thỏa đáng công bằng giữa đóng góp và thụ hưởng của NVYT trong thực hiện QTUX...
- **Về tổ chức, thực hiện:** Những kinh nghiệm thành công đã được các BV chia sẻ gồm có: Tạo dựng văn hóa hành nghề, văn hóa ứng xử trong từng đơn vị thông qua việc lồng ghép trong các quy chế của đơn vị và lồng ghép trong Cuộc vận động học tập và làm theo tấm gương đạo đức Hồ Chí Minh; thường xuyên tập huấn nâng cao kiến thức và kỹ năng giao tiếp cho NVYT; phối hợp đồng bộ giữa các bộ phận để kịp thời cung cấp những dịch vụ chăm sóc toàn diện cho người bệnh. Lồng ghép QTUX trong quy trình cung cấp dịch vụ theo phương châm thăm khám kết hợp thăm hỏi hoàn cảnh... BV chủ động xây dựng quy trình xử lý sai sót chuyên môn để giảm bớt áp lực cho NVYT và bức xúc cho người bệnh. Giảm chi phí trên cơ sở quản trị tốt. Quy trình tiếp nhận thông tin và xử lý vi phạm về QTUX đảm bảo khách quan, chính xác, công tâm...

² Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

³ Phó trưởng khoa Xã hội học Y tế - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

⁴ Tạp chí Chính sách Y tế

- **Về áp dụng những biện pháp khắc phục hạn chế, bất cập:** Các BV áp dụng thành công trong thực tế nhiều giải pháp ứng phó với những khó khăn, bất cập trong triển khai thực hiện QTUX như: Dành tất cả những gì tốt nhất trong điều kiện có thể của đơn vị để phục vụ người bệnh; nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ thông qua việc tăng cường giao tiếp, tư vấn chia sẻ thông tin với người bệnh/thân nhân người bệnh; cải thiện điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị theo khả năng của đơn vị và qua huy động nguồn lực từ xã hội hóa; điều chỉnh linh hoạt thời gian cung cấp dịch vụ tại các cơ sở khám chữa bệnh (KCB); ban hành quy trình giải quyết sự cố chuyên môn; sử dụng các phương tiện để hỗ trợ hoạt động giám sát thực hiện QTUX trong BV...

Từ khóa: bài học kinh nghiệm, triển khai thực hiện Quy tắc ứng xử, một số bệnh viện

Đặt vấn đề

Nghề y là nghề mang tính nhân đạo sâu sắc vì liên hệ mật thiết với sinh mệnh con người và đặt ra đòi hỏi cao về đạo đức nghề nghiệp, ở phong cách, thái độ phục vụ người bệnh. Ngay từ những năm đầu xây dựng đất nước, Chủ tịch Hồ Chí Minh cũng dành sự quan tâm đặc biệt đến sự phát triển của nền y tế nước nhà. Một trong những vấn đề được Người coi trọng chính là y đức, là phong cách, thái độ phục vụ của người thầy thuốc với nội dung cơ bản “*Lương y kiêm từ mẫu*” được nêu trong bức thư gửi Hội nghị Y tế toàn quốc ngày 27/2/1955. Bác Hồ căn dặn người thầy thuốc nói riêng và NVYT nói chung đối xử với người bệnh là phải như mẹ hiền, tức là phải nhân ái, khoan dung, vị tha và chăm sóc chu đáo, tận tình, hết lòng vì người bệnh... Tiếp nối tinh thần của Chủ tịch Hồ Chí Minh trong việc coi trọng và đề cao giáo dục đạo đức cho người thầy thuốc, Đảng, Nhà nước và lãnh đạo ngành Y tế qua các thời kỳ đã rất quan tâm và có những chỉ đạo sát sao về việc xây dựng đạo đức, phong cách và thái độ phục vụ của NVYT bởi phong cách, thái độ phục vụ của NVYT không chỉ là yếu tố tiên quyết ảnh hưởng trực tiếp tới sự hài lòng của người bệnh mà còn là một cấu phần quan trọng phản ánh chất lượng của dịch vụ y tế. Do đó, những tiêu chí xử sự thiết yếu trong hành nghề của NVYT cần thiết phải được chuẩn hóa trong những văn bản quy phạm pháp luật để trở thành chuẩn mực chung định hướng hành vi cho mọi công chức, viên chức, người lao động trong toàn Ngành.

Ngày 28/8/2008, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 29/QĐ-BYT quy định về QTUX của cán bộ, viên chức trong các đơn vị sự nghiệp y tế. QTUX của NVYT là một khái niệm thuộc đạo đức nghề nghiệp (y đức), là một tập hợp những nguyên tắc và kỳ vọng chung, là quy chuẩn để mọi cán bộ, viên chức, người lao động trong toàn Ngành cùng hướng đến trong quá trình tham gia cung cấp dịch vụ y tế.

Ngay sau khi Quyết định được ban hành, Bộ Y tế đã chỉ đạo các Vụ, Cục, Công đoàn Y tế Việt Nam, Sở Y tế các tỉnh/thành phố tích cực triển khai thực hiện QTUX trong toàn Ngành thông qua nhiều hoạt động cụ thể như: Thành lập Ban Chỉ đạo tổ chức triển khai thực hiện các cấp từ Trung ương đến từng cơ sở y tế; xây dựng kế hoạch triển khai thực hiện; đẩy mạnh tuyên truyền phổ biến; tổ chức các hội thi, hội diễn; tổ chức các khóa tập huấn; tăng cường hoạt động kiểm tra giám sát; tiến hành sơ kết, tổng kết và áp dụng các chế tài khen thưởng, kỷ luật nghiêm minh.

Sau 4 năm triển khai thực hiện; theo báo cáo của các địa phương, đơn vị và qua kết quả kiểm tra của Ban Chỉ đạo Ngành, có thể thấy hầu hết các địa phương, đơn vị đã nghiêm túc quán triệt và tích

cực hưởng ứng, từ việc thành lập Ban Chỉ đạo, xây dựng kế hoạch triển khai đến việc tổ chức thực hiện QTUX. Về cơ bản nhận thức của công chức, viên chức, người lao động trong Ngành đã từng bước được nâng lên, số đơn thư kiến nghị, khiếu nại về tinh thần thái độ cũng như việc chất vấn tại HĐND các cấp về đạo đức nghề nghiệp của công chức, viên chức ngành Y tế đã giảm đi rõ rệt. Nhiều tấm gương, điển hình tiến tiến, không quản ngại khó khăn, gian khổ hy sinh vì tính mạng người bệnh được nhân dân ca ngợi, được Đảng và Nhà nước tặng thưởng những danh hiệu cao quý.

Tuy nhiên, tại thời điểm nghiên cứu, vẫn còn một số nội dung quy định trong QTUX ở BV chưa được thực hiện triệt để. Hiện tượng nhận tiền, quà biếu của người bệnh, gia đình người bệnh trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh vẫn còn xảy ra tại một số BV, gây ảnh hưởng bất lợi đến giá trị đạo đức và danh dự của NVYT trong xã hội. Người bệnh và thân nhân còn bức xúc trước sự thiếu trách nhiệm, thái độ thờ ơ, ứng xử thiếu tôn trọng của một bộ phận viên chức y tế đối với họ. Điều này trở thành nỗi đau nhức nhối đối với những người thầy thuốc chân chính, luôn tận tụy, tâm huyết với nghề, đồng thời cũng làm lu mờ những thành quả đạt được của từng cơ sở y tế cũng như của toàn Ngành đã được xây dựng nên bởi biết bao công sức nỗ lực phấn đấu của hàng trăm ngàn cán bộ y tế trong cả nước, thậm chí còn làm hoen ố hình ảnh của người thầy thuốc, làm mai một đi giá trị nhân văn của một nghề cao quý. Nguyên nhân của những bất cập này không chỉ xuất phát từ những yếu tố chủ quan của lãnh đạo các cơ sở y tế và NVYT mà còn do chịu sự tác động của nhiều yếu tố khách quan liên quan đến môi trường làm việc và hệ thống y tế.

Để nhận diện một cách trung thực, khoa học về kết quả thực hiện QTUX trong các đơn vị sự nghiệp y tế, trước hết là với các cơ sở khám, bệnh, chữa bệnh, tìm ra những nguyên nhân tác động đến kết quả thực hiện, đề xuất những giải pháp khắc phục để thực hiện tốt hơn QTUX, làm cơ sở để xây dựng, ban hành những văn bản quản lý, trong đó quy định rõ trách nhiệm của từng cấp, từng đối tượng trong Ngành; Bộ Y tế giao Viện Chiến lược và Chính sách Y tế làm đầu mối phối hợp với Vụ Tổ chức cán bộ thực hiện Đề tài cấp Bộ “*Đánh giá thực trạng và đề xuất giải pháp nâng cao hiệu quả triển khai thực hiện Quy tắc ứng xử theo Quyết định số 29/2008/QĐ-BYT tại một số bệnh viện*”.

Bài báo này trình bày một phần kết quả của nghiên cứu trên về bài học kinh nghiệm trong triển khai thực hiện QTUX theo Quyết định số 29/2008/QĐ-BYT tại một số BV.

I. Phương pháp nghiên cứu

1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu được lựa chọn là những nhóm xã hội có liên quan trực tiếp đến quá trình triển khai thực hiện QTUX trong các BV công lập, bao gồm:

- *Nhóm triển khai thực hiện:* Lãnh đạo các BV; Ban Chấp hành Công đoàn BV; Lãnh đạo các khoa, phòng trong BV; Viên chức y tế, người lao động trong BV (bác sỹ điều trị, điều dưỡng, hộ lý, nhân viên hành chính...).
- *Nhóm chuyên gia:* Chuyên gia Xã hội học; Chuyên gia Tâm lý học
- *Nhóm hưởng lợi:* Bệnh nhân, người nhà bệnh nhân...
- *Nhóm lãnh đạo quản lý:* Lãnh đạo Cục Quản lý KCB, Vụ Tổ chức cán bộ, Công đoàn Y tế Việt Nam, Hội Điều dưỡng; Thành viên Ban CSSK nhân dân tại các địa bàn nghiên cứu; Lãnh đạo Sở Y tế.

2. Địa bàn nghiên cứu

Địa bàn đánh giá nhanh: Nghiên cứu được tiến hành tại một số BV công lập thuộc tuyến TU (BV Bạch Mai, BV Chợ Rẫy, BVĐK TU Quảng Nam, BVĐK TU Cần Thơ; BV Việt Đức, BV Răng – Hàm – Mặt TU, TP. HCM; BV K, BV Lao Phổi TU); BV tuyến tỉnh (BV Thanh Nhàn-Hà Nội; BVĐK tỉnh Quảng Nam, BV nhân dân 115 -TP HCM; BVĐK TP Cần Thơ) và 4 BV tuyến huyện tại các tỉnh, TP: Hà Nội; TP HCM, TP Cần Thơ, Quảng Nam.

Ngoài ra, nghiên cứu cũng thực hiện tại 4 BV tư nhân, bao gồm: BVĐK tư nhân Hồng Ngọc (Hà Nội); BVĐK tư nhân Thái Bình Dương (Quảng Nam); BV Phụ sản Quốc tế (TP Hồ Chí Minh); BVĐK tư nhân Hoàn Mỹ Cửu Long (Cần Thơ).

3. Thiết kế nghiên cứu

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

- **Phương pháp nghiên cứu định lượng:** Nghiên cứu thu thập thông tin bằng biểu mẫu thống kê thực trạng triển khai QTUX tại các BV tuyến TU, 63 Sở Y tế tỉnh/TP và phỏng vấn bằng phiếu hỏi bán cấu trúc đối với NVYT và bệnh nhân/người nhà bệnh nhân.

➤ *Phỏng vấn bằng phiếu hỏi bán cấu trúc đối với bệnh nhân/người nhà bệnh nhân* tại 16 BV công lập và 4 BV tư nhân:

- ✓ **Cỡ mẫu bệnh nhân:** Được tính theo công thức:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2} \times DE$$

- o n : Cỡ mẫu điều tra bằng phiếu hỏi bán cấu trúc
- o $\alpha = 0,05$

- o $p = 0,5$ (do trước đây chưa có nghiên cứu nào về chủ đề này nên chọn p giả định là 0,5)
- o $d = 0,05$
- o $DE = 2$

Từ công thức trên tính được số bệnh nhân/người nhà bệnh nhân cần được phỏng vấn là 770 người, làm tròn thành 800 người.

- ✓ **Xác định cỡ mẫu của BV công lập và BV tư nhân** tương thích theo tỷ lệ giường bệnh công lập và tư nhân là 96% và 4% (Niên giám thống kê y tế năm 2012). Như vậy, tổng số phiếu phỏng vấn bệnh nhân của các BV công lập là 768 phiếu; BV tư là 32 phiếu.

➤ *Phỏng vấn bằng phiếu hỏi bán cấu trúc đối với cán bộ y tế tại 16 BV công lập:*

Cỡ mẫu cán bộ y tế: được tính theo công thức:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2} \times DE$$

- o n : Cỡ mẫu điều tra bằng phiếu hỏi bán cấu trúc
- o $\alpha = 0,05$
- o $p = 0,5$ (do trước đây chưa có nghiên cứu nào về chủ đề này nên chọn p giả định là 0,5)
- o $d = 0,05$
- o $DE = 1,5$

Từ công thức trên tính được số cán bộ y tế cần được phỏng vấn là 577 người, làm tròn thành 600 người.

Xác định cỡ mẫu của từng BV: theo phương pháp PPS (probability proportional to size), chọn mẫu xác suất tỷ lệ với kích thước quần thể là tổng số công chức, viên chức và hợp đồng lao động tại đơn vị (trong năm 2012).

Tại mỗi BV: Phân bổ số lượng NVYT cần phỏng vấn tương thích với các khoa/phòng trong quy trình cung cấp dịch vụ KCB của từng BV.

- **Phương pháp nghiên cứu định tính:** nghiên cứu đã thực hiện 31 cuộc phỏng vấn sâu và 112 cuộc thảo luận nhóm với các nhóm đối tượng có liên quan.

Ngoài ra nghiên cứu cũng tiến hành thực hiện **quan sát không tham dự:** Các nghiên cứu viên đã tiến hành quan sát trực tiếp tại các khoa phòng về quy trình KCB của các BV, sử dụng bảng kiểm chấm điểm cho mỗi lần quan sát. Các địa điểm được quan sát tại mỗi BV, bao gồm: Phòng khám: Khu vực đón tiếp bệnh nhân; Khu vực khám bệnh; Khu vực Cận lâm sàng; Khu vực Điều trị nội trú; Khu vực thanh toán viện phí.

II. Một số bài học kinh nghiệm về triển khai thực hiện Quy tắc ứng xử theo Quyết định số 29/2008/QĐ-BYT tại một số bệnh viện

Kết quả khảo sát tại các BV công lập và ngoài công lập đã cung cấp những bằng chứng sinh động về những bài học kinh nghiệm trong triển khai thực hiện QTUX liên quan đến chỉ đạo điều hành, tổ chức thực hiện và tìm kiếm giải pháp khắc phục trở ngại... Cụ thể như sau:

1. Về chỉ đạo điều hành triển khai thực hiện QTUX

Kinh nghiệm tại các BV thực hiện thành công QTUX cho thấy, trước hết cần phải xác định phương châm hoạt động nhất quán trong toàn đơn vị, đó là: *Sự hài lòng của người bệnh là mục tiêu hàng đầu cần hướng đến* và vì vậy mà bệnh nhân luôn luôn đúng, bệnh nhân còn phàn nàn là NVYT và BV còn phải điều chỉnh về giao tiếp ứng xử, về chất lượng dịch vụ KCB... Đồng thời cần phải gắn liền việc triển khai thực hiện QTUX với nhiệm vụ chuyên môn chính trị và nhu cầu tồn tại phát triển của BV để lựa chọn các giải

pháp can thiệp cho phù hợp với điều kiện đặc thù của đơn vị, tránh tình trạng sao chụp theo hướng dẫn của Bộ Y tế hoặc vay mượn kinh nghiệm từ các đơn vị bạn. Trên cơ sở đó mới tạo được động lực để thu hút sự đồng tình hưởng ứng của cán bộ, viên chức, người lao động trong toàn BV. Bên cạnh đó, một số BV nhất là các BV ngoài công lập đã xây dựng hình ảnh của đơn vị gắn liền với quy ước về hành vi ứng xử cụ thể, chẳng hạn như BVĐK Hồng Ngọc quy định NVYT khi gặp nhau trong BV là phải chào nhau bất kể có quen hay không quen hoặc như BV Phụ sản Quốc tế quy định NVYT phải chào bệnh nhân theo phong cách Nhật Bản (cúi gập đầu).

Với các BV tuyến dưới, cần phải tranh thủ sự cộng hưởng trong chỉ đạo của Ngành (Bộ Y tế, Sở Y tế) và chỉ đạo của địa phương (UBND tỉnh/TP, UBND quận/huyện) để xác định các giải pháp can thiệp cho phù hợp và huy động nguồn lực thực hiện theo kinh nghiệm của BVĐK Quận I, TP HCM và TTYT huyện Sóc Sơn (TP.Hà Nội).

Việc ban hành quy định về QTUX cần phải chi tiết theo từng nhóm vị trí việc làm trong BV, tránh tình trạng sao chép theo hướng dẫn của Bộ Y tế và/hoặc xây dựng QTUX chung cho NVYT trong toàn BV. Có như vậy mới giúp tạo dựng được những khuôn mẫu hành vi cụ thể cho từng NVYT trong mỗi bộ phận thuộc BV, đồng thời cũng là cơ sở để thực hiện việc giám sát, đánh giá đảm bảo sự công minh, chính xác, đúng người, đúng việc. QTUX là những quy định, nguyên tắc chung nhưng ngôn ngữ giao tiếp có thể vận dụng linh hoạt để phù hợp với văn hóa vùng, miền (BVĐK TP Cần Thơ khuyến khích NVYT gọi tên theo thứ bậc của người bệnh trong gia đình để phù hợp với văn hóa miền Tây Nam Bộ). QTUX cần được xác định trong hợp đồng lao động và thỏa ước lao động với từng NVYT khi được tuyển dụng. Đây là những kinh nghiệm thành công của BVĐK Thái Bình Dương, Quảng Nam).

Phân công, phân nhiệm rõ ràng, gắn liền với trách nhiệm người đứng đầu cũng là kinh nghiệm thành công được nhiều BV đúc kết và chia sẻ (BV Phôi TU).

Giám sát thường xuyên, chặt chẽ bằng nhiều hình thức, nhiều kênh khác nhau cũng là một giải pháp hữu ích giúp các BV triển khai thực hiện thành công QTUX. Chẳng hạn như, TTYT huyện Sóc Sơn đã chia làm 5 cụm thi đua và tự giám sát trong cụm cũng như các cụm giám sát lẫn nhau (5 – 6 Trạm Y tế xã/cụm, Trưởng PKĐKKV là Trưởng cụm, 1 Trưởng Trạm Y tế xã là Phó cụm), giám sát thông qua thu thập thông tin đến tận hộ gia đình. TTYT huyện còn yêu cầu trực theo cặp bác sỹ/y sỹ + điều dưỡng/ca để giám sát lẫn nhau. Minh bạch thông tin về triển khai thực hiện QTUX của đơn vị bằng cách thông báo công khai trong các cuộc họp. BVĐK TƯ Cần Thơ, BVĐK Hồng Ngọc còn giám sát thông qua phỏng vấn người bệnh sau khi xuất viện bằng điện thoại.

Xây dựng môi trường làm việc chuyên nghiệp, thân thiện hỗ trợ NVYT và người bệnh trong thực hiện QTUX cũng là kinh nghiệm thành công đáng ghi nhận tại một số BV. Các BV đã xác định phương châm hành động của NVYT là: Đoàn kết giúp đỡ nhau, đoàn kết yêu thương nhau. Khi đồng nghiệp sai thì khéo léo góp ý, không nói xấu đồng nghiệp trước mặt bệnh nhân (BVĐK tỉnh Quảng Nam). Cùng với đó, có BV còn xây dựng được cơ chế phối hợp đồng bộ giữa các bộ phận, giữa cá nhân với nhau thông qua việc gắn lợi ích riêng của mỗi NVYT, mỗi bộ phận trong lợi ích chung của BV (BV Phụ sản Quốc tế, TP HCM).

Văn hóa của NVYT khi tiếp nhận sự tri ân của người bệnh cũng là một nội dung biểu thị tính nhân văn và chuyên nghiệp của môi trường làm việc trong BV. Đa số các BV đã ban hành quy định cấm NVYT không được nhận phong bì của người bệnh song không thể cấm được sự tri ân

của họ đối với thầy thuốc nên có BV đã quy định cho phép người bệnh và thân nhân được tặng hoa hoặc/và quà bằng hiện vật đặt tại khu vực lễ tân cho nhiều người cùng nhìn thấy, cùng chia sẻ, giúp phát triển thương hiệu của đơn vị (BV Phụ sản Quốc tế, TP HCM).

Không chỉ thế, *việc cân đối thỏa đáng, công bằng giữa đóng góp và thụ hưởng của NVYT trong thực hiện QTUX* cũng là kinh nghiệm biểu thị tính chuyên nghiệp của môi trường BV. Trong bối cảnh đẩy mạnh tự chủ của các đơn vị sự nghiệp công lập, nhiều BV đã gắn kết quả thực hiện QTUX của NVYT với những đãi ngộ dành cho họ từ nguồn thu nhập tăng thêm của BV.

Xây dựng Chiến lược phát triển nguồn nhân lực lâu dài cho BV cũng là bài học kinh nghiệm quý giá đối với việc duy trì thực hiện QTUX, góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ. Chiến lược phát triển nguồn nhân lực cần phải được xây dựng dựa trên định hướng phát triển của đơn vị trên cơ sở cân đối hài hòa cả về số lượng và chất lượng (trình độ chuyên môn chuyên sâu và cơ cấu các chuyên khoa). Có như vậy mới khắc phục được những áp lực đối với NVYT trong công việc hàng ngày do thiếu nhân lực và bị quá tải. Việc làm này đã được một số BV ngoài công lập thực hiện rất tốt (BV Hồng Ngọc, BV Thái Bình Dương).

Chiến lược duy trì thương hiệu BV dựa trên 3 yếu tố: Giá cả đa dạng, Thái độ phục vụ tốt và Chăm sóc toàn diện, tận tình, chu đáo là kinh nghiệm thành công trong nhiều năm qua và đã được các bệnh ngoài công lập đúc kết.

2. Về tổ chức thực hiện

Kinh nghiệm thành công của nhiều BV cho thấy, để tạo dựng văn hóa hành nghề, văn hóa ứng xử trong từng đơn vị, cần thiết phải *lồng ghép trong các quy chế của đơn vị*: Quy chế BV, Quy chế dân chủ cơ sở, Quy chế chi tiêu nội bộ, và lồng ghép trong Cuộc vận động học tập và làm

theo tấm gương đạo đức Hồ Chí Minh. Trong tổ chức thực hiện, lãnh đạo đơn vị phải là tấm gương mẫu mực về QTUX với người bệnh, với đồng nghiệp. Đồng thời lãnh đạo đơn vị cần thân thiện gần gũi với NVYT, luôn ân cần thăm hỏi, động viên và khích lệ họ (BVĐK Hoàn Mỹ Cửu Long).

Tập huấn nâng cao kiến thức và kỹ năng giao tiếp cho NVYT là một hoạt động cần phải được thực hiện thường xuyên, liên tục, mọi nơi, mọi lúc theo phương châm “mưa dầm thấm lâu”, trên cơ sở phân tích nhu cầu thực tế của NVYT. Nội dung tập huấn cần phải đa dạng và thường xuyên được cập nhật, bổ sung. Chẳng hạn như tại BVĐK Thái Bình Dương, Quảng Nam, nội dung tập huấn về QTUX cho NVYT gồm những nội dung như: 1)Chấp hành quy định của pháp luật (của Nhà nước, của Bộ Y tế); 2)Tinh thần đoàn kết, giúp đỡ, tương thân tương trợ, phê và tự phê bình; 3)Chấp hành tổ chức kỷ luật của đơn vị; 4)Trang phục, phù hiệu. Hình thức tập huấn về QTUX tại BV không đao to búa lớn, huy động NVYT cũ hướng dẫn NVYT mới. BV Phụ sản Quốc tế, TP HCM đã duy trì hoạt động tập huấn về QTUX 2 lần/năm trong suốt 13 năm qua từ khi chưa có Quyết định số 29/2008/QĐ-BYT ban hành với những nội dung cụ thể, thiết thực với công việc hàng ngày như: Khi bệnh nhân thắc mắc, NVYT phải làm gì; khi bệnh nhân ra viện NVYT phải giải quyết thủ tục gì... Bên cạnh tổ chức các lớp tập huấn về QTUX, một số BV còn phát các tài liệu hỗ trợ NVYT thực hiện QTUX hàng ngày như: BV Hồng Ngọc phát tài liệu bỏ túi “*Những điều cần biết khi làm việc ở BV Hồng Ngọc*” cho NVYT khi được tuyển dụng, trong đó có nội dung về QTUX. Cuốn sổ này được cập nhật thường xuyên và 2 năm phát mới 1 lần cho những NVYT làm việc lâu năm ở BV. BV Nhân dân 115, TP HCM cũng phát tài liệu bỏ túi cho NVYT về 12 điều Y đức và QTUX. BV Thái Bình Dương, Quảng Nam in 12 điều Y đức ngay ở trang bìa của các bệnh án...

Phối hợp đồng bộ giữa các bộ phận để kịp thời cung cấp những dịch vụ chăm sóc toàn diện cho người bệnh là kinh nghiệm rất thành công của các BV ngoài công lập nhằm hỗ trợ cho NVYT và người bệnh, thân nhân họ tuân thủ tốt hơn QTUX (BV Thái Bình Dương, Quảng Nam).

BV Chợ Rẫy và một số BV khác đã tiến hành điều động NVYT giữa các bộ phận trong đơn vị theo định kỳ 6 tháng/lần hoặc biệt phái 2 giờ/ngày để chia sẻ công việc và giảm bớt áp lực cho NVYT ở các bộ phận bị quá tải trầm trọng. BVĐK Quận Thốt Nốt, TP Cần Thơ cũng đã luân chuyển NVYT giữa các khoa phòng như: Bác sỹ Phòng Khám 1 tháng điều chuyển 1 lần, bác sỹ Khoa Cấp cứu 3 tháng điều chuyển 1 lần...

Lồng ghép QTUX trong quy trình cung cấp dịch vụ theo phương châm thăm khám kết hợp thăm hỏi hoàn cảnh, tình trạng bệnh tật của người bệnh tạo dựng mối quan hệ thân thiết giữa NVYT và người bệnh là kinh nghiệm đã được áp dụng thành công tại nhiều BV công lập cũng như ngoài công lập (BV Nhân dân 115, BV Thái Bình Dương, BV Phụ sản Quốc tế).

NVYT chủ động chia sẻ với người bệnh về những khó khăn liên quan đến điều kiện cơ sở vật chất của BV để bệnh nhân chuẩn bị tâm thế ứng phó và thông cảm hơn với cơ sở, hợp tác tốt hơn với NVYT (BV Thanh Nhàn, Hà Nội; BV Nhân dân 115).

Có thể thấy đây là kinh nghiệm rất đáng ghi nhận vì đã giúp người bệnh giải tỏa những bức xúc ban đầu và có được tâm thế chia sẻ hơn, hợp tác hơn trong giao tiếp với NVYT.

BV chủ động xây dựng quy trình xử lý sai sót chuyên môn để giảm bớt áp lực cho NVYT và bức xúc cho người bệnh/thân nhân người bệnh nhằm duy trì lâu dài mối quan hệ giữa BV với bệnh nhân. Đây cũng là kinh nghiệm quý giúp một số BV ứng phó thành công với những sự cố ngoài mong đợi.

Đáng chú ý, tại tuyến y tế cơ sở nhất là với trạm y tế xã, để phù hợp với nhu cầu KCB của người dân, một số trạm đã linh hoạt *điều chỉnh thời điểm cung cấp dịch vụ* trong ngày theo phương châm người bệnh là trung tâm, người bệnh hết nhu cầu NVYT mới nghỉ, không chỉ làm việc theo giờ hành chính (TTYT huyện Sóc Sơn, Hà Nội).

Giảm chi phí trên cơ sở quản trị tốt cũng là kinh nghiệm thành công của các BV ngoài công lập trên cơ sở đó có thể tăng thêm nguồn lực đầu tư cho các giải pháp đồng bộ nhằm hỗ trợ thực hiện QTUX trong đơn vị (BV Hoàn Mỹ Cửu Long, BV Phụ sản Quốc tế).

Phân cấp trong theo dõi giám sát thực hiện QTUX, gắn liền với trách nhiệm người đứng đầu là kinh nghiệm được nhiều BV áp dụng thành công trong tổ chức thực hiện. Tùy theo bối cảnh cụ thể của từng đơn vị mà việc phân cấp có thể theo đầu mối các khoa, phòng (BV Răng Hàm Mặt TƯ, TP HCM) hoặc theo các nhóm chức danh chuyên môn (nhóm các Điều dưỡng trưởng, BV Chợ Rẫy) hay thành lập Tổ thường trực giúp việc (BV Nhân dân 115, TP HCM), Tổ thu thập dư luận xã hội (TTYT huyện Sóc Sơn) hoặc giao cho nhân viên phụ trách nhân sự chuyên nghiệp theo dõi mọi hoạt động của NVYT (BV Thái Bình Dương, Quảng Nam). Đáng chú ý, các BV ngoài công lập đã giám sát thực hiện QTUX bằng camera kết nối hình ảnh về phòng Giám đốc, nếu cần có thể truy xuất thông tin (BV Phụ sản Quốc tế, TPHCM; BV Thái Bình Dương, Quảng Nam).

Quy trình tiếp nhận thông tin và xử lý vi phạm về QTUX đảm bảo khách quan, chính xác, công tâm cũng là một kinh nghiệm đáng lưu ý nhằm giảm bớt áp lực cho NVYT và nâng cao hiệu quả triển khai thực hiện QTUX trong BV. Cách thức xử lý vi phạm cũng cần được tiến hành từ đơn giản đến phức tạp theo phương châm không bắt lỗi, không kết tội NVYT. Chẳng hạn như ở BV

Phụ sản Quốc tế với NVYT lần đầu vi phạm sẽ bị nhắc nhở bằng miệng, lần thứ hai bị nhắc nhở bằng văn bản, lần thứ ba thì xử lý phạt bằng tiền và việc thưởng, phạt phải công minh, rõ ràng khiến NVYT tâm phục, khẩu phục.

Đăng tải thông tin về người tốt, việc tốt trong thực hiện QTUX trên trang Web, trên loa truyền thanh, trên các kênh thông tin trong BV để ngày càng nhân rộng thêm những đơn vị điển hình cá nhân tiên tiến trong toàn đơn vị cũng là kinh nghiệm đã được áp dụng thành công tại một số BV (BV Nhân dân 115, TP HCM, BVĐK TƯ Cần Thơ).

3. Về áp dụng các giải pháp khắc phục tồn tại, yếu kém

Từ những trải nghiệm thành công trong triển khai thực hiện QTUX tại những BV được khảo sát, có thể đúc rút một số kinh nghiệm đã được các đơn vị thực hiện để ứng phó với những hạn chế, bất cập mà nhiều BV khác vẫn thường gặp như sau:

- Mọi hoạt động trong BV đều phải tuân thủ theo phương châm người bệnh là trung tâm, người bệnh quyết định sự phát triển của BV và vì vậy phải dành tất cả những gì tốt nhất trong điều kiện có thể của đơn vị để phục vụ người bệnh.
- Nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ thông qua việc tăng cường giao tiếp, tư vấn chia sẻ thông tin với người bệnh/thân nhân người bệnh. Chẳng hạn như BV Chợ Rẫy đã quy định các khoa, phòng phải thành lập góc tư vấn giải thích cho bệnh nhân và yêu cầu BS của Khoa phải thay phiên đáp ứng, không cho phép tư vấn ngoài BV, tránh tình trạng BN bị các đối tượng xấu lừa gạt, lợi dụng.
- Cải thiện điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị theo khả năng của đơn vị và qua huy

động nguồn lực từ xã hội hóa. TTYT huyện Sóc Sơn, Hà Nội đã lắp điều hòa cho 26/26 trạm y tế xã do Viettinbank tài trợ thiết bị và chi phí tiền điện do nguồn thu phí KCB cân đối.

- Điều chỉnh linh hoạt thời gian cung cấp dịch vụ tại các cơ sở KCB, người bệnh có nhu cầu bất kể giờ nào, cơ sở sẽ bố trí nhân lực phục vụ.
- Ban hành quy trình giải quyết sự cố chuyên môn trong đó xác định NVYT phải đối mặt, không trốn tránh trách nhiệm; Lãnh đạo BV và NVYT cầu thị xin lỗi bệnh nhân và thân nhân nếu mắc sai phạm (BV Phụ sản Quốc tế).
- Sử dụng các phương tiện (camera) để hỗ trợ hoạt động giám sát thực hiện QTUX trong BV.
- Tăng cường thông tin truyền thông về quy trình KCB, thủ tục KCB BHYT, chính sách pháp luật về KCB trong và ngoài BV (BV Nhân dân 115).

III. Kết luận

- *Trong chỉ đạo, điều hành triển khai thực hiện QTUX:*

Nhiều kinh nghiệm quý trong chỉ đạo điều hành thực hiện QTUX tại các BV được khảo sát cần được nhân rộng và phổ biến, bao gồm: Xác định phương châm hoạt động nhất quán trong toàn đơn vị, gắn liền việc triển khai thực hiện QTUX với nhiệm vụ chuyên môn chính trị và nhu cầu tồn tại phát triển của BV để lựa chọn các giải pháp can thiệp cho phù hợp với điều kiện đặc thù của đơn vị, xây dựng hình ảnh của đơn vị gắn liền với quy ước về hành vi ứng xử cụ thể, ban hành quy định về QTUX cần phải chi tiết theo từng vị trí việc làm, phân công, phân nhiệm

rõ ràng, gắn liền với trách nhiệm người đứng đầu, giám sát thường xuyên, chặt chẽ bằng nhiều hình thức, xây dựng môi trường làm việc chuyên nghiệp, thân thiện, cân đối thỏa đáng công bằng giữa đóng góp và thụ hưởng của NVYT trong thực hiện QTUX, xây dựng Chiến lược phát triển nguồn nhân lực lâu dài của đơn vị, Chiến lược duy trì thương hiệu BV dựa trên 3 yếu tố (Giá cả đa dạng, thái độ phục vụ tốt và chăm sóc toàn diện, tận tình, chu đáo) ...

- *Trong tổ chức, thực hiện:*

Những kinh nghiệm thành công đã được các BV chia sẻ gồm có: Tạo dựng văn hóa hành nghề, văn hóa ứng xử trong từng đơn vị thông qua việc lồng ghép trong các quy chế của đơn vị (Quy chế BV, Quy chế dân chủ cơ sở, Quy chế chi tiêu nội bộ) và lồng ghép trong Cuộc vận động học tập và làm theo tấm gương đạo đức Hồ Chí Minh. Tập huấn nâng cao kiến thức và kỹ năng giao tiếp cho NVYT phải được thực hiện thường xuyên, liên tục, mọi nơi, mọi lúc trên cơ sở phân tích nhu cầu thực tế của NVYT. Phối hợp đồng bộ giữa các bộ phận để kịp thời cung cấp những dịch vụ chăm sóc toàn diện cho người bệnh. Lồng ghép QTUX trong quy trình cung cấp dịch vụ theo phương châm thăm khám kết hợp thăm hỏi hoàn cảnh. NVYT chủ động chia sẻ với người bệnh về những khó khăn liên quan đến điều kiện cơ sở chất vật của BV để bệnh nhân chuẩn bị tâm thế ứng phó và thông cảm hơn với cơ sở, hợp tác tốt hơn với NVYT. BV chủ động xây dựng quy trình xử lý sai sót chuyên môn để giảm bớt áp lực cho NVYT và bức xúc cho người bệnh. Giảm chi phí trên cơ sở quản trị tốt. Quy trình tiếp nhận thông tin và xử lý vi phạm về QTUX đảm bảo khách quan, chính xác, công tâm. Đăng tải thông tin về người tốt, việc tốt trong thực hiện QTUX trên trang Web, trên loa truyền thanh, trên các kênh thông tin trong BV.

- *Về áp dụng những biện pháp khắc phục hạn chế bất cập:*

Nhiều giải pháp ứng phó với những khó khăn, bất cập trong triển khai thực hiện QTUX đã được các BV áp dụng thành công trong thực tế bao gồm: Dành tất cả những gì tốt nhất trong điều kiện có thể của đơn vị để phục vụ người bệnh, nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ thông qua việc tăng cường giao tiếp, tư vấn chia sẻ thông tin với người bệnh/thân nhân người bệnh, cải thiện điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị theo khả

năng của đơn vị và qua huy động nguồn lực từ xã hội hóa, điều chỉnh linh hoạt thời gian cung cấp dịch vụ tại các cơ sở KCB, ban hành quy trình giải quyết sự cố chuyên môn trong đó xác định rõ trách nhiệm của lãnh đạo đơn vị và trách nhiệm của NVYT có liên quan, sử dụng các phương tiện để hỗ trợ hoạt động giám sát thực hiện QTUX trong BV, tăng cường thông tin truyền thông về quy trình KCB, thủ tục KCB BHYT, chính sách pháp luật về KCB trong và ngoài bệnh viện./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ban Tuyên giáo Trung ương, Bộ Y tế, *Y đức Y nghiệp*, NXB Lao động, 2015.
2. Phạm Minh Đức, *Thực trạng nhận thức và thực hành y đức trong nhân viên y tế ở ba tuyến: huyện, tỉnh, trung ương*, 2008.
3. Đỗ Thị Ngọc Lan, *Bộ quy tắc ứng xử cho công chức cấp phường - kinh nghiệm thành phố Hồ Chí Minh*, Nxb Chính trị Quốc gia - Sự thật, 2013.
4. *Luật Phòng chống tham nhũng*, số 55/2005/QH 11, ngày 29/11/2005.
5. *Luật Viên chức*, số 58/2010/QH 12, ngày 15/11/2010.
6. Trần Thị Mai, *Hiện tượng đưa phong bì tại bệnh viện ở TP.HCM*, 2012.

TỔNG QUAN QUỐC TẾ VỀ KỸ NĂNG GIAO TIẾP CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ VÀ NGƯỜI BỆNH TẠI CƠ SỞ KHÁM CHỮA BỆNH

ThS. Hoàng Ly Na⁵

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới cũng như tại Việt Nam, người bệnh đến bệnh viện không chỉ muốn được thầy thuốc chữa khỏi bệnh mà họ còn mong muốn được thầy thuốc chăm sóc với một thái độ ân cần, niềm nở, có sự chia sẻ, trao đổi thông tin với họ trong suốt quá trình điều trị. Điều này đòi hỏi nhân viên y tế không chỉ giỏi về chuyên môn lâm sàng mà còn phải có kỹ năng giao tiếp phù hợp để có thể tương tác hiệu quả với người bệnh. Trong quá trình giao tiếp giữa nhân viên y tế và người bệnh, nếu nhân viên y tế viên ân cần, cởi mở sẽ giúp người bệnh có tâm lý thoải mái, cảm giác được tôn trọng, chăm sóc như chính người nhà của mình. Khi tinh thần họ được thoải mái, việc điều trị sẽ có hiệu quả hơn rất nhiều so với việc người bệnh ủ rũ, âu sầu... Như vậy, giao tiếp của nhân viên y tế đối với người bệnh có vai trò rất quan trọng trong quá trình điều trị vì ảnh hưởng không nhỏ đến tâm lý người bệnh. Nhận thức sâu sắc vấn đề này, các nhà quản lý bệnh viện tại nhiều quốc gia trên thế giới đã rất chú trọng xây dựng văn hóa giao tiếp của nhân viên y tế đối với người bệnh. Bài báo này trình bày về khái niệm giao tiếp, những đặc trưng cơ bản của giao tiếp trong bệnh viện và tổng quan quốc tế về thực trạng kỹ năng giao tiếp của nhân viên y tế và người bệnh tại cơ sở khám chữa bệnh.

Từ khóa: Tổng quan, kỹ năng giao tiếp, nhân viên y tế, người bệnh

1. Khái niệm và những đặc trưng cơ bản của giao tiếp trong bệnh viện

Giao tiếp là quá trình tác động lẫn nhau thông qua trao đổi thông tin, giúp hiểu biết và nhận thức lẫn nhau, từ đó tạo ra những ảnh hưởng lẫn nhau [1].

Trong bối cảnh xã hội Việt Nam, giao tiếp có thể được hiểu là truyền đi, phát đi một thông tin từ một người hay một nhóm cho một người hay một nhóm khác, trong mối quan hệ tác động lẫn nhau (tương tác). Thông tin hay thông điệp được nguồn phát mà người nhận phải giải mã, cả hai bên đều vận dụng một mã chung [1].

- Giao tiếp của con người là một quá trình có chủ định hay không chủ định, có ý thức hay không ý thức mà trong đó các cảm xúc và tư tưởng được biểu đạt trong các thông điệp bằng ngôn ngữ hoặc phi ngôn ngữ [9]. Giao tiếp của con người được diễn ra ở các mức độ: trong con người (intrapersonal), giữa con người với con người (interpersonal) và cộng đồng (public). Giao tiếp của con người là một quá trình năng động, liên tục, bất thuận nghịch tác động qua lại và có tính chất ngữ cảnh.
- “Giao tiếp giữa các cá nhân là một trong những kỹ năng sống cơ bản quan trọng nhất”.

⁵ Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

Giao tiếp hiệu quả là việc truyền tải chính xác và liên tục những thông tin dẫn đến sự hiểu biết lẫn nhau. Kỹ năng giao tiếp giữa các cá nhân còn được cho là cửa ngõ để phát triển các kỹ năng quan trọng khác của cuộc sống [9].

- Giao tiếp hiệu quả đòi hỏi nhiều hơn việc cung cấp thông tin một chiều; giao tiếp hiệu quả là một cuộc đối thoại hai chiều trong đó mọi người nghĩ và quyết định cùng nhau. Môi trường giao tiếp hiệu quả tại các cơ sở y tế đòi hỏi các tổ chức này và đội ngũ y tá ưu tiên phát triển các kỹ năng giao tiếp, bao gồm kỹ năng viết, kỹ năng nói, kỹ năng giao tiếp không lời và coi kỹ năng giao tiếp quan trọng ngang bằng với các kỹ năng lâm sàng (American Association of Critical-care Nurses).
- Giao tiếp giữa các cá nhân là sự liên quan giữa ngôn ngữ sử dụng, những gì được nói và cách điều đó được diễn đạt, trong đó bao gồm những chuẩn mực giao tiếp không lời, ngôn ngữ cơ thể và các biểu hiện nét mặt. Những tông giọng, ngữ điệu được sử dụng khi giao tiếp cũng là những yếu tố quan trọng của giao tiếp giữa các cá nhân và là nhân tố để chúng ta đánh giá, hiểu rõ hơn thông tin được truyền đạt. Hargie (2006) đã phát triển hơn nữa sự hiểu biết này bằng cách giới thiệu một khái niệm về giao tiếp giữa các cá nhân, ông cho rằng giao tiếp giữa các cá nhân là một kỹ năng cần thiết và quan trọng cần được phát triển sâu hơn. Ông cho rằng những kỹ năng này bao gồm các đặc điểm nhất định như: Giao tiếp không lời, lắng nghe, giải thích, chất vấn, đàm phán, thuyết phục, phản ánh, tự tiết lộ những thông tin của bản thân.

Đặc trưng cơ bản của giao tiếp: Bản chất xã hội, tính văn hóa – xã hội lịch sử cụ thể, tính phổ biến, tính bất đối xứng, tính mềm dẻo, tính chuyển tải thông điệp, tính cá thể của giao tiếp.

Chức năng của giao tiếp: theo tiêu chí mục tiêu, giao tiếp có 8 chức năng khác nhau, bao gồm: chức năng tiếp xúc, chức năng thông tin, chức năng kích thích, chức năng định vị, chức năng hiểu biết, tạo động cơ, hình thành các mối quan hệ, chức năng gây ảnh hưởng.

Phân loại giao tiếp: có nhiều cách phân loại giao tiếp khác nhau như:

- Theo cách thức tiến hành: giao tiếp trực tiếp và giao tiếp gián tiếp
- Theo lĩnh vực xảy ra giao tiếp: giao tiếp ngôn ngữ bên ngoài và giao tiếp ngôn ngữ bên trong.
- Theo số lượng cá nhân tham gia giao tiếp: giao tiếp song đôi và giao tiếp nhóm.
- Theo mục đích hoạt động của nhóm xã hội: giao tiếp chính thức và giao tiếp không chính thức.
- Theo định hướng tâm lý – xã hội: giao tiếp định hướng xã hội và giao tiếp định hướng nhân cách.
- Theo ngành nghề.
- Theo phương tiện tiến hành: là cách phân chia phổ biến hiện nay bao gồm:
 - ✓ Giao tiếp ngôn ngữ: Giao tiếp thông qua hệ thống ký hiệu ngôn ngữ, bao gồm giao tiếp ngôn ngữ nói và ngôn ngữ viết.
 - ✓ Giao tiếp cận ngôn ngữ: Giao tiếp thông qua chất lượng của các âm thanh khi nói (như độ cao thấp của âm thanh, độ nhanh chậm của lời nói, vị trí nhấn âm, ngữ điệu, chất giọng cao thấp, trong đục, âm vùng miền), lối diễn đạt và các cử động gật lắc đầu, các cử chỉ của mắt.
 - ✓ Giao tiếp phi ngôn ngữ: Giao tiếp phi ngôn ngữ là giao tiếp mà tín hiệu được phát đi thông qua các cử chỉ, các biểu cảm phi

ngôn ngữ của ngoại hình, bài trí không gian, cách sắp xếp thời gian giao tiếp và cách đón tiếp... Tín hiệu giao tiếp phi ngôn ngữ được tiếp nhận thông qua các cảm nhận giác quan như thị giác, thính giác, xúc giác, khứu giác, vị giác...

Trong môi trường bệnh viện thường xuyên diễn ra các hoạt động giao tiếp giữa thầy thuốc với nhau, giữa thầy thuốc với người bệnh và giữa người bệnh với người bệnh... Trong số những hoạt động giao tiếp này, chúng ta đặc biệt quan tâm đến giao tiếp giữa thầy thuốc và người bệnh – là hoạt động có vai trò to lớn, giúp cho việc chẩn đoán và điều trị người bệnh một cách có hiệu quả.

Mọi hành vi, cử chỉ, lời nói... của người thầy thuốc đều tác động mạnh mẽ đến người bệnh. Khi nói nghề y thuộc loại hình nghề nghiệp người – người, điều đó cũng đã bao hàm mối quan hệ giữa con người với nhau trong hoạt động nghề nghiệp. Điều đặc biệt trong giao tiếp này là người thầy thuốc thường giữ vai trò chủ đạo. Mỗi lời nói, hành vi của thầy thuốc đều có tác động mạnh mẽ lên tâm lý người bệnh. Nếu như người thầy thuốc biết gây thiện cảm, biết khơi dậy mọi tiềm năng của người bệnh, hiểu thấu những suy tư trong lòng họ... và đưa ra những lời khuyên hợp lý thì quá trình điều trị sẽ gặp nhiều thuận lợi. Nhiều khi tác động tâm lý mạnh đến mức có thể làm mờ đi, thậm chí xóa bỏ hẳn một hoặc một số triệu chứng của bệnh. Dựa trên cơ sở của tác động này mà người ta đã xây dựng chuyên ngành liệu pháp tâm lý, nhằm tổ chức những tác động tâm lý theo hướng điều trị tích cực, có lợi cho người bệnh.

Tuy nhiên cũng có trường hợp, do thầy thuốc thiếu cân nhắc, thiếu thận trọng trong lời nói, hành vi mà đã tạo nên những phản ứng tâm lý trái ngược với kết quả điều trị, gây hại cho người bệnh.

Nếu có liệu pháp tâm lý cho thấy lợi ích to lớn của những tác động có kế hoạch, có cân nhắc chu đáo của thầy thuốc lên tâm lý người bệnh, thì

“bệnh do thầy thuốc” (iatrogenia) cũng cảnh báo những tác hại không nhỏ do những sai sót của thầy thuốc trong hoạt động nghề nghiệp gây ra cho người bệnh.

Các đặc trưng của giao tiếp trong các cơ sở khám chữa bệnh:

- *Loại hình giao tiếp* chủ yếu giữa thầy thuốc và người bệnh là giao tiếp chính thức. Về cơ bản, mục đích, chức năng, phương hướng, nhiệm vụ... của hoạt động giao tiếp được xác định trước và đáp ứng yêu cầu của hoạt động khám, chữa bệnh, cũng có thể nói đây là loại giao tiếp công việc.
- *Chủ thể và khách thể giao tiếp* là những cá nhân hoặc nhóm xã hội nhất định. Họ có những “vai xã hội” khác nhau trong quá trình giao tiếp, song phần lớn là quan hệ giữa một bên là nhân viên y tế và một bên là người bệnh.
- *Vị thế giao tiếp* chủ thể và khách thể giao tiếp là không ngang bằng tức vị thế của nhân viên y tế và người bệnh trong giao tiếp là không ngang bằng. Người bệnh thường bị phụ thuộc vào những chỉ định, quyết định của nhân viên y tế vì vậy vị thế giao tiếp của người bệnh thường thấp hơn của nhân viên y tế. Do đó, hành vi giao tiếp của nhân viên y tế với người bệnh thường dễ bị mặc định như sự ban ơn.
- *Các phương tiện giao tiếp* được sử dụng một cách tổng hợp song phương tiện chủ yếu vẫn là ngôn ngữ. Uy tín, phong cách công tác của thầy thuốc đôi khi đóng vai trò quyết định đối với kết quả giao tiếp.

2. Tổng quan quốc tế về kỹ năng giao tiếp của nhân viên y tế tại cơ sở khám chữa bệnh

Nkeng đã định nghĩa giao tiếp của nhân viên y tế là công cụ để chuyển tải thông tin, ý tưởng và gây dựng mối quan hệ/tin cậy với người bệnh, điều đó rất có lợi cho người bệnh trong quá trình điều trị [19]. Giao tiếp không phải là việc dạy

lại cho người bệnh mà là cung cấp thông tin về tình trạng bệnh, về tiên lượng bệnh và về những mong đợi của người bệnh, những thông tin cơ bản về quá trình điều trị bệnh. Người bệnh là trung tâm của quá trình giao tiếp và là thành tố chính để nhân viên y tế xây dựng mối quan hệ tốt đẹp với người bệnh [3].

Giao tiếp là yếu tố chính trong nhìn nhận và đánh giá của người bệnh về dịch vụ y tế [22]. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng, sự chăm sóc và giao tiếp của y tá với người bệnh ảnh hưởng rất lớn đến sự hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ y tế. Trong khi nhận thức của người bệnh về dịch vụ y tế chủ yếu dựa trên chất lượng của sự tương tác, giao tiếp giữa người bệnh và cán bộ y tế (CBYT) [8, 21] thì điều này lại thường là vấn đề khiến người bệnh không hài lòng về dịch vụ y tế. Nghiên cứu của Wanzer đã chỉ ra rằng người bệnh chú trọng đến thái độ giao tiếp, hành vi giao tiếp và lắng nghe của CBYT và những điều đó ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh cũng như việc người bệnh cộng tác và tuân thủ trong quá trình điều trị [21].

Nghiên cứu của Hiệp hội bệnh viện Mỹ năm 1996 đã phỏng vấn 37.000 người bệnh tại 120 bệnh viện về sự hài lòng của họ đối với các dịch vụ y tế mà họ nhận được từ bác sĩ điều trị. Một trong những vấn đề mà người bệnh phàn nàn nhiều nhất là không được cung cấp đầy đủ thông tin. Vấn đề cung cấp thông tin không đầy đủ đã làm ảnh hưởng đến nhìn nhận của người bệnh về dịch vụ y tế ở Mỹ [31]. Đánh giá và đáp ứng những mong muốn của người bệnh là một thách thức đối với những ngành cung cấp dịch vụ y tế. Hơn 1/3 đối tượng phỏng vấn cho điểm <5/10 về cung cấp thông tin của CBYT [7]. Điều đó cho thấy người bệnh không hài lòng về sự giao tiếp không đầy đủ của CBYT đặc biệt là trong cung cấp thông tin về bệnh tật.

Hiệu quả giao tiếp nghĩa là “*nhân viên y tế phải đảm bảo các thông tin cung cấp liên quan*

đến bệnh, thuốc và phải giao tiếp tốt với người bệnh và hiểu được khả năng và nhu cầu của người bệnh” [17]. Bằng chứng của giao tiếp hiệu quả giữa người bệnh và nhân viên y tế là việc người bệnh được điều trị tốt nhất và hài lòng nhất [2, 5, 20].

Nghiên cứu của Burge (2005), của White (2005) và của Wrench (2003) đã chỉ ra rằng, việc giao tiếp không tốt giữa bác sĩ với người bệnh có thể gây ra một số hậu quả, cụ thể như sau [6, 22, 24]:

- *Sai sót trong điều trị*: Nghiên cứu của Burge và cộng sự năm 2005 đã chỉ rõ những thông tin mà bác sĩ sử dụng để chẩn đoán bệnh được khai thác từ người bệnh sẽ bị ảnh hưởng nếu nhân viên y tế và người bệnh không trao đổi đầy đủ [6]. Trong khi đó, người bệnh càng được bày tỏ những lo lắng, băn khoăn về bệnh tật nhiều thì họ càng gọi nhớ càng nhiều thông tin cần thiết cho quá trình khai thác tiền sử bệnh và điều trị, tốt cho kế hoạch tuân thủ điều trị. Những sai sót trong điều trị ảnh hưởng đến lợi ích của cả người bệnh và nhân viên y tế cũng như bệnh viện (tăng chi phí điều trị của người bệnh, điều trị kém hiệu quả, uy tín nghề nghiệp của bác sĩ bị ảnh hưởng; thu nhập và uy tín của cơ sở y tế bị ảnh hưởng). Theo số liệu của Tổ chức Joint Commissions (Hỗ trợ nâng cao chất lượng chăm sóc y tế của Mỹ), có 65% sai sót trong y tế liên quan đến sự thất bại trong giao tiếp trong đó có giao tiếp giữa nhân viên y tế và người bệnh.
- *Người bệnh không tuân thủ điều trị*: Việc chuyển tải thông tin giữa bác sĩ và người bệnh ảnh hưởng rất lớn đến sự tuân thủ điều trị. Người bệnh không tuân thủ điều trị do họ không hiểu rõ những hướng dẫn của bác sĩ vì bị hạn chế về thời gian và phương thức giao tiếp không phù hợp. Khi CBYT giao tiếp không chuẩn mực với người bệnh có thể đem

lại cho họ tâm trạng căng thẳng, lo lắng và vì vậy sẽ gây ảnh hưởng trực tiếp đến việc tiếp nhận thông tin của người bệnh. Theo WHO (2003), tỉ lệ người bệnh không tuân thủ đúng phác đồ điều trị hiện nay từ 25-50%, tỉ lệ này còn cao hơn nếu quá trình điều trị đòi hỏi nhiều loại thuốc và phác đồ phức tạp. Điều này ảnh hưởng rất lớn đến kết quả điều trị của người bệnh [23].

- *Người bệnh không hài lòng với dịch vụ:* Sự hài lòng của người bệnh phản ảnh chất lượng dịch vụ y tế. Điều tra quốc gia do Quỹ Commonwealth Fund [9] chỉ ra rằng, gần 1/5 số người bệnh cho biết họ cảm thấy khó giao tiếp, trò chuyện với bác sĩ. Khó giao tiếp ở đây có thể được hiểu là người bệnh không bày tỏ được vấn đề sức khỏe, tình trạng bệnh, không được hỏi và trả lời các câu hỏi với bác sĩ, bác sĩ không lắng nghe người bệnh.
- *Không chú ý đến cảm xúc của người bệnh:* Nghiên cứu của Easter and Beach (2004) chỉ rằng 70% số bác sĩ đã không nhận ra cảm xúc của người bệnh trong khi khám bệnh [11]. Bởi CBYT không có đủ kĩ năng cũng như thời gian giao tiếp với người bệnh. CBYT thường chen ngang trong khi người bệnh trình bày hoặc không lắng nghe người bệnh nói.
- *Sự hài lòng của CBYT với công việc:* CBYT không đủ thời gian để giao tiếp, trò chuyện, lắng nghe người bệnh; CBYT thiếu kĩ năng giao tiếp cũng khiến bản thân họ cảm thấy không hài lòng với chất lượng dịch vụ mà mình cung cấp.

Ngoài ra, một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng quá trình giao tiếp giữa bác sĩ với người bệnh hiện nay chủ yếu là hình thức giao tiếp một chiều. Thiếu thời gian và thiếu kĩ năng giao tiếp là hai yếu tố chính cản trở đến sự tương tác giữa người bệnh và NVYT.

Một số nghiên cứu chỉ ra rằng đặc điểm nhân khẩu xã hội của người bệnh có ảnh hưởng tới hành vi giao tiếp và hiệu quả giao tiếp của bác sĩ với họ. Một nghiên cứu trên 3.000 cuộc trò chuyện/tư vấn của NVYT với người bệnh tại những vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khác nhau cho thấy, người bệnh ở những vùng khác nhau thì cách thức giao tiếp và hiệu quả giao tiếp cũng khác nhau. Bác sĩ làm việc tại những vùng có điều kiện phát triển kinh tế kém có mức độ căng thẳng cao hơn do phải tiếp xúc với những người bệnh với trình độ còn hạn chế [18].

Thiếu kỹ năng giao tiếp là một trong những rào cản lớn nhất của bác sĩ khi giao tiếp với bệnh nhân. Kỹ năng giao tiếp của NVYT và những kỹ năng cá nhân khác có liên quan đến khả năng khai thác thông tin phục vụ cho việc chẩn đoán, điều trị bệnh và từ đó bác sĩ có thể đưa ra những hướng dẫn trong chẩn đoán và điều trị phù hợp, đồng thời nó cũng thiết lập mối quan hệ giữa bác sĩ và người bệnh. Những kỹ năng lâm sàng cơ bản trong thực hành y khoa với những mục tiêu nhằm đưa ra kết quả chẩn đoán chính xác nhất, kết quả điều trị tốt nhất và sự hài lòng của người bệnh, đây là những kỹ năng cơ bản của người CBYT. Những kỹ năng giao tiếp cơ bản cùng với kỹ năng lâm sàng là những kĩ năng cơ bản trong việc giúp bác sĩ xây dựng mối quan hệ, tin tưởng của người bệnh đồng thời nâng cao hiệu quả điều trị. Ba mục đích của giao tiếp giữa bác sĩ với người bệnh hiện nay nhằm hướng tới việc tạo mối quan hệ giữa thầy thuốc với người bệnh, trao đổi thông tin và giúp người bệnh đưa ra được quyết định trong quá trình điều trị [13, 16].

Thiếu thời gian để giao tiếp và tạo mối quan hệ thân thiết với người bệnh cũng là một trong những rào cản trong giao tiếp của bác sĩ với người bệnh. Thời gian giao tiếp đủ dài sẽ tạo tiền đề giúp bác sĩ hiểu rõ hơn về người bệnh từ đó CBYT điều chỉnh cảm xúc của người bệnh, tạo

điều kiện để họ hiểu hơn về hoàn cảnh của người bệnh đồng thời xác định được nhu cầu, nhận thức và kỳ vọng của người bệnh. Từ đó bác sĩ có thể giúp định hướng cho người bệnh có những quyết định đúng đắn trong quá trình điều trị. Những người bệnh hài lòng với cách giao tiếp của bác sĩ với mình sẽ hài lòng hơn với dịch vụ mà họ được nhận và đồng thời chia sẻ thông tin cần thiết với bác sĩ để bác sĩ có thể đưa ra các chẩn đoán chính xác về tình hình sức khỏe của người bệnh cũng như đưa ra lời khuyên phù hợp. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, nếu thời gian giao tiếp đủ dài bác sĩ sẽ có điều kiện để giúp bệnh nhân kiểm soát cảm xúc, tăng khả năng chịu đựng cũng như phục hồi bệnh tật sẽ cao hơn. Tăng cường điều chỉnh tâm lý, sức khỏe tâm thần của bệnh nhân cũng tốt hơn khi được bác sĩ quan tâm, giao tiếp nhiều hơn. Một số nghiên cứu quan sát cho thấy giao tiếp của bác sĩ và người bệnh tốt giúp cho thời gian nằm viện giảm, kéo theo chi phí cho y tế giảm, ít bị chuyển tuyến và người bệnh cũng hài lòng hơn với chất lượng dịch vụ. Trong khi đó, bác sĩ làm việc ít bị căng thẳng và cũng gia tăng sự hài lòng của bác sĩ với công việc [15, 17].

Nghiên cứu quan sát về hành vi giao tiếp giữa nhân viên y tế với người bệnh tại Ethiopia năm 2009 đã tiến hành quan sát quá trình tư vấn, khám bệnh của 211 nhân viên y tế. Nghiên cứu sử dụng bảng kiểm để quan sát quá trình giao tiếp gồm 4 phần: phần giới thiệu, phần chính, phần tư vấn và phần kết luận. Nghiên cứu chỉ ra rằng, phần giới thiệu và phần kết luận của nhân viên y tế thường diễn ra ngắn, với điểm số thấp nhất, điều đó cho thấy kỹ năng và hiệu quả giao tiếp của nhân viên y tế còn hạn chế [25].

Một số nghiên cứu quan sát hành vi giao tiếp của nhân viên y tế với người bệnh cũng chỉ ra rằng ngôn ngữ cơ thể, ngôn ngữ không lời như ánh mắt, nụ cười, cử chỉ... cũng ảnh hưởng rất lớn tới sự hài lòng của người bệnh. Ngôn ngữ

không lời trong giao tiếp của nhân viên y tế có sự khác biệt theo giới tính, nhóm tuổi [4, 14, 12]. Ngoài ra, bác sĩ có ngôn ngữ cơ thể tốt có thể giúp xoa dịu bệnh nhân, giảm căng thẳng tâm lý cũng như nâng cao chất lượng chẩn đoán và ít bị kiện vì các sai sót y tế hơn [4, 14].

Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, chiến lược nhằm cải thiện kỹ năng giao tiếp của nhân viên y tế cần tập trung giải quyết 4 vấn đề: đào tạo nâng cao kiến thức về giao tiếp, tăng cường giao tiếp hai chiều, giải quyết mâu thuẫn và xây dựng niềm tin. Trong khi kỹ năng giao tiếp gồm có cách thức/phong cách giao tiếp và nội dung. Những kỹ năng như lắng nghe, sự cảm thông, sử dụng những câu hỏi mở trong trao đổi là những kỹ năng giao tiếp cần thiết. Tuy nhiên, việc bác sĩ có những kỹ năng này hay không rất khác nhau và phần lớn phụ thuộc vào kỹ năng/kinh nghiệm và trải nghiệm của từng cá nhân. Thay đổi thói quen trong giao tiếp của một bác sĩ là vô cùng khó nhưng điều đó lại vô cùng quan trọng để hướng tới tăng sự tham gia của người bệnh trong quá trình điều trị và từ đó tăng sự hài lòng của người bệnh cũng như kết quả điều trị. Không có bác sĩ nào sinh ra đã có kỹ năng giao tiếp tốt mà nó là cả một quá trình trải nghiệm, học hỏi và thực hành các kỹ năng đó. Việc trang bị kiến thức về giao tiếp từ đó xây dựng thành kỹ năng giao tiếp cho CBYT là điều cơ bản nhất chúng ta cần thực hiện. Cộng tác trong giao tiếp là cách thức giao tiếp hai chiều, nếu giao tiếp một chiều là việc bác sĩ cố gắng đưa ra kết luận dựa trên những chẩn đoán/đánh giá của bản thân thì giao tiếp hai chiều là việc bác sĩ phải dành thời gian giải thích, thảo luận với bệnh nhân những lựa chọn có thể có để từ đó người bệnh chủ động trong việc ra quyết định. Kỹ năng quản lý và giải quyết xung đột cũng là một trong những vấn đề cần tập trung nếu muốn nâng cao kỹ năng giao tiếp của người bệnh. Xung đột thường xảy ra và

rất khó kiểm soát nếu người bệnh không nói ra hoặc thể hiện ra và nếu bác sĩ không nhanh nhạy trong nắm bắt cảm xúc của người bệnh cũng như khéo léo trong giải quyết những tình huống mâu thuẫn thì có thể khiến vấn đề trở nên trầm trọng hơn. Niềm tin và các giá trị có ảnh hưởng đến mối quan hệ và tương tác giữa bác sĩ với bệnh nhân. Niềm tin cũng có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị, ví dụ như nghi ngờ về liệu pháp điều trị có thể khiến bệnh nhân không tuân thủ điều trị dẫn đến kết quả điều trị xấu đi [7, 10, 13].

Có thể thấy việc giao tiếp giữa CBYT với người bệnh là vô cùng quan trọng. Nó không chỉ

giúp người bệnh nâng cao hiệu quả điều trị, tránh những rủi ro không đáng có mà nó còn nâng cao sự hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ y tế nói chung và với cơ sở y tế nói riêng. Việc thiếu thời gian và kỹ năng giao tiếp là những cản trở lớn của CBYT trong quá trình cung cấp dịch vụ cho người bệnh. Để nâng cao kỹ năng giao tiếp của NVYT, ngoài việc cung cấp kiến thức về giao tiếp cho họ thì việc làm thế nào để phá vỡ thói quen giao tiếp cũ và hình thành nên thói quen giao tiếp mới cũng là một trong những yếu tố vô cùng quan trọng./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Nguyễn Văn Đồng, *Tâm lý học giao tiếp (Phần lý thuyết)*, Nxb Chính trị Hành chính, 2009

Tiếng Anh

2. Andaleeb SS. *Service quality perceptions and patient satisfaction: A study of hospitals in developing country*. Soc Sci Med 2001;52:1359-70.
3. Arnold, E, và Boggs, K. (1999). *Relationships interpersonal: Professional communication skills for nurses* (3rd Ed). Philadelphia: W.B. Saunders.
4. Bensing JM, Kerssens JJ, van der Pasch M. *Patient-directed gaze as a tool for discovering and handling psychosocial problems in general practice*. J Nonverbal Behav 2005;19:223-42.
5. Brown JB, Boles M, Mullooly JP, Levinson W. *Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction: A randomized, controlled trial*. Ann Intern Med 1999;131:822-9.
6. Burge, S., White, D., Bajorek, E., Bazaldua, O., Trevino, J., Albright, T., Wright, F., và 155 Ciggaroa, L. (2005). *Correlates of medication knowledge and adherence: Findings from the residency research network of South Texas*. Family Medicine, 37(10), 712-718. Retrieved November 23, 2005, from ProQuest database.
7. Cardello, D. (2001). *Improve patient satisfaction with a bit of mystery*. Nursing Management, 32(6), 36-38
8. Clark, P. A. (2003). *Medical practices' sensitivity to patients' needs: Opportunities and practices for improvement*. Journal of Ambulatory Care Management, 26(2), 110-123. Retrieved November 24, 2005, from EBSCOhost database.
9. Davis, K., Schoenbaum, S. C., Collins, K. S., Tenney, K., Hughes, D. L., và Audet, A. M. (2002).

- Room for improvement: Patients report on the quality of their health care.* New York: Commonwealth Fund. Retrieved December 7, 2005, from www.cmwf.org
10. DeMatteo, M. R. (2004). *Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research.* *Medical Care*, 42(3), 200-209.
 11. Easter, D. W., và Beach, W. (2004). *Competent patient care is dependent upon attending to empathic opportunities presented during interview sessions.* *Current Surgery*, 61(3), 313-318.
 12. Griffith CH, Wilson JF, Langer S, Haist SA. *House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction.* *J Gen Intern Med* 2003;18:170-4.
 13. Ha F. J., Anat D. S., Longnecker N. *Doctor-Patient Communication: A Review.* *The Ochsner Journal* 2010; 10:38-43.
 14. Hall JA, Harrigan JA, Rosenthal R. *Nonverbal behavior in clinician-patient interaction.* *Appl Prev Psychol* 1995;4:21-37,
 15. Hausman, A. (2004). *Modeling the patient-physician service encounter: Improving patient outcomes.* *Academy of Marketing Science Journal*, 32(4), 403-417. Retrieved November 24, 2005, from EBSCOhost database.
 16. Herrera-Kiengelher L, Villamil-Álvarez M, Pelcastre-Villafuerte B, Cano-alle F, López-Cervantes M. *Mối quan hệ giữa người cung cấp dịch vụ và người bệnh tại TP Mexico City.* *Rev Saúde Pública* 2009;43:589-94.
 17. Hugman B. *Healthcare Communication.* London: Pharmaceutical Press;2009.
 18. Mercer SW,Watt GMC. *The inverse care law: clinical primary care encounters in deprived and affluent areas of Scotland.* *Ann Fam Med* 2007;5:503-10.
 19. Nkeng, M.(2009).*Guidelines for promoting effective therapeutic communication in nursing.* *EzineArticles.* Retrieved July 22, 2009 from <http://www.ezinearticles.com>
 20. Parrot R. *Emphasizing "Communication" in health communication.* *J Commun* 2004;54:751-87.
 21. Wanzer MB, Booth-Butterfield, Grubber K. *Perceptions of health care providers' communication: Relationship between patient-centered communication and satisfaction.* *Health Commun* 2009;16:363-84.
 22. White, AA., Pichert, J. W., Bledsoe, S. H., Irwin, C., và Entman, S. S. (2005). *Cause and effect analysis of closed claims in obstetrics and gynecology.* *Obstetrics and Gynecology*, 105(5), 1031-1038. Retrieved March 26, 2006, from EBSCOhost database.
 23. World Health Organization. (2003) *Adherence to long-term therapies: Evidence for action.* Switzerland: WHO Library Cataloguing.
 24. Wrench, J. S., và Booth-Butterfield, M. (2003). *Increasing patient satisfaction and compliance: An examination of physician humor orientation, compliance-gaining strategies, and perceived credibility.* *Communication Quarterly*, 51(4), 482-503. Retrieved November 23, 2005, from ProQuest database.
 25. Zewdneh, D., Kifle, M., Kebede, S. *Communication skills of physicians during patient interaction in an in-patient setting at Tikur Anbessa Specialized Teaching Hospital (TASH), Addis Ababa, Ethiopia.* *Ethiopia Journal Health Dev*; 2011; 25.

THỰC TRẠNG KỸ NĂNG GIAO TIẾP CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ VÀ NGƯỜI BỆNH Ở MỘT SỐ CƠ SỞ KHÁM CHỮA BỆNH CÔNG LẬP TẠI VIỆT NAM

ThS. Vũ Thị Minh Hạnh⁶, ThS. Vũ Thúy Nga⁷

Tóm tắt

Nghiên cứu được thực hiện tại 6 bệnh viện (BV) thuộc tuyến Trung ương (BV Chợ Rẫy, BVĐK Trung ương Thái Nguyên, BV K, BV Phong - Da liễu Trung ương Quy Hòa, BV Mắt Trung ương, BV Từ Dũ); 6 BVĐK tỉnh thuộc 6 vùng kinh tế - xã hội trong cả nước (Nam Định, Thái Nguyên, Bình Định, Gia Lai, TP Hồ Chí Minh, Vĩnh Long) và 6 BV tuyến huyện (tổng số 18 BV). Nghiên cứu đã thực hiện quan sát 95 nhân viên an ninh/bảo vệ (AN/BV); 99 nhân viên tiếp đón tại bộ phận tiếp đón người bệnh; 98 nhân viên tại khu vực thực hiện các thủ tục hành chính, tài chính; 93 bác sỹ, 61 điều dưỡng tại khu vực Khám bệnh; 74 kỹ thuật viên/bác sỹ, 57 điều dưỡng tại khu vực Cận lâm sàng; 44 bác sỹ, 90 điều dưỡng tại khu vực Điều trị.

Kết quả nghiên cứu:

Về kỹ năng giao tiếp của nhân viên bảo vệ, nhân viên giải quyết các thủ tục hành chính/tài chính, nhân viên bảo hiểm y tế, nhân viên y tế (NVYT) tại khu vực tiếp đón: Kỹ năng giao tiếp của một bộ phận không nhỏ NVYT với người bệnh (NB) còn chưa phù hợp nhất là với nhân viên bảo vệ, nhân viên giải quyết các thủ tục hành chính/tài chính, nhân viên bảo hiểm y tế (BHYT), nhân viên y tế tại khu vực tiếp đón. Họ chưa thực hiện đầy đủ những nội dung thiết yếu trong giao tiếp thuộc các vị trí làm việc với người bệnh. Đa số nhân viên làm việc tại những khu vực này còn thụ động trong giao tiếp với NB.

Về kỹ năng giao tiếp của NB tại khu vực an ninh/bảo vệ, khu vực tiếp đón và khu vực giải quyết các thủ tục hành chính/tài chính: Đa số NB chưa biểu đạt sự giao tiếp với nhân viên bảo vệ; chưa biểu thị đúng mức sự tôn trọng, cầu thị với nhân viên tiếp đón; còn một bộ phận NB/người nhà NB tại khu vực giải quyết thủ tục nhập viện và xuất viện chưa tuân thủ đầy đủ một số nội dung giao tiếp (không chào hỏi NVYT, không kiểm tra thuốc mặc dù đã được NVYT nhắc nhở...). Tỷ lệ NB/người nhà NB có kỹ năng giao tiếp phù hợp thấp hơn so với nhân viên bảo vệ, nhân viên tiếp đón và nhân viên giải quyết các thủ tục hành chính/tài chính.

Về kỹ năng giao tiếp của NVYT tại khu vực Khám bệnh, khu vực Cận lâm sàng, khu vực Điều trị: Các bác sỹ/ kỹ thuật viên chưa tuân thủ đầy đủ một số nội dung giao tiếp, còn một bộ phận nhỏ chưa có kỹ năng giao tiếp phù hợp; các điều dưỡng thường bỏ qua hoặc xem nhẹ một số nội dung giao

⁶ Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

⁷ Tạp chí Chính sách y tế

tiếp thiết yếu (chào hỏi NB, giới thiệu với NB về bản thân mình, động viên NB...). Tỷ lệ điều dưỡng có kỹ năng giao tiếp chưa phù hợp tại khu vực Khám bệnh lớn hơn so với bác sỹ và điều dưỡng tại những khu vực khác. Điều dưỡng tại khu vực Điều trị là nhóm thực hiện nhiều nhất các nội dung giao tiếp với kỹ năng giao tiếp phù hợp nhất. Bác sỹ ở khu vực Điều trị đã thực hiện nội dung giao tiếp và kỹ năng giao tiếp tốt hơn so với điều dưỡng trong cùng khu vực và NVYT tại các khu vực khác.

Về kỹ năng giao tiếp của NB/người nhà NB tại khu vực Khám bệnh, khu vực Cận lâm sàng, khu vực Điều trị: Nhìn chung, NB/người nhà NB còn thiếu chủ động trong giao tiếp với NVYT, một số nội dung giao tiếp thiết yếu đã bị bỏ qua (chào hỏi NVYT, còn nói trống không...), chưa biểu thị đúng mức sự tôn trọng đối với NVYT; một bộ phận đáng kể chưa có kỹ năng giao tiếp phù hợp nhất là khi biểu đạt những thắc mắc của cá nhân... Tỷ lệ người bệnh có các kỹ năng giao tiếp phù hợp thấp hơn so với bác sỹ và điều dưỡng.

Từ khóa: thực trạng giao tiếp, nhân viên y tế, người bệnh, cơ sở khám chữa bệnh công lập

Đặt vấn đề

Hiện nay, cùng với sự phát triển về kinh tế - xã hội; nhu cầu khám chữa bệnh (KCB) của người dân ngày càng đa dạng với chất lượng ngày càng cao. NB không chỉ muốn được thầy thuốc chữa khỏi bệnh mà họ còn mong muốn được thầy thuốc chăm sóc với một thái độ ân cần, niềm nở, phải trao đổi thông tin với người bệnh trong cả quá trình điều trị. Điều này đòi hỏi NVYT không chỉ giỏi về chuyên môn lâm sàng mà còn phải có kỹ năng giao tiếp phù hợp để có thể tương tác hiệu quả với NB.

Để đáp ứng nhu cầu trên, trong những năm gần đây, Bộ Y tế đã ban hành nhiều văn bản quy định về giao tiếp ứng xử của cán bộ y tế (CBYT). Tuy nhiên, việc thực thi những quy định về kỹ năng giao tiếp của CBYT tại các cơ sở y tế nhất là trong BV hiện nay còn nhiều bất cập. Số lượng NB đông, thời gian khám ngắn và trình độ dân trí còn nhiều hạn chế là những yếu tố khách quan ảnh hưởng rất lớn tới quá trình giao tiếp của CBYT với NB. Bên cạnh đó cũng có những yếu tố chủ quan như kỹ năng giao tiếp của CBYT chưa phù hợp, chưa được như mong đợi bởi tâm lý xin – cho trong cung cấp dịch vụ y tế đã đi sâu vào tiềm thức của nhiều người. Những yếu tố đó khiến tình trạng NB không hài lòng với thái độ và hành vi ứng xử của một số NVYT trong các BV công lập ngày càng tăng gây ảnh hưởng xấu tới uy tín của cơ sở y tế nói riêng và hình ảnh của người thầy thuốc nói chung.

Mặc dù Bộ Y tế đã ban hành nhiều văn bản quy định về giao tiếp ứng xử của CBYT, tuy nhiên các văn bản này mới dừng ở quy định chung chưa được cụ thể hóa bằng những chuẩn mực hành vi; chưa có hướng dẫn cụ thể bằng hình ảnh về thái độ, cử chỉ, lời nói của NVYT cũng như của NB, người nhà NB trong môi trường BV để NVYT và NB dễ dàng tuân thủ, thực hiện và lãnh đạo BV dễ dàng kiểm tra, giám sát ...

Ngày 4/6/2015, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 2151/QĐ-BYT về việc phê duyệt kế hoạch triển khai thực hiện “*Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của CBYT hướng tới sự hài lòng của người bệnh*”. Ban Chỉ đạo cũng đã ban hành *Tài liệu hướng dẫn tập huấn Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của CBYT hướng tới sự hài lòng của người bệnh*. Tuy nhiên tài liệu này mới chỉ dừng ở mục đích phục vụ các khóa tập huấn về kỹ năng giao tiếp cho nhân viên trong các cơ sở KCB chưa được minh họa chi tiết bằng những hình ảnh dễ dễ nhìn, dễ nhớ, dễ làm theo và có thể phổ biến rộng rãi, thống

nhất đến các cơ sở y tế trong phạm vi cả nước. Các khuôn mẫu về hành vi ứng xử của NB, người nhà NB còn chưa được đề cập đến trong Tài liệu nêu trên.

Xuất phát từ bối cảnh trên, Công đoàn Y tế Việt Nam phối hợp với Viện Chiến lược và Chính sách Y tế tiến hành “Đánh giá thực trạng nhằm xây dựng tài liệu hướng dẫn về giao tiếp của NVYT và người bệnh tại một số bệnh viện công lập” nhằm phân tích thực trạng kỹ năng giao tiếp, những yếu tố rào cản trong giao tiếp và mức độ ảnh hưởng đối với sự hài lòng của NVYT, NB tại một số cơ sở KCB công lập; tìm hiểu nhu cầu, nguyện vọng của NVYT, NB đối với việc hỗ trợ chuẩn hóa kỹ năng giao tiếp trong môi trường BV và đề xuất giải pháp nâng cao kỹ năng giao tiếp của NVYT và NB.

Bài báo này trình bày kết quả của nghiên cứu trên về thực trạng giao tiếp của NVYT và NB tại một số cơ sở KCB công lập.

1. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp nghiên cứu định tính kết hợp với định lượng.

Thu thập thông tin định tính: Bên cạnh việc thu thập và phân tích các tài liệu thứ cấp, nghiên cứu đã tiến hành 38 cuộc phỏng vấn sâu với Lãnh đạo Vụ Tổ chức cán bộ, Lãnh đạo Công đoàn Y tế Việt Nam, NB/người nhà NB nội trú và ngoại trú. Đồng thời thực hiện 96 cuộc thảo luận nhóm với các đối tượng sau: Lãnh đạo Sở, Lãnh đạo Công đoàn ngành Y tế tỉnh, phòng chức năng; Lãnh đạo BV, lãnh đạo công đoàn, lãnh đạo các khoa/phòng của BV; nhóm viên chức trong BV; nhóm cung cấp dịch vụ KCB (bác sĩ, điều dưỡng của các khu vực: khám bệnh, cấp cứu, cận lâm sàng, điều trị); nhóm cung cấp các dịch vụ khác (nhân viên bảo vệ, hành chính/ tài chính, khu vực tiếp đón/cung cấp thông tin); NB/người nhà NB nội trú và ngoại trú.

Thu thập thông tin định lượng: Nghiên cứu đã thu thập thông tin bằng biểu mẫu thống kê và quan sát bằng bảng kiểm.

Cỡ mẫu quan sát với NVYT được tính theo công thức dành cho nghiên cứu cắt ngang:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2} \quad X \quad DE$$

- n : cỡ mẫu điều tra bằng phiếu hỏi bán cấu trúc
- $\alpha = 0,05$
- $p = 0,5$ (để có cỡ mẫu tối thiểu lớn nhất)
- $d = 0,05$
- $DE = 2$

Từ công thức trên tính được số lượng NVYT cần được quan sát là 768 người. Với mỗi NVYT, nghiên cứu viên bắt đầu tiến hành quan sát hành vi giao tiếp của họ sau khi họ giao tiếp với từ 10-15 lượt bệnh nhân để đảm bảo hành vi giao tiếp của NVYT được quan sát là chân thực. Với mỗi NVYT, nghiên cứu viên tiến hành quan sát quá trình giao tiếp của họ với 10 lượt NB. Kỹ thuật tính mẫu quan sát theo kích thước quần thể mẫu (theo số lượng nhân viên của các BV thuộc địa bàn nghiên cứu) được sử dụng để tính số lượng đối tượng cần phỏng vấn của mỗi đơn vị.

2. Kết quả nghiên cứu

2.1. Thực trạng kỹ năng giao tiếp của nhân viên bảo vệ và người bệnh/người nhà người bệnh tại khu vực an ninh/bảo vệ

2.1.1. Giao tiếp của nhân viên bảo vệ

Nghiên cứu đã thực hiện quan sát 95 nhân viên AN/BV của 18 BV với 582 lượt giao tiếp được quan sát. Kết quả cho thấy có 88% lượt nhân viên bảo vệ được quan sát mặc đồng phục chỉnh tề; vẫn còn 12% mặc thường phục (chiếm 8,3% số lượt giao tiếp được quan sát của BV tuyến TU và khoảng 51% số lượt giao tiếp được quan sát của BV tuyến huyện). Trên 90% nhân viên AN/BV không chủ động giao tiếp, không chủ động tìm hiểu nhu cầu của NB. Cá biệt có những nhân viên bảo vệ khi được NB chủ động gặp để được chỉ dẫn mà vẫn không trả lời, không biểu đạt gì; chỉ có 23,6% chủ động tìm hiểu nhu cầu cần trợ giúp của NB/người nhà NB, 45,1% đã giải đáp các yêu cầu của NB/người nhà NB; và 63% đã hướng dẫn NB/người nhà NB chấp hành nội quy BV. Đa số những người có giao tiếp với NB/người nhà NB (>50% đến >90%) đã có kỹ năng tốt: lời nói, từ ngữ phù hợp; ngữ điệu cử chỉ phù hợp, biết lắng nghe, cung cấp thông tin đầy đủ. Tuy nhiên, **tính chủ động trong giao tiếp còn rất hạn chế.**

2.1.2. Giao tiếp của người bệnh/người nhà người bệnh:

Có 537 lượt giao tiếp của NB/người nhà NB tại khu vực AN/BV đã được quan sát. Trong đó, chỉ có >8% NB/người nhà NB chào hỏi nhân viên AN/BV. Đa số NB không biểu đạt sự giao tiếp với nhân viên bảo vệ; Trong số NB có giao tiếp với bảo vệ BV, tỷ lệ có các kỹ năng giao tiếp phù hợp thấp hơn so với nhân viên AN/BV (>50% đến >70%). Nguyên nhân của tình trạng

này có thể là do người bệnh chưa hiểu rõ chức năng, nhiệm vụ của nhân viên bảo vệ và luôn có tâm lý coi trọng NVYT tại BV hơn các nhóm nhân viên phục vụ khác. Do đó, BV cần đẩy mạnh hoạt động truyền thông và tăng cường tập huấn cho nhân viên bảo vệ, phổ biến cho NB/người nhà NB về chức năng, nhiệm vụ của nhân viên bảo vệ, quy tắc ứng xử của họ và của NB/người nhà NB để thay đổi thái độ phục vụ cùng kỹ năng giao tiếp tại khu vực AN/BV.

2.2. Thực trạng kỹ năng giao tiếp của nhân viên tiếp đón và người bệnh/người nhà người bệnh tại khu vực đón tiếp người bệnh

2.2.1. Giao tiếp của nhân viên tiếp đón

Nghiên cứu đã thực hiện quan sát 99 nhân viên tại địa điểm tiếp đón NB/người nhà NB với 693 lượt giao tiếp. Kết quả cho thấy có 30% đã chào hỏi NB/người nhà NB với 86% có lời nói phù hợp; >78% có cử chỉ phù hợp và biết lắng nghe; chỉ có 1,3% đã giới thiệu về bản thân với NB/người nhà NB trong đó >62% có lời nói phù hợp song chỉ có 25% biết lắng nghe và 50% cung cấp đầy đủ thông tin. Trên 56% đã tìm hiểu nhu cầu cần hỗ trợ của NB/người nhà NB, trong đó đa số có kỹ năng tốt (lời nói phù hợp: >95%, cử chỉ phù hợp và biết lắng nghe >87%); 60,9% đã chỉ dẫn hỗ trợ NB/người nhà NB với đa số có các kỹ năng tương đối tốt: >84% đến 95%; 22,6% đã giải đáp thắc mắc NB/người nhà NB với đa số có các kỹ năng tốt: >85% đến >93% (bảng 1).

Kết quả quan sát cũng cho thấy đa số NVYT tại khu vực tiếp đón NB/người nhà NB còn **thụ động trong giao tiếp.**

Bảng 1: Giao tiếp của nhân viên tiếp đón tại khu vực tiếp đón

Nội dung giao tiếp	Lời nói, từ ngữ	Cử chỉ, nét mặt	Lắng nghe	Cung cấp thông tin
Chào hỏi NB/ người nhà NB	Có 30,1% chào hỏi NB/người nhà NB trong đó có 86% sử dụng lời nói phù hợp, 13,5% bình thường và 0,5% chưa phù hợp	77,8% có nét mặt phù hợp; 20,1% bình thường và 2,1% chưa phù hợp	78% biết lắng nghe; 17% bình thường và 5% chưa lắng nghe	Có 25,4% cung cấp thông tin cho NB trong đó có 85,6% cung cấp đầy đủ
Giới thiệu về bản thân	Chỉ có 1,3% giới thiệu về bản thân với NB/người nhà NB trong đó 62,5% có lời nói phù hợp	62,5% số nhân viên tiếp đón đã giới thiệu với NB về bản thân có cử chỉ phù hợp	Chỉ có 25% biết lắng nghe khi giới thiệu về bản thân mình với NB	50% nhân viên tiếp đón cung cấp đầy đủ thông tin cho NB/người nhà NB khi giới thiệu về bản thân
Tìm hiểu nhu cầu cần hỗ trợ của NB/người nhà NB	Có 56,6% có tìm hiểu nhu cầu cần hỗ trợ của NB trong đó 96,8% có lời nói phù hợp	87,6% có nét mặt cử chỉ phù hợp khi tìm hiểu nhu cầu của NB	87,3% biết lắng nghe khi tìm hiểu nhu cầu của NB	92,1% cung cấp đầy đủ thông tin khi tìm hiểu nhu cầu của NB
Chỉ dẫn cho NB/ người nhà NB theo nhu cầu cần hỗ trợ	60,9 % đã chỉ dẫn cho NB/ người nhà NB trong đó 95% có lời nói phù hợp	86,4% có cử chỉ phù hợp 87,4% có cử chỉ phù hợp	84,8% biết lắng nghe	89,8% cung cấp thông tin đầy đủ
Giải đáp thắc mắc của người bệnh/người nhà người bệnh	Có 22,6% đã giải đáp thắc mắc cho NB trong đó có 93,7% có lời nói phù hợp	87,4% có cử chỉ phù hợp	85,3% biết lắng nghe	89,5% đã cung cấp đầy đủ thông tin

2.2.2. Giao tiếp của người bệnh/người nhà người bệnh

Có 559 lượt giao tiếp của NB/người nhà NB tại khu vực tiếp đón đã được các nghiên cứu viên quan sát. Kết quả cho thấy chỉ có >25,5% NB/người nhà NB chào hỏi NVYT, trong số này có >77% có lời nói, cử chỉ phù hợp và >80% biết lắng nghe. Đa số NB đã gặp nhưng không chào NVYT (74,5%); 79,6% đã bày tỏ các nhu cầu cần hỗ trợ với kỹ năng giao tiếp tốt; 27,8% đã nêu các câu hỏi/thắc mắc với NVYT với các kỹ năng giao tiếp tốt: >87% - >95%; 75,2% đã tuân thủ hướng dẫn của NVYT với đa số có kỹ năng tốt: >78% - >87%. Qua quan sát cũng cho thấy số đông NB/người nhà NB chưa biểu thị đúng mức sự tôn trọng, cầu thị với NVYT.

2.3. Thực trạng kỹ năng giao tiếp của nhân viên hành chính, tài chính và người bệnh/người nhà người bệnh tại khu vực giải quyết thủ tục nhập viện và xuất viện

2.3.1. Giao tiếp của nhân viên hành chính, tài chính

Các nghiên cứu viên đã quan sát 98 nhân viên hành chính, tài chính tại khu vực làm thủ tục nhập viện và xuất viện với 682 lượt giao tiếp. Kết quả cho thấy: 70% đã hướng dẫn NB/người nhà NB các thủ tục cần thiết với 90% có lời nói phù hợp; 82,3% có cử chỉ phù hợp; 85,9% biết lắng nghe và 89,75% cung cấp đầy đủ thông tin; 70,6% đã mời NB đến lượt sử dụng dịch vụ với 90,8% có lời nói phù hợp. Tỷ lệ có cử chỉ phù hợp và biết lắng nghe thấp hơn (79,1%); 40,1% đã giải thích những thắc mắc của NB về thủ tục hành chính/tài chính với >80% có kỹ năng giao tiếp phù hợp; 5,8% khuyến khích NB nêu các vấn đề cần hỗ trợ.

Kết quả quan sát cũng cho thấy một bộ phận nhỏ nhân viên hành chính, tài chính tại khu vực làm thủ tục nhập viện và xuất viện chưa có kỹ

năng giao tiếp phù hợp với NB; thiếu chủ động trong giao tiếp, chưa thân thiện, thiếu nhẹ nhàng, không nhìn vào mặt NB/người nhà NB, nói nhanh, ít lắng nghe,... Nhân viên hành chính/tài chính niềm nở hơn nhân viên kiểm soát chi của BHYT.

2.3.2. Giao tiếp của người bệnh/người nhà người bệnh

Có 585 lượt giao tiếp của NB/người nhà NB tại khu vực giải quyết thủ tục nhập viện và xuất viện được quan sát. Kết quả cho thấy có 41,7% tuân thủ theo đúng hướng dẫn với >90% có kỹ năng giao tiếp phù hợp; 58,5% đề đạt nhu cầu cần hỗ trợ với từ >80% đến >85% có kỹ năng giao tiếp phù hợp; 51,5% đã trả lời các câu hỏi của nhân viên hành chính/tài chính với >80% có kỹ năng giao tiếp phù hợp.

Kết quả quan sát cũng cho thấy có một bộ phận NB/người nhà NB tại khu vực giải quyết thủ tục nhập viện và xuất viện chưa tuân thủ đầy đủ một số nội dung giao tiếp (không chào hỏi NVYT, không kiểm tra thuốc mặc dù đã được NVYT nhắc nhở). Tỷ lệ NB/người nhà NB có kỹ năng giao tiếp phù hợp thấp hơn so với NVYT.

2.4. Thực trạng kỹ năng giao tiếp của NVYT và người bệnh/người nhà người bệnh tại khu vực Khám bệnh

2.4.1. Giao tiếp của bác sỹ

Tại khu vực Khám bệnh, các nghiên cứu viên đã quan 93 bác sỹ với 648 lượt giao tiếp. Kết quả cho thấy các bác sỹ chưa tuân thủ đầy đủ một số nội dung giao tiếp, một bộ phận nhỏ chưa có kỹ năng giao tiếp phù hợp. Cụ thể: có 47,2% đã chào NB với 85,3% có lời nói phù hợp; 79,2% có cử chỉ, nét mặt phù hợp; 86,1% biết lắng nghe. Có 73,8% đã tìm hiểu lý do NB đến khám bệnh với 93,9% có lời nói phù hợp; 88,4% có cử chỉ, nét mặt phù hợp; 89% biết lắng nghe và 90,2% đặt câu hỏi rõ ràng. 75,6% đã hỏi NB về dấu

hiệu, triệu chứng bệnh với 93,5% có lời nói phù hợp; 89,2 % có nét mặt, cử chỉ phù hợp; 88,1% biết lắng nghe và 90,7% nêu câu hỏi rõ ràng, dễ hiểu. 69,5% đã hỏi người bệnh về tiền sử bệnh

với 92,8% có lời nói phù hợp; 89% có cử chỉ, nét mặt phù hợp; 89% biết lắng nghe và 90% đặt câu hỏi rõ ràng, dễ hiểu... (Bảng 2)

Bảng 2: Giao tiếp của của bác sỹ tại khu vực Khám bệnh

Nội dung giao tiếp	Tỷ lệ % người thực hiện	Lời nói, từ ngữ phù hợp (%)	Cử chỉ, nét mặt phù hợp (%)	Lắng nghe (%)	Đặt câu hỏi/hướng dẫn, giải thích/ Thông tin cụ thể, rõ ràng (%)
Chào hỏi NB/người nhà NB	47,2	85,3	79,2	86,1	
Tìm hiểu lý do NB đến khám	73,8	93,9	88,4	89	90,2
Hỏi NB về dấu hiệu, triệu chứng bệnh	75,6	93,5	89,2	88,1	90,7
Hỏi NB về tiền sử bệnh	69,5	92,8	89,0	89,0	90,0
Thăm khám lâm sàng	59,7	92,2	88,5	88,4	
Hướng dẫn giải thích cho NB về kết quả cận lâm sàng	38,3	84,5	85,5	85,7	85,8
Thông báo về tình trạng bệnh tật cho NB	62,6	92,8	92,7		89,5
Hướng dẫn cách dùng thuốc cho NB	40,3	91,5	90,1	91,4	90,2
Hướng dẫn NB về chế độ ăn, tập luyện	20,8	95,8	93,2	94,0	94,0
Hẹn với NB lịch tái khám	22	>90,0	>90,0		

2.4.2. Giao tiếp của điều dưỡng

Quan sát 61 điều dưỡng tại khu vực Khám bệnh với 338 lượt giao tiếp cho thấy: Một số nội dung giao tiếp thiết yếu thường bị các điều dưỡng bỏ qua (chào hỏi NB, giới thiệu với NB về bản thân mình). Tỷ lệ có kỹ năng giao tiếp chưa phù hợp lớn hơn so với bác sỹ và điều dưỡng tại những khu vực khác. Cụ thể: 32,9% đã chào hỏi NB với 73,1% có lời nói phù hợp, 72,3 có cử chỉ phù hợp, 70,9% biết lắng nghe; chỉ có 1,1% giới thiệu về bản thân với NB. Có 68,5% đã hướng dẫn NB chờ khám với 91,7% có lời nói phù hợp; 90,1% có cử chỉ phù hợp; 89,8% biết lắng nghe và 86,9% cung cấp thông tin chi tiết rõ ràng. 71,8% đã mời NB vào khám bệnh với 90,5% có lời nói phù hợp; 90,4% có cử chỉ, nét mặt phù hợp; 90,4% biết lắng nghe và 88,7% cung cấp thông tin đầy đủ. 31,8% đã hướng dẫn NB đáp ứng việc kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn với 96,6% có lời nói phù hợp; 95% có cử chỉ phù hợp; 96,6% biết lắng và 94,8% nêu thông tin rõ ràng, dễ hiểu. 47,6% đã hướng dẫn NB đến các khu vực khác trong BV với 96,5% có lời nói phù hợp; 95,3% có cử chỉ phù hợp và 94% chỉ dẫn chi tiết, rõ ràng. 19,4% đã hướng dẫn NB các thủ tục có liên quan về hành chính, tài chính với 83,8% có lời nói phù hợp; 80,3% có cử chỉ phù hợp và 76,9% chỉ dẫn chi tiết, rõ ràng. 19% đã hướng dẫn NB thực hiện y lệnh của bác sỹ với 73,5% có lời nói phù hợp; 72,9% có cử chỉ phù hợp và 72,9% biết lắng nghe, cung cấp thông tin đầy đủ. 3,4% đã hướng dẫn cho NB chế độ ăn uống, luyện tập. Chỉ có 8% điều dưỡng hẹn người bệnh lịch tái khám, 5,7% tìm hiểu các nhu cầu cần hỗ trợ khác của NB và 15,8% giải đáp các thắc mắc khác của NB.

2.4.3. Giao tiếp của người bệnh/người nhà người bệnh

Tại khu vực Khám bệnh, 956 lượt giao tiếp của NB/người nhà NB đã được các nghiên cứu viên quan sát. Kết quả cho thấy NB/người

nhà NB còn thiếu chủ động trong giao tiếp với NVYT, một số nội dung giao tiếp thiết yếu đã bị bỏ qua (chào hỏi NVYT), chưa biểu thị đúng mức sự tôn trọng đối với NVYT. Đáng chú ý có một số NB không lắng nghe, nói quá nhiều, thắc mắc quá nhiều. Cụ thể: Có 35,9% đã tuân thủ quy định về quy trình KCB với 97,1% có lời nói, cử chỉ phù hợp và 98,8% biết lắng nghe. 63% đã chờ đợi đến lượt sử dụng dịch vụ khám bệnh với 98,4% có lời nói phù hợp, 93% có cử chỉ phù hợp, 95,8% biết lắng nghe. Chỉ có 15,7% NB đã chào hỏi NVYT với 95,6% có lời nói phù hợp, 91,2% có cử chỉ phù hợp. 14,6% đã trả lời câu hỏi của NVYT với 93,8% có lời nói phù hợp; 90,4% có cử chỉ phù hợp và 91,5% trả lời rõ ràng. 59,4% đã trả lời NVYT lý do khám bệnh và mô tả triệu chứng bệnh với 93,6% có lời nói phù hợp; 91% có cử chỉ phù hợp. 69,8% đã hợp tác theo đề nghị của NVYT với 94,1% có lời nói phù hợp; 90,9% có cử chỉ phù hợp. 37,2% chấp hành nội quy tại khu vực Khám bệnh với cử chỉ phù hợp là 95,2%.

2.5. Tại khu vực Cận lâm sàng

2.5.1. Giao tiếp của kỹ thuật viên/bác sỹ

Tại khu vực Cận lâm sàng, các nghiên cứu viên đã quan sát 74 kỹ thuật viên/bác sỹ với 401 lượt giao tiếp. Kết quả cho thấy, các kỹ thuật viên/bác sỹ còn chưa tuân thủ đầy đủ những nội dung giao tiếp thiết yếu (chào hỏi NB, động viên an ủi, khuyến khích NB đặt câu hỏi), một bộ phận nhỏ chưa có kỹ năng giao tiếp phù hợp. Cụ thể: 38,4% đã chào hỏi NB với 94,2% có lời nói phù hợp; 87,6% có cử chỉ phù hợp. 73% đã giải thích và hướng dẫn NB phối hợp thực hiện với 92% có ngôn ngữ phù hợp; 85,3% cử chỉ phù hợp; 87,8% biết lắng nghe và 89,1% chỉ dẫn rõ ràng. 92% cung cấp các kỹ thuật cận lâm sàng cho NB với 97,3% có lời nói phù hợp; 92,6% có cử chỉ phù hợp; 94,6% biết lắng nghe và 95,5% cung cấp thông tin đầy đủ. 17% đã an ủi động viên NB với 94,9% có lời nói phù hợp; 93,1% có

cử chỉ phù hợp; 94,3% biết lắng nghe và trao đổi thông tin cụ thể, rõ ràng. 34,1% hẹn giờ trả kết quả cho NB với đa số có kỹ năng giao tiếp phù hợp: >87% đến >95%. 14,2% khuyến khích NB đặt câu hỏi. 32,6% giải thích các thắc mắc của NB với >90% có kỹ năng giao tiếp phù hợp.

2.5.2. Giao tiếp của điều dưỡng

Tại khu vực Cận lâm sàng, có 57 điều dưỡng đã được quan sát với 363 lượt giao tiếp. Kết quả quan sát cho thấy: Một số nội dung giao tiếp quan trọng và thiết yếu bị các điều dưỡng xem nhẹ (chào hỏi, động viên NB, khuyến khích NB nêu câu hỏi cần giải đáp,...). Vẫn còn một bộ phận chưa có kỹ năng giao tiếp phù hợp. Cụ thể: 43,7% hướng dẫn NB xếp phiếu chờ đến lượt

được cung cấp dịch vụ với 98% có lời nói phù hợp; 91,8% có cử chỉ phù hợp và 99,3% hướng dẫn rõ ràng; 82,1% đã mời NB vào phòng để được sử dụng dịch vụ với 96% có lời nói phù hợp; 91,9% có cử chỉ phù hợp; 95,3% cung thông tin đầy đủ rõ ràng: 95,3% .71,7% đã hướng dẫn NB phối hợp thực hiện với 91,7% có lời nói phù hợp; 92,9% có cử chỉ phù hợp; 93,8% trao đổi thông tin rõ ràng, dễ hiểu. 39,8% đã hẹn giờ và địa điểm trả kết quả cho NB với 95,8% có lời nói phù hợp; 94,3% có cử chỉ phù hợp; 95,2% biết lắng nghe và 96% trao đổi thông tin rõ ràng. 27,7% đã giải đáp thắc mắc của NB với 91,3 % có lời nói phù hợp và 86,2% có cử chỉ phù hợp. Chỉ có 7% động viên an ủi NB và 2,7% khuyến khích NB nêu các câu hỏi cần giải đáp (bảng 3).

Bảng 3: Giao tiếp của của điều dưỡng tại khu vực Cận lâm sàng

Nội dung giao tiếp	Tỷ lệ % người thực hiện	Lời nói, từ ngữ phù hợp (%)	Cử chỉ, nét mặt phù hợp (%)	Lắng nghe %	Hướng dẫn, giải thích/ Thông tin cụ thể, rõ ràng (%)
Hướng dẫn NB xếp phiếu chờ đến lượt được cung cấp dịch vụ	43,7	98	91,8		99,3
Mời NB vào phòng để được sử dụng dịch vụ	82,1	96,0	91,9		
Hướng dẫn NB phối hợp thực hiện	71,7	91,7	92,9		93,8
Hẹn giờ và địa điểm trả kết quả cho NB	39,8	95,8	94,3	95,2	96,0
Giải đáp thắc mắc của NB	27,7	91,3	86,2		

2.5.3. Giao tiếp của người bệnh

Tại khu vực Cận lâm sàng, có 734 lượt giao tiếp của NB đã được các nghiên cứu viên quan sát. Kết quả cho thấy: NB chưa tuân thủ đầy đủ một số nội dung giao tiếp thiết yếu (chào NVYT), một bộ phận đáng kể chưa có kỹ năng giao tiếp phù hợp nhất là khi biểu đạt những thắc mắc của cá nhân. Cụ thể: 55,7% tuân thủ nội quy và quy trình KCB với >96% có lời nói và cử chỉ phù hợp; Chỉ có 5,7% chào hỏi NVYT. 74,9% đã trả lời các câu hỏi của NVYT với 86,9% có lời nói phù hợp; 86,4% có cử chỉ phù hợp; 86,3% biết lắng nghe và 85,7% chia sẻ thông tin rõ ràng. 86,6% đã tuân thủ theo hướng dẫn của NVYT với >87% có các kỹ năng phù hợp. 21,9% NB đã nêu các thắc mắc của bản thân với NVYT >70% có các kỹ năng phù hợp.

2.6. Tại khu vực Điều trị

2.6.1. Giao tiếp của bác sỹ

Các nghiên cứu viên đã quan sát 44 bác sỹ tại khu vực Điều trị với 216 lượt giao tiếp. Kết quả cho thấy: bác sỹ chưa tuân thủ đầy đủ một số nội dung giao tiếp (chào hỏi, an ủi NB), một bộ phận nhỏ chưa có kỹ năng giao tiếp phù hợp. Tuy vậy, bác sỹ ở khu vực Điều trị đã thực hiện nội dung giao tiếp và kỹ năng giao tiếp tốt hơn so với điều dưỡng trong cùng khu vực và nhân viên y tế tại các khu vực khác. Cụ thể: 55% đã chào hỏi NB với 96,4% có lời nói phù hợp và 90,7% có cử chỉ phù hợp. 76,3% đã thăm hỏi NB về diễn tiến bệnh với >96% có lời nói và cử chỉ phù hợp; 94,4% biết lắng nghe. 74% đã thực hiện thăm khám lâm sàng cho NB với >96% có lời nói, cử chỉ phù hợp; 93,1% biết lắng nghe. 53,5% có trao đổi với NB về tình trạng bệnh tật và phương án điều trị với 99,1% có lời nói phù hợp; 95,8% biết lắng nghe và 98% trao đổi thông tin cụ thể, rõ ràng. 27,5% hướng dẫn NB sử dụng thuốc với các kỹ năng giao tiếp phù hợp chiếm >91% đến >98%. 33% hướng dẫn NB về chế độ dinh

dưỡng, luyện tập với >84% - >96% có kỹ năng giao tiếp phù hợp. 35,4% an ủi, động viên NB, 39,1% giải đáp thắc mắc của NB, 19,6% khuyến khích NB biểu đạt những băn khoăn, thắc mắc và chỉ có >2% bác sỹ có hẹn với NB lịch tái khám.

2.6.2. Giao tiếp của điều dưỡng

Tại khu vực Điều trị, các nghiên cứu viên đã quan sát 90 điều dưỡng với 428 lượt giao tiếp. Kết quả cho thấy: Một số nội dung giao tiếp thiết yếu chưa được các điều dưỡng thực hiện đầy đủ (chào hỏi NB, hỏi han tình hình bệnh tật, hướng dẫn đáp ứng việc kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn; hướng dẫn giải thích cho NB trước khi tiêm truyền. Mặc dù vậy, điều dưỡng tại khu vực Điều trị là nhóm thực hiện nhiều nhất các nội dung giao tiếp với kỹ năng giao tiếp phù hợp nhất. Cụ thể: 60,7% đã chào hỏi NB với 98,4% có lời nói phù hợp; 90,6% có cử chỉ phù hợp. 30,6% đã hướng dẫn NB thực hiện nội quy của BV và Khoa/phòng với >95% các kỹ năng giao tiếp phù hợp. 65,5% thăm hỏi tình hình bệnh tật của NB với 99,1% có lời nói phù hợp; 92% có cử chỉ phù hợp; 91,5% biết lắng nghe và 95,3% trao đổi thông tin rõ ràng. 15% hướng dẫn NB đáp ứng việc kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn với >80% có các kỹ năng giao tiếp phù hợp. 52,5% hướng dẫn NB sử dụng thuốc với 95,6% có lời nói phù hợp; 88,1% có cử chỉ phù hợp; 84,9% biết lắng nghe và 90,6% cung cấp thông tin rõ ràng. 52,4% hướng dẫn, giải thích với NB trước khi thực hiện tiêm, truyền với 87,2% có lời nói phù hợp; 75% có cử chỉ phù hợp; 78% biết lắng nghe và 84% trao đổi thông tin cụ thể, rõ ràng. 74,1% thực hiện tiêm, truyền với 90,5% có lời nói phù hợp; 85% có cử chỉ phù hợp; 83,9% biết lắng nghe. 38,8% đã hướng dẫn NB về chế độ dinh dưỡng, luyện tập với >90% có kỹ năng giao tiếp phù hợp. 17,9% đã giải đáp thắc mắc của NB với >90% có kỹ năng giao tiếp phù hợp. 21% an ủi, động viên NB và chỉ có 5,4% chủ động tìm hiểu thêm các nhu cầu cần hỗ trợ của NB.

2.6.3. Giao tiếp của người bệnh/người nhà người bệnh

Tại khu vực Điều trị, có 617 lượt giao tiếp của NB đã được các nghiên cứu viên quan sát. Kết quả cho thấy: Tỷ lệ NB có các kỹ năng giao tiếp phù hợp thấp hơn so với bác sỹ và điều dưỡng trong khu vực Điều trị. NB thiếu chủ động trong giao tiếp với NVYT, hay nói trống không, khi giao tiếp không nhìn vào mắt NVYT, cá biệt có trường hợp còn tỏ thái độ khó chịu, bất hợp tác với NVYT. Cụ thể: 34,7% tuân thủ thực hiện nội quy của BV với >98% có kỹ năng giao tiếp phù hợp; 79% thực hiện theo đúng hướng dẫn của NVYT với >79% có kỹ năng giao tiếp phù hợp; 87% đã trả lời các câu hỏi của NVYT với gần 80% có kỹ năng giao tiếp phù hợp; 33,7% đã nêu câu hỏi cần giải đáp với NVYT với >80% có kỹ năng giao tiếp phù hợp; 6,3% đã phản hồi hướng dẫn của NVYT về giữ gìn vệ sinh với >80% có kỹ năng phù hợp; 2,1% phản hồi hướng dẫn của NVYT về quy định giờ thăm bệnh.

3. Kết luận và khuyến nghị

3.1. Kết luận:

- ✓ Về kỹ năng giao tiếp của nhân viên bảo vệ, nhân viên giải quyết các thủ tục hành chính/tài chính, nhân viên bảo hiểm y tế, nhân viên y tế tại khu vực tiếp đón:

Kỹ năng giao tiếp của một bộ phận không nhỏ NVYT với người bệnh còn chưa phù hợp nhất là với nhân viên bảo vệ, nhân viên giải quyết các thủ tục hành chính/tài chính, nhân viên BHYT, NVYT tại khu vực tiếp đón. Họ chưa thực hiện đầy đủ những nội dung thiết yếu trong giao tiếp thuộc các vị trí làm việc với NB. Đa số nhân viên làm việc tại những khu vực này còn thụ động trong giao tiếp với NB. Nguyên nhân của tình trạng trên là do họ chưa nhận thức được đầy đủ tầm quan trọng của kỹ năng giao tiếp đối với công việc hàng ngày và do thiếu rèn luyện.

- ✓ Về kỹ năng giao tiếp của người bệnh tại khu vực an ninh/bảo vệ, khu vực tiếp đón và khu vực giải quyết các thủ tục hành chính/tài chính:

Đa số NB chưa biểu đạt sự giao tiếp với nhân viên bảo vệ; chưa biểu thị đúng mức sự tôn trọng, cầu thị với nhân viên tiếp đón; còn một bộ phận NB/người nhà NB tại khu vực giải quyết thủ tục nhập viện và xuất viện chưa tuân thủ đầy đủ một số nội dung giao tiếp (không chào hỏi NVYT, không kiểm tra thuốc mặc dù đã được NVYT nhắc nhở..). Tỷ lệ NB/người nhà NB có kỹ năng giao tiếp phù hợp thấp hơn so với nhân viên bảo vệ, nhân viên tiếp đón và nhân viên giải quyết các thủ tục hành chính/tài chính.

- ✓ Về kỹ năng giao tiếp của nhân viên y tế tại khu vực Khám bệnh, khu vực Cận lâm sàng, khu vực Điều trị:

Trong số những người được quan sát, các bác sỹ/ kỹ thuật viên chưa tuân thủ đầy đủ một số nội dung giao tiếp, còn một bộ phận nhỏ chưa có kỹ năng giao tiếp phù hợp; các điều dưỡng thường bỏ qua hoặc xem nhẹ một số nội dung giao tiếp thiết yếu (chào hỏi NB, giới thiệu với NB về bản thân mình, động viên NB, khuyến khích NB nêu câu hỏi cần giải đáp...). Tỷ lệ điều dưỡng có kỹ năng giao tiếp chưa phù hợp tại khu vực khám bệnh lớn hơn so với bác sỹ và điều dưỡng tại những khu vực khác. Điều dưỡng tại khu vực Điều trị là nhóm thực hiện nhiều nhất các nội dung giao tiếp với kỹ năng giao tiếp phù hợp nhất. Bác sỹ ở khu vực Điều trị đã thực hiện nội dung giao tiếp và kỹ năng giao tiếp tốt hơn so với điều dưỡng trong cùng khu vực và nhân viên y tế tại các khu vực khác.

- ✓ Về kỹ năng giao tiếp của người bệnh/ người nhà người bệnh tại khu vực Khám bệnh, khu vực Cận lâm sàng, khu vực Điều trị:

Nhìn chung, NB/người nhà NB còn thiếu chủ động trong giao tiếp với NVYT, một số nội dung

giao tiếp thiết yếu đã bị bỏ qua (chào hỏi NVYT, còn nói trống không...), chưa biểu thị đúng mức sự tôn trọng đối với NVYT; một bộ phận đáng kể chưa có kỹ năng giao tiếp phù hợp nhất là khi biểu đạt những thắc mắc của cá nhân, cá biệt có trường hợp còn tỏ thái độ khó chịu, bất hợp tác với NVYT. Tỷ lệ NB có các kỹ năng giao tiếp phù hợp thấp hơn so với bác sỹ và điều dưỡng.

3.2. Khuyến nghị

NB đến với BV mang theo không chỉ nỗi đau của bệnh tật, mà còn cả những lo âu, căng thẳng. Vì vậy, nếu thầy thuốc phục vụ NB tận tình, chu đáo và thân thiện sẽ làm giảm nỗi đau và bớt đi những căng thẳng, lo âu của họ. Thầy thuốc không chỉ là người chữa bệnh mà còn là nơi NB gửi gắm niềm tin, hy vọng. Nét đẹp của BV không chỉ ở cơ sở vật chất và trang thiết bị, mà chủ yếu là ở cách hành xử hàng ngày của mỗi cán bộ nhân viên đối với NB và người nhà của họ. Do đó đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của NVYT hướng tới sự hài lòng NB trước hết phải thay đổi thái độ, giao tiếp ứng xử của bác sỹ, NVYT. Người thầy thuốc phải xem bệnh nhân là trung tâm, là khách hàng đặc biệt và cơ sở y tế là đơn vị cung cấp dịch vụ. Vì thế, trong thời gian tới các BV cần phải thường xuyên giáo dục kỹ năng giao tiếp ứng xử văn minh cho CBYT tế, xây dựng văn hóa giao tiếp trong BV. Để làm được điều đó, cần thực hiện quyết liệt các giải pháp sau:

- Tăng cường sự cam kết chính trị mạnh mẽ của các cấp ủy Đảng, chính quyền, các tổ chức đoàn thể tiếp tục đẩy mạnh việc triển khai và giám sát thực hiện Quy tắc ứng xử trong các BV nhằm đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng cao của cộng đồng.
- Tiếp tục triển khai thực hiện Quy tắc ứng xử tại các BV cả về chiều rộng (với những NVYT mới được tuyển dụng, với những người mới được tham gia cung cấp các dịch vụ y tế trong

BV và các dịch vụ phi y tế trong BV như: an ninh/bảo vệ, hành chính/tài chính...) và chiều sâu (trang bị kỹ năng giao tiếp theo các tình huống cụ thể phù hợp với từng vị trí làm việc, trang bị kỹ năng làm việc nhóm, kỹ năng xử lý tình huống khó thường gặp tại một số điểm nóng: khu vực Khám bệnh, khu vực Cấp cứu, kỹ năng ứng xử với thân chủ khó tính ...).

- Duy trì thường xuyên hoạt động kiểm tra, giám sát và phản hồi kết quả giám sát với nhiều loại hình như: BV tự giám sát, giám sát của cơ quan quản lý cấp trên và giám sát độc lập việc thực hiện “Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế, cơ sở y tế xanh, sạch, đẹp, chất lượng bệnh viện hướng đến sự hài lòng của người bệnh”.
- Lòng ghép trong tiêu chí đánh giá cán bộ, viên chức, người lao động tại các cơ sở y tế công lập hàng năm gắn liền với bình xét danh hiệu thi đua và thu nhập tăng thêm.
- Thực hiện việc khen thưởng, xử phạt nghiêm minh đối với cán bộ, viên chức, người lao động trong việc thực hiện Quy tắc ứng xử tại BV.
- Đẩy mạnh hoạt động truyền thông về chủ đề này ở trong và ngoài BV thông qua việc đa dạng hóa các kênh thông tin phù hợp với thị hiếu, đặc thù của các nhóm đối tượng đích như: phương tiện thông tin đại chúng; băng tin, loa truyền thanh trong BV, cổng thông tin điện tử, Website của BV, tuyên truyền trực tiếp trong các hội nghị, giao ban BV và họp Hội đồng NB... Hoàn thiện tài liệu nhằm nâng cao hiệu quả truyền thông. Nội dung truyền thông và hình thức biểu đạt cần hướng tới việc khắc phục những bất cập trong giao tiếp của NVYT tại từng vị trí việc làm, bao gồm cả nhân viên tại các khu vực cung cấp dịch vụ phi y tế (nhân viên bảo vệ/an ninh, nhân viên hành chính, tài chính, nhân viên tiếp đón...).

- Tăng cường tuyên truyền, giải thích để NB, người dân thấy được quyền lợi, nghĩa vụ khi đi khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm thực hiện nội quy, quy định của BV; tôn trọng NVYT (kể cả các nhân viên làm việc tại các khu vực cung cấp dịch vụ phi y tế); phê phán những hành vi ứng xử không tốt với NVYT, có trách nhiệm tham gia xây dựng môi trường BV xanh, sạch, đẹp.
- Tăng cường đầu tư cơ sở hạ tầng, minh bạch thông tin, đổi mới quy trình KCB và ứng dụng công nghệ thông tin trong KCB để giảm quá tải BV, giảm thời gian chờ đợi của NB, người nhà NB, gia tăng sự hài lòng của họ khi đến KCB tại BV.
- Xây dựng và triển khai thực hiện phương án phòng ngừa và giảm thiểu hậu quả của bạo hành NVYT trong BV đảm bảo an toàn về tinh thần và tính mạng cho người hành nghề./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Anh (chủ biên), *Hoạt động Giao tiếp Nhân cách*, Nxb Đại học Sư phạm, 2007
2. Lê Thị Bùng, Nguyễn Thị Vân Hương *Tâm lý học ứng xử*, Nxb Giáo dục, 2007.
3. Nguyễn Văn Đồng, *Tâm lý học giao tiếp (Phần thực hành)*, Nxb Chính trị Hành chính, 2012.
4. Nguyễn Văn Nhận, *Tâm lý học Y học*, NXB Y học, 2006.
5. Nguyễn Ngọc Châu, *Văn hóa giao tiếp của CBYT các bệnh viện trung ương trên địa bàn thành phố Hà Nội (thực tiễn BV Phụ sản Trung ương)*, 2015.
6. Trần Trọng Thủy, Nguyễn Sinh Huy, *Nhập môn Khoa học Giao tiếp*.

KẾT QUẢ ĐO LƯỜNG SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐỐI VỚI DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH CỦA CÁC BỆNH VIỆN CÔNG LẬP NĂM 2017

TS. Trần Thị Hồng Cẩm⁸, ThS. Vũ Thúy Nga⁹

Tóm tắt

Đo lường sự hài lòng của người bệnh/người nhà người bệnh đối với dịch vụ khám chữa bệnh công lập được Viện Chiến lược và Chính sách Y tế thực hiện trong năm 2017 tại 33 bệnh viện (23 bệnh viện tuyến Trung ương, 10 bệnh viện tuyến tỉnh), trong đó có 9 BV (5 BV tuyến Trung ương, 4 BV tuyến tỉnh) được đo theo Bộ chỉ số được xây dựng trong năm 2017 (có bổ sung tiêu chí cơ sở vật chất xanh, sạch đẹp nhưng chưa có tỷ lệ hài lòng về mức chi trả phí khám, chữa bệnh) và 24 bệnh viện (18 bệnh viện Trung ương và 6 bệnh viện tuyến tỉnh) được đo lường theo Bộ chỉ số xây dựng năm 2017 có bổ sung tiêu chí hài lòng về chi phí khám chữa bệnh theo chỉ đạo của Bộ trưởng (sau đây gọi tắt là Bộ chỉ số cũ và Bộ chỉ số mới).

Kết quả đo lường cho thấy:

- Tỷ lệ trung bình của 33 bệnh viện (BV) đã được đo lường hài lòng trong năm 2017 với cả Bộ chỉ số cũ và Bộ chỉ số mới được hoàn thiện theo chỉ đạo của Bộ trưởng Bộ Y tế đều đã đạt ở mức > 80%, sớm đạt chỉ tiêu Chính phủ giao cho Ngành vào năm 2020.
- Càng lên tuyến trên tỷ lệ hài lòng của người sử dụng dịch vụ đối với cơ sở y tế công lập càng cao. Có 82,5% người sử dụng dịch vụ tại các BV tuyến Trung ương nhận thấy hài lòng. Tỷ lệ này cao hơn so với BV tuyến tỉnh (80,4%).
- Có sự gia tăng đáng kể về tỷ lệ hài lòng của người sử dụng dịch vụ đối với Nhóm chỉ số về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế đặc biệt là tại các BV tuyến Trung ương (năm 2015: 85,9%; năm 2017: 92,1%). Số liệu này cho thấy những chuyển biến tích cực đáng ghi nhận của các BV trong triển khai thực hiện Quyết định số 2151/2015/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.
- Nhóm chỉ số đo lường sự hài lòng của người bệnh về khả năng chi trả vừa được bổ sung đã làm cho tỷ lệ hài lòng của người bệnh đối với cơ sở khám chữa bệnh công lập bị giảm đi rõ rệt trong khi nhóm chỉ số này chịu sự ảnh hưởng bởi yếu tố khách quan – cơ chế chính sách nhiều hơn là bởi các yếu tố chủ quan của các BV.

Từ khóa: đo lường, sự hài lòng, dịch vụ, khám chữa bệnh công lập

⁸ Phó trưởng Khoa Xã hội học y tế

⁹ Tạp chí Chính sách Y tế

Đặt vấn đề

“Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh” là một trong những nhiệm vụ trọng tâm được Bộ Y tế triển khai từ tháng 6/2015 (Quyết định 2151/QĐ-BYT ngày 04/6/2015) với mục đích thay đổi nhận thức, thái độ, phong cách phục vụ người bệnh của nhân viên y tế (NVYT), rèn luyện kỹ năng giao tiếp, ứng xử, nâng cao tinh thần, thái độ phục vụ, củng cố niềm tin và sự hài lòng của người bệnh; tạo điều kiện thuận lợi giúp người dân tiếp cận các dịch vụ y tế, xây dựng hình ảnh đẹp của người cán bộ y tế Việt Nam. Đánh giá sự hài lòng của người bệnh trở thành hoạt động thường niên được ngành Y tế triển khai trên quy mô toàn quốc, để đo lường sự hài lòng của người bệnh theo nội dung quy định về cải cách hành chính của Chính phủ. Năm 2017, Bộ Y tế vẫn tiếp tục chỉ đạo, hướng dẫn các địa phương, đơn vị triển khai đầy đủ các nội dung của Quyết định số 2151/QĐ-BYT, Quyết định số 3638/QĐ-BYT ngày 15/7/2016. Cùng với việc chỉ đạo, triển khai thực hiện các nội dung theo kế hoạch, công tác kiểm tra, giám sát cũng có sự cải cách, thay đổi:

- Ngày 07/11/2016 Bộ Y tế ban hành Bộ Tiêu chí chấm điểm về nội dung “Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh” kèm theo Quyết định số 6635/QĐ-BYT theo bố cục: Phần chấm điểm về thủ tục hành chính chiếm 25 điểm, Phần chấm điểm qua phương pháp đánh giá xã hội học, trung cầu ý kiến người bệnh, gia đình người bệnh chiếm 70 điểm, điểm cộng, trừ là (\pm) 5 điểm.
- Qua thực tế chấm điểm, nhận thấy nội dung, kết cấu điểm của Bộ Tiêu chí chấm điểm kết quả triển khai thực hiện việc “Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế, xây dựng cơ sở y tế xanh, sạch, đẹp, chất lượng BV hướng tới sự hài lòng của người bệnh” (sau đây gọi tắt là Tiêu chí chấm điểm) có nhiều điểm không còn phù hợp, từ tháng 8/2017, Bộ trưởng Bộ Y tế trực tiếp chỉ đạo và giao Vụ Tổ chức cán bộ làm đầu mối phối hợp các cơ quan, đơn vị liên quan chỉnh sửa Bộ Tiêu chí, đưa thêm tiêu chí đánh giá sự hài lòng của người bệnh qua ý kiến về chi phí khám, chữa bệnh.

Nội dung chấm điểm được ban hành cuối năm 2017 nhằm thống nhất tiêu chí, phương pháp đo lường, đánh giá tại tất cả các địa phương, BV. Trong đó tập trung phần đánh giá sự hài lòng của người bệnh, theo 5 nhóm tiêu chí theo quy định tại Quyết định số 4448/QĐ-BYT ngày 06/11/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế phê duyệt Đề án “Xác định phương pháp đo lường sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế công”, đồng thời bổ sung thêm một số tiêu chí mang tính đặc thù của dịch vụ y tế là đánh giá sự hài lòng và ý kiến của người bệnh với việc chi phí đồng chi trả các kỹ thuật, thuốc men trong dịch vụ y tế của người bệnh có tham gia bảo hiểm y tế. Từng tiêu chí sự hài lòng người bệnh được đo lường, đánh giá qua các Phiếu trưng cầu ý kiến người bệnh, trong đó lồng ghép các tiêu chí liên quan đến các nội dung chủ yếu của Quyết định số 2151/QĐ-BYT về “Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh”, Quyết định số 3638/QĐ-BYT về xây dựng cơ sở y tế xanh, sạch, đẹp và một số tiêu chí trong Quyết định số 6858/QĐ-BYT về ban hành Bộ Tiêu chí chất lượng bệnh viện gồm 83 tiêu chí.

Ngày 11/12/2017, Bộ trưởng Bộ Y tế ký ban hành Kế hoạch số 1333/KH-BYT đo lường, đánh giá sự hài lòng của người bệnh về phong cách, thái độ hài lòng của người bệnh, cơ sở y tế xanh, sạch, đẹp và chất lượng BV và Tiêu chí chấm điểm. Kế hoạch đã được triển khai, hướng dẫn, thống nhất cách chấm điểm theo Tiêu chí mới tại Hội nghị trực tuyến tại đầu cầu Trung ương (Bộ Y tế) và 63 điểm cầu trong cả nước vào ngày 15/12/2017.

Thực hiện ý kiến chỉ đạo của Lãnh đạo Bộ Y tế, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã tiến hành khảo sát độc lập để đo lường sự hài lòng của người bệnh tại 33 BV (23 BV tuyến Trung ương, 10 BV tuyến tỉnh), trong đó có 9 BV (5 BV tuyến Trung ương, 4 BV tuyến tỉnh) được đo theo Bộ chỉ số cũ và 24 BV (18 BV Trung ương và 6 BV tuyến tỉnh) được đo lường theo Bộ chỉ số mới xây dựng cuối năm 2017. Bài báo này trình bày về kết quả đánh giá độc lập về sự hài lòng của người bệnh của Viện Chiến lược và Chính sách y tế tại 33 BV nói trên.

I. Đối tượng và phương pháp đo lường

1. Đối tượng được phỏng vấn

Người bệnh được khảo sát bao gồm cả ngoại trú và nội trú với tỷ lệ tương thích theo thực trạng cung cấp dịch vụ của từng BV. Đối tượng được lựa chọn để phỏng vấn là những bệnh nhân đáp ứng các tiêu chí:

- Tuổi \geq 18 tuổi.
- Đang làm thủ tục thanh toán (bệnh nhân ngoại trú)/ thủ tục ra viện (bệnh nhân nội trú) hoặc đã điều trị nội trú ít nhất từ 03 ngày tại thời điểm khảo sát.
- Ưu tiên chọn những bệnh nhân vừa hoàn thành thủ tục xuất viện.

2. Phương pháp đo lường

Sự hài lòng của người bệnh/người nhà người bệnh đối với dịch vụ y tế công được đo lường theo 5 nhóm tiêu chí (Khả năng tiếp cận, Minh bạch thông tin và thủ tục hành chính, Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh, Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT, Kết quả cung cấp dịch vụ) theo quy định tại Quyết định số 4448/QĐ-BYT ngày 06/11/2013; đồng thời bổ sung thêm một số tiêu chí mang tính đặc thù của dịch vụ y tế là: Số tiền đồng chi trả phù hợp với khả năng chi trả của người bệnh /gia đình người bệnh; Số tiền tự chi trả cho dịch vụ y tế, tiền thuốc men ngoài danh mục bảo hiểm y tế phù hợp với khả năng chi trả của người bệnh/gia đình người bệnh; Chi trả phí dịch vụ y tế,

tiền thuốc theo hình thức thanh toán trực tiếp phù hợp với khả năng chi trả của người bệnh/gia đình người bệnh.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu phỏng vấn bệnh nhân /người nhà Bệnh nhân tại mỗi BV được tính theo công thức dành cho đánh giá cắt ngang áp dụng theo Quyết định 4448/2013/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế phê duyệt đề án Phương pháp đo lường của tổ chức, cá nhân đối với cơ sở cung cấp dịch vụ y tế công lập.

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2}$$

- n : cỡ mẫu điều tra bằng phiếu hỏi bán cấu trúc
- z: hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95% thì giá trị của z = 1,96
- $\alpha = 0,05$
- p = 0,5 (để có cỡ mẫu tối thiểu lớn nhất)
- d : sai số chấp nhận, chọn d= 0,05

Áp dụng công thức trên, ta có số người sử dụng dịch vụ/người nhà cần phỏng vấn của mỗi cơ sở là 384 người.

II. Kết quả đánh giá

1. Tỷ lệ hài lòng đối với dịch vụ y tế công

Năm 2017, Viện Chiến lược và Chính sách y tế đã tiến hành đo lường sự hài lòng của người bệnh tại 33 BV (23 BV tuyến Trung ương, 10 BV

tuyển tỉnh), trong đó có 9 BV (5 BV tuyển Trung ương, 4 BV tuyển tỉnh) được đo lường theo Bộ chỉ số cũ và 24 BV (18 BV Trung ương và 6 BV tuyển tỉnh) theo đo lường theo Bộ chỉ số mới.

Kết quả đo lường cho thấy: Có 85,7% số người bệnh được hỏi đã bày tỏ thái độ hài lòng đối với các dịch vụ y tế tại BV công lập theo Bộ chỉ số cũ. Sau khi bổ sung thêm nhóm 6 đo lường mức độ hài lòng về khả năng chi trả, tỷ lệ hài lòng đã giảm xuống, chỉ còn 81,8%.

Nhóm chỉ số về khả năng tiếp cận được người sử dụng dịch vụ hài lòng với tỷ lệ cao

nhất (90,5%); tiếp đến là Nhóm chỉ số về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế (90,2%); Nhóm chỉ số về minh bạch thông tin và thủ tục hành chính (83,9%), Nhóm chỉ số về kết quả cung cấp dịch vụ (82,4%); và Nhóm chỉ số về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh (79%). Tỷ lệ hài lòng của người sử dụng dịch vụ đạt mức thấp nhất đối với Nhóm chỉ số về chi phí khám chữa bệnh (64,6%). Như vậy, tỷ lệ hài lòng đối với dịch vụ y tế công lập năm 2017 là 81,8% (bảng 1).

Bảng 1: Tỷ lệ hài lòng đối với dịch vụ y tế công lập năm 2017 (%)

Nhóm chỉ số	Bộ chỉ số mới
Khả năng tiếp cận	90,5
Minh bạch thông tin và thủ tục hành chính	83,9
Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh	79,0
Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT	90,2
Kết quả cung cấp dịch vụ	82,4
Chi phí khám chữa bệnh	64,6
Chung	81,8

2. Tỷ lệ hài lòng theo tuyến cung cấp dịch vụ

Kết quả đo lường cho thấy càng lên tuyến trên tỷ lệ hài lòng của người sử dụng dịch vụ đối với

cơ sở y tế công lập càng cao. Có 82,5% người sử dụng dịch vụ tại các BV tuyển Trung ương nhận thấy hài lòng. Tỷ lệ này cao hơn so với BV tuyển tỉnh (80,4%).

Bảng 2: Tỷ lệ hài lòng đối với dịch vụ y tế công theo tuyến

Nhóm chỉ số	BV tuyến TU'		BV tuyến tỉnh	
	Bộ chỉ số cũ	Bộ chỉ số mới	Bộ chỉ số cũ	Bộ chỉ số mới
Khả năng tiếp cận	92,8	90,7	92,3	90,2
Minh bạch thông tin và thủ tục hành chính	90,1	85,2	86,9	81,0
Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh	78,9	80,3	79,9	75,3
Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT	86,7	92,1	88,1	85,8
Kết quả cung cấp dịch vụ	78,8	84,4	82,2	77,6
Chi phí khám chữa bệnh	-	62,1	-	72,3
Chung	85,5	82,5	85,9	80,4

Tại tuyến Trung ương, tỷ lệ hài lòng của người sử dụng dịch vụ cao nhất là đối với Nhóm chỉ số về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế (92,1%), tiếp đến là Nhóm chỉ số về khả năng tiếp cận (90,7%), Nhóm chỉ số về minh bạch thông tin và thủ tục hành chính (85,2%), Nhóm chỉ số về kết quả cung cấp dịch vụ (84,4%). Tỷ lệ này trong Nhóm chỉ số về cơ sở vật chất và chi phí khám chữa bệnh thấp hơn đáng kể: 80,3% và 62,1%.

Tại tuyến tỉnh, tỷ lệ hài lòng của người sử dụng dịch vụ cao nhất là đối với Nhóm chỉ số về khả năng tiếp cận (90,2%), tiếp đến là Nhóm chỉ số về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế (85,8%), Nhóm chỉ số về minh bạch thông tin và thủ tục hành chính (81%) và Nhóm chỉ số về kết quả cung cấp dịch vụ (77,6%). Tỷ lệ này trong Nhóm chỉ số về cơ sở vật chất và chi phí khám chữa bệnh thấp hơn đáng kể: 75,3% và 72,3%.

3. Nhận xét

- Kết quả đánh giá độc lập sự hài lòng của người bệnh tại 33 bệnh viện công lập đại diện cho ba miền Bắc - Trung – Nam cho thấy 85,7% số người bệnh được hỏi đã bày tỏ thái độ hài lòng đối với các dịch vụ y tế tại BV công lập theo Bộ chỉ số cũ và 81,8% theo Bộ chỉ số mới (có bổ sung thêm nhóm 6 đo lường mức độ hài lòng về khả năng chi trả). Như vậy, tỷ lệ trung bình của 33 bệnh viện (BV) đã được đo lường hài lòng trong năm 2017 với cả Bộ chỉ số cũ và Bộ chỉ số mới được hoàn thiện theo chỉ đạo của Bộ trưởng Bộ Y tế đều đã đạt ở mức > 80%, sớm đạt chỉ tiêu Chính phủ giao cho Ngành vào năm 2020.
- Cùng với việc cải thiện chất lượng khám, chữa bệnh, thời gian qua ngành Y tế cũng đã triển khai nhiều giải pháp nâng cao tinh thần, thái độ phục vụ của NVYT. Kết quả khảo sát sự hài lòng của người bệnh về chất lượng dịch

vụ y tế, tinh thần, thái độ phục vụ của NVYT tại 33 BV cho thấy có sự gia tăng đáng kể về tỷ lệ hài lòng của người sử dụng dịch vụ đối với Nhóm chỉ số về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế đặc biệt là tại các BV tuyến Trung ương (năm 2015: 85,9%; năm 2017: 92,1%). Số liệu này cho thấy những chuyển biến tích cực đáng ghi nhận của các BV trong triển khai thực hiện Quyết định số 2151/2015/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

- Nhóm chỉ số đo lường sự hài lòng của người bệnh về khả năng chi trả vừa được bổ sung

đã làm cho tỷ lệ hài lòng của người bệnh đối với cơ sở khám chữa bệnh công lập bị giảm đi rõ rệt trong khi nhóm chỉ số này chịu sự ảnh hưởng bởi yếu tố khách quan – cơ chế chính sách nhiều hơn là bởi các yếu tố chủ quan của các BV.

- Nên chăng cân tổng hợp riêng thành 2 mục về kết quả đo lường sự hài lòng, bao gồm: Kết quả tổng hợp 5 nhóm chỉ số từ nhóm 1 đến nhóm 5 theo hướng dẫn của Bộ Nội vụ và tổng hợp kết quả riêng của nhóm 6 (hài lòng về chi phí khám chữa bệnh)/.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 4448/QĐ-BYT ngày 06/11/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế phê duyệt Đề án “Xác định phương pháp đo lường sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế công”.
2. Quyết định số 2151/QĐ-BYT ngày 04/6/2015 về “Đổi mới phòng cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh.
3. Quyết định số 3638/QĐ-BYT ngày 15/7/2016 về xây dựng cơ sở y tế xanh, sạch, đẹp.
4. Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18/11/2016 về ban hành Bộ Tiêu chí chất lượng bệnh viện gồm 83 tiêu chí.

KẾT QUẢ 5 NĂM TRIỂN KHAI THỰC HIỆN CHIẾN LƯỢC DÂN SỐ - SỨC KHỎE SINH SẢN GIAI ĐOẠN 2015-2020

ThS. Vũ Thị Minh Hạnh¹⁰, ThS. Nguyễn Văn Hùng¹¹

Tóm tắt

Nghiên cứu nhằm đánh giá quá trình triển khai thực hiện và kết quả đạt được của các mục tiêu, chỉ tiêu của Chiến lược Dân số (DS), Sức khỏe sinh sản (SKSS) Việt Nam giai đoạn 2011-2020 sau 5 năm triển khai; Phân tích những khó khăn, bất cập sau 5 năm triển khai thực hiện Chiến lược, xác định các yếu tố ảnh hưởng và những thách thức trong thời gian tới; Đề xuất về một số giải pháp nhằm nâng cao hiệu quả triển khai thực hiện Chiến lược DS, SKSS Việt Nam giai đoạn 2016-2020.

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

Kết quả nghiên cứu cho thấy: Sau 5 năm triển khai thực hiện Chiến lược, **có 7 chỉ báo chắc chắn đạt được vào năm 2015**, gồm các chỉ tiêu: Giảm tỷ suất chết trẻ em dưới 5 tuổi xuống 19,3‰ vào năm 2015; Tỷ lệ bà mẹ mang thai được sàng lọc trước sinh đạt 15% vào năm 2015; Tỷ lệ trẻ sơ sinh được sàng lọc trước sinh đạt 15% vào năm 2015; Giảm tỷ lệ tử vong bà mẹ liên quan đến thai sản xuống 58,3/100.000 trẻ đẻ sống vào năm 2015; Tỷ số giới tính khi sinh dưới mức 113 trẻ sơ sinh trai/100 trẻ sơ sinh gái vào năm 2015; Quy mô dân số không vượt quá 93 triệu người vào năm 2015; Giảm tỷ lệ phá thai xuống 27/100 trẻ đẻ sống vào năm 2015.

Có 2 chỉ báo sẽ đạt được, gồm: Phần đầu tốc độ tăng dân số ở mức khoảng 1% vào năm 2015; Tổng tỷ suất sinh (số con trung bình của một cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ) giảm xuống 1,9 con vào năm 2015.

Có 10 chỉ báo sẽ khó đạt được, gồm: Giảm 15% số trường hợp nhiễm khuẩn đường sinh sản vào năm 2015; Giảm 10% số trường hợp nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục vào năm 2015; Tỷ lệ phụ nữ ở độ tuổi 30 - 54 tuổi được sàng lọc ung thư cổ tử cung đạt 20% vào năm 2015; Tỷ lệ phụ nữ trên 40 tuổi được sàng lọc ung thư vú đạt 20% vào năm 2015; Tăng tỷ lệ điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản thân thiện với người chưa thành niên và thanh niên lên 50% tổng số điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản vào năm 2015; Giảm 20% số người chưa thành niên có thai ngoài ý muốn vào năm 2015; Tăng tỷ lệ tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của các nhóm dân số đặc thù lên 20% vào năm 2015; Tăng tỷ lệ cơ sở y tế tuyến huyện trở lên có điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi lên 20% vào năm 2015; Tăng tỷ lệ người cao tuổi được tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe dựa vào cộng đồng lên 20% vào năm 2015.

¹⁰ Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

¹¹ Phó trưởng khoa Dân số và Phát triển- Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

Có 1 mục tiêu sẽ khó đạt được: Thúc đẩy phân bố dân số phù hợp với định hướng phát triển kinh tế - xã hội quốc gia; tăng cường lồng ghép các yếu tố về dân số vào hoạch định chính sách, xây dựng quy hoạch, kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội ở các cấp, các ngành.

Từ khóa: *kết quả thực hiện, mục tiêu, chỉ tiêu, 5 năm Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản Việt Nam*

Đặt vấn đề

Ngày 14/11/2011 Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 2013/QĐ-TTg phê duyệt “Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011 - 2020” với 01 mục tiêu tổng quát, 11 mục tiêu cụ thể và 07 nhóm giải pháp. Chiến lược đã thể hiện các quan điểm chỉ đạo, những mục tiêu và các giải pháp ưu tiên của chương trình dân số (DS), sức khỏe sinh sản (SKSS), kế hoạch hóa gia đình (KHHGD) của Việt Nam trong cả thập kỷ, đánh dấu bước ngoặt về định hướng đối với chính sách về DS; từ chỗ chỉ tập trung vào các dịch vụ KHHGD chuyển sang quan tâm tới những nhu cầu về SKSS, sức khỏe tình dục (SKTD) và quyền sinh sản.

Sau 5 năm triển khai thực hiện Chiến lược, các chỉ tiêu về DS, SKSS, KHHGD của Việt Nam đã không ngừng được cải thiện: mức sinh thay thế đã được duy trì ổn định trong nhiều năm; tỷ lệ các cặp vợ chồng sử dụng biện pháp tránh thai (BPTT) luôn đạt được ở mức cao; tỷ số tử vong mẹ, tử vong trẻ em < 1 tuổi ngày càng giảm và đạt được Mục tiêu Thiên niên kỷ. Chất lượng chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em cũng đã được cải thiện rõ rệt; tỷ lệ sàng lọc và chuẩn đoán trước sinh, sơ sinh và tỷ lệ vị thành niên được tư vấn khám sức khỏe tiền hôn nhân ngày càng tăng...

Bên cạnh các kết quả đạt được, chương trình DS, SKSS, KHHGD vẫn còn một số hạn chế, bất cập và đang phải đối mặt với nhiều khó khăn, thách thức, đó là mức sinh hiện đang có sự khác biệt lớn giữa các vùng, miền, các địa phương. Tuổi thọ trung bình cao nhưng số năm trung bình sống khỏe mạnh thấp; quá trình già hóa dân số đã và đang diễn ra với tốc độ nhanh chóng trong khi đầu tư cho CSSK người cao tuổi còn chưa thỏa đáng; chênh lệch về tỷ số giới tính khi sinh (TSGTKS) vẫn đang ở mức cao, tình trạng di cư diễn ra ngày càng phổ biến và phức tạp; chất lượng dịch vụ KHHGD còn hạn chế; chăm sóc SKSS cho vị thành niên, thanh niên (VTN/TN), đồng bào dân tộc ít người còn gặp nhiều khó khăn, thách thức... Mô hình tổ chức, nhân lực tuyến cơ sở còn nhiều bất cập nhất là với chuyên ngành sản khoa và nhi khoa. Từ năm 2016 do không còn là chương trình mục tiêu quốc gia (CTMTQG) nên nguồn lực triển khai hoạt động DS, SKSS, KHHGD sẽ bị suy giảm nghiêm trọng, sẽ là những thách thức đe dọa khả năng thực hiện thành công Chiến lược DS - SKSS Việt Nam giai đoạn 2011-2020.

Xuất phát từ bối cảnh trên, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã tiến hành nghiên cứu đánh giá 5 năm triển khai thực hiện Chiến lược DS-SKSS Việt Nam giai đoạn 2011-2020 (đánh giá giữa kỳ) nhằm nhận diện những kết quả đạt được cùng những bất cập và thách thức trên cơ sở đó đề xuất các giải pháp để nâng cao hiệu quả thực thi Chiến lược trong giai đoạn 2016-2020. Bài báo này trình bày về kết quả thực hiện các mục tiêu, chỉ tiêu sau 5 năm thực hiện Chiến lược DS - SKSS Việt Nam giai đoạn 2011-2020.

I. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, kết hợp phương pháp nghiên cứu định lượng (thu thập số liệu bằng biểu mẫu thống kê) và phương pháp nghiên cứu định tính (phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm). Bên cạnh việc thu thập thông tin từ tài liệu thứ cấp, nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn sâu các chính trị gia, các nhà quản lý; nhóm thực hiện chính sách, nhóm hưởng lợi; thảo luận nhóm với Ban chỉ đạo công tác DS-KHHGĐ tuyến tỉnh, tuyến huyện, tuyến xã và nhân viên y tế thôn bản/cộng tác viên dân số, đại diện hộ gia đình. Nghiên cứu cũng đã thực hiện thu thập các chỉ tiêu sau 5 năm thực hiện mục tiêu Chiến lược DS-SKSS Việt Nam giai đoạn 2011-2020 tại 6 tỉnh/thành phố thuộc địa bàn khảo sát: Lào Cai, Nam Định, Thừa Thiên Huế, Kon Tum, Bến Tre, TP.Hồ Chí Minh.

II. Kết quả nghiên cứu

1. Kết quả thực hiện mục tiêu 1: “Phân đầu tốc độ tăng dân số ở mức khoảng 1% vào năm 2015 và ổn định ở mức khoảng 1% vào năm 2020; chỉ số phát triển con người (HDI) ở mức trung bình cao của thế giới vào năm 2020”

Trên phạm vi cả nước, tỷ lệ tăng DS ở Việt Nam đã giảm liên tục trong nhiều năm liền, số liệu thu thập từ các cuộc điều tra, cuộc tổng điều tra cho thấy tỷ lệ tăng DS ở Việt Nam từ những năm 2011-2015 duy trì ổn định từ 1,05 - 1,08% (năm 2011 là 1,05; năm 2012 là 1,08, năm 2013 là 1,07, năm 2014 và 2015 là 1,08). Tuy nhiên kết quả này không đạt mục tiêu “tỷ lệ tăng DS 1,0% vào năm 2015” mà Chiến lược đã đề ra.

➤ **Chỉ số phát triển con người (HDI)**

Số liệu thống kê cho thấy, chỉ số HDI của Việt Nam có xu hướng tăng trong 5 năm qua nhưng vẫn thuộc nhóm trung bình trên thế giới, năm 2011 chỉ số HDI của Việt Nam xếp thứ 128/187 nước và chỉ số HDI đạt 0.593, nhưng đến năm 2015 Việt Nam đã xếp thứ 115/188 nước và chỉ số HDI đạt 0.683 (bảng 1). Như vậy, có thể khẳng định rằng mục tiêu đưa HDI ở mức trung bình cao của thế giới vào năm 2020 của Việt Nam có thể đạt được.

Bảng 1: Chỉ số phát triển con người (HDI) của Việt Nam, năm 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015
HDI	0.593	0.617	0.635	0.638	0.683
Xếp thứ	128	127	121	121	115
Số nước so sánh	187	187	187	187	188

Nguồn: UNDP, Dự báo phát triển con người

2. Kết quả thực hiện mục tiêu 2: “Nâng cao sức khỏe, giảm bệnh, tật và tử vong ở trẻ em, thu hẹp đáng kể sự khác biệt về các chỉ báo sức khỏe trẻ em giữa các vùng, miền”

➤ Kết quả thực hiện chỉ tiêu 1: Giảm tỷ suất chết trẻ em < 5 tuổi xuống 19,3‰ vào năm 2015

Trên phạm vi cả nước, tỷ suất tử vong trẻ dưới 5 tuổi đã giảm đáng kể từ năm 2011-2015. Tỷ suất này năm 2011 là 23,3‰ và đến năm 2014 giảm xuống còn 22,4‰ (giảm 0,9‰) và năm 2015 là 22,12‰ (giảm 0,28‰). Như vậy, trên bình diện cả nước tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi ở Việt Nam có giảm nhưng không đạt được chỉ tiêu do Chiến lược đề ra là giảm xuống 19,3‰ vào năm 2015.

Bên cạnh đó, tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi tại một số vùng như Trung du và miền núi phía Bắc, hay khu vực Tây Nguyên vẫn còn rất cao¹², đây cũng là thách thức lớn trong công tác CSSK trong thời gian tới.

➤ Kết quả thực hiện chỉ tiêu 2: Tỷ lệ bà mẹ mang thai được sàng lọc trước sinh đạt 15% vào năm 2015.

Thời gian qua, sau khi Bộ Y tế triển khai đề án sàng lọc chẩn đoán trước sinh và sơ sinh tại 63 tỉnh, thành phố, tỷ lệ bà mẹ mang thai được sàng lọc ngày một nhiều, năm 2011 chỉ có 1,5% số bà mẹ mang thai được sàng lọc trước sinh thì đến năm 2013 số bà mẹ được sàng lọc đã tăng lên 7,0% và năm 2015 là 17,8%. Như vậy, Việt Nam đã thực hiện đạt chỉ tiêu mà Chiến lược đề ra.

➤ Kết quả thực hiện chỉ tiêu 3: Tỷ lệ trẻ em mới sinh được sàng lọc đạt 30% vào năm 2015

Trên phạm vi cả nước, tỷ lệ trẻ em được sàng lọc tuy không cao nhưng liên tục tăng trong 5 năm

qua. Năm 2011 chỉ có 6,0% số trẻ em mới sinh được sàng lọc, năm 2013 là 16,0%, năm 2014 là 24,0% và đến năm 2015 con số này đã tăng lên 30,6% (tăng gấp 5 lần). Với tỷ lệ trẻ em mới sinh được sàng lọc như hiện nay, Việt Nam đã đạt được chỉ tiêu kế hoạch như Chiến lược đề ra.

3. Kết quả thực hiện mục tiêu 3: “Nâng cao sức khỏe bà mẹ, thu hẹp đáng kể về các chỉ báo sức khỏe bà mẹ giữa các vùng”

Chỉ tiêu của mục tiêu 3 nêu rõ: Giảm tỷ số tử vong bà mẹ liên quan đến thai sản xuống 58,3/100.000 trẻ đẻ sống vào năm 2015.

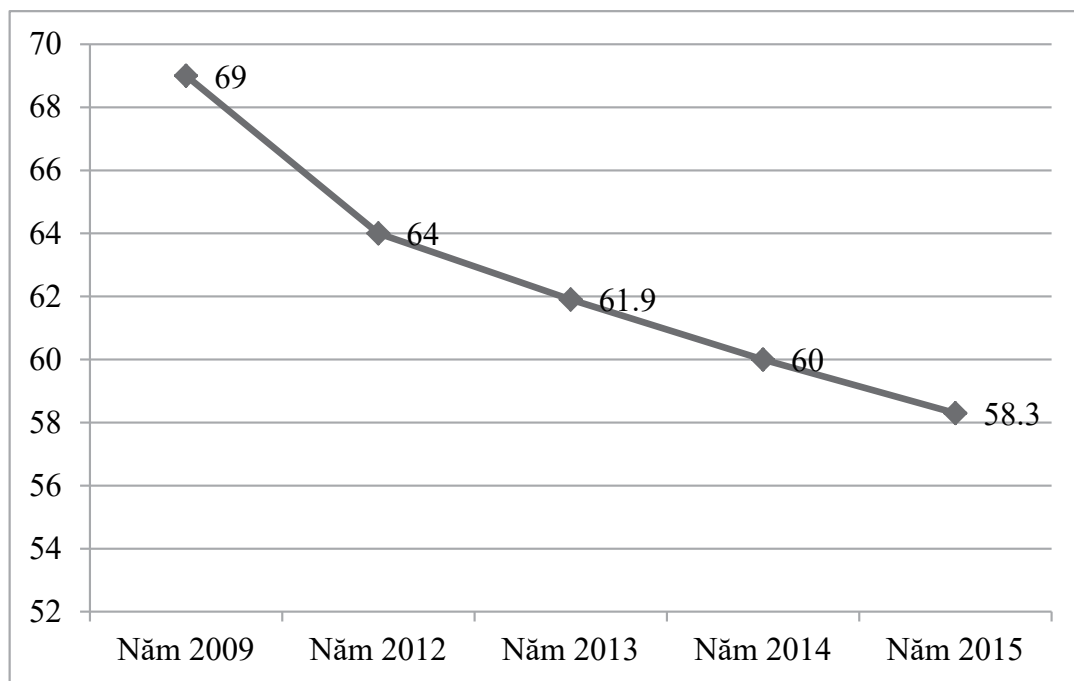
Việt Nam đang hướng tới mục tiêu giảm tỷ số tử vong bà mẹ liên quan đến thai sản xuống còn 58,3/100.000 ca đẻ sống vào năm 2015. So với con số 23,3 của năm 1990, Việt Nam đã đạt được thành tựu đáng chú ý trong việc đưa tỷ lệ này tiến rất gần tới Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ 5 - Tăng cường sức khỏe bà mẹ, với mức giảm mạnh nhất vào thập kỷ 90 và đầu năm 2000. Trong giai đoạn này, tốc độ giảm bình quân hàng năm là 9,8 trường hợp trên 100.000 ca đẻ sống, nhưng sau năm 2006, mức giảm đã giảm xuống còn khoảng 2,14 [11]. Năm 2012, tỷ số tử vong bà mẹ liên quan đến thai sản của cả nước là 64, đến năm 2014, tỷ số này đã giảm xuống còn 60. Với những nỗ lực trong việc cải thiện dịch vụ CSSK thai sản, đến năm 2015, tỷ số tử vong bà

¹² Đến năm 2015 tỷ suất này tại Tây Nguyên vẫn là 37,7‰ và Trung du miền núi phía Bắc là 33,4‰. Điều đáng chú ý, trong 5 năm qua chỉ số này tại 2 vùng này không giảm, thậm chí tại Tây Nguyên còn tăng (từ 37,0‰ năm 2011 tăng lên 37,7‰ năm 2015). Đông Nam Bộ là vùng có tỷ suất tử vong trẻ dưới 5 tuổi thấp nhất cả nước, năm 2015 tỷ suất này là 12,9‰ (theo TCTK, Điều tra biến động DS-KHHGD ¼ năm 2011-2013; TCTK, Điều tra dân số và nhà ở giữa kỳ thời điểm ¼ năm 2014; TCTK, Tình hình kinh tế-xã hội 2015)

mẹ liên quan đến thai sản của cả nước đã giảm xuống còn 58,3 (biểu đồ 1). Như vậy, với kết quả

này Việt Nam đã đạt chỉ tiêu của Chiến lược đề ra trên phạm vi toàn quốc.

Biểu đồ 1: Tỷ số tử vong mẹ/100.000 trẻ đẻ sống ở Việt Nam, năm 2009-2015



Nguồn: Báo cáo kết quả thực hiện Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ

4. Kết quả thực hiện mục tiêu 4: “Giảm mạnh tốc độ tăng tỷ số giới tính khi sinh”

Chỉ tiêu của mục tiêu 4 nêu rõ: Tỷ số giới tính khi sinh dưới mức 113 trẻ sơ sinh trai/100 trẻ sơ sinh gái vào năm 2015.

Kết quả tổng hợp từ số liệu thống kê cho thấy, trên phạm vi cả nước tỷ số giới tính khi sinh vẫn tiếp tục tăng từ năm 2011-2014 và có xu hướng giảm nhẹ trong năm 2015.

Mục tiêu của Chiến lược là đến năm 2015, SRB của Việt Nam được khống chế dưới mức 113 bé trai/100 bé gái. Tuy nhiên, giai đoạn

2011-2014 tỷ số giới tính khi sinh vẫn tăng từ 111.9/100 trẻ em gái năm 2011 lên 114/100 trẻ em gái năm 2014, đến năm 2015, tỷ số này giảm xuống còn 112.8 trẻ trai/100 trẻ em gái, lần đầu tiên trong nhiều năm qua SRB ở Việt Nam chững lại và thấp hơn so với năm trước. Với kết quả trên, Việt Nam đã đạt được mục tiêu của Chiến lược đề ra. Nhưng theo nhận định của nhiều chuyên gia, vẫn chưa khẳng định xu hướng giảm tỷ lệ chênh lệch này là vững chắc vì đây mới là năm đầu tiên Việt Nam thực hiện thành công sau nhiều nỗ lực của toàn ngành và toàn xã hội.

Tỷ số giới tính khi sinh vẫn có sự chênh lệch giữa thành thị và nông thôn (bảng 2). Năm 2011-2012 chênh lệch về giới tính ở khu vực thành thị cao hơn khu vực nông thôn là 3,1 và 6,4

điểm phần trăm. Ngược lại, đến năm 2013-2014 chênh lệch giới tính khu vực nông thôn lại cao hơn thành thị với tỷ lệ tương ứng là 5,2 và 3,0 điểm phần trăm và năm 2015 tỷ số này khu vực

thành thị lại cao hơn ở nông thôn 2,9 điểm phần trăm. Điều đó cho thấy sự biến động khó lường về chênh lệch tỷ số giới tính khi sinh giữa khu vực thành thị và nông thôn trong những năm qua.

Bảng 2: Tỷ số giới tính khi sinh ở Việt Nam phân theo thành thị, nông thôn (2011-2015)

Thành thị/nông thôn	2011	2012	2013	2014	2015
Thành thị	114,2	116,8	110,3	110,1	114,8
Nông thôn	111,1	110,4	115,5	113,1	111,9
Chênh điểm %	3,1	6,4	- 5,2	-3,0	2,9

Nguồn: Tổng cục Thống kê

5. Kết quả thực hiện mục tiêu 5: “Duy trì mức sinh thấp hợp lý, đáp ứng đầy đủ nhu cầu KH-HGD của người dân, tăng khả năng tiếp cận dịch vụ hỗ trợ sinh sản có chất lượng”

➤ **Kết quả thực hiện chỉ tiêu 1: “Tổng tỷ suất sinh (số con trung bình của một cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ) giảm xuống 1,9 con vào năm 2015”**

Trên phạm vi cả nước, ngay từ những năm 2005, trước thời điểm Chính phủ ban hành Chiến lược, Việt Nam đã đạt mức sinh thay thế (TFR = 2,1) và duy trì ổn định liên tục trong nhiều năm liền. Do vậy, duy trì mức sinh hợp lý ở đây được hiểu là vẫn duy trì để tổng tỷ suất sinh không xuống quá thấp như một số nước phát triển, cũng không để mức sinh tăng trở lại, đặc biệt vẫn kiên định với mục tiêu giảm sinh ở những vùng, những tỉnh, thành phố có mức sinh cao.

Giai đoạn 2011-2015, ở Việt Nam có một vài thời điểm mức sinh “lên xuống” với biên độ dao động nhỏ¹³, nhưng nhìn chung mức sinh thay thế đã được duy trì trong 5 năm qua. Như vậy, mục tiêu duy trì mức sinh thấp, hợp lý chúng ta đã đạt được, nhưng mục tiêu số con trung bình của một cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ là 1,9 con thì Việt Nam không đạt được.

Theo khu vực thành thị/nông thôn, mức sinh ở thành thị và nông thôn khác hẳn nhau. Trong 5 năm qua “Tổng tỷ suất sinh” của khu vực nông thôn luôn cao hơn khu vực thành thị, điểm đáng lưu ý mức sinh ở nông thôn có xu hướng tăng lên theo từng năm, trong khi mức sinh ở thành thị tăng, giảm không ổn định. Số con/phụ nữ khu vực nông thôn đã tăng từ 2,12 con từ năm 2011 và tăng lên 2,25 con vào năm 2015. Tại khu vực thành thị, từ năm 2011 mức sinh đã rất thấp (TFR = 1,70), tuy nhiên đến năm 2013 mức sinh tăng nhẹ (TFR = 1,86) và đến năm 2015 mức sinh giảm xuống còn 1,85 con/phụ nữ.

➤ **Kết quả thực hiện chỉ tiêu 2: “Quy mô dân số không vượt quá 93 triệu người vào năm 2015”**

Trên phạm vi cả nước, DS tăng thêm hàng năm có xu hướng chậm lại, đã tác động đến quy mô DS của nước ta trong những năm qua. Với mức sinh như hiện nay số quy mô DS ở Việt Nam tiếp tục tăng, trung bình mỗi năm DS Việt Nam tăng thêm khoảng gần 1 triệu người. Theo

¹³ TFR năm 2011 TFR là 1.99, năm 2012 là 2.05, năm 2013 là 2.1, năm 2014 là 2.09, năm 2015 là 2.1 (theo Tổng cục Thống kê)

Tổng cục Thống kê, năm 2011, DS Việt Nam là 87,860, năm 2012 là 88,809, năm 2013 là 89,760, năm 2014 là 90,729. Tính đến năm 2015 DS Việt Nam là hơn 91,7 triệu người, đạt được mục tiêu Chiến lược đề ra.

6. Kết quả thực hiện mục tiêu 6: “Giảm tỷ lệ phá thai, cơ bản loại trừ phá thai không an toàn”

Chỉ tiêu của mục tiêu 6 nêu rõ: “Giảm tỷ lệ phá thai xuống 27/100 trẻ đẻ sống vào năm 2015”.

Theo Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em (SKBM-TE), Bộ Y tế, năm 2011, tỷ số phá thai/100 trẻ đẻ sống là 27/100; năm 2012 và 2013 là 19/100; năm 2014 là 18,2/100; năm 2015 là 16,3/100. Thời điểm ban hành Chiến lược, chỉ tiêu này Việt Nam đã đạt được, tuy nhiên mục tiêu đặt ra cho 5 năm sau trong Chiến lược không thay đổi và tính đến năm 2015, tỷ số phá thai/100 trẻ đẻ sống là 16,3/100. Như vậy sau 5 năm, tỷ số phá thai/100 trẻ đẻ sống cả nước đã giảm mạnh và Việt Nam đã đạt được chỉ tiêu Chiến lược đề ra.

7. Kết quả thực hiện mục tiêu 7: “Giảm nhiễm khuẩn đường sinh sản, nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục; chủ động phòng ngừa, phát hiện và điều trị sớm ung thư đường sinh sản, chú trọng sàng lọc ung thư đường sinh sản ở phụ nữ trong độ tuổi 30 - 54 tuổi”

- **Kết quả thực hiện chỉ tiêu 1 & 2: Giảm 15% số trường hợp nhiễm khuẩn đường sinh sản; giảm 10% số trường hợp nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục vào năm 2015.**

Từ những năm 2011 Vụ SKBMTE đã chỉ đạo triển khai thí điểm trên địa bàn một số tỉnh các mô hình như mô hình liên kết cung cấp dịch vụ CSSKSS với phòng chống bệnh lây truyền qua đường tình dục HIV/AIDS, sự tham gia của nam giới trong dự phòng lây truyền mẹ con... Tuy nhiên, số liệu chính thức từ Bộ Y tế cho thấy khó

đánh giá được chỉ tiêu đặt ra về giảm số trường hợp nhiễm khuẩn đường sinh sản và nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục hàng năm. Hiện chỉ có số liệu về số lượt phụ nữ khám và số được điều trị phụ khoa, cũng như số lần khám/chữa bệnh phụ khoa trung bình cho 1 phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ và không có số liệu về tỷ lệ người mắc bệnh phụ khoa nên đến năm 2015 chưa có số liệu về tỷ lệ phụ nữ mắc bệnh giảm được bao nhiêu %. Vì vậy, chưa có cơ sở để kết luận chỉ tiêu này có đạt được mục tiêu của Chiến lược đề ra hay không.

- **Kết quả thực hiện chỉ tiêu 3: Tỷ lệ phụ nữ ở độ tuổi 30 - 54 tuổi được sàng lọc ung thư cổ tử cung đạt 20% vào năm 2015.**

Từ năm 2011, nhiều Trung tâm CSSKSS đã triển khai hoạt động dự phòng ung thư cổ tử cung thứ cấp áp dụng phương pháp sàng lọc bằng khám phụ khoa kết hợp với quan sát bằng mắt thường với dung dịch acid acetic (VIA). Hầu hết các tỉnh đã triển khai làm tế bào âm đạo (PAP smear) và soi cổ tử cung. Khoảng 2/3 số địa phương đã triển khai phương pháp điều trị dùng kỹ thuật áp lạnh cổ tử cung và khoét chóp bằng dao điện (LEEP), một số tỉnh đã triển khai tiêm phòng vắc – xin HPV cho trẻ gái VTN [26]. Tuy nhiên, do chưa có số liệu về tỷ lệ phụ nữ ở độ tuổi 30 - 54 tuổi được sàng lọc ung thư cổ tử cung nên chưa có cơ sở để kết luận chỉ tiêu này có đạt được như mục tiêu của Chiến lược đề ra hay không.

8. Kết quả thực hiện mục tiêu 8: “Cải thiện sức khỏe sinh sản của người chưa thành niên và thanh niên”

- **Kết quả thực hiện chỉ tiêu 1: “Tăng tỷ lệ điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản thân thiện với người chưa thành niên và thanh niên lên 50% tổng số điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản vào năm 2015”**

Ngay từ năm 2011, công tác CSSKSS VTN được triển khai tại 33 tỉnh thuộc dự án Chương trình mục tiêu quốc gia (CTMTQG), đã hỗ trợ duy trì hoạt động của 98 điểm cung cấp dịch vụ, 275 câu lạc bộ SKSS thân thiện với VTN/TN. Năm 2012, công tác CSSKSS VTN được triển khai tại 35 tỉnh, hỗ trợ duy trì hoạt động của 152 câu lạc bộ VTN và 98 điểm cung cấp dịch vụ SKSS thân thiện với VTN/TN. Năm 2014, 2015 dự án đã hỗ trợ 38 tỉnh, duy trì 100 câu lạc bộ CSSKSS VTN và 140 điểm cung cấp dịch vụ thân thiện với VTN/TN. Như vậy, chỉ tiêu này chưa đạt được như mục tiêu của Chiến lược đề ra.

➤ **Kết quả thực hiện chỉ tiêu 2: “Giảm 20% số người chưa thành niên có thai ngoài ý muốn vào năm 2015”**

Hiện chưa có số liệu chính thức về VTN/TN mang thai ngoài ý muốn mà chỉ có số liệu về tỷ lệ VTN có thai/tổng số có thai nên chưa có cơ sở kết luận chỉ tiêu này có đạt được như mục tiêu của Chiến lược đề ra hay không.

9. Kết quả thực hiện mục tiêu 9: “Cải thiện sức khỏe sinh sản cho các nhóm dân số đặc thù”

Chỉ tiêu của mục tiêu 9 nêu rõ: “Tăng tỷ lệ tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của các nhóm dân số đặc thù lên 20% vào năm 2015”

Nhóm dân số đặc thù được nêu trong chiến lược bao gồm: người di cư; người khuyết tật; người nhiễm HIV; người có nguy cơ suy thoái về chất lượng giống nòi.

➤ **Tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của người di cư**

Hiện chưa có số liệu về tỷ lệ tiếp cận dịch vụ CSSKSS của nhóm lao động di cư từ 2011-2015 nên chưa có cơ sở để kết luận được chỉ tiêu này có đạt được mục tiêu của Chiến lược đề ra hay không.

➤ **Tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của người khuyết tật**

Hiện nay không có các cơ sở dành riêng và phù hợp để CSSK tình dục, sự kỳ thị và các rào cản về giao thông, ngôn ngữ tại các cơ sở sẵn có khiến người khuyết tật gần như không có cơ hội để được CSSKSS và tình dục. Hiện không có số liệu về tỷ lệ tiếp cận dịch vụ CSSKSS của người khuyết tật từ 2011-2015 nên chưa có cơ sở để kết luận được chỉ tiêu này có đạt được mục tiêu của Chiến lược đề ra hay không.

➤ **Tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của người nhiễm HIV/AIDS**

Thực tế chưa có số liệu về tỷ lệ người nhiễm HIV được tiếp cận dịch vụ CSSKSS.

➤ **Tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của nhóm có nguy cơ suy thoái về chất lượng dân số**

Khái niệm dân tộc có nguy cơ suy giảm chất lượng dân số mới được sử dụng trong những năm gần đây. Các dân tộc cư trú vùng cao, vùng sâu, vùng xa có mật độ cư trú thấp và có những đặc điểm KT-XH, trình độ dân trí kém phát triển dẫn tới thiếu năng trí tuệ, suy dinh dưỡng, chất lượng giáo dục thấp là nguyên nhân trực tiếp dẫn tới chất lượng dân số suy giảm. Ở nước ta có 9 dân tộc có dân số dưới 3.000 người được gọi là dân tộc có dân số ít là Công, Mảng, Si La, Cơ Lao, Bô Y, Chứt, Ô đù, Brâu và Rơ măm. Thực tế, các dân tộc ít người này đang gặp nhiều vấn đề về như tình trạng đói nghèo, y tế không bảo đảm, tỉ lệ tử vong cao; nguy cơ suy thoái giống nòi do quan hệ cận huyết, tảo hôn các phong tục cổ hủ khác, những dân tộc ít người thường cư trú ở vùng sâu, vùng xa, biên giới các tỉnh miền núi, có điều kiện đặc biệt khó khăn, sản xuất mang tính tự túc, tự cấp, tập quán du canh, du cư, săn bắt, hái lượm khiến cho kinh tế khó khăn, tỉ lệ đói nghèo cao, cơ sở hạ tầng vô cùng thấp kém... Mặc dù chỉ tiêu được đưa ra cụ thể như trên, nhưng thực tế không

có khả năng xác định được kết quả vì trong niên giám thống kê y tế, số liệu báo cáo hàng năm về Tổng cục DS-KHHGD và Vụ SKBMTE không có những số liệu trên và cũng chưa có nghiên cứu nào mang tính đại diện ở cấp quốc gia cung cấp những thông tin như trên.

10. Kết quả thực hiện mục tiêu 10: “Tăng cường chăm sóc sức khỏe người cao tuổi”

- **Kết quả thực hiện chỉ tiêu 1: “Tăng tỷ lệ cơ sở y tế tuyến huyện trở lên có điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi lên 20% vào năm 2015”**

Do chưa có số liệu về tỷ lệ tiếp cận dịch vụ CSSK của người cao tuổi nên chưa có cơ sở để kết luận được chỉ tiêu này có đạt được mục tiêu của Chiến lược đề ra hay không.

- **Kết quả thực hiện chỉ tiêu 2: “Tăng tỷ lệ người cao tuổi được tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe dựa vào cộng đồng lên 20% vào năm 2015”**

Do chưa có số liệu về tỷ lệ người cao tuổi được CSSK dựa vào cộng đồng nên chưa có cơ sở để kết luận được chỉ tiêu này có đạt được mục tiêu của Chiến lược đề ra hay không.

11. Kết quả thực hiện mục tiêu 11: “Thúc đẩy phân bố dân số phù hợp với định hướng phát triển kinh tế - xã hội quốc gia; tăng cường lồng ghép các yếu tố về dân số vào hoạch định chính sách, xây dựng quy hoạch, kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội ở các cấp, các ngành”

- **Thúc đẩy phân bố dân số phù hợp với định hướng phát triển kinh tế - xã hội quốc gia**

Hiện nay, dân cư ở nước ta phân bố chưa hợp lý giữa khu vực đồng bằng và khu vực miền núi. Tại khu vực đồng bằng diện tích khoảng 25% nhưng dân số chiếm tới 75% dẫn đến mật độ rất cao (Ví dụ: năm 2006 Đồng bằng sông Hồng: 1225 người/km², Đồng bằng sông Cửu Long: 429 người/km². Trong khi đó khu vực miền núi:

diện tích 75% nhưng dân số chỉ 25% nên mật độ thấp (ví dụ năm 2006: Tây Bắc: 69 người/km², Tây Nguyên: 89 người/km². Sự phân bố dân cư chưa hợp lý làm ảnh hưởng rất lớn đến việc sử dụng lao động, khai thác tài nguyên. Vì vậy, phân bố lại dân cư và lao động trên phạm vi cả nước là rất cần thiết. Thời gian qua, chính sách di cư đã được xây dựng để thúc đẩy sự phân bố dân cư, lao động giữa các vùng, chiến lược này đã được cụ thể hóa bằng nhiều các văn bản quy phạm pháp luật của Đảng, Nhà nước.

- **Lồng ghép các biến dân số vào xây dựng quy hoạch phát triển kinh tế - xã hội**

Sự chuyển đổi nhân khẩu học đã, đang và sẽ diễn ra mạnh mẽ trong thời gian tới làm cho các yếu tố DS về quy mô, cơ cấu tuổi, giới tính đã thường xuyên thay đổi, lại càng thay đổi nhanh hơn, mô hình sinh sớm đã chuyển sang sinh muộn, sinh nhiều chuyển sang sinh ít. Vậy việc lồng ghép biến DS vào xây dựng kế hoạch như giáo dục, y tế, lao động việc làm, định hướng phát triển KT-XH như thế nào trong thời gian tới là hết sức cần thiết. Ở Việt Nam, tuy việc này đã được thực hiện trong những năm qua nhưng chưa được triển khai một cách hệ thống, thiếu tài liệu hướng dẫn mang tính pháp quy; cán bộ thiếu kỹ năng tiếp cận lồng ghép các yếu tố dân số và phát triển vào lập kế hoạch.

Kết luận:

- ❖ **Bàn luận về các chỉ tiêu đưa ra trong Chiến lược**

Các mục tiêu mà Chiến lược đưa ra về cơ bản đều đảm bảo các yêu cầu như cụ thể và có thể đo lường được. Tuy nhiên, trong số 18 chỉ tiêu đưa ra thì lại có tới một nửa (9/18) chỉ tiêu khó có khả năng đo lường được. Chỉ có những mục tiêu về tăng DS, tỷ suất chết trẻ, tỷ lệ bà mẹ mang thai được sàng lọc, tỷ lệ giới tính khi sinh, tổng tỷ

suất sinh về cơ bản có số liệu thống kê và đánh giá được kết quả thực hiện. Các mục tiêu, chỉ tiêu khác như nhiễm khuẩn đường sinh sản, sàng lọc ung thư cổ tử cung, ung thư vú, SKSS VTN, cải thiện sức khỏe cho nhóm DS đặc biệt thì hầu như không có khả năng thu thập được số liệu. Điều này cho thấy có những băn khoăn về tính khả thi của mục tiêu Chiến lược đưa ra. Trong 9 chỉ tiêu có thể thu thập được, có 2 chỉ tiêu nêu ra trong Chiến lược là “Phấn đấu tốc độ tăng DS” và “Tổng tỷ suất sinh” là chưa đạt, 1 chỉ tiêu về giảm tỷ lệ phá thai xuống còn 27/100 trẻ đẻ sống đưa ra là chưa phù hợp vì thời điểm ban hành Chiến lược, chỉ tiêu này Việt Nam đã đạt được.

Một số chỉ tiêu đưa ra, nhưng lại có hai cơ quan thực hiện: ví dụ chỉ tiêu xây dựng câu lạc bộ thân thiện VTN/TN, hiện Tổng cục DS-KH-HGD, Vụ SKBMTE cũng đang triển khai một số chương trình can thiệp tại cộng đồng. Tuy nhiên, trong quá trình triển khai nếu không có sự phối hợp, trao đổi sẽ ảnh hưởng đến số liệu thống kê báo cáo.

❖ Về kết quả thực hiện các chỉ tiêu, mục tiêu của chiến lược

Nhóm 1: Gồm 7 chỉ báo đã chắc chắn đạt được vào năm 2015

- Chỉ tiêu: Giảm tỷ suất chết trẻ em dưới 5 tuổi xuống 19,3‰ vào năm 2015 và xuống 16‰ vào năm 2020.
- Chỉ tiêu: Tỷ lệ bà mẹ mang thai được sàng lọc trước sinh đạt 15% vào năm 2015 và 50% vào năm 2020.
- Chỉ tiêu: Tỷ lệ trẻ sơ sinh được sàng lọc đạt 30% vào năm 2015 và 80% vào năm 2020.
- Chỉ tiêu: Giảm tỷ lệ tử vong bà mẹ liên quan đến thai sản xuống 58,3/100.000 trẻ đẻ sống vào năm 2015 và xuống dưới 52/100.000 vào năm 2020.
- Chỉ tiêu: Tỷ số giới tính khi sinh dưới mức

113 trẻ sơ sinh trai/100 trẻ sơ sinh gái vào năm 2015 và dưới mức 115/100 vào năm 2020.

- Chỉ tiêu: Quy mô dân số không vượt quá 93 triệu người vào năm 2015 và 98 triệu người vào năm 2020.
- Chỉ tiêu: Giảm tỷ lệ phá thai xuống 27/100 trẻ đẻ sống vào năm 2015 và xuống dưới 25/100 vào năm 2020.

Nhóm 2: Gồm 2 chỉ báo sẽ đạt được

- Chỉ tiêu: Phấn đấu tốc độ tăng dân số ở mức khoảng 1% vào năm 2015 và ổn định ở mức khoảng 1% vào năm 2020; chỉ số phát triển con người (HDI) ở mức trung bình cao của thế giới vào năm 2020.
- Chỉ tiêu: Tổng tỷ suất sinh (số con trung bình của một cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ) giảm xuống 1,9 con vào năm 2015 và 1,8 con vào năm 2020.

Nhóm 3: Gồm 10 chỉ báo, 1 mục tiêu sẽ khó đạt được

- Chỉ tiêu: Giảm 15% số trường hợp nhiễm khuẩn đường sinh sản vào năm 2015 và 30% vào năm 2020.
- Chỉ tiêu: Giảm 10% số trường hợp nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục vào năm 2015 và 20% vào năm 2020.
- Chỉ tiêu: Tỷ lệ phụ nữ ở độ tuổi 30 - 54 tuổi được sàng lọc ung thư cổ tử cung đạt 20% vào năm 2015 và 50% vào năm 2020.
- Chỉ tiêu: Tỷ lệ phụ nữ trên 40 tuổi được sàng lọc ung thư vú đạt 20% vào năm 2015 và 50% vào năm 2020.
- Chỉ tiêu: Tăng tỷ lệ điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản thân thiện với người chưa thành niên và thanh niên lên 50% tổng số điểm cung cấp dịch vụ chăm

- sức khỏe sinh sản vào năm 2015 và 75% vào năm 2020.
- Chỉ tiêu: Giảm 20% số người chưa thành niên có thai ngoài ý muốn vào năm 2015 và giảm 50% vào năm 2020.
 - Chỉ tiêu: Tăng tỷ lệ tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của các nhóm dân số đặc thù lên 20% vào năm 2015 và 50% năm 2020.
 - Chỉ tiêu: Tăng tỷ lệ cơ sở y tế tuyến huyện trở lên có điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi lên 20% vào năm 2015 và 50% vào năm 2020.
 - Chỉ tiêu: Tăng tỷ lệ người cao tuổi được tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe dựa vào cộng đồng lên 20% vào năm 2015 và 50% năm 2020.
- Mục tiêu: Thúc đẩy phân bố dân số phù hợp với định hướng phát triển kinh tế - xã hội quốc gia; tăng cường lồng ghép các yếu tố về dân số vào hoạch định chính sách, xây dựng quy hoạch, kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội ở các cấp, các ngành./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 Bộ Chính trị (2005), *Nghị quyết 47-NQ/TW về Tiếp tục đẩy mạnh thực hiện chính sách DS-KHHGD*.
- 2 <https://news.zing.vn/moi-ngay-co-hon-90-tre-em-viet-nam-duoi-5-tuoi-tu-vong-post608990.html>
- 3 <http://www.24h.com.vn/suc-khoe-doi-song/sang-loc-truoc-sinh-va-so-sinh-de-co-nhung-dua-con-khoe-manh-c62a884062.html>
- 4 https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyết-dinh-2351-QĐ-BYT-xa-hoi-hoa-cung-cap-dich-vu-ke-hoach-hoa-gia-dinh-suc-khoe-sinh-san-2016-314145.aspx#_ftn4
- 5 Nguyễn Đình Cừ (2011), *50 năm chính sách giảm sinh ở Việt Nam (1961-2011): Thành tựu, tác động và bài học kinh nghiệm*.
- 6 Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2015), *Báo cáo quốc gia kết quả 15 năm thực hiện các mục tiêu phát triển thiên niên kỷ của Việt Nam*.
- 7 Tổng cục Thống kê (2014), *Niên giám Thống kê y tế 2014*.
- 8 Tổng cục DS-KHHGD, *Chuyển đổi nhân khẩu học và những vấn đề đặt ra đối với công tác Dân số hiện nay*.
- 9 Tổng cục Thống kê, *Điều tra biến động dân số và KHHGD năm 2013, 2015*.
- 10 Tổng cục DS-KHHGD (2015), *Báo cáo tổng kết 5 năm thực hiện chương trình mục tiêu Quốc gia DS-KHHGD*.
- 11 Tổng cục DS-KHHGD (2012), *Báo cáo kết quả thực hiện mô hình tư vấn và khám sức khỏe tiền hôn nhân 2007-2012*.
- 12 Tổng cục DS-KHHGD (2015), *Báo cáo tổng kết công tác DS-KHHGD*.
- 13 Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em (2014), *Báo cáo Tổng kết công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2014, phương hướng nhiệm vụ năm 2015*.

KHÓ KHĂN, BẮT CẬP SAU 5 NĂM TRIỂN KHAI THỰC HIỆN CHIẾN LƯỢC DÂN SỐ - SỨC KHỎE SINH SẢN VIỆT NAM GIAI ĐOẠN 2016-2020

ThS. Nguyễn Văn Hùng¹⁴

Tóm tắt

Nghiên cứu nhằm đánh giá quá trình triển khai thực hiện và kết quả đạt được của các mục tiêu, chỉ tiêu của Chiến lược Dân số (DS), Sức khỏe sinh sản (SKSS) Việt Nam giai đoạn 2011-2020 sau 5 năm triển khai; Phân tích những khó khăn, bắt cập sau 5 năm triển khai thực hiện Chiến lược, xác định các yếu tố ảnh hưởng và những thách thức trong thời gian tới; Đề xuất về một số giải pháp nhằm nâng cao hiệu quả triển khai thực hiện Chiến lược DS, SKSS Việt Nam giai đoạn 2016-2020.

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

Kết quả nghiên cứu cho thấy: Sau 5 năm triển khai thực hiện Chiến lược, bên cạnh các kết quả đạt được, chương trình DS, SKSS, kế hoạch hóa gia đình (KHHGD) vẫn còn một số hạn chế, bắt cập như sau:

Về lãnh đạo, tổ chức và quản lý: *Tổ chức bộ máy có nhiều biến động, mạng lưới các Trung tâm CSSKSS bị xáo trộn, thiếu tính ổn định; chưa chủ động đi kiểm tra, giám sát việc thực hiện các văn bản, chỉ đạo, việc phối hợp triển khai thực hiện nhiệm vụ trên địa bàn...*

Về truyền thông, giáo dục chuyển đổi hành vi về DS/SKSS/KHHGD: *Tại T.Ư và địa phương, các hình thức tổ chức truyền thông còn chưa đa dạng, số thành phần tham gia phối hợp ngày một ít đã ảnh hưởng đến nhận thức, hành vi của người dân trong thực hiện chính sách của Nhà nước về lĩnh vực DS, SKSS, KHHGD do kinh phí hạn hẹp. Sản phẩm còn chưa đáp ứng được yêu cầu; chưa có sự khác biệt rõ rệt về nội dung truyền thông giữa các tỉnh, TP. Nội dung thông điệp, ngôn ngữ nhiều khi cũng chưa phù hợp với văn hóa địa phương và đặc điểm của đối tượng truyền thông...*

Về dịch vụ DS, SKSS: *Sự chủ động, vào cuộc của ngành DS-KHHGD trong việc ban hành cơ chế, chính sách, chỉ đạo điều hành, điều phối triển khai hoạt động còn chậm, thiếu tính đồng bộ gây ra những rào cản cho người cung cấp và người sử dụng dịch vụ. Việc phối kết hợp giữa các đơn vị trong ngành đôi khi còn chưa hiệu quả...*

Về xây dựng, hoàn thiện hệ thống chính sách về DS, SKSS: *Hệ thống chính sách là hành lang pháp lý quan trọng giúp thực hiện thành công Chiến lược DS-SKSS giai đoạn 2011-2020. Tuy nhiên vẫn còn một số hạn chế liên quan đến việc thực hiện các chính sách đã được ban hành như sau: (1) Nhiều chính sách đã được ban hành nhưng chưa được thực hiện do thiếu nguồn lực (kinh phí, con*

¹⁴ Phó trưởng khoa Dân số và Phát triển- Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

người, cơ sở vật chất); (2) T.Ư chậm có văn bản hướng dẫn, văn bản triển khai hoặc thông báo khi các chính sách, các chương trình của T.Ư có những thay đổi; (3) Một số chính sách, chương trình như giảm thiểu mất cân bằng giới tính khi sinh (MCBGTKS), CSSK người cao tuổi đã được ban hành, nhưng không có nguồn kinh phí đi kèm; (4) Một số địa phương chậm ban hành kế hoạch, phê duyệt thực hiện Chiến lược, khi ban hành chưa lường hết được những khó khăn khi thực hiện cũng như không đánh giá đúng được thực trạng vấn đề DS/SKSS/KHHGD hiện tại nên trong quá trình triển khai nhiều chỉ tiêu không đạt được, hoặc phải ban hành quyết định khác để điều chỉnh chỉ tiêu kế hoạch.

Về xã hội hóa, phối hợp liên ngành và hợp tác quốc tế: Vai trò điều phối của Vụ Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em (SKBMTE), Tổng cục DS-KHHGD còn gặp nhiều khó khăn vì hiện nay Chiến lược đề cập đến 2 lĩnh vực, do 2 đơn vị làm đầu mối, nếu không có sự trao đổi thường xuyên của 2 đơn vị rất khó để phân khúc được dự án đã triển khai, thu thập số liệu thống kê đầy đủ để đánh giá kết quả thực hiện mục tiêu, chỉ tiêu của Chiến lược.

Quá trình triển khai chương trình XHH dịch vụ SKSS/KHHGD và phương tiện tránh thai (PTTT) vẫn còn những khó khăn, thách thức do nhận thức của người dân còn hạn chế, họ chưa dễ chấp nhận mô hình chi trả tiền túi khi sử dụng PTTT sau một thời gian dài chương trình này vẫn được Nhà nước bao cấp, người dân được sử dụng miễn phí; quá trình triển khai XHH còn thiếu đồng bộ, thống nhất về cơ chế, chính sách, chỉ đạo điều hành nên các địa phương còn “lúng túng” khi triển khai.

Về đầu tư tài chính: Mức bổ sung kinh phí để triển khai thực hiện Chương trình DS-KHHGD tại nhiều tỉnh/TP còn chưa vững chắc, theo sự vụ, theo công việc cụ thể, phát sinh; việc đầu tư còn phụ thuộc vào mối quan hệ cá nhân, chưa căn cứ vào nhu cầu thực tế. Do đó, mức độ bổ sung kinh phí có sự chênh lệch rất lớn giữa các năm tại cùng một địa phương. Từ năm 2014, đầu tư của Nhà nước cho dự án mục tiêu quốc gia bị cắt giảm trên 50% so với kế hoạch ban đầu trong khi nguồn lực hỗ trợ của các tổ chức quốc tế (Liên Hợp quốc, phi chính phủ, song phương, đa phương) cho công tác CSSKSS ngày càng giảm, ảnh hưởng đến việc thực hiện các mục tiêu thiên niên kỷ cũng như mục tiêu của Chiến lược.

Về đào tạo, nghiên cứu khoa học: Cơ sở đào tạo của ngành DS còn thiếu, qui mô còn nhỏ; chưa xây dựng được đội ngũ giảng viên chuyên trách... Tài liệu đào tạo, bồi dưỡng chuyên môn nghiệp vụ chung cho cán bộ ngành chưa hoàn thiện, chưa có tính hệ thống. Các chương trình, nội dung đào tạo còn có sự khác biệt giữa các tỉnh, TP.

Trong 5 năm qua, do thiếu kinh phí nên công tác nghiên cứu khoa học chưa được coi trọng. Vụ SKBMTE, Tổng cục DS-KHHGD chưa triển khai được đề tài cấp Bộ mà chỉ thực hiện một số nhiệm vụ khảo sát, đánh giá tác nghiệp...

Về lồng ghép biến dân số vào lập kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội (KT-XH) chưa trở thành mối quan tâm thường xuyên: Hiện nay chưa có quy định chính thức về yêu cầu lồng ghép biến DS trong kế hoạch phát triển KT-XH các cấp, các ngành. Hệ thống văn bản quy định đã sẵn có nhưng thiếu quy định và hướng dẫn cụ thể cần lồng ghép biến nào của DS.

Từ khóa: khó khăn, bất cập, 5 năm, Chiến lược Dân số- Sức khỏe sinh sản Việt Nam, 2016-2020

Đặt vấn đề

Ngày 14/11/2011 Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 2013/QĐ-TTg phê duyệt “Chiến lược DS-SKSS Việt Nam giai đoạn 2011 - 2020” với 01 mục tiêu tổng quát, 11 mục tiêu cụ thể và 07 nhóm giải pháp. Chiến lược đã thể hiện các quan điểm chỉ đạo, những mục tiêu và các giải pháp ưu tiên của chương trình DS, SKSS, KHHGD của Việt Nam trong cả thập kỷ, đánh dấu bước ngoặt về định hướng đối với chính sách về DS; từ chỗ chỉ tập trung vào các dịch vụ KHHGD chuyển sang quan tâm tới những nhu cầu về SKSS, sức khỏe tình dục (SKTD) và quyền sinh sản.

Sau 5 năm triển khai thực hiện Chiến lược, các chỉ tiêu về DS, SKSS, KHHGD của Việt Nam đã không ngừng được cải thiện: mức sinh thay thế đã được duy trì ổn định trong nhiều năm; tỷ lệ các cặp vợ chồng sử dụng BPTT luôn đạt được ở mức cao; tỷ số tử vong mẹ, tử vong trẻ em < 1 tuổi ngày càng giảm và đạt được Mục tiêu Thiên niên kỷ; Chất lượng chăm sóc sức khỏe (CSSK) bà mẹ, trẻ em cũng đã được cải thiện rõ rệt; tỷ lệ vị thành niên (VTN) được tư vấn khám sức khỏe tiền hôn nhân ngày càng tăng...

Bên cạnh các kết quả đạt được, chương trình DS, SKSS, KHHGD vẫn còn một số hạn chế, bất cập và đang phải đối mặt với nhiều khó khăn, thách thức, đó là mức sinh hiện đang có sự khác biệt lớn giữa các vùng, miền, các địa phương. Tuổi thọ trung bình cao nhưng số năm trung bình sống khỏe mạnh thấp; quá trình già hóa DS đã và đang diễn ra với tốc độ nhanh chóng trong khi đầu tư cho CSSK người cao tuổi còn chưa thỏa đáng; chênh lệch về tỷ số giới tính khi sinh (TSGTKS) vẫn đang ở mức cao, tình trạng di cư diễn ra ngày càng phổ biến và phức tạp; chất lượng dịch vụ KHHGD còn hạn chế; chăm sóc SKSS cho VTN, thanh niên (TN), đồng bào dân tộc ít người còn gặp nhiều khó khăn, thách thức... Mô hình tổ chức, nhân lực tuyến cơ sở còn nhiều bất cập nhất là với chuyên ngành sản khoa và nhi khoa. Từ năm 2016 do không còn là chương trình mục tiêu quốc gia (CTMTQG) nên nguồn lực triển khai hoạt động DS, SKSS, KHHGD sẽ bị suy giảm nghiêm trọng sẽ là những thách thức đe dọa khả năng thực hiện thành công Chiến lược DS - SKSS Việt Nam giai đoạn 2011-2020.

Xuất phát từ bối cảnh trên, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã tiến hành nghiên cứu đánh giá 5 năm triển khai thực hiện Chiến lược DS-SKSS Việt Nam giai đoạn 2011-2020 (đánh giá giữa kỳ) nhằm nhận diện những kết quả đạt được cùng những bất cập và thách thức trên cơ sở đó đề xuất các giải pháp để nâng cao hiệu quả thực thi Chiến lược trong giai đoạn 2016-2020. Bài báo này sẽ trình bày một phần kết quả của nghiên cứu trên về những khó khăn, bất cập sau 5 năm thực hiện Chiến lược DS - SKSS Việt Nam.

I. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, kết hợp phương pháp nghiên cứu định lượng (thu thập số liệu bằng biểu mẫu thống kê) và phương pháp nghiên cứu định tính (phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm). Bên cạnh việc thu thập thông tin từ tài liệu thứ cấp, nghiên cứu đã

tiến hành phỏng vấn sâu các chính trị gia, các nhà quản lý; nhóm thực hiện chính sách, nhóm hưởng lợi; thảo luận nhóm với Ban chỉ đạo công tác DS-KHHGD tuyến tỉnh, tuyến huyện, tuyến xã và nhân viên y tế thôn bản/cộng tác viên dân số, đại diện hộ gia đình. Nghiên cứu cũng đã thực hiện thu thập các chỉ tiêu sau 5 năm thực hiện mục tiêu Chiến lược DS-SKSS Việt Nam giai

đoạn 2011-2020 tại 6 tỉnh/thành phố thuộc địa bàn khảo sát: Lào Cai, Nam Định, Thừa Thiên Huế, Kon Tum, Bến Tre, TP.Hồ Chí Minh.

II. Những khó khăn, bất cập sau 5 năm triển khai thực hiện Chiến lược dân số - sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2016-2020

1. Về lãnh đạo, tổ chức và quản lý

Tổ chức bộ máy có nhiều biến động, mạng lưới các Trung tâm CSSKSS bị xáo trộn, thiếu tính ổn định. Đến hiện tại đã có 8/63 tỉnh/TP sáp nhập Trung tâm CSSKSS vào bệnh viện (BV) Sản nhi, BV Phụ sản, BV Nhi hoặc vào Trung tâm CDC tuyến tỉnh ảnh hưởng không nhỏ tới công tác quản lý, chỉ đạo hệ thống cũng như việc cung cấp dịch vụ CSSKSS tới người dân. Bên cạnh đó, tổ chức bộ máy làm công tác DS-KHHGĐ từ Trung ương đến cơ sở giai đoạn vừa qua cũng thiếu ổn định. Việc kiện toàn tổ chức bộ máy làm công tác DS các cấp còn chậm, tuyển dụng cán bộ chưa phù hợp. Một số cấp ủy Đảng còn chưa thực sự quan tâm đến tổ chức bộ máy làm công tác DS. Hệ thống chuyên trách và cộng tác viên DS trình độ không đồng đều, hàng năm có sự biến động lớn.

Quá trình củng cố và hoàn thiện tổ chức bộ máy kéo dài, thiếu thống nhất giữa các địa phương tạo ra sự biến động nhất định trong công tác quản lý, điều hành, gây ảnh hưởng đến tâm lý, tinh thần làm việc của đội ngũ cán bộ làm công tác DS-KHHGĐ. Chế độ đãi ngộ đối với đội ngũ cán bộ chuyên trách DS, cộng tác viên DS, nhân viên y tế thôn bản còn thấp, làm hạn chế tính tích cực trong công tác, khó khăn trong nâng cao năng lực để tham mưu cho cấp ủy Đảng, chính quyền tổ chức thực hiện các chương trình, chỉ tiêu về DS/SKSS/KHHGĐ tại các địa phương. Đơn cử như TP Hồ Chí Minh, gần đây TP đã ban hành văn bản quy định chế độ lương phụ cấp với cán bộ DS-KHHGĐ là cán bộ bán chuyên trách,

trong nhiều năm liền không tăng lương đã ảnh hưởng không nhỏ đến tâm lý của cán bộ trong quá trình làm nhiệm vụ.

Số lượng cán bộ làm công tác DS-KHHGĐ tuyến T.Ư, tuyến tỉnh và tuyến huyện năm 2015 tuy có tăng về chỉ tiêu biên chế so với năm 2011 nhưng chưa tuyển dụng đủ. Tại một số địa phương, địa bàn quản lý rộng, bị chia cắt, đường sá đi lại khó khăn nhưng số biên chế được bố trí làm công tác DS-KHHGĐ thấp gây ra rất nhiều khó khăn trong quá trình quản lý, giám sát và điều hành.

Có địa phương, do thực hiện Nghị quyết của Bộ Chính trị về tinh giản biên chế, nên đã cắt bớt biên chế của ngành DS để đáp ứng cho mục tiêu này (UBND TP.HCM cắt giảm của Chi cục DS-KHHGĐ 4 định biên...).

Một số địa phương khi tuyển dụng, bố trí, sử dụng đội ngũ cán bộ làm công tác DS, đặc biệt là tuyển xã, chỉ chú trọng đến nghiệp vụ chuyên môn về y tế mà coi nhẹ những yêu cầu về kỹ năng tuyên truyền, vận động tại cộng đồng.

➤ **Ban hành văn bản chỉ đạo điều hành, kiểm tra, giám sát**

Trong 6 tỉnh/TP thuộc địa bàn khảo sát, sau khi Thủ tướng Chính phủ ban hành Quyết định số 2013/2011/QĐ-TTg, các địa phương đề nghị có văn bản chỉ đạo thực hiện. Tuy nhiên, một số địa phương trong quá trình tham mưu ban hành kế hoạch triển khai thực hiện còn chưa bám sát vào điều kiện thực tiễn, không rà soát, không phân tích thông tin đầu vào làm căn cứ thực tiễn xây dựng chỉ tiêu cũng như chưa lường trước được những phát sinh, những vấn đề mới của chương trình DS, SKSS, KHHGĐ. Do vậy sau 5 năm triển khai thực hiện nhiều tỉnh, TP đã không đạt được chỉ tiêu so với kế hoạch đề ra. Thậm chí như tỉnh Nam Định phải điều chỉnh các chỉ tiêu so với kế hoạch trong quá trình triển khai.

Công tác kiểm tra, giám sát đã được duy trì, tuy nhiên việc triển khai giám sát hiện nay mới gắn với các nhiệm vụ, các hoạt động của CT-MTQG. Có nghĩa rằng mới giám sát việc thực hiện các chương trình, các dự án, các nhiệm vụ gắn với kinh phí của CTMTQG DS-KHHGD. Chưa chủ động đi kiểm tra, giám sát việc thực hiện các văn bản, chỉ đạo, việc phối hợp triển khai thực hiện nhiệm vụ trên địa bàn.

2. Về truyền thông, giáo dục chuyển đổi hành vi về DS/SKSS/KHHGD

Thông tin còn hạn chế đã ảnh hưởng đến hiểu biết của các cấp ủy Đảng, chính quyền về Chiến lược. Tại các địa phương, một số cấp ủy, chính quyền, một số người là thành viên Ban chỉ đạo DS-KHHGD còn chưa được phổ biến và biết về Chiến lược này (VD: BCĐ DS-KHHGD huyện Mỏ Cày Bắc, tỉnh Bến Tre).

Do kinh phí hạn hẹp nên không chỉ có địa phương mà ngay cả T.Ư các hình thức tổ chức truyền thông còn chưa đa dạng, số thành phần tham gia phối hợp ngày một ít đã ảnh hưởng đến nhận thức, hành vi của người dân trong thực hiện chính sách của Nhà nước về lĩnh vực DS, SKSS, KHHGD.

Sản phẩm truyền thông còn chưa đáp ứng được yêu cầu, hiện nay chưa có sự khác biệt rõ rệt về nội dung truyền thông giữa các tỉnh, TP. Hầu như tất cả các tỉnh, TP đều chỉ lựa chọn các thông điệp truyền thông trong số một chuỗi các thông điệp do T.Ư hướng dẫn mà chưa có những chuyển đổi cho phù hợp với điều kiện văn hóa xã hội, thực trạng DS của từng tỉnh, TP. Nhiều địa phương triển khai các nội dung, thông điệp, sản phẩm, hình thức truyền thông chưa linh hoạt, chưa phù hợp với những thay đổi về đặc điểm nhân khẩu học của từng vùng, miền và từng nhóm đối tượng.

Nội dung thông điệp, ngôn ngữ nhiều khi cũng chưa phù hợp với văn hóa địa phương và

đặc điểm của đối tượng truyền thông. Nội dung, thông điệp vẫn nặng về KHHGD, chưa kịp chuyển đổi cho phù hợp với những vấn đề DS mới phát sinh như nâng cao chất lượng DS, DS vàng, già hóa DS, di cư... Trong khi đó năng lực chuyên môn và nguồn lực của tuyến dưới không đủ để có thể điều chỉnh sao cho phù hợp với đặc thù của địa phương.

3. Về cung cấp dịch vụ dân số, sức khỏe sinh sản

➤ Dịch vụ Dân số

Việt Nam đã thực hiện tiếp thị xã hội phương tiện tránh thai (PTTT), thực hiện xã hội PTTT thông qua hệ thống cộng tác viên DS và cán chuyên trách DS-KHHGD cấp xã. Tuy nhiên, sự chủ động, vào cuộc của ngành DS-KHHGD trong việc ban hành cơ chế, chính sách, chỉ đạo điều hành, điều phối triển khai hoạt động còn chậm, thiếu tính đồng bộ gây ra những rào cản cho người cung cấp và người sử dụng dịch vụ. Theo báo cáo của một số địa phương, tình trạng thiếu PTTT đang diễn ra một cách cục bộ. Số PTTT mới như que cấy tránh thai, thuốc tiêm, thậm chí là cả bao cao su (BCS) và viên uống tránh thai rất ít, cấp không đều theo tháng “tháng có, tháng không, tháng nhiều, tháng ít”. Thêm vào đó tâm lý bao cấp vẫn còn rất nặng nề; tiếp thị xã hội là một lĩnh vực mới, chưa có kinh nghiệm quản lý đã ảnh hưởng đến niềm tin, hành vi sử dụng, gây khó khăn nhất định trong việc thực hiện các mục tiêu, các chỉ tiêu của chương trình DS nói riêng và kế hoạch Chiến lược nói chung.

Chất lượng các PTTT chưa đáp ứng được yêu cầu, theo nhận định của nhiều cán bộ y tế trực tiếp cung cấp dịch vụ KHHGD, PTTT còn chưa đa dạng về mẫu mã, nhất là BCS và viên uống tránh thai. Trong khi đó BCS ở thị trường bán lẻ thì đa dạng hơn, mỏng hơn, do vậy BCS của Nhà nước chưa hấp dẫn được người sử dụng.

➤ **Dịch vụ sức khỏe sinh sản**

Trạm y tế (TYT) xã là đơn vị chăm sóc sức khỏe ban đầu của hệ thống y tế công lập ở tuyến cơ sở. Đến năm 2013 có 98,9% số xã có TYT, 75% TYT có bác sỹ, 96% TYT có y sỹ sản nhi hoặc nữ hộ sinh trung học và 40% TYT đạt chuẩn quốc gia về y tế [13]. TYT xã là nơi gần dân nhất và đã bao phủ rộng khắp các khu dân cư trong cả nước, nhưng mức độ cung cấp dịch vụ KHHGD rất thấp: TYT xã chỉ cung cấp dịch vụ đặt, tháo dụng cụ tử cung, tiêm thuốc tránh thai và một số dịch vụ chăm sóc SKSS (một số xã vẫn chưa được phép đặt dụng cụ tử cung theo quy định của tỉnh). Mặt khác, TYT xã thực hiện các dịch vụ bao cấp một phần hoặc toàn bộ nên trình độ chuyên môn, cơ sở hạ tầng, trang thiết bị phát triển chậm hơn so với khu vực tư nhân và bệnh viện. Chất lượng dịch vụ KHHGD/SKSS được đánh giá thấp, cùng với việc nhận thức không đầy đủ về các dịch vụ KHHGD/SKSS, dẫn tới tình trạng suy giảm về số lượng tuyệt đối và tỷ lệ tương đối việc cung cấp dịch vụ KHHGD/SKSS từ TYT.

Bệnh viện các cấp, phòng khám đa khoa khu vực, trung tâm CSSKSS cấp tỉnh, khoa SKSS thuộc Trung tâm y tế cấp huyện cung cấp các dịch vụ KHHGD/SKSS miễn phí và một phần nhỏ các dịch vụ theo yêu cầu có thu phí dịch vụ của khách hàng. Tuy có phạm vi dịch vụ rộng, nhưng khoảng cách đi lại khá xa so với số đông khách hàng và đặc biệt là khoảng cách giữa bệnh nhân với y, bác sỹ mà không phải là mối quan hệ giữa khách hàng với người bán hàng.

TYT của cơ quan, xí nghiệp, nông lâm trường (năm 2014 có khoảng 700 cơ sở [8]). Thực hiện CSSK cho cán bộ, công nhân viên trong đơn vị, trong đó có thực hiện các dịch vụ KHHGD/SKSS (không bao gồm các cơ sở y tế của các đơn vị thuộc lực lượng vũ trang). Y tế tư nhân chậm mở rộng, phát triển sau nhiều năm thực hiện chính sách xã hội hóa sự nghiệp y tế. Cơ sở y tế tư nhân

tham gia cung cấp các dịch vụ SKSS là chủ yếu, nhất là thăm khám thai hoặc phá thai cho VTN/TN, nơi được giữ bí mật hơn và thân thiện hơn so với các cơ sở y tế công lập. Cơ sở y tế tư nhân ít tham gia cung cấp các dịch vụ KHHGD bởi các dịch vụ này được cung cấp miễn phí cho đa số khách hàng và do cơ sở y tế công lập đảm nhận. Mặc dù, khách hàng làm dịch vụ KHHGD/SKSS ở cơ sở y tế tư nhân có thuận lợi trong giao tiếp thân thiện, thái độ tôn trọng khách hàng và được tư vấn đầy đủ nhưng có hạn chế là giá dịch vụ khá cao và chưa đủ độ tin cậy về chất lượng dịch vụ do tâm lý “bao cấp” còn khá nặng nề trong số đông khách hàng, vì vậy số lượng và tỷ lệ người sử dụng dịch vụ KHHGD/SKSS ở cơ sở y tế tư nhân còn khá thấp.

4. Về xây dựng, hoàn thiện hệ thống chính sách về dân số, sức khỏe sinh sản

Hệ thống chính sách là hành lang pháp lý quan trọng giúp thực hiện thành công Chiến lược DS-SKSS giai đoạn 2011-2020. Tuy nhiên vẫn còn một số hạn chế liên quan đến việc thực hiện các chính sách đã được ban hành như sau:

Thứ nhất: Nhiều chính sách đã được ban hành chưa được thực hiện do thiếu nguồn lực (kinh phí, con người, cơ sở vật chất). Chương trình CSSKSS đã được đưa vào Chương trình mục tiêu quốc gia (CTMTQG) một cách chính thức từ năm 2008, nhưng một số chương trình như SKSS VTN hoặc phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản/BLTQĐTD gần đây mới có kinh phí để triển khai thực hiện.

Thứ hai: T.Ư chậm có văn bản hướng dẫn, văn bản triển khai hoặc thông báo khi các chính sách, các chương trình của T.Ư có những thay đổi. Đơn cử, khi CTMTQG không còn, Thông tư số 20/2013/TTLT-BTC-BYT ngày 20/2/2013 về việc quy định quản lý và sử dụng kinh phí thực hiện CTMTQG DS-KHHGD, trong đó nêu rõ đối tượng được cấp miễn phí PTTT: Người thuộc

hộ gia đình nghèo, cận nghèo; người có công với cách mạng; người dân tộc thiểu số sống tại xã đặc biệt khó khăn; xã thuộc vùng có mức sinh cao và không ổn định; người làm việc trên biển trước khi đi biển dài ngày, khi cập bờ và vào các âu thuyền tại các xã ven biển có nhiều người làm việc trên biển. Tuy nhiên, khi chương trình mục tiêu không còn, nhưng một số địa phương nguồn PTTT tránh thai còn tồn đọng, T.Ư lại không có văn bản hướng dẫn để chuyển đổi mục đích sử dụng các PTTT còn tồn này dẫn đến tình trạng PTTT dư thừa trong kho còn người dân có nhu cầu sử dụng lại không được cung cấp. Có những địa phương cả 2 quý không nhận được PTTT từ T.Ư, nhưng T.Ư cũng không có thông báo để địa phương tham mưu cho cấp ủy, chính quyền tìm các giải pháp ứng phó, gây mất niềm tin cho người dân khi sử dụng. Đến cuối năm 2015, gần hết giai đoạn 1 thực hiện Chiến lược, nhưng T.Ư chưa có hướng dẫn để xây dựng kế hoạch giai đoạn 2. Do vậy địa phương không cơ sở pháp lý để trình UBND tỉnh xây dựng kế hoạch thực hiện giai đoạn 2 của Chiến lược trên địa bàn.

Thứ ba: Một số chính sách, chương trình như giảm thiểu MCBGTKS, CSSK người cao tuổi đã được ban hành nhưng không có nguồn kinh phí đi kèm. Do vậy, các chính sách này rất khó để vận hành trong thực tế khi các chương trình bị chậm, kinh phí bị cắt giảm.

Thứ tư: Một số địa phương chậm ban hành kế hoạch, phê duyệt thực hiện chiến lược, tuy nhiên khi ban hành một số địa phương chưa lường hết được những khó khăn khi thực hiện cũng như không đánh giá đúng được thực trạng vấn đề DS/SKSS/KHHGD hiện tại nên trong quá trình triển khai nhiều chỉ tiêu không đạt được, hoặc tỉnh phải ban hành quyết định khác để điều chỉnh chỉ tiêu kế hoạch.

5. Về xã hội hóa, phối hợp liên ngành và hợp tác quốc tế

Vai trò điều phối của Vụ SKBMTE, Tổng cục DS-KHHGD còn gặp nhiều khó khăn vì hiện nay Chiến lược đề cập đến 2 lĩnh vực, do 2 đơn vị làm đầu mối, nếu không có sự trao đổi thường xuyên của 2 đơn vị rất khó để phân khúc được dự án đã triển khai, thu thập số liệu thống kê đầy đủ để đánh giá kết quả thực hiện mục tiêu, chỉ tiêu của Chiến lược.

Trong quá trình triển khai chương trình xã hội hóa (XHH) dịch vụ SKSS/KHHGD và PTTT vẫn còn những khó khăn, thách thức. Một mặt do nhận thức của người dân còn hạn chế, họ chưa dễ chấp nhận mô hình chi trả tiền túi khi sử dụng PTTT sau một thời gian dài chương trình này vẫn được Nhà nước bao cấp, người dân được sử dụng miễn phí. Do vậy dẫn đến tình trạng nhiều địa phương khi triển khai chương trình cung cấp PTTT miễn phí người dân sẵn sàng sử dụng nhưng khi chuyển sang hình thức tiếp thị, sử dụng mất tiền người dân đã không sử dụng. Một số địa phương mức sinh có chiều hướng tăng trở lại cũng vì nguyên nhân này (như Lào Cai, TFR năm 2015 tăng mạnh). Mặt khác, trong quá trình triển khai XHH, còn thiếu tính đồng bộ, tính thống nhất về cơ chế, chính sách, chỉ đạo điều hành nên các địa phương còn “lúng túng” khi triển khai. Có địa phương (như Kon Tum) tỉnh đã có trụ sở, có cơ cấu tổ chức, chức năng, nhiệm vụ của đơn vị cung cấp dịch vụ nhưng T.Ư lại chưa có hướng dẫn về việc tiếp nhận kênh cung cấp, kênh phân phối các PTTT nên tỉnh cũng chưa có cơ sở pháp lý triển khai thực hiện. Mặt khác, do thiếu nhân lực nên nhiều địa phương cũng chưa thể thành lập đơn vị chuyên trách để cung cấp dịch vụ này.

Chương trình DS, SKSS, KHHGD là hoạt động phối hợp liên ngành, cần có sự chung tay, góp sức của cả hệ thống chính trị và toàn xã hội. Một mình ngành Y tế khó thực hiện thành công chương trình DS, do vậy sự vào cuộc của các cấp, các ngành là điều kiện tiên quyết quyết định

thành công. Tuy nhiên, hiện nay kinh phí ngày càng cắt giảm đã ảnh hưởng đến quá trình lồng ghép trong triển khai thực hiện. Trong những năm 2011-2013, ngành DS đều có ký hợp đồng trách nhiệm, kèm theo đó là các khoản kinh phí để triển khai các hoạt động. Tuy nhiên, năm 2014, 2015, khi chương trình bị cắt giảm nhiều, các địa phương đã bỏ “thủ tục” ký hợp đồng trách nhiệm vì “không có kinh phí” nên chuyển hướng sang việc giao nhiệm vụ từ cấp ủy chính quyền (các ngành phải thực hiện chương trình DS-KHHGĐ như là nhiệm vụ “chính trị” do cấp ủy, chính quyền giao). Các tỉnh vẫn triển khai thực hiện nhưng là lồng ghép vào hoạt động cụ thể, không có chương trình độc lập.

➤ **Việc phối kết hợp giữa các đơn vị trong ngành đôi khi còn chưa hiệu quả**

Sự vào cuộc của các đơn vị sở, ngành địa phương còn hạn chế, nhiều tỉnh nguồn lực kinh phí không có, không có sự chỉ đạo của UBND tỉnh nên ngành Y tế không huy động được sự vào cuộc của các ngành. Các ngành vẫn tham gia phối hợp nhưng không triển khai hoạt động.

Một số bất cập trong phối kết hợp giữa DS và y tế trong thực hiện chương trình KHHGĐ: Mặc dù ngành DS và ngành Y tế đã phối hợp tốt trong thực hiện chương trình KHHGĐ, hiện nay vẫn còn một số vướng mắc liên quan đến việc chi trả chưa thoả đáng cho việc thực hiện dịch vụ KHHGĐ. Ví dụ mức giải quyết bồi thường cho những người bị thất bại vì sử dụng BPTT còn ít, chi phí thực hiện dịch vụ kỹ thuật chưa được thanh toán đầy đủ, yêu cầu ngành Y tế phải chi trả cho phí tiêu hao trang thiết bị y tế.

6. Về đầu tư tài chính

➤ **Đối với chương trình DS-KHHGĐ**

Từ khi có Nghị quyết T.Ư 4 (Khóa VII), kinh phí đầu tư cho công tác DS-KHHGĐ tăng lên gấp nhiều lần so với giai đoạn trước (năm sau

cao hơn năm trước). Tuy nhiên, trong quá trình thực hiện giai đoạn 1 của Chiến lược (2011-2015), 3 năm đầu (2011-2013) nguồn kinh phí tuy có cắt giảm nhưng vẫn được duy trì ổn định về số lượng, thời gian phân bổ kịp thời. Năm 2013, kinh phí cho công tác DS là 847 tỷ đồng (thấp hơn năm 2012 gần 123 tỷ đồng) và năm 2014 kinh phí cho công tác DS-KHHGĐ chỉ có 547 tỷ (giảm 300 tỷ đồng, bằng 65% so với năm 2013). Tuy nhiên, đến năm 2014, 2015, kinh phí CTMTQG tiếp tục bị cắt giảm mạnh, kinh phí phân bổ chậm, trong bối cảnh người dân vẫn chưa chuyển đổi thói quen bao cấp về PTTT và dịch vụ KHHGĐ, cơ chế thúc đẩy XHH đã và sẽ tiếp tục ảnh hưởng đến kết quả chương trình, nhất là khi đến năm 2016, DS-KHHGĐ không còn là CTMTQG.

Tại địa phương, nhiều tỉnh/TP đã bổ sung nguồn kinh phí để triển khai thực hiện Chương trình DS-KHHGĐ. Tuy nhiên, mức bổ sung còn chưa vững chắc, theo sự vụ, theo công việc cụ thể, phát sinh, việc đầu tư còn phụ thuộc vào mối quan hệ cá nhân, chưa căn cứ vào nhu cầu thực tế. Do đó, mức độ bổ sung kinh phí có sự chênh lệch rất lớn giữa các năm tại cùng một địa phương. Hiện tại, trong cả nước duy nhất có Nam Định hàng năm tỉnh không bổ sung kinh phí cho chương trình DS từ ngân sách địa phương.

➤ **Đối với chương trình chăm sóc sức khỏe sinh sản**

Năm 2014, đầu tư của Nhà nước cho dự án mục tiêu quốc gia bị cắt giảm trên 50% so với kế hoạch ban đầu trong khi nguồn lực hỗ trợ của các tổ chức quốc tế (Liên Hợp quốc, phi chính phủ, song phương, đa phương) cho công tác CSSKSS ngày càng giảm, ảnh hưởng đến việc thực hiện các mục tiêu thiên niên kỷ cũng như mục tiêu của Chiến lược.

7. Về đào tạo, nghiên cứu khoa học và thông tin số liệu

➤ Về đào tạo

• Đối với vấn đề DS-KHHGD

Cơ sở đào tạo của ngành DS còn thiếu, từ trước đến nay công tác đào tạo do Trung tâm Đào tạo, Bồi dưỡng cán bộ công chức (Tổng cục DS-KHHGD) và Viện Dân số và Các vấn đề xã hội (Trường Đại học Kinh tế quốc dân) đảm nhiệm nhưng qui mô còn nhỏ. Hiện cả nước chỉ có 1 cơ sở đào tạo của ngành tại Lâm Đồng, cơ sở này mới chỉ đào tạo bồi dưỡng cho cán bộ cấp tỉnh, huyện miền Trung và miền Nam, phía Bắc chưa có cơ sở đào tạo riêng. Ngoài ra, cơ sở đào tạo cán bộ làm công tác DS chưa xây dựng được đội ngũ giảng viên chuyên trách, giảng viên phần lớn là giảng viên kiêm nhiệm hoặc phải mời giảng viên liên ngành nên gặp khó khăn trong việc bố trí thời gian giảng dạy, hạn chế về phương pháp giảng dạy, kéo theo công tác đào tạo chưa đạt hiệu quả cao. Tài liệu đào tạo, bồi dưỡng chuyên môn nghiệp vụ chung cho cán bộ ngành chưa hoàn thiện, chưa có tính hệ thống.

Các chương trình, nội dung đào tạo còn có sự khác biệt giữa các tỉnh, TP. Hầu như các tỉnh, TP có dự án, chương trình nào thì tổ chức tập huấn, đào tạo cho cán bộ, công nhân viên chức, người lao động của tỉnh, huyện, xã, thôn xóm theo nội dung đấy, chưa bám sát vào chức năng, nhiệm vụ của cán bộ, chưa bám sát vào nhu cầu cần thiết phục vụ trong công việc.

Tình trạng cán bộ đi học không đúng theo yêu cầu, sự quan tâm của một số địa phương về đào tạo, bồi dưỡng cũng như chuẩn hoá đội ngũ công chức DS-KHHGD còn hạn chế. Do tình trạng thiếu cán bộ nên nhiều khi địa phương, đơn vị chưa cử được cán bộ tham dự các khoá đào tạo, bồi dưỡng chuyên môn nghiệp vụ theo yêu cầu. Điều này dẫn đến chất lượng đào tạo cho nhóm học viên này thấp. Thành phần học viên còn có sự khác biệt về thâm niên công tác, hiểu biết về lĩnh vực chuyên môn nhất là cộng tác viên DS. Điều

này gây một số khó khăn cho cho việc giảng dạy của giảng viên và tiếp thu của học viên, kéo theo công tác đào tạo chưa thực sự đạt hiệu quả cao.

• Về lĩnh vực CSSKSS

Đào tạo kỹ năng thực hành còn rất hạn chế. Thực tế hiện nay, cơ hội thực hành trên người bệnh rất ít, vì vậy đào tạo kỹ năng cần phải dựa vào đào tạo trên mô hình (tiền lâm sàng). Tuy nhiên, mô hình đào tạo rất thiếu, kể cả hệ thống trường đại học, cao đẳng, trung cấp y (đào tạo chính quy) và các bệnh viện, trung tâm CSSKSS (đào tạo lại). Điều này ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng đào tạo, đặc biệt là đào tạo thực hành và năng lực thực hành cán bộ y tế [27].

➤ Về nghiên cứu khoa học

Trong 5 năm qua, do thiếu kinh phí nên công tác nghiên cứu khoa học chưa được con trọng. Do vậy, Vụ SKBMTE, Tổng cục DS-KHHGD chưa triển khai được đề tài cấp Bộ mà chỉ thực hiện một số nhiệm vụ khảo sát, đánh giá tác nghiệp. Điều này dẫn đến một số vấn đề trọng tâm cần đưa vào nghiên cứu như vô sinh, CSSKSS nam giới, dinh dưỡng, di truyền, dịch tễ học về SKSS như tử vong mẹ và trẻ em, chết chu sinh, vấn đề người già, nâng cao chất lượng DS, di dân, mất cân bằng giới tính khi sinh là những chủ đề mới phát sinh nhưng vẫn chưa được chú trọng để nghiên cứu. Điều này, gây khó khăn không nhỏ cho việc cung cấp bằng chứng, phản biện và tư vấn trong quá trình xây dựng chính sách.

➤ Thông tin số liệu

Hệ thống thông tin đã ngày một hoàn thiện hơn. Hệ thống báo cáo từ xã - huyện - tỉnh – T.Ư đã cung cấp số liệu tương đối hoàn chỉnh với các chỉ số ngày càng toàn diện hơn. Tuy nhiên, hiện nay số liệu thống kê mới chỉ là từ hệ thống cơ sở sở y tế công mà chưa có số liệu thống kê từ hệ thống y tế tư nhân, đặc biệt là số liệu liên quan

đến phá thai và khám thai, sử dụng BPTT hiện đại như BCS, viên uống tránh thai.

Tương tự như thế, nhiều chỉ tiêu đặt ra trong Chiến lược DS-SKSS như các số liệu liên quan đến ung thư vú, cơ sở chăm sóc người cao tuổi, cơ sở cung cấp dịch vụ CSSKSS thân thiện VTN/TN v.v.. chưa có kế hoạch thu thập và báo cáo trong niên giám thống kê y tế hàng năm. Do vậy cần phải có kế hoạch cập nhật hệ thống thông tin y tế và chú trọng những vấn đề như những số liệu nào cần phải thu thập, phục vụ cho mục tiêu gì, có khả thi không trong việc thu thập số liệu và phân tích số liệu.

Còn có sự khác biệt về số liệu của của ngành với số liệu của ngành thống kê. Số liệu chưa chính xác ảnh hưởng đến công tác tham mưu cho cấp ủy, chính quyền trong việc xây dựng chiến lược giai đoạn mới.

8. Về lồng ghép biến dân số vào lập kế hoạch phát triển kinh tế- xã hội chưa trở thành mối quan tâm thường xuyên

Hiện nay chưa có quy định chính thức về yêu cầu lồng ghép biến DS trong kế hoạch phát triển KT-XH các cấp, các ngành. Hệ thống văn bản quy định đã sẵn có nhưng thiếu quy định và hướng dẫn cụ thể cần lồng ghép biến nào của DS. Mặc dù năm 2001 Bộ Kế hoạch và Đầu tư cùng UNFPA đã xuất bản bộ “Tài liệu hướng dẫn phương pháp lồng ghép biến dân số và kế hoạch hóa phát triển bền vững”. Tuy nhiên, bộ tài liệu này cũng mới chỉ là một bộ tài liệu kỹ thuật đơn thuần, chưa trở thành bộ tài liệu hướng dẫn của các bộ, ngành.

Tính thực tiễn và pháp lý đều cho thấy được tầm quan trọng của việc lồng ghép biến DS vào lập kế hoạch phát triển KT-XH. Tuy nhiên, ở Việt Nam hiện chưa có quy định về một “quy trình chuẩn” cho vấn đề này. Do vậy, việc triển khai chương trình, quy định việc lồng ghép biến DS vào quá trình phát triển chưa được kiểm

chứng tính hiệu quả. Nguồn dữ liệu, số liệu về thông tin DS chưa cập nhật, thiếu thống nhất, thiếu chính xác đã ảnh hưởng đến quá trình lồng ghép biến DS vào lập kế hoạch phát triển KT-XH.

III Khuyến nghị

Với Bộ Y tế:

Bộ Y tế cần sớm ban hành văn bản hướng dẫn để các địa phương có căn cứ xây dựng kế hoạch thực hiện đoạn 2 của Chiến lược DS-SKSS Việt Nam giai đoạn 2011-2020. Tiếp tục tham mưu để Bộ Chính trị, Ban Bí thư, Quốc hội và Chính phủ ban hành các văn bản chỉ đạo về công tác DS-KHHGD trong tình hình mới.

Cần tổ chức sơ kết 5 năm triển khai thực hiện giai đoạn 1 của Chiến lược, trên cơ sở đó rút kinh nghiệm, có định hướng triển khai các chương trình, đề án, hoạt động nhằm can thiệp đảm bảo thực hiện các chỉ tiêu, mục tiêu của chiến lược đến năm 2020. Bộ Y tế cần có các đề án riêng thực hiện các mục tiêu, chỉ tiêu còn chung chung, khó lượng hóa và khó thực hiện trong thời qua.

Cần báo cáo Chính phủ xác định các chỉ tiêu, số liệu đầu vào về DS, SKSS để lồng ghép vào các chương trình, kế hoạch phát triển của địa phương.

Với các địa phương:

Lựa chọn các chỉ báo, chỉ tiêu phù hợp trong khi xây kế hoạch thực hiện giai đoạn 2 của Chiến lược. Các địa phương khi xây dựng kế hoạch cần theo cách tiếp cận dựa trên bằng chứng để kịp thời bám sát và giải quyết các vấn đề mới phát sinh trong thực tế.

Trong quá trình xây dựng giai đoạn 2 của Chiến lược cần huy động sự tham gia của nhiều bên liên quan, nhà hoạch định chính sách, chuyên gia tư vấn, các nhà chuyên môn cung cấp dịch vụ SKSS, các tổ chức xã hội để định hướng các chỉ tiêu, mục tiêu cho phù hợp với điều kiện thực tiễn tại mỗi tỉnh, thành phố.

Tùy vào điều kiện thực tế các địa phương phải xây dựng, ban hành văn bản quy phạm pháp luật, chính sách, phù hợp để nâng cao hiệu quả chương trình DS/SKSS/KHHGD.

Kiến nghị chung

Chính sách dân số của Việt Nam cần phải chuyển hướng: từ chỗ chỉ tập trung vào kiểm soát sinh nhằm giảm sinh, sang định hướng chính sách dân số toàn diện (dân số và phát triển). Cần xác định chỉ tiêu nào là chỉ tiêu bắt buộc đưa vào lồng ghép, lập kế hoạch trong quá trình xây dựng chính sách, lập kế hoạch.

KHHGD cần tiếp tục, trọng tâm trong chính sách DS và nhu cầu KHHGD cần ưu tiên cho vùng khó khăn, vùng sâu vùng xa, vùng có mức sinh cao. Cần cân đối nhu cầu tránh thai của từng địa phương để có kế hoạch phân bổ phù hợp. Những địa phương như Lào Cai, Kon Tum người dân còn nghèo, mức sinh cao, chưa có thói quen sử dụng BPTT mất tiền cần duy trì, mở rộng BPTT miễn phí. Những địa phương như TP. Hồ Chí Minh, cần đa dạng loại hình cung cấp dịch vụ, đa dạng hóa phương thức chi trả, nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc SKSS/KHHGD để người dân có cơ hội lựa chọn. Ngoài ra, tại các địa phương có tỷ lệ người di cư lớn cần ưu tiên đối tượng này trong cung cấp dịch vụ KHHGD, CSSKSS và BPTT.

Tiếp tục tăng cường sự cam kết chính trị thông qua khẳng định vai trò của cấp ủy Đảng, cơ quan

trong triển khai thực hiện chính sách DS/SKSS/KHHGD tại địa phương. Đưa công tác DS/SKSS/KHHGD thành một nội dung quan trọng, thường xuyên trong chương trình hành động của các cấp ủy đảng, chính quyền.

Mô hình tổ chức bộ máy làm công tác DS/SKSS/KHHGD cần nhanh chóng ổn định tại các tuyến. Ban hành các chính sách tuyển dụng sớm, phù hợp để thu hút nhân lực có chất lượng cho mạng lưới các đơn vị làm công tác DS/SKSS/KHHGD tại các địa phương.

Tăng cường truyền thông, giáo dục chuyển đổi hành vi về DS/SKSS/KHHGD nhằm nâng cao nhận thức của người dân trong thực hiện chính sách của Nhà nước về lĩnh vực DS, SKSS, KHHGD. Các hình thức tổ chức truyền thông cần đa dạng; thông điệp truyền thông cần chuyển đổi cho phù hợp với điều kiện văn hóa xã hội, thực trạng DS của từng tỉnh, TP. Nội dung thông điệp, ngôn ngữ cần phù hợp với văn hóa địa phương và đặc điểm của đối tượng truyền thông. Nội dung, thông điệp cần bám sát những vấn đề DS mới phát sinh như nâng cao chất lượng DS, DS vàng, già hóa DS, di cư.

Bố trí ngân sách của địa phương, tăng cường XHH công tác DS/SKSS/KHHGD, huy động nguồn lực của cá nhân, gia đình, cộng đồng để tăng đầu tư cho chương trình DS/SKSS/KHHGD nhất là các vùng đông dân có mức sinh cao và các vùng khó khăn./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 Bộ Chính trị (2005), *Nghị quyết 47-NQ/TW về Tiếp tục đẩy mạnh thực hiện chính sách DS-KHH-GD.*
- 2 Bộ Y tế (2016), *Quyết định số 7618/QĐ-BYT ngày 30/12/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc phê duyệt Đề án Chăm sóc sức khỏe người cao tuổi giai đoạn 2017-2025.*
- 3 <https://news.zing.vn/moi-ngay-co-hon-90-tre-em-viet-nam-duoi-5-tuoi-tu-vong-post608990.html>
- 4 https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyết-dinh-2351-QĐ-BYT-xa-hoi-hoa-cung-cap-dich-vu-ke-hoach-hoa-gia-dinh-suc-khoe-sinh-san-2016-314145.aspx#_ftn4
- 5 <http://mch.moh.gov.vn/trang-tinh/chuc-nang-nhiem-vu.html>
- 6 Tổng cục Thống kê (2014), *Niên giám Thống kê y tế 2014.*
- 7 Tổng cục DS-KHHGD, *Chuyển đổi nhân khẩu học và những vấn đề đặt ra đối với công tác Dân số hiện nay.*
- 8 Tổng cục Thống kê, *Điều tra biến động dân số và KHHGD năm 2013, 2015.*
- 9 Tổng cục DS-KHHGD (2015), *Báo cáo tổng kết 5 năm thực hiện chương trình mục tiêu Quốc gia DS-KHHGD.*
- 10 Tổng cục DS-KHHGD (2012), *Báo cáo kết quả thực hiện mô hình tư vấn và khám sức khỏe tiền hôn nhân 2007-2012.*
- 11 Tổng cục DS-KHHGD (2015), *Báo cáo tổng kết công tác DS-KHHGD.*
- 12 Tổng cục DS-KHHGD; Quỹ Dân số liên hiệp quốc (2011), *Dân số học (tài liệu bồi dưỡng nghiệp vụ DS-KHHGD), Hà Nội 2011.*
- 13 Ủy ban Quốc gia Dân số và Kế hoạch hóa gia đình (1999), *Báo cáo nghiên cứu đánh giá tình hình thực hiện Chiến lược dân số năm 1993.*
- 14 Ủy ban Thường vụ Quốc hội (2003), *Pháp lệnh Dân số Việt Nam.*

PHƯƠNG THỨC CUNG CẤP DỊCH VỤ BÁC SĨ GIA ĐÌNH VÀ CHI PHÍ CÁC DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH DO BÁC SĨ GIA ĐÌNH CUNG CẤP TẠI MỘT SỐ NƯỚC TRÊN THẾ GIỚI

ThS. Nguyễn Việt Hà¹⁵, ThS. Vũ Thúy Nga¹⁶

Đặt vấn đề

Mô hình Bác sĩ gia đình (BSGD) bắt đầu xuất hiện từ những năm 1960 nhằm đáp ứng với sự thay đổi trong mô hình bệnh tật và nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế của người dân ở các nước phát triển như Anh, Mỹ. Với những thế mạnh của mình, mô hình này đã cho thấy hiệu quả trong việc tăng cường khả năng tiếp cận và nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe cho người dân với mức chi phí vừa phải ở nhiều nước trên thế giới, kể cả các nước đang phát triển.

Theo thời gian, mô hình BSGĐ đã được chấp nhận ngày càng rộng rãi hơn trên toàn thế giới như một chuyên ngành chăm sóc sức khỏe ban đầu cung cấp các dịch vụ chăm sóc y tế chất lượng cao với một mức chi phí hợp lý, hiệu quả. Đến năm 1995, đã có 56 nước phát triển và áp dụng chương trình đào tạo chuyên khoa này. Năm 1972, Hiệp hội BSGĐ toàn cầu đã được thành lập (gọi tắt là WONCA) và cho đến nay đã có gần 100 quốc gia thành viên.

Bài viết này giới thiệu về phương thức cung cấp dịch vụ của BSGĐ và chi phí các dịch vụ khám chữa bệnh do BSGĐ cung cấp tại một số nước trên thế giới.

Từ khóa: phương thức cung cấp, dịch vụ khám chữa bệnh, bác sĩ gia đình, thế giới

1. Phương thức cung cấp dịch vụ của Bác sĩ gia đình

Tại Mỹ, hầu hết các BSGĐ làm việc ở phòng khám dù họ cũng có thể cung cấp dịch vụ tại bệnh viện, nhà điều dưỡng, trung tâm y tế cộng đồng, trung tâm chăm sóc khẩn cấp, các khoa cấp cứu và trường học. Xu hướng hiện nay là các bác sĩ cùng làm việc với nhau tạo thành những nhóm để cung cấp dịch vụ. Tham gia vào nhóm này có nhiều lợi ích đối với BSGĐ: có nhiều thời gian nghỉ ngơi hơn, giảm thời gian làm việc ngoài giờ và trút bỏ được áp lực kinh doanh khi lập phòng

khám riêng (các phòng khám hoạt động như một doanh nghiệp nhỏ và chủ yếu tập trung ở khu vực nông thôn, vùng sâu, vùng xa). Thêm vào đó, nhóm này giúp xây dựng một lượng lớn bệnh nhân nhanh hơn so với việc lập phòng khám riêng. Hầu hết các phòng khám BSGĐ đều mở cửa trong giờ làm việc từ thứ hai đến thứ sáu nhưng một số phòng khám vẫn mở đến tận tối để đáp ứng nhu cầu của bệnh nhân. Bởi vì mọi người có thể có câu hỏi liên quan đến sức khỏe bất cứ lúc nào, ngày hay đêm nên BSGĐ phải thường trực điện thoại. Trong nhóm liên kết, các

¹⁵ Khoa Xã hội học y tế, Viện Chiến lược và Chính sách y tế

¹⁶ Tạp chí Chính sách y tế

cuộc hẹn được sắp xếp theo lịch nên các bác sĩ luân phiên trả lời để không ai phải trực cả ngày. Khi đến lượt trực luân phiên, làm việc vào ban đêm và cuối tuần là điều bắt buộc. Còn bác sĩ mở phòng khám riêng thường phải trực điện thoại cả ngày lẫn đêm. Điều này khiến họ khó có thể dành thời gian cho gia đình vào buổi tối hay đi nghỉ. Tạp chí Kinh tế y tế của Hoa Kỳ đã chỉ ra rằng các BSGĐ thường dành từ 50 đến 55 giờ mỗi tuần để chăm sóc bệnh nhân. Họ dành nhiều thời gian cho các hoạt động liên quan đến bệnh nhân hơn bất cứ chuyên ngành nào khác [2]. Theo trường Đại học Y khoa Washington, BSGĐ làm việc trung bình 50,8 giờ/tuần gồm 41,3 giờ trực tiếp chăm sóc bệnh nhân và 9,5 giờ dành cho việc hành chính, văn thư và nhiệm vụ khác. Trung bình một tuần BSGĐ có 90 lần thăm bệnh nhân và khám cho các bệnh nhân đang nằm viện... BSGĐ thường rất bận rộn và thường xuyên có bệnh nhân gọi đến đặc biệt là những người cung cấp dịch vụ sản khoa và nhi khoa [2].

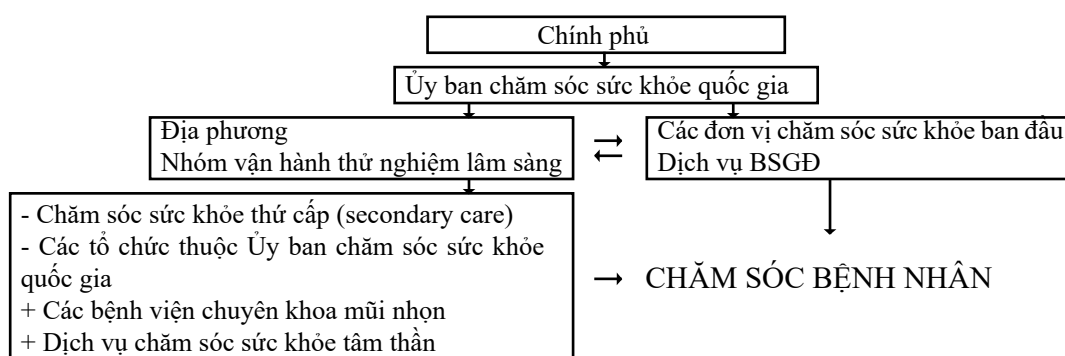
Tại Anh, khoảng một nửa số BSGĐ làm việc độc lập và cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu và các dịch vụ khác theo thỏa thuận với khách hàng. Khi bác sĩ thành lập phòng khám họ phải tự kinh doanh doanh nghiệp nhỏ của mình như quản lý nhân viên, đầu tư cơ sở vật chất và trang thiết bị. Cũng như các nước khác, BSGĐ là người đầu tiên khi người dân tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Trung bình mỗi năm một bệnh nhân đến gặp bác sĩ của họ để tham vấn sức khỏe khoảng 5,5 lần. Nhưng trong 20 trường hợp sau

khi tham vấn chỉ có 1 ca phải chuyển lên tuyến trên. Những trường hợp còn lại được giải quyết tại phòng khám BSGĐ, nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu tốt. Để làm điều này BSGĐ phải có sự am hiểu toàn bộ về bệnh nhân vì họ không chỉ chăm sóc bệnh nhân khi bị bệnh mà còn theo dõi sức khỏe của họ suốt đời [1]. Kể từ tháng 1/2015, một số BSGĐ sẽ chấp nhận những bệnh nhân đăng kí ở ngoài phạm vi quản lý của họ để tạo điều kiện thuận lợi hơn cho bệnh nhân chẳng hạn họ có thể đăng kí gần nơi làm việc hay gần trường con của họ đang theo học [1].

Tính đến năm 2014, ở Anh hiện có hơn 36.000 BSGĐ đang làm việc tại hơn 8.300 phòng khám và có khoảng 97% dân số đăng kí dịch vụ BSGĐ để chăm sóc sức khỏe.

Bệnh nhân đăng kí BSGĐ theo sự lựa chọn tại khu vực họ sinh sống và thông thường thì cả gia đình cùng đăng kí cùng một bác sĩ. Trung bình mỗi bác sĩ quản lý sức khỏe cho một bệnh nhân trong 12 năm. Tại Anh, mỗi năm BSGĐ thực hiện khoảng 300 triệu ca tư vấn, 82% trong số đó tư vấn các cuộc phẫu thuật và 4% tư vấn tại nhà bệnh nhân. 70% thời gian làm việc ngoài giờ của BSGĐ dành tiếp xúc với bệnh nhân trong khi hơn 20% thời gian còn lại làm công việc quản lý. Hiện nay các phòng khám thường làm việc từ 8 giờ sáng đến 6 rưỡi chiều vào các ngày làm việc trong tuần. Mặc dù đang có đề nghị thay đổi thời gian cung cấp dịch vụ từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối cả 7 ngày trong tuần.

Mô hình chăm sóc sức khỏe ở Anh như sau:



Tại Cuba: Trong hệ thống y học gia đình hiện hành của Cuba, công việc của BSGĐ thường gắn với các phòng khám đóng gần nơi họ sinh sống. Các phòng khám này giải quyết khoảng 80% các vấn đề sức khỏe của người dân. Tại đây, 1 BSGĐ cùng với 1 điều dưỡng phục vụ khoảng 700 đến 800 người hoặc 150 gia đình sống quanh phòng khám. Các bác sĩ và y tá sống ở những khu nhà liền kề phòng khám có nhiệm vụ phòng bệnh và điều trị bệnh. Vào buổi sáng, các bác sĩ thường tiếp bệnh nhân tại phòng khám và buổi chiều họ đến tận nhà của những bệnh nhân có nhu cầu chăm sóc cấp tính, phục hồi chức năng bệnh mạn tính hay phòng ngừa ban đầu.

Bệnh nhân có các nhu cầu ngoài phạm vi của các phòng khám này sẽ được chuyển đến các phòng khám chuyên khoa. Các phòng khám chuyên khoa cung cấp dịch vụ chăm sóc đặc biệt bao gồm các nhóm liên ngành: nhi khoa, nội khoa, điều dưỡng, công tác xã hội, nha khoa, vật lý trị liệu và các chuyên ngành sâu như tim mạch, phổi, mắt, nội tiết, da liễu và tâm thần học. Có khoảng 440 phòng khám chuyên khoa khắp Cuba và mỗi phòng khám này phục vụ từ 30 đến 40 phòng khám y học gia đình. Thậm chí, nhiều BSGĐ dành một buổi/tuần đưa bệnh nhân của mình tới gặp các bác sĩ chuyên khoa tại các phòng khám chuyên khoa. Điều này giúp cập nhật thông tin liên tục của bệnh nhân và xây dựng mối quan hệ giữa BSGĐ và các bác sĩ chuyên khoa và giúp cả bệnh nhân, BSGĐ và bác sĩ chuyên khoa học hỏi lẫn nhau [9].

Ở Ireland, hiện có khoảng 2.500 BSGĐ hoạt động độc lập, làm việc theo nhóm, làm tại các trung tâm chăm sóc ban đầu và các cơ sở y tế trên khắp đất nước. Các BSGĐ đóng vai trò trung tâm trong hệ thống chăm sóc sức khỏe và thường là nhân viên y tế đầu tiên mà bệnh nhân tìm đến khi họ cảm thấy không khỏe. BSGĐ cung cấp các dịch vụ đa dạng cho bệnh nhân khi họ có các vấn đề liên quan đến sức khỏe hoặc có thể chuyển

bệnh nhân đến các bác sĩ chuyên khoa hay các nhân viên tư vấn ở các bệnh viện nếu điều đó là cần thiết. BSGĐ có vai trò quan trọng trong chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng, là người chăm sóc cho mọi người từ khi sinh ra, trong thời thơ ấu, cho đến khi già và chăm sóc cuối đời [9].

Tại Canada, theo nghiên cứu của Viện Thông tin Y tế Canada, 53% các bác sĩ ở Canada là BSGĐ. Theo kết quả khảo sát bác sĩ quốc gia năm 2007, các BSGĐ ở Canada làm việc trung bình 49,8 giờ/tuần; thời gian chăm sóc bệnh nhân là 29,8 giờ/tuần và thêm 3,6 giờ chăm sóc bệnh nhân thông qua các hoạt động giảng dạy [3].

Tại Brazil: Giống như tại Cuba, ở Brazil BSGĐ đóng một vai trò quan trọng trong hệ thống chăm sóc sức khỏe. Được hình thành từ năm 1994, chương trình Y học gia đình (hiện đã đổi tên là Chiến lược Y học gia đình) được xác định là chiến lược chăm sóc sức khỏe ban đầu nhằm cung cấp đầy đủ các dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cho người dân không chỉ ở các cơ sở y tế mà còn tại hộ gia đình. Tính đến năm 2014, Brazil đã thành lập được 40.000 đội y học gia đình chăm sóc sức khỏe cho khoảng 120 triệu dân tương đương với 62% dân số Brazil. Hạt nhân của mỗi đội gồm BSGĐ, 2 điều dưỡng, 6 cộng tác viên y tế cộng đồng. Đội y học gia đình quản lý dân cư theo khu vực địa lý nhất định trong khoảng 1.000 hộ gia đình tương đương với 4.500 dân. Vì vậy, không có sự chồng chéo giữa các khu vực. Mỗi cộng tác viên y tế cộng đồng phụ trách khoảng 150 hộ gia đình, họ có trách nhiệm mỗi tháng một lần phải ghé thăm từng hộ gia đình bất kể có được yêu cầu hay không để cập nhật thông tin các cá nhân trong hộ. Trong mỗi lần, họ yêu cầu lập các hoạt động chăm sóc sức khỏe... Họ có thể hỏi các thành viên của hộ gia đình tại sao bỏ các cuộc hẹn và giúp sắp xếp một lịch mới, kiểm tra đơn thuốc cho dù bệnh nhân đang dùng thường xuyên, hỏi về thay đổi trong gia đình và xác định các dấu hiệu nguy cơ:

bạo lực, ruồng rẫy, sử dụng ma túy và các vấn đề khác. Họ cũng tích cực tìm hiểu các yếu tố nguy cơ như hút thuốc và triệu chứng các bệnh mạn tính thường gặp như tăng huyết áp, tiểu đường. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng hiệu quả YHGD đã cải thiện sức khỏe của trẻ em, trong đó giảm tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh đặc biệt giảm tỷ lệ tử vong do bệnh tiêu chảy và hô hấp gây ra; ở người lớn giảm tỷ lệ tử vong do các bệnh liên quan đến tim mạch và mạch máu não, giảm tỷ lệ nhập viện do cấp cứu và giảm tỷ lệ biến chứng do một số bệnh mạn tính như tiểu đường [6].

Tại Thổ Nhĩ Kỳ: Nước này đã ban hành Luật Thí điểm triển khai Y học gia đình và đã được thông qua vào năm 2004. Luật này cho phép các BSGĐ được phép tạm nghỉ cơ sở công lập để làm BSGĐ độc lập, theo chế độ thanh toán định suất. Ở đô thị, có hệ thống đăng kí công khai, mỗi người dân đều được phép chọn BSGĐ cho riêng mình. Ở vùng ven đô sự lựa chọn ít hơn nên người dân được bố trí BSGĐ cụ thể cho từng khu vực mà mình sinh sống. Một phần của việc thanh toán theo định suất được chi trả trên cơ sở đạt tiêu chuẩn hiệu suất, trong đó bao gồm việc đạt được mức quy định về tỷ lệ tiêm chủng, khám thai và các lần chuyển tuyến. Nếu số lần chuyển tuyến càng cao thì điểm đạt được càng thấp. Những lợi ích kể từ khi triển khai Luật Thí điểm y học gia đình là rất lớn, nhiều chỉ số y tế đã giảm nhanh chỉ trong một thời gian ngắn: Tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh/1000 trẻ đẻ sống giảm từ 38 năm 2000 xuống còn 7,7 năm 2011; Tỷ lệ tử vong trẻ dưới 5 tuổi giảm từ 44 (2000) xuống còn 11,3 (2011); Tỷ lệ tử vong mẹ/100.000 trẻ đẻ sống giảm mạnh từ 70 (2000) xuống còn 15,5 (2011) [7].

2. Chi phí các dịch vụ khám chữa bệnh do BSGĐ cung cấp

Tại Ireland, nếu BSGĐ giới thiệu bệnh nhân đến một bệnh viện công để chụp X quang hoặc xét nghiệm máu hoặc trong tình huống cấp cứu

thì bệnh nhân sẽ không bị tính phí cho các dịch vụ tại bệnh viện. Nếu BSGĐ giới thiệu bệnh nhân tự đến dù trong tình trạng cấp cứu mà không có giấy giới thiệu của BSGĐ thì sẽ bị tính phí các dịch vụ. Các cá nhân hoặc gia đình được cấp thẻ “Khám bệnh dịch vụ BSGĐ” (GP visit card) thì sẽ được miễn phí khi BSGĐ đến nhà của họ. Nhưng họ cũng chỉ miễn phí dịch vụ khám bệnh, còn lại bệnh nhân hoặc khách hàng phải trả tiền cho việc kê đơn thuốc, chi phí các loại thuốc theo quy định và các dịch vụ khác như những người không có thẻ y tế (Medical card). Thẻ này cũng không chi trả các dịch vụ khám chữa bệnh ngoài giờ. Điều kiện để được cấp thẻ khám bệnh dịch vụ BSGĐ phải thường trú ở Ireland, hiện đang sống ở đó và tiếp tục sống trong vòng 1 năm nữa và căn cứ vào mức thu nhập [10]. Chính phủ Ireland cũng vừa ban hành quyết định từ mùa hè năm 2015, tất cả trẻ em dưới 6 tuổi và những người trên 70 tuổi sẽ được miễn phí các dịch vụ do BSGĐ cung cấp [10].

Tại Pháp, hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu bao gồm một mạng lưới với khoảng 23.000 BSGĐ (tỷ lệ 1BSGĐ/2.600 dân). Phần lớn là các bác sĩ tư, họ làm việc một mình hoặc hoạt động theo nhóm. Người dân có quyền tự lựa chọn BSGĐ nếu họ muốn và đăng ký với bác sĩ đó như bác sĩ cá nhân của họ. Người dân cũng có thể nhận được sự tư vấn từ bất kỳ bác sĩ khác mà họ muốn nhưng chỉ có bác sĩ mà họ đã đăng ký được ủy quyền để chuyển bệnh nhân đến bác sĩ chuyên khoa hoặc đến nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe như điều dưỡng, vật lý trị liệu... để điều trị tiếp trong hệ thống chăm sóc sức khỏe [12].

Hầu hết các trường hợp, bệnh nhân phải trả một khoản phí chung cho bất kỳ chuyên thăm khám của BSGĐ. Năm 2012, khoản phí này là 23 euro cho mỗi lần BSGĐ thăm khám vào bất kể thời gian nào nhưng chi phí sẽ cao hơn khi phẫu thuật vào ban đêm hoặc vào cuối tuần hay

dịch vụ BSGĐ đến tận nhà. Phần lớn các chi phí sau đó sẽ được tự động hoàn trả bởi công ty bảo hiểm y tế của nhà nước với mức từ 0 đến 6 euro cho mỗi lần thăm khám thông thường. Số tiền này tùy thuộc vào loại bảo hiểm y tế mà người đó đăng kí và độ tuổi hay tình trạng bệnh. [12]

Hầu như tất cả các bác sĩ ở Pháp “buộc phải đăng kí” tức là họ phải ký một hợp đồng với các chương trình bảo hiểm y tế quốc gia để cung cấp dịch vụ của họ trong khuôn khổ của các dịch vụ y tế quốc gia, theo bảng giá thỏa thuận trên toàn quốc. Cũng như ở Canada, chi phí một lần khám bệnh do BSGĐ thực hiện thấp hơn so với phí trả cho bác sĩ chuyên khoa. Và giống như ở Ireland, nếu bệnh nhân được BSGĐ giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa thì sẽ được BHYT thanh toán hoàn toàn. Ngược lại, nếu họ đến gặp bác sĩ chuyên khoa thì chi phí lần khám đó sẽ chỉ được hoàn trả theo mức phí của BSGĐ. Cả BSGĐ và bác sĩ chuyên khoa có thể giới thiệu bệnh nhân vào điều trị tại bệnh viện nếu điều đó theo họ là cần thiết và trong khuôn khổ chi trả của hệ thống dịch vụ y tế. Họ cũng có thể chuyển bệnh nhân đến bệnh viện công hay phòng khám tư nhân nếu họ thấy phù hợp nhất cho việc điều trị hoặc được cung cấp dịch vụ nhanh nhất. Trong hệ thống y tế của Pháp bệnh nhân chỉ phải trả một tỷ lệ rất nhỏ so với tổng chi phí khi họ điều trị tại bệnh viện. Mức phí nhiều nhất mà bệnh nhân phải trả là 18

euro viện phí mỗi ngày. Phần lớn các trường hợp, phần chi phí còn lại do các chương trình BHYT nhà nước và các chương trình y tế khác chi trả. Cũng như nhiều nước khác, các chương trình bảo hiểm y tế nhà nước ở Pháp ngày càng khó do chủ yếu từ nguồn ngân sách nhà nước. Dân số ngày càng già hoá, bùng nổ các chi phí chăm sóc sức khoẻ do gia tăng kỳ vọng và phát triển nhiều kỹ thuật đắt đỏ, tiền thuốc làm tình trạng thêm trầm trọng. Mức bồi hoàn đã giảm trong những năm gần đây và một số đóng góp tăng lên [12].

Tại Thụy Điển: Hiện nay ở Thụy Điển, phí trung bình cho một lần thăm khám BSGĐ là 250 krona (tương đương với 15 đô la đến 40 đô la Canada). Có sự khác biệt nhỏ giữa các địa phương trong toàn quốc nhưng khoảng cách giữa chi phí thấp nhất và chi phí cao nhất không quá 20%. Đồng chi trả đã trở thành bộ phận không thể thiếu trong hệ thống chăm sóc sức khoẻ ở Thụy Điển [5].

Tại Anh: Ở đảo Jersey (thuộc Vương quốc Anh), có quy định rất rõ về chi phí khám bệnh ngoài giờ của BSGĐ đối với người dân địa phương và chi phí với khách du lịch hoặc những người làm việc theo mùa vụ. Theo đó, chi phí dành cho người địa phương (có BHYT) thấp hơn so với khách du lịch hay lao động làm việc theo mùa vụ [11].

Dịch vụ	Người địa phương (có BHYT)	Khách du lịch/ Lao động theo mùa vụ
BSGĐ tư vấn lâm sàng	45.77 bảng	66.05 bảng
BSGĐ đến khám tại nhà từ 8am đến 11pm	91.26 bảng	111.54 bảng
BSGĐ đến khám tại nhà từ 11pm đến 8am	114.53 bảng	134.81 bảng
Tư vấn qua điện thoại	Miễn phí	Miễn phí

Theo kết quả khảo sát vào tháng 5/2014 của Văn phòng kiểm toán Vương quốc Anh, trong năm 2013-2014, ước tính có 5,8 triệu ca đã sử dụng dịch vụ BSGĐ ngoài giờ; có khoảng 800 ngàn ca BSGĐ đến khám tại nhà ngoài giờ hành chính; tổng chi phí khám ngoài giờ BSGĐ là 400 triệu bảng. Nhóm nghiên cứu cũng ước tính chi phí trung bình của mỗi người sử dụng dịch vụ BSGĐ ngoài giờ là 7,5 bảng; 66% người dân đã sử dụng dịch vụ BSGĐ đánh giá là “rất tốt” và “khá tốt”; 90% các ca khẩn cấp được BSGĐ tham vấn trực tiếp trong vòng 2 tiếng sau khi họ nhận được thông tin của người bệnh.

Tại Canada, trung bình mỗi lần người dân đi khám bệnh phải trả 54 đôla trong khi giá khám chuyên khoa trung bình là 74 đôla, giá khám BSGĐ trung bình là 40 đôla [30]. Nếu bệnh nhân đến khám tại phòng khám BSGĐ thì sẽ dao động trong khoảng 30 đôla đến 45 đôla, trong khi ở bang British Columbia là 100 đôla. Tuy vậy, giá khám tại phòng khám BSGĐ ở bang này khác nhau tùy thuộc vào tuổi của người bệnh. Một phần chi phí này được hỗ trợ bởi Chương trình dịch vụ y khoa của bang British Columbia (Medical services Plan) với khoản hỗ trợ trung bình là

33,06 đôla, cụ thể với bệnh nhân từ 2-49 tuổi là 29,79 đôla; bệnh nhân trên 80 tuổi là 44,67 đôla [4]. Ở bang British Columbia thông thường một lần khám bệnh nhân cũ cần đến 8 nhân viên y tế (một người trực điện thoại, một thư kí theo dõi bệnh án, một điều dưỡng phân loại bệnh, 1 người đón tiếp, 1 bác sĩ, 1 điều dưỡng, 1 hỗ trợ bệnh nhân trước khi bệnh nhân ra về, 1 kế toán) với tổng thời gian 45 phút. Ở Canada, trong một lần khám chỉ có 3 người gồm bác sĩ, điều dưỡng và nhân viên đón tiếp [4].

Tóm lại, hầu hết các nước đều thực hiện việc chi trả cho BSGĐ thông qua hệ thống BHYT với nhiều hình thức như trả lương cố định, chi trả theo dịch vụ, chi trả theo định suất..., cũng như nhiều hình thức khuyến khích khác.

Tại Việt Nam, để BSGĐ hoạt động có hiệu quả cần xây dựng cơ chế chuyên tuyến, trong đó quy định rõ mối quan hệ giữa BSGĐ và bác sĩ các chuyên khoa khác trong việc tiếp nhận bệnh nhân, phản hồi thông tin và quản lý chăm sóc liên tục. Ngoài ra, cần có cơ chế tài chính và phương thức chi trả phù hợp cho việc cung cấp dịch vụ của BSGĐ để khuyến khích hoạt động của mô hình mới này./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chantal Simon, Hazel Everitt, Françoise van Dorp, Matt Burkes, 2014., *Handbook of General Practice*, Oxford University Press, 4th Edition.
2. Martin JC, Avant RF, Bowman MA, Bucholtz JR, Dickinson JR, Evans KL, et al, 2004. *The future of family medicine: a collaborative project of the family medicine community*, Ann Fam Med,;2(-suppl 1):S3–32.
3. Pamela Fayerman, *Why going to a Canadian family doctor costs far less than in the U.S; the argument for a public, single-payer health system*. The Vancouver sun journal.
4. National Audit Office, 2014. *Out-of-hours GP services in England*, Session 2014-15.
5. Johan Hjertqvist, *User Fees For Health Care In Sweden*, Policy Frontiers, 2002
6. Jame Macinko, Ph.D and Matthew J.Harris, M.B, B.S, D.Phil, 2015, *Brazil's Family health strategy – Delivering community – Based Primary care in a Universal health system*, The New England Journal of Medicine, 372: 2177-2181.
7. Michael Kidd, President of the World Organization of Family Doctor (WONCA), The presentation about Family Medicine, Workshop in Vietnam, 2016.

Website:

8. <http://www.globalfamilydoctor.com/AboutWonca/brief.aspx>. Truy cập lúc 10h46 ngày 6.4.2015
9. Medical Education Cooperation with Cuba, 20 years of family medicine in Cuba, <http://www.jabfm.org/content/18/4/297.full>. Truy cập lúc 9h55 ngày 10.4.2015
10. <http://www.hse.ie/eng/services/list/2/gp/>. Truy cập lúc 15h16 ngày 27.4.2015
11. <http://www.gov.je/Health/DoctorDentist/Doctors/Pages/OutHours.aspx>. Truy cập lúc 14h23 ngày 28.4.2015
12. <http://about-france.com/health-care.htm>. Truy cập lúc 17h03 ngày 30.4.2015

QUY ĐỊNH TỶ LỆ HAO HỤT ĐỐI VỚI VỊ THUỐC CỔ TRUYỀN VÀ VIỆC THANH TOÁN CHI PHÍ HAO HỤT TẠI CÁC CƠ SỞ KHÁM CHỮA BỆNH

ThS.Nguyễn Kim Anh¹⁷

Ngày 16/11/2017 Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 43/2017/TT-BYT quy định tỷ lệ hao hụt đối với vị thuốc cổ truyền và việc thanh toán chi phí hao hụt tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Thông tư này quy định về nguyên tắc xây dựng tỷ lệ hao hụt và hướng dẫn thực hiện, thanh toán bảo hiểm y tế đối với các vị thuốc cổ truyền (gọi tắt là vị thuốc) trong chế biến, bảo quản và cân chia tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (BHYT); áp dụng đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (KCB) có sử dụng vị thuốc phục vụ công tác KCB.

Theo Thông tư 43/2017, tỷ lệ hao hụt các vị thuốc trong quá trình chế biến là tỷ lệ phần trăm mất đi sau khi vị thuốc được chế biến so với khối lượng dược liệu trước chế biến; Tỷ lệ hao hụt các vị thuốc trong quá trình bảo quản và cân chia là tỷ lệ phần trăm mất đi trong quá trình bảo quản và cân chia so với khối lượng vị thuốc ban đầu.

Về nguyên tắc xác định tỷ lệ hao hụt các vị thuốc:

- Danh mục tỷ lệ hao hụt các vị thuốc được xây dựng căn cứ vào bộ phận dùng của dược liệu để xác định tỷ lệ hao hụt dựa trên nguyên tắc những dược liệu, vị thuốc có cùng cấu trúc, bộ phận dùng và phương pháp bào chế, chế biến sẽ có tỷ lệ hao hụt giống nhau hoặc gần giống nhau.
- Tỷ lệ hao hụt được xác định căn cứ vào quá trình chế biến vị thuốc theo đúng thực tế, bảo đảm phù hợp với phương pháp, quy trình chế biến dược liệu, vị thuốc theo quy định tại Thông tư số 30/2017/TT-BYT ngày 11/7/2017

của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn phương pháp chế biến các vị thuốc cổ truyền và tài liệu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã cung cấp.

Quy định tỷ lệ hao hụt tối đa đối với vị thuốc:

Tỷ lệ hao hụt tối đa của các vị thuốc trong quá trình bảo quản và cân chia được xác định theo bộ phận dùng: Bộ phận dùng dạng rễ, thân rễ, quả, hạt, vỏ là 2%; đối với nhóm bộ phận dùng khác còn lại là 3%.

Thông tư này còn ban hành kèm theo Danh mục tỷ lệ hao hụt tối đa của các vị thuốc trong chế biến sử dụng tại các cơ sở khám chữa bệnh (sau đây gọi tắt là danh mục).

Hướng dẫn thanh toán BHYT về tỷ lệ hao hụt vị thuốc

- Tỷ lệ hao hụt tối đa của các vị thuốc trong chế biến, bảo quản và cân chia quy định tại Điều 4 Thông tư này làm căn cứ cho các cơ sở KCB bằng y học cổ truyền tính toán giá dịch vụ KCB và thanh toán BHYT.
- Trong quá trình mua vị thuốc về cơ sở KCB, hóa đơn mua vị thuốc phải thể hiện rõ tình trạng chế biến vị thuốc: ở dạng chưa chế biến, đã sơ chế hoặc đã chế biến để làm căn cứ tính toán và áp dụng danh mục tỷ lệ hao hụt cho phù hợp với thực tế.

¹⁷ Phó trưởng phòng Tổng hợp- Văn phòng Bộ Y tế

- Cơ sở KCB lập danh mục vị thuốc y học cổ truyền theo mẫu tại Phụ lục 01, Thông tư số 05/2015/TT-BYT ngày 17/3/2015 ban hành Danh mục thuốc đông y, thuốc từ dược liệu và vị thuốc y học cổ truyền thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT và gửi cơ quan BHYT, đồng thời cung cấp các tài liệu liên quan đến việc ghi chép theo dõi công tác chế biến vị thuốc của năm trước liền kề (Phụ lục 2- Sổ theo dõi công tác chế biến vị thuốc y học cổ truyền ban hành kèm theo Thông tư số 05/2014/TT-BYT ngày 14/ 02/2014 quy định việc sử dụng dược liệu, vị thuốc y học cổ truyền trong các cơ sở KCB) để xây dựng danh mục vị thuốc trong chế biến, bào chế tại cơ sở KCB.
 - Căn cứ vào tình trạng dược liệu khi cơ sở KCB mua (chưa sơ chế, đã sơ chế, đã phức chế) và yêu cầu sử dụng đối với dược liệu (sơ chế, phức chế), cơ sở KCB xây dựng tỷ lệ hao hụt của vị thuốc sau chế biến theo số liệu hồ sơ của các lô, mẻ chế biến tại đơn vị.
 - Cơ quan bảo hiểm xã hội căn cứ vào phương pháp chế biến, quy trình chế biến dược liệu, vị thuốc, tài liệu cơ sở KCB đã cung cấp để thanh toán tỷ lệ hao hụt theo thực tế trong chế biến nhưng không cao hơn tỷ lệ hao hụt tối đã quy định tại Thông tư này.
 - Thanh toán chi phí hao hụt vị thuốc trong thanh toán BHYT: căn cứ giá mua của vị thuốc theo quy định tại cơ sở KCB (hóa đơn mua dược liệu phải thể hiện rõ tình trạng dược liệu khi mua), tỷ lệ hao hụt của các vị thuốc trong quá trình chế biến thực tế, tỷ lệ hao hụt trong bảo quản và cân chia...
- Ngoài ra, Thông tư này cũng hướng dẫn thực hiện tỷ lệ hao hụt đối với vị thuốc trong chế biến, bảo quản và cân chia.

Thông tư này có hiệu lực từ ngày 01/01/2018.

SỬA ĐỔI THÔNG TƯ 02/2017/TT-BYT VỀ QUY ĐỊNH TỐI ĐA KHUNG GIÁ DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH KHÔNG THUỘC PHẠM VI THANH TOÁN CỦA QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ

Nguyễn Phương Thảo¹⁸

Ngày 16/11/2017 Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 44/2017/TT-BYT về việc sửa đổi Thông tư 02/2017/TT-BYT ngày 15/03/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định mức tối đa khung giá dịch vụ khám, chữa bệnh (KCB) không thuộc phạm vi thanh toán của Quỹ bảo hiểm y tế (BHYT) trong các cơ sở KCB của Nhà nước và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí KCB (sau đây gọi tắt là Thông tư số 02/2017/TT-BYT). Nội dung sửa đổi bao gồm: Sửa đổi khoản 2 Điều 5 Thông tư số 02/2017/TT-BYT và sửa đổi tên, mức giá tối đa của một số dịch vụ quy định tại Phụ lục số III ban hành kèm theo Thông tư số 02/2017/TT-BYT.

Sửa đổi khoản 2 Điều 5 Thông tư số 02/2017/TT-BYT:

1. Số ngày điều trị nội trú được tính theo số ngày thực tế người bệnh được điều trị tại cơ sở KCB:

- a) Trường hợp người bệnh vào viện và xuất viện trong cùng một ngày thì được tính là một ngày điều trị nội trú (Trừ trường hợp người bệnh vào khoa cấp cứu quy định tại điểm e khoản 2 Điều 4 Thông tư số 02/2017/TT-BYT).
- b) Trường hợp người bệnh vào viện ngày hôm trước và ra viện vào ngày hôm sau, thời gian điều trị tại cơ sở KCB từ 04 giờ đến dưới 24 giờ chỉ tính là một ngày điều trị.
- c) Trường hợp người bệnh vào viện và ra viện không thuộc quy định tại điểm a và điểm b

Khoản này thì tính theo nguyên tắc: Người bệnh vào viện buổi sáng (trước 12 giờ sáng) tính 70%, vào viện buổi chiều (sau 12 giờ sáng) tính 50% ngày giường tương ứng.

Người bệnh ra viện buổi sáng (trước 12 giờ sáng) tính 50%, ra viện buổi chiều (sau 12 giờ sáng) tính 70% ngày giường tương ứng, cụ thể tính như sau:

- Trường hợp vào viện sau 12 giờ sáng ngày vào viện và ra viện trước 12 giờ sáng ngày ra viện: tổng số ngày điều trị = (ngày ra - ngày vào);
- Trường hợp vào viện trước 12 giờ sáng ngày vào viện và ra viện trước 12 giờ sáng ngày ra viện hoặc vào viện sau 12 giờ sáng ngày vào viện và ra viện sau 12 giờ sáng ngày ra viện: tổng số ngày điều trị = (ngày ra - ngày vào) + 0,2;
- Trường hợp vào viện trước 12 giờ sáng ngày vào viện và ra viện sau 12 giờ sáng ngày ra viện: tổng số ngày điều trị = (ngày ra - ngày vào) + 0,4;
- d) Thời gian vào viện căn cứ theo giờ vào khoa lâm sàng điều trị ghi trên hồ sơ bệnh án; thời gian ra viện căn cứ theo giờ ghi trong giấy ra viện hoặc giấy chuyển viện.

¹⁸ Văn phòng Bộ Y tế

đ) Trong trường hợp người bệnh chuyển 02 khoa trong cùng một ngày thì mỗi khoa chỉ được tính 1/2 ngày. Trường hợp người bệnh chuyển từ 3 khoa trở lên trong cùng một ngày thì giá ngày giường điều trị nội trú hôm đó được tính bằng trung bình cộng tiền ngày giường tại khoa có thời gian nằm điều trị trên giờ có mức giá tiền giường cao nhất và tại khoa có thời gian nằm điều trị trên giờ có mức giá tiền giường thấp nhất”.

2. Sửa đổi điểm b khoản 3 Điều 6 như sau: “Các dịch vụ kỹ thuật chưa được quy định mức giá tối đa tại các phụ lục kèm theo Thông tư này nhưng đã được xếp tương đương về kỹ thuật và chi phí thực hiện: áp dụng theo mức của các dịch vụ đã được Bộ Y tế xếp tương đương về kỹ thuật và chi phí thực hiện”.

3. Sửa đổi tiết thứ 3 điểm b khoản 7 Điều 6 như sau: “Trường hợp tại cùng một thời điểm người bệnh được truyền nhiều đơn vị máu, đơn vị chế phẩm máu thì bắt đầu từ đơn vị máu hoặc đơn vị chế phẩm máu thứ 2 trở đi cứ phát thêm một đơn vị máu toàn phần hoặc khối hồng cầu hoặc khối bạch cầu thì thanh toán thêm 01 lần định nhóm máu tại giường bệnh theo mức giá dịch vụ có số thứ tự 1301 quy định tại Phụ lục III của Thông tư này. Trường hợp này không phải xác định nhóm máu hệ ABO của người bệnh do người bệnh đó đã được xác định nhóm máu hệ ABO khi truyền đơn vị máu hoặc đơn vị chế phẩm máu thứ nhất”.

4. Sửa đổi điểm b khoản 2 Điều 9 như sau: “Các cơ sở KCB được cơ quan có thẩm quyền phân loại là đơn vị tự bảo đảm một phần chi thường xuyên hoặc đơn vị do ngân sách nhà nước bảo đảm chi

thường xuyên thời điểm thực hiện vào tháng 8, tháng 10 hoặc tháng 12/2017 và phải hoàn thành việc phê duyệt giá dịch vụ KCB trong năm 2017. Trường hợp cơ sở KCB được phê duyệt giá dịch vụ KCB trước ngày 31/12/2017 thì được áp dụng ngay từ thời điểm quyết định giá dịch vụ KCB có hiệu lực thi hành”.

Ngoài ra, Thông tư này cũng sửa đổi tên, mức giá tối đa của một số dịch vụ quy định tại Phụ lục số III ban hành kèm theo Thông tư số 02/2017/TT-BYT.

Thông tư này có hiệu lực thi hành kể từ ngày 01/01/2018.

Mức giá tối đa khung giá dịch vụ KCB quy định tại Thông tư này và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí KCB được thực hiện từ ngày 01/6/2017. Riêng cách tính số ngày điều trị nội trú được tính từ ngày 01/01/2018 trở đi. Thông tư này bãi bỏ một số nội dung quy định tại Thông tư số 02/2017/TT-BYT ngày 15/3/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định mức tối đa khung giá dịch vụ KCB không thuộc phạm vi thanh toán của Quỹ BHYT trong các cơ sở khám KCB của Nhà nước và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí KCB gồm: Khoản 2 Điều 5; Điểm b khoản 3 Điều 6; Tiết thứ 3 điểm b khoản 7 Điều 6; Điểm b khoản 2 Điều 9; Mục có thứ tự số 94, 105, 205, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 744, 745 và 1804 của Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư số 02/2017/TT-BYT./.

BỘ Y TẾ BAN HÀNH DANH MỤC DƯỢC LIỆU ĐỘC LÀM THUỐC

Lê Thị Kim Oanh¹⁹

Ngày 13/11/2017 Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 42/2017/TT-BYT về Danh mục dược liệu độc làm thuốc. Thông tư này quy định nguyên tắc xây dựng, tiêu chí lựa chọn dược liệu độc làm thuốc; Danh mục dược liệu độc làm thuốc và trách nhiệm thi hành.

Nguyên tắc xây dựng và tiêu chí lựa chọn dược liệu vào Danh mục dược liệu độc làm thuốc:

✓ ***Nguyên tắc xây dựng Danh mục dược liệu độc làm thuốc:***

- Bảo đảm an toàn cho người sử dụng;
- Bảo đảm việc tiếp cận thuốc, dược liệu kịp thời cho người sử dụng;
- Phù hợp với thực tế sử dụng, cung ứng dược liệu của Việt Nam;
- Hòa hợp với các nguyên tắc, quy định trong phân loại dược liệu độc làm thuốc của các nước trong khu vực và trên thế giới;
- Phù hợp với các tài liệu y văn về sử dụng dược liệu, kinh nghiệm sử dụng dược liệu độc làm thuốc, cơ sở dữ liệu về dược liệu độc trên thế giới, các bài báo được đăng tải trên các tạp chí khoa học và các tài liệu khác có liên quan.

✓ ***Tiêu chí lựa chọn dược liệu vào Danh mục dược liệu độc làm thuốc:***

Dược liệu đáp ứng các tiêu chí sau xem xét lựa chọn đưa vào Danh mục dược liệu độc làm thuốc:

- Dược liệu được sử dụng làm thuốc có độc tính cao gây ảnh hưởng xấu đến sức khỏe, tính mạng người sử dụng;
- Dược liệu trong quá trình sử dụng có thể gây ra phản ứng có hại nghiêm trọng đã được biết hoặc được Tổ chức Y tế thế giới, cơ quan quản lý có thẩm quyền của Việt Nam hoặc nước ngoài khuyến cáo có thể gây ra phản ứng có hại nghiêm trọng;
- Dược liệu dùng làm thuốc cần phải chú ý đến cách sử dụng, kiểm soát chặt chẽ liều dùng, đối tượng dùng và phải được chế biến theo quy trình nghiêm ngặt, đúng kỹ thuật;
- Dược liệu có phạm vi liều dùng hẹp, phải thận trọng khi dùng, có ảnh hưởng đến việc chẩn đoán và điều trị bệnh cần phải theo dõi lâm sàng;
- Được chỉ định trong điều trị nhất thiết phải có tư vấn và theo dõi của thầy thuốc.

Danh mục dược liệu độc làm thuốc:

Ban hành kèm theo Thông tư này “Danh mục dược liệu độc làm thuốc” bao gồm:

- Danh mục dược liệu độc nguồn gốc thực vật quy định tại Phụ lục I.
- Danh mục dược liệu độc nguồn gốc động vật quy định tại Phụ lục III.

¹⁹ Văn phòng Bộ Y tế

- Danh mục dược liệu độc nguồn gốc khoáng vật quy định tại Phụ lục III.

Mục đích ban hành Danh mục dược liệu độc làm thuốc:

Danh mục dược liệu độc làm thuốc là cơ sở để cơ quan quản lý Nhà nước có thẩm quyền thực hiện quy định về quản lý đối với dược liệu độc trong kinh doanh, đăng ký, ghi nhãn, kê đơn, cấp phát, chế biến, bảo quản, sử dụng, thanh tra, kiểm tra, xử lý vi phạm và các hoạt động khác có liên quan.

Thông tư này có hiệu lực thi hành kể từ ngày 28/12/2017. Thông tư số 33/2012/TT-BYT ngày 28/12/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế về ban hành Danh mục dược liệu có độc tính sử dụng làm thuốc tại Việt Nam hết hiệu lực kể từ ngày Thông tư này có hiệu lực.

Thông tư này cũng quy định trường hợp thuốc chứa bộ phận có độc tính của dược liệu thuộc Danh mục dược liệu độc làm thuốc đã được cấp giấy đăng ký lưu hành còn hiệu lực trước ngày Thông tư này có hiệu lực, cơ sở kinh doanh dược liệu phải phân loại, cập nhật, bổ sung các thông tin trên nhãn, tờ hướng dẫn sử dụng liên quan đến việc phân loại dược liệu theo quy định tại Thông tư này trước khi đưa thuốc ra lưu thông trên thị trường trước ngày 01/01/2018; Trường hợp thuốc chứa dược liệu độc đã nộp hồ sơ đăng ký lưu hành và chưa nộp hồ sơ đăng ký trước ngày Thông tư này có hiệu lực, cơ sở kinh doanh thuốc phải bổ sung các thông tin trên nhãn, tờ hướng dẫn sử dụng liên quan đến việc phân loại dược liệu theo quy định tại Thông tư này./.

BỘ Y TẾ QUY ĐỊNH GÓI DỊCH VỤ Y TẾ CHO TUYẾN CƠ SỞ

Nguyễn Phương Thảo²⁰

Ngày 18/10/2017 Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 39/2017/TT-BYT về việc quy định gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến y tế cơ sở. Thông tư này quy định về gói dịch vụ y tế cơ bản bao gồm các dịch vụ kỹ thuật, thuốc, hóa chất, vật tư để chăm sóc sức khỏe ban đầu, nâng cao sức khỏe, dự phòng và điều trị áp dụng đối với các cơ sở y tế tại tuyến y tế cơ sở (gồm tuyến huyện và tuyến xã) và mọi người dân.

Theo Thông tư này, Gói dịch vụ y tế cơ bản gồm “Gói dịch vụ y tế cơ bản do quỹ bảo hiểm y tế chi trả” và “Gói dịch vụ y tế cơ bản phục vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, dự phòng và nâng cao sức khỏe”:

- “Gói dịch vụ y tế cơ bản do quỹ bảo hiểm y tế chi trả” gồm các dịch vụ kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Phụ lục số I và danh mục thuốc sử dụng tại tuyến xã quy định tại Phụ lục số II ban hành kèm theo Thông tư này áp dụng tại trạm y tế xã, phường, thị trấn và tương đương, phòng khám bác sĩ gia đình độc lập, trạm y tế quân dân y và phòng khám quân dân y (sau đây gọi chung là cơ sở y tế tuyến xã).
- “Gói dịch vụ y tế cơ bản phục vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, dự phòng và nâng cao sức khỏe” gồm các dịch vụ thiết yếu quy định tại Phụ lục số III ban hành kèm theo Thông tư này áp dụng tại trung tâm y tế quận, huyện, thị xã, thành phố thuộc tỉnh (sau đây gọi chung là trung tâm y tế huyện) và các trạm y tế xã, phường, thị trấn để chăm sóc sức khỏe, dự phòng và nâng cao sức khỏe.

- Gói dịch vụ y tế cơ bản được cập nhật định kỳ từ 1-2 năm hoặc đột xuất khi có yêu cầu.

Thanh toán các dịch vụ y tế thuộc “Gói dịch vụ y tế cơ bản do quỹ bảo hiểm y tế chi trả” (Phụ lục số I và Phụ lục số II)

- Người tham gia bảo hiểm y tế khi sử dụng các dịch vụ y tế thuộc gói dịch vụ y tế cơ bản được hưởng quyền lợi theo phạm vi được hưởng và mức hưởng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế và các quy định tại Thông tư này.
- Người tham gia bảo hiểm y tế khi sử dụng các dịch vụ kỹ thuật, thuốc, vật tư y tế và các quyền lợi khác không thuộc gói dịch vụ y tế cơ bản quy định tại Thông tư này tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên toàn quốc được cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế.
- Giá các dịch vụ kỹ thuật được thực hiện theo quy định của pháp luật về giá khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và Thông tư liên tịch số 37/2015/TTLT-BYT-BTC ngày 29/10/2015 của Bộ Y tế và Bộ Tài chính về quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc.
- Giá thuốc, vật tư y tế được thực hiện theo quy định của pháp luật về đấu thầu mua thuốc, vật tư y tế.

²⁰ Văn phòng Bộ Y tế

Thanh toán các dịch vụ thuộc “Gói dịch vụ y tế cơ bản phục vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, dự phòng và nâng cao sức khỏe” (Phụ lục số III):

- Đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dự phòng và nâng cao sức khỏe để thực hiện các hoạt động thuộc Chương trình mục tiêu y tế - dân số: do kinh phí của Chương trình mục tiêu y tế - dân số chi trả theo quy định tại Quyết định số 1125/QĐ-TTg ngày 31 /7/ 2017 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chương trình mục tiêu Y tế - Dân số giai đoạn 2016 - 2020. Nguồn kinh phí, nội dung, mức chi thực hiện theo quy định của Bộ Tài chính.
- Đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dự phòng và nâng cao sức khỏe cho các đối tượng được Nhà nước bảo đảm kinh phí theo quy định của pháp luật hiện hành: thực hiện theo quy định của Bộ Tài chính.
- Đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dự phòng và nâng cao sức khỏe ngoài các dịch

vụ quy định tại Khoản 1, 2 Điều này: do ngân sách địa phương bảo đảm từ nguồn chi sự nghiệp y tế theo Quyết định số 46/2016/QĐ-TTg ngày 19/10/2016 của Thủ tướng Chính phủ về định mức phân bổ dự toán chi thường xuyên ngân sách nhà nước năm 2017.

- Đối với các dịch vụ khác ngoài các dịch vụ quy định tại Khoản 1, 2, 3 Điều này: được phép thu của người sử dụng dịch vụ theo các quy định của pháp luật hiện hành, từ nguồn kinh phí xã hội hóa và nguồn kinh phí hợp pháp khác.

Thông tư này cũng quy định trách nhiệm của Bảo hiểm xã hội Việt Nam, Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Sở Y tế, Trung tâm y tế, các cơ sở khám, chữa bệnh tuyến huyện trong việc thực hiện gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến y tế cơ sở.

Thông tư này có hiệu lực thi hành từ ngày 01/12/2017./.

QUY ĐỊNH GIÁ ĐỐI VỚI DỊCH VỤ KIỂM NGHIỆM MẪU THUỐC, NGUYÊN LIỆU LÀM THUỐC, THUỐC DÙNG CHO NGƯỜI TẠI CƠ SỞ Y TẾ CÔNG LẬP SỬ DỤNG NGÂN SÁCH NHÀ NƯỚC

Lý Mai Hà²¹

Ngày 18/08/2017, Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 35/2017/TT-BYT về việc quy định giá cụ thể đối với dịch vụ kiểm nghiệm mẫu thuốc, nguyên liệu làm thuốc, thuốc dùng cho người tại cơ sở y tế công lập sử dụng ngân sách nhà nước (gọi chung là tổ chức cung ứng dịch vụ).

Thông tư này quy định giá cụ thể dịch vụ kiểm nghiệm mẫu thuốc, nguyên liệu làm thuốc, thuốc dùng cho người tại cơ sở y tế công lập sử dụng ngân sách nhà nước như sau:

- Giá cụ thể dịch vụ kiểm nghiệm mẫu thuốc, nguyên liệu làm thuốc, thuốc dùng cho người tại tổ chức cung ứng dịch vụ chưa bao gồm thuế giá trị gia tăng của dịch vụ cung ứng quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Thông tư này.

Trường hợp mức giá quy định bằng ngoại tệ thì quy đổi ngoại tệ ra Đồng Việt Nam theo tỷ giá ngoại tệ mua vào theo hình thức chuyển khoản của Hội sở chính Ngân hàng thương mại cổ phần Ngoại thương Việt Nam tại thời điểm thu tiền dịch vụ hoặc cuối ngày làm việc liền trước ngày lễ, ngày nghỉ.

- Khi thu tiền dịch vụ kiểm nghiệm mẫu thuốc, nguyên liệu làm thuốc, thuốc dùng cho người, tổ chức cung ứng dịch vụ sử dụng hóa đơn cung ứng dịch vụ theo quy định tại Nghị định số 51/2010/NĐ-CP ngày 14/5/2010 của Chính phủ quy định về hóa đơn bán hàng, cung cấp dịch vụ (gọi tắt là Nghị định số 51/2010/

NĐ-CP); Nghị định số 04/2014/NĐ-CP ngày 17/01/2014 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 51/2010/NĐ-CP ngày 14/5/2010 của Chính phủ quy định về hóa đơn bán hàng, cung cấp dịch vụ (gọi tắt là Nghị định số 04/2014/NĐ-CP); Thông tư số 39/2014/TT-BTC ngày 31/3/2014 của Bộ trưởng Bộ Tài chính hướng dẫn thi hành Nghị định số 51/2010/NĐ-CP và Nghị định số 04/2014/NĐ-CP về hóa đơn bán hàng hóa, cung ứng dịch vụ.

- Nguồn thu từ cung ứng dịch vụ, sau khi thực hiện nghĩa vụ tài chính với ngân sách nhà nước theo quy định của pháp luật thì phần còn lại được để lại tổ chức cung ứng dịch vụ sử dụng theo quy định của pháp luật về cơ chế tự chủ tài chính của đơn vị sự nghiệp y tế công lập.

Trường hợp nguồn tài chính của tổ chức cung ứng dịch vụ không bảo đảm hoạt động thường xuyên, đồng thời tổ chức cung ứng dịch vụ đó được cấp có thẩm quyền phân loại là đơn vị sự nghiệp công tự bảo đảm một phần chi thường xuyên hoặc đơn vị sự nghiệp công do Nhà nước bảo đảm chi thường xuyên thì tiếp tục được ngân sách nhà nước bảo đảm phần chi phí phục vụ công tác kiểm nghiệm mẫu thuốc, nguyên liệu làm thuốc, thuốc dùng cho người chưa được bù

²¹ Phó trưởng phòng Tổng hợp – Văn phòng Bộ Y tế

đáp từ nguồn thu qua giá dịch vụ theo phân cấp ngân sách nhà nước hiện hành.

Thông tư này cũng quy định các cơ sở y tế công lập đã cung ứng dịch vụ và thu tiền dịch vụ kiểm nghiệm mẫu thuốc, nguyên liệu làm thuốc, thuốc dùng cho người từ các tổ chức, cá nhân sử dụng dịch vụ từ ngày 01/01/2017 đến trước ngày Thông tư này có hiệu lực thi hành thì vận dụng để thanh toán theo Biểu mức thu phí

kiểm nghiệm thuốc, mẫu thuốc, nguyên liệu làm thuốc, mỹ phẩm theo quy định tại Quyết định số 103/2004/QĐ-BTC ngày 28/12/2004 của Bộ trưởng Bộ Tài chính quy định chế độ thu, nộp, quản lý và sử dụng phí kiểm nghiệm thuốc, mẫu thuốc, nguyên liệu làm thuốc, mỹ phẩm.

Thông tư này có hiệu lực thi hành từ ngày 05/10/2017.

HỘI NGHỊ TRỰC TUYẾN TRIỂN KHAI CÔNG TÁC NGÀNH Y TẾ NĂM 2018

ThS Nguyễn Kim Anh²²

Ngày 19/01/2018, tại Hà Nội, Bộ Y tế tổ chức Hội nghị trực tuyến “Triển khai công tác ngành Y tế năm 2018 và đề án xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới theo Quyết định số 2348/QĐ-TTg” với 63 tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương tại hơn 646 điểm cầu tại các tỉnh, quận/huyện/thị xã/thành phố gần 17.000 đại biểu của cả nước tham dự.

Tại Hội nghị đầu cầu Trung ương có đồng chí Vũ Đức Đam, Phó Thủ tướng Chính phủ; đồng chí Nguyễn Thúy Anh, Chủ nhiệm Ủy ban Các vấn đề xã hội của Quốc hội; Đại diện Lãnh đạo các Bộ/Ban/Ngành Trung ương; Đại diện Lãnh đạo các Ủy ban của Quốc hội, Văn phòng Trung ương Đảng, Ban Tuyên giáo Trung ương, Văn phòng Chủ tịch nước, Văn phòng Chính phủ, Ủy ban Dân tộc, Thanh tra Chính phủ, Ngân hàng Nhà nước Việt Nam; TS Ki dong Park, Trưởng Đại diện Tổ chức Y tế Thế giới tại Việt Nam...

Về phía Bộ Y tế có Bộ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thị Kim Tiến; các đồng chí Thứ trưởng Nguyễn Thanh Long, Phạm Lê Tuấn, Lê Quang Cường, Trương Quốc Cường; lãnh đạo các Vụ/Cục/Tổng cục/Văn phòng Bộ/Thanh tra Bộ, Công đoàn Ngành, các Hội, Tổng hội, Cơ quan Y tế thuộc/trực thuộc Bộ Y tế. Tại các điểm cầu địa phương có các đồng chí Chủ tịch UBND các tỉnh/ thành phố, các Sở/Ban/Ngành, lãnh đạo huyện, các đơn vị trực thuộc ngành Y tế.

Báo cáo tại Hội nghị, Bộ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thị Kim Tiến đã tổng kết về những thành tích nổi bật trong năm 2017 của ngành Y tế

và nêu 10 nhóm nhiệm vụ trọng tâm của Ngành trong năm 2018, gồm:

1. Khẩn trương triển khai thực hiện các Nghị quyết của Hội nghị lần thứ 6 Ban Chấp hành Trung ương khóa XII về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân, về công tác dân số trong tình hình mới. Xây dựng Chương trình sức khỏe Việt Nam trên cơ sở tổng hợp, kết nối các chương trình, Đề án về nâng cao sức khỏe và tầm vóc người Việt Nam giai đoạn 2011-2030.
2. Thực hiện Đề án Xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới theo Quyết định 2348/QĐ-TTg ngày 05/12/2016 của Thủ tướng Chính phủ: triển khai mô hình điểm tại 26 trạm y tế xã; mở rộng mô hình bác sỹ gia đình, quản lý sức khỏe đến từng người dân; đẩy mạnh quản lý các bệnh mạn tính, bệnh không lây nhiễm, chăm sóc dài hạn tại trạm y tế xã.
3. Hoàn thành các đề án, văn bản trình Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ trong Chương trình công tác của Chính phủ năm 2018; các thông tư trong Kế hoạch xây dựng văn bản quy phạm pháp luật năm 2018 của Bộ Y tế. Xây dựng và thực hiện tốt kế hoạch thanh tra, kiểm tra, giám sát. Tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin; cải cách thủ tục hành chính; tiết kiệm, chống lãng phí.

²² Phó trưởng phòng Tổng hợp, Văn phòng Bộ Y tế

4. Xây dựng và trình Thủ tướng Chính phủ quy hoạch mạng lưới cơ sở y tế quốc gia. Tiếp tục đổi mới, hoàn thiện hệ thống tổ chức y tế theo hướng tinh gọn, hiệu lực, hiệu quả và hội nhập quốc tế: Các địa phương đẩy nhanh việc thực hiện mô hình trung tâm kiểm soát bệnh tật (CDC) tỉnh, Trung tâm y tế huyện đa chức năng và quản lý trạm y tế; Bộ Y tế xây dựng đề án hình thành CDC trung ương và vùng; cơ quan kiểm soát dược phẩm, thực phẩm, thiết bị y tế (FDA) Trung ương và vùng trên cơ sở sáp nhập các đơn vị cùng thực hiện nhiệm vụ trên.
5. Tăng cường hiệu quả công tác truyền thông, giáo dục nâng cao sức khỏe, y tế dự phòng, chăm sóc sức khỏe ban đầu, ngăn chặn kịp thời dịch bệnh. Bảo đảm vắc xin và duy trì tỷ lệ tiêm chủng mở rộng trên 95%. Đẩy mạnh phòng, chống các bệnh không lây nhiễm, bệnh nghề nghiệp, bệnh tật học đường. Thực hiện nghiêm các quy định về chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, người khuyết tật, trẻ em và các đối tượng theo luật định. Tăng cường quản lý môi trường y tế; kiểm soát tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS ở mức dưới 0,3%, giảm số người nhiễm mới HIV.
6. Tiếp tục thực hiện đồng bộ các giải pháp để giảm quá tải, nâng cao chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh: phát triển mạng lưới bệnh viện vệ tinh; tăng cường chuyên gia kỹ thuật cho tuyến dưới, thực hiện nghĩa vụ luân phiên; ứng dụng công nghệ thông tin, cải cách thủ tục trong khám, chữa bệnh; ban hành các quy trình chuyên môn; đổi mới phong cách phục vụ, nâng cao y đức. Thực hiện liên thông kết quả xét nghiệm đối với các phòng xét nghiệm thuộc bệnh viện hạng đặc biệt, hạng I và tương đương. Xây dựng hệ thống báo cáo sự cố y khoa toàn quốc, ban hành hướng dẫn, khuyến cáo an toàn người bệnh quốc gia. Thực hiện việc đa dạng hóa các loại hình khám, chữa bệnh, kết hợp giữa y tế phổ cập và y tế chuyên sâu, giữa y học cổ truyền với y học hiện đại.
7. Tiếp tục thực hiện các giải pháp duy trì mức sinh thấp hợp lý, kiểm soát mất cân bằng giới tính khi sinh; mở rộng sàng lọc trước sinh, sàng lọc sơ sinh, tư vấn và khám sức khỏe tiền hôn nhân; bảo đảm hậu cần đầy đủ và có chất lượng các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. Tăng khả năng tiếp cận dịch vụ sức khỏe sinh sản có chất lượng, triển khai các giải pháp nhằm hạn chế tai biến sản khoa, giảm tử vong bà mẹ và trẻ em.
8. Phát triển nguồn nhân lực, khoa học công nghệ y tế, xây dựng các văn bản pháp luật về đổi mới căn bản, toàn diện đào tạo nguồn nhân lực y tế theo hướng hội nhập quốc tế. Tăng cường giám sát đào tạo nhân lực y tế, tập trung vào công tác đào tạo liên thông, liên kết, đào tạo cử tuyển, đào tạo theo địa chỉ sử dụng, công tác tuyển sinh, đảm bảo chất lượng đào tạo. Tiếp tục xây dựng chương trình, chuẩn năng lực cơ bản các ngành thuộc nhóm ngành khoa học sức khỏe. Triển khai thí điểm đào tạo chuyên khoa cấp I cho bác sỹ ngay sau khi tốt nghiệp.
9. Tiếp tục đổi mới cơ chế tài chính y tế, mở rộng quyền tự chủ về tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp công lập, hình thành mô hình quản lý bệnh viện như doanh nghiệp công ích. Tiếp tục thực hiện lộ trình tính đúng, tính đủ giá dịch vụ y tế gắn với lộ trình bảo hiểm y tế (BHYT) toàn dân, hỗ trợ người nghèo, người cận nghèo, các đối tượng chính sách trong khám, chữa bệnh, phù hợp với điều kiện phát triển kinh tế, xã hội. Đổi mới cơ chế tài chính, cơ chế thanh toán BHYT cho y tế dự phòng, y tế cơ sở. Thực hiện phương thức thanh toán BHYT theo định suất và thí điểm thanh toán theo trường hợp bệnh. Đẩy mạnh xã hội hoá,

thực hiện Nghị quyết 93 của Chính phủ, vận động viện trợ, vốn vay ưu đãi, đầu tư theo hình thức đối tác công-tư trong y tế.

10. Đảm bảo cung ứng đủ về số lượng, an toàn về chất lượng thuốc, vắc xin, sinh phẩm và trang thiết bị y tế với giá cả hợp lý phục vụ nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhân dân. Thực hiện tốt việc đấu thầu tập trung và đàm phán giá thuốc cấp quốc gia, thí điểm đấu thầu tập trung trang thiết bị, vật tư, hóa chất. Tăng cường các biện pháp phát hiện và thu hồi thuốc kém chất lượng, phòng chống thuốc giả, xử lý nghiêm khắc các trường hợp vi phạm. Nâng cao năng lực hệ thống kiểm nghiệm, kiểm định thuốc, vắc xin, sinh phẩm, thiết bị y tế. Tăng cường phát triển công nghiệp dược, thiết bị trong nước. Tiếp tục triển khai Đề án “Người Việt Nam ưu tiên dùng thuốc Việt Nam”, Đề án “Tăng cường kiểm soát kê đơn thuốc và bán thuốc kê đơn giai đoạn 2017-2020”. Triển khai ứng dụng công nghệ thông tin, kết nối mạng để quản lý việc bán thuốc của các nhà thuốc trên toàn quốc.

Tại Hội nghị, các đại biểu được nghe các báo cáo tham luận tại các điểm cầu như: “Triển khai

ứng dụng công nghệ thông tin tại trạm y tế xã, phường”; “Kinh nghiệm triển khai thực hiện mô hình Trung tâm kiểm soát bệnh tật (CDC) tuyến tỉnh và Trung tâm y tế huyện, quản lý và chỉ đạo công tác cán bộ, chuyên môn trạm y tế xã” ; “Kinh nghiệm triển khai mô hình trạm y tế xã thực hiện theo nguyên lý y học gia đình: chăm sóc sức khỏe ban đầu, phòng bệnh, khám, chữa bệnh, phục hồi chức năng, lập và quản lý hồ sơ sức khỏe cá nhân, quản lý các bệnh không lây nhiễm, truyền thông tại cộng đồng”; “Kết quả và kinh nghiệm Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế, xây dựng cơ sở y tế xanh, sạch, đẹp hướng tới sự hài lòng của người bệnh”...

Phát biểu chỉ đạo công tác ngành Y tế năm 2018, Phó Thủ tướng Vũ Đức Đam biểu dương và đánh giá cao sự nỗ lực phấn đấu hoàn thành tốt công tác của ngành Y tế trong năm qua. Để công tác y tế năm 2018 thực sự hiệu quả, đáp ứng được nhu cầu và sự mong mỏi của người dân, Phó Thủ tướng Vũ Đức Đam lưu ý ngành Y tế chú trọng các vấn đề về tự chủ bệnh viện, ứng dụng công nghệ thông tin, đấu thầu tập trung thuốc và môi trường bệnh viện./.

ĐÁNH GIÁ ĐỘC LẬP KẾT QUẢ TRIỂN KHAI THỰC HIỆN QUYẾT ĐỊNH SỐ 2151/QĐ-TTG TẠI ĐÀ NẴNG

ThS. Nguyễn Việt Hà²³

Ngày 08/11/2011, Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt Nghị quyết số 30c/NQ-CP của Chính phủ về việc ban hành Chương trình tổng thể cải cách hành chính nhà nước giai đoạn 2011 – 2020”. Chính phủ đã phân công các Bộ, ngành xây dựng 16 dự án, đề án nhằm từng bước cụ thể hóa Nghị quyết 30c/NQ-CP vào thực tiễn; trong đó, Bộ Y tế đã được giao nhiệm vụ ban hành đề án “Xây dựng phương pháp đo lường sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế công” nhằm quy định thống nhất trong toàn Ngành về các chỉ số phản ánh mức độ hài lòng của người dân đối với các dịch vụ y tế công và cách thức đo lường.

Ngày 4/6/2015, Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 2151/QĐ-BYT về việc phê duyệt Kế hoạch “Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của nhân viên y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh”. Để đánh giá kết quả triển khai thực hiện Quyết định 2151, Bộ Y tế đã chỉnh sửa Bộ tiêu chí chấm điểm được ban hành kèm theo Quyết định 6635 ngày 7/11/2016 về việc kiện toàn các đoàn kiểm tra để các đơn vị tổ chức tự chấm điểm, đánh giá kết quả đạt được. Từ năm 2016 đến nay, việc đo lường sự hài lòng của người bệnh đã trở thành hoạt động thường quy hàng năm của các bệnh viện nói riêng và của ngành Y tế nói chung. Hoạt động này đã cung cấp những bằng chứng hữu ích giúp lãnh đạo các bệnh viện chấn chỉnh lại từng công đoạn trong quy trình cung cấp dịch vụ nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ, đáp ứng ngày càng tốt hơn nhu cầu của người sử dụng và củng cố uy tín của cơ sở cũng như của toàn Ngành. Sự hài lòng không những là chỉ số quan trọng phản ánh chất lượng và hiệu quả của dịch vụ y tế mà còn là một trong những tiêu chí

ghi nhận mức độ hoàn thành nhiệm vụ chính trị hàng năm của từng đơn vị cũng như toàn Ngành.

Năm 2017, Bộ Y tế đã giao Viện Chiến lược và Chính sách y tế phối hợp với các đơn vị liên quan tổ chức đánh giá độc lập kết quả triển khai Quyết định số 2151 trong năm 2017-2018 tại các bệnh viện trung ương, bệnh viện thuộc trường trực thuộc Bộ Y tế và bệnh viện đa khoa (BVĐK) tuyến tỉnh, TP khu vực khu vực miền Bắc, miền Trung và miền Nam.

Từ tháng 10/2017 đến tháng 01/2018, Vụ Tổ chức cán bộ đã phối hợp với Viện Chiến lược và Chính sách y tế thành lập nhiều đoàn công tác để đo lường sự hài lòng của người bệnh, đánh giá thái độ phục vụ của nhân viên y tế các bệnh viện BVTW và BVĐK tỉnh, TP khu vực miền Bắc, miền Trung và miền Nam.

Từ ngày 18/1/2018, các đoàn công tác của Viện đã tiến hành đo lường sự hài lòng của người bệnh, đánh giá thái độ phục vụ của nhân viên y tế tại BV C Đà Nẵng, BVĐK TP Đà Nẵng. Tại các BV này, Đoàn đã khảo sát về sự hài lòng của người bệnh theo theo 5 nhóm chỉ số (Nhóm chỉ số về khả năng tiếp cận; Nhóm chỉ số về minh bạch thông tin và thủ tục hành chính; Nhóm chỉ số về cơ sở vật chất; Nhóm chỉ số về nhân viên cung cấp dịch vụ; Nhóm chỉ số về kết quả cung cấp dịch vụ).

Các kết quả thu được về sự hài lòng của người bệnh trong các đợt khảo sát này sẽ được tổng hợp phục vụ cho công tác chỉ đạo, điều hành của Lãnh đạo Bộ Y tế./.

²³ Tạp chí Chính sách Y tế

BỘ Y TẾ PHỐI HỢP VỚI WHO KHỞI ĐỘNG CHƯƠNG TRÌNH HỢP TÁC Y TẾ GIAI ĐOẠN 2018-2019

ThS. Lê Thị Kim Oanh²⁴

Ngày 24/1/2018, Bộ Y tế phối hợp với Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) tại Việt Nam khởi động Chương trình Hợp tác y tế giai đoạn 2018-2019. Chương trình Hợp tác y tế sẽ bắt đầu được thực hiện từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2019 với tổng ngân sách cam kết tài trợ ước tính là 21 triệu USD (tương đương 489 tỷ đồng).

Tham dự Hội nghị khởi động Chương trình Hợp tác y tế có khoảng 200 đại biểu đến từ các cơ quan, đơn vị của Chính phủ, các Bộ, ngành, Bộ Y tế, Văn phòng WHO, đại diện các cơ quan Liên Hợp quốc, các tổ chức quốc tế khác tại Việt Nam và 48 đơn vị tham gia thực hiện Chương trình.

Theo Chương trình Hợp tác tài khóa mới này, Bộ Y tế và WHO sẽ phối hợp để tăng cường năng lực của hệ thống y tế nhằm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có chất lượng và bình đẳng đối với tất cả mọi người, đặc biệt là nhóm người nghèo và dễ bị tổn thương; đáp ứng gánh nặng của các bệnh truyền nhiễm và không lây nhiễm và các mối đe dọa sức khỏe cộng đồng khác; cung cấp dịch vụ có chất lượng ở tuyến y tế cơ sở; nâng cao hiệu quả sử dụng nguồn tài chính y tế; và tăng cường các quy định về dược phẩm, vắc-xin và các sản phẩm y tế để đảm bảo tiếp cận tốt hơn với các loại thuốc thiết yếu và công nghệ y tế.

Hiện nay, gánh nặng bệnh tật ở Việt Nam đang thay đổi rõ rệt, chuyển dần từ mắc các bệnh truyền nhiễm sang các bệnh không lây nhiễm (NCDs) và vấn đề già hóa dân số. Ước tính, bệnh không lây nhiễm (NCDs) chiếm khoảng 73% tổng số ca tử vong, trong khi tỷ lệ dân số già từ 60 tuổi trở lên đã chiếm 10% dân số vào năm 2014. Suy dinh dưỡng đặc biệt là còi cọc ở trẻ em, tử vong mẹ và tử vong ở trẻ sơ sinh tiếp tục ảnh hưởng không cân xứng đến những nhóm người dễ bị tổn thương nhất. Các bệnh truyền nhiễm tiếp tục là một vấn đề, các bệnh truyền nhiễm mới nổi và tái xuất hiện là một mối đe dọa đối với an ninh y tế của Việt Nam. Ngoài ra, nội dung mở rộng bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân là một trong những lĩnh vực ưu tiên, trọng tâm trong chương trình nghị sự của Chính phủ nhằm giải quyết các vấn đề y tế hiện nay ở Việt Nam. Với những mục tiêu này, Chương trình Hợp tác y tế sẽ hỗ trợ và tư vấn kỹ thuật cho phía Việt Nam nhằm giải quyết những thách thức về tình hình sức khỏe hiện nay.

Chương trình Hợp tác y tế hỗ trợ kỹ thuật cho Bộ Y tế thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe toàn dân theo đúng Kế hoạch Bảo vệ, Chăm sóc và Cải thiện sức khỏe nhân dân của Chính phủ Việt Nam giai đoạn 2016-2020 và Kế hoạch Chiến lược của Liên Hợp quốc, năm 2017-2021./.

²⁴ Văn phòng Bộ Y tế

THẺ LỆ VIẾT VÀ GỬI BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ CHÍNH SÁCH Y TẾ

Bài gửi đăng Tạp chí Chính sách Y tế là bài chưa đăng và chưa gửi đăng ở bất kỳ tạp chí nào khác. Bài gửi đăng tạp chí bằng bản in và bản điện tử trình bày theo cỡ chữ 13 Times New Roman, dùng bộ mã Unicode.

Tên bài báo ngắn gọn (không quá 2 dòng), súc tích, cô đọng nêu bật được nội dung của bài báo, không bị lặp từ; và được viết chữ in hoa, đậm.

Dung lượng bài viết từ 4 - 12 trang in khổ A4, có danh mục tài liệu tham khảo (gồm các tài liệu tham khảo sử dụng cho bài viết). Tài liệu tham khảo trình bày theo cỡ chữ 11 Times New Roman được đánh số đặt trong dấu ngoặc vuông theo thứ tự xuất hiện trong bài báo và được ghi trong danh mục tài liệu tham khảo theo quy cách sau:

Đối với các tài liệu là bài báo trong tạp chí: tên tác giả, tên bài báo, tên tạp chí (in nghiêng), tập, năm xuất bản, trang đầu của bài báo.

Đối với các tài liệu là sách: tên tác giả, tên sách (in nghiêng), nhà xuất bản, nơi xuất bản, năm xuất bản.

Các thuật ngữ tiếng Việt theo từ điển Bách khoa Việt Nam, chữ viết tắt phải có chú thích lần đầu. Có chú thích đầy đủ các bản đồ, sơ đồ, hình vẽ, bảng biểu. Tên bản đồ, sơ đồ, hình vẽ nằm phía dưới hình, tên bảng biểu nằm phía trên.

I. Với các công trình nghiên cứu khoa học

1. *Tên người tham gia nhóm nghiên cứu:* theo thứ tự lần lượt tương ứng với mức độ đóng góp của mỗi thành viên.
2. *Tóm tắt kết quả nghiên cứu:* Tóm tắt nêu mục tiêu, phương pháp nghiên cứu và những phát hiện chính từ kết quả nghiên cứu với độ dài tối đa là 350 từ (in nghiêng).

Cuối phần Tóm tắt phải có từ khóa.

VD: Tên bài báo: “Đặc điểm của quá trình già hóa dân số ở Việt Nam”.

Từ khóa: Đặc điểm, quá trình già hóa dân số, Việt Nam

3. *Đặt vấn đề nghiên cứu:* Nêu ngắn gọn, rõ ràng tầm quan trọng, sự cần thiết và mục đích của nghiên cứu với độ dài từ 1/2 đến 2/3 trang A4.

4. *Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*

- Trình bày đối tượng nghiên cứu cụ thể, rõ ràng, phân biệt rõ đối tượng nghiên cứu và khách thể nghiên cứu.
- Trình bày rõ ràng, ngắn gọn các phương pháp nghiên cứu song phải đủ thông tin để người đọc hiểu được quy trình triển khai nghiên cứu: xác định cỡ mẫu, tiêu chí chọn mẫu, cách thức chọn mẫu, phương pháp thu thập thông tin, phương pháp xử lý thông tin, đạo đức nghiên cứu và hạn chế của nghiên cứu.
- Độ dài từ 1/2 đến 2/3 trang A4.

5. *Kết quả và bàn luận:*

- Đối với bài báo đăng Tạp chí, cần nêu những kết quả và bàn luận chính của nghiên cứu sao cho đáp ứng được mục tiêu của bài báo (không cần viết lại toàn bộ kết quả nghiên cứu của đề tài). Trình bày kết quả trong bài báo không quá 5 bảng và hình vẽ, mỗi bảng tối đa 10 dòng, 6 cột, có tên bảng, tên hình và chú thích rõ nguồn viện dẫn; kết quả đã trình bày bảng thì không trình bày lại bằng hình vẽ. Phần bàn luận giải thích và nêu ý nghĩa của những thông tin trong kết quả thu được, so sánh với các nghiên cứu khác liên quan; ưu điểm, hạn chế của nghiên cứu (nếu có).
- Có thể gộp kết quả và bàn luận thành 1 mục chung hoặc tách thành 2 mục riêng.
- Độ dài 5 - 6 trang A4.

6. *Kết luận và khuyến nghị:*

Kết luận ngắn gọn theo từng mục tiêu của nghiên cứu đã được phê duyệt, không liệt kê lại toàn bộ kết quả nghiên cứu. Đề xuất khuyến nghị dựa trên kết quả nghiên cứu; khuyến nghị cần có đối tượng, có địa chỉ cụ thể và có tính khả thi.

II. Các bài trao đổi - quản lý, hoặc các bài viết tổng hợp, chuyên sâu:

- Có nội dung tập trung theo chủ đề, hoặc chuyên sâu liên quan đến chính sách y tế
- Có tài liệu tham khảo có độ tin cậy.

Bài không được đăng, Tạp chí không trả lại bản thảo.

Địa chỉ liên hệ: Tạp chí Chính sách Y tế, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

Ngõ A36 Hồ Tùng Mậu, phường Mai Dịch, quận Cầu Giấy, TP. Hà Nội

ĐT: 024.3823 4167; máy lẻ: 5445

Email: tapchichinhsachyte@hspi.org.vn

