

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----*

TRẦN AN DƯƠNG

THỰC TRẠNG

**CUNG ỨNG DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN
VÀ HIỆU QUẢ MỘT SỐ GIẢI PHÁP CAN THIỆP
TẠI TUYẾN XÃ, TỈNH QUẢNG NINH**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI – 2017

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----*-----

TRẦN AN DƯƠNG

THỰC TRẠNG

**CUNG ỨNG DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN
VÀ HIỆU QUẢ MỘT SỐ GIẢI PHÁP CAN THIỆP
TẠI TUYẾN XÃ, TỈNH QUẢNG NINH**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Chuyên ngành: Vệ sinh xã hội học và Tổ chức Y tế

Mã số: 62 72 01 64

Hướng dẫn khoa học:

1. TS Đỗ Hòa Bình

2. TS Lê Thị Hằng

HÀ NỘI – 2017

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu và kết quả trong đề tài là trung thực và chưa từng được công bố trong bất kỳ công trình nào khác.

Hà Nội, ngày tháng năm 2017

Tác giả

Trần An Dương

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành chương trình học tập và luận án tốt nghiệp, với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin chân thành cảm ơn tất cả tập thể và cá nhân đã tạo điều kiện, hỗ trợ tôi trong suốt quá trình vừa qua.

Trước tiên, tôi xin trân trọng cảm ơn Cơ sở đào tạo sau đại học – Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương đã luôn giúp đỡ tôi nhiệt tình và tạo mọi điều kiện để tôi học tập, nghiên cứu đạt kết quả.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến TS Đỗ Hòa Bình và TS Lê Thị Hằng, là những người Thầy đã tận tình hướng dẫn tôi trong quá trình hoàn thành luận án này.

Tôi xin chân thành cảm ơn Ban Giám hiệu trường Cao đẳng Y tế Quảng Ninh, lãnh đạo Sở Y tế Quảng Ninh, lãnh đạo Ủy ban nhân dân, Trung tâm Y tế huyện và các Trạm Y tế tại địa phương nghiên cứu, các anh chị Cộng tác viên và thành viên nhóm nghiên cứu đã nhiệt tình tham gia trong quá trình thu thập số liệu điều tra thực hiện đề tài. Đặc biệt tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc đến người dân đã đồng ý tham gia công trình nghiên cứu này.

Cuối cùng, tôi xin gửi tấm lòng ân tình tới Gia đình thân yêu của tôi, nơi mà tôi đã được nhận nguồn động viên và truyền nhiệt huyết để tôi hoàn thành luận án!

Hà Nội, ngày tháng năm 2017

Trần An Dương

MỤC LỤC

TT	Nội dung	Trang
	ĐẶT VẤN ĐỀ	1
	CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN	3
	1.1. Thực trạng cung ứng dịch vụ CSSKSS.....	3
	1.1.1. Một số khái niệm.....	3
	1.1.2. Hệ thống cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.....	6
	1.1.3. Cung ứng dịch vụ CSSKSS tại trạm y tế xã/phường	13
	1.1.3. Cung ứng dịch vụ CSSKSS tại BV huyện.....	17
	1.1.4. Những tiến bộ và hạn chế trong cung ứng dịch vụ CSSKSS	19
	1.2. Các giải pháp đảm bảo cung ứng dịch vụ CSSKSS.....	23
	1.2.1. Lãnh đạo, tổ chức và quản lý	23
	1.2.2. Truyền thông, giáo dục chuyển đổi hành vi	24
	1.2.3. Phát triển và cung ứng dịch vụ dân số, sức khỏe sinh sản	25
	1.2.4. Xây dựng, hoàn thiện hệ thống chính sách về dân số, SKSS.....	28
	1.2.5. Xã hội hóa, phối hợp liên ngành và hợp tác quốc tế.....	29
	1.2.6. Tài chính	30
	1.2.7. Đào tạo, nghiên cứu khoa học và thông tin số liệu.....	32
	1.3. Một số thông tin về địa bàn nghiên cứu.....	34
	1.3.1. Tình hình chung.....	33
	1.3.2. Công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản	36
	CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	39
	2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu.....	39
	2.1.1. Đối tượng nghiên cứu.....	39
	2.1.2. Địa điểm nghiên cứu.....	39

2.1.3. Thời gian nghiên cứu.....	41
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	42
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.....	42
2.2.2. Mẫu nghiên cứu.....	43
2.3. Tổ chức nghiên cứu và lực lượng tham gia.....	46
2.3.1. Giai đoạn 1: Điều tra mô tả cắt ngang.....	46
2.3.2. Giai đoạn 2 : Nghiên cứu can thiệp.....	47
2.3.3. Lực lượng tham gia nghiên cứu.....	48
2.3.4. Công cụ và kỹ thuật thu thập số liệu.....	48
2.3.5. Phân tích và xử lý số liệu.....	48
2.3.6. Không chế sai số.....	49
2.4. Đạo đức trong nghiên cứu.....	50
2.5. Các hoạt động can thiệp.....	50
2.6. Biến số và chỉ số nghiên cứu.....	55
2.6.1. Một số khái niệm cơ bản.....	55
2.6.2. Biến số nghiên cứu chính.....	59
2.6.3. Chỉ số đánh giá trước và sau can thiệp.....	59
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	62
3.1. Thực trạng cung ứng dịch vụ CSSKSS tại tuyến xã.....	62
3.1.1. Nhân lực y tế cung ứng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã.....	62
3.1.2. Cơ sở hạ tầng cung ứng dịch vụ CSSKSS.....	65
3.1.3. Trang thiết bị, thuốc thiết yếu cung ứng DV CSSKSS tại TYT xã.....	68
3.1.4. Dịch vụ CSSKSS thiết yếu theo Hướng dẫn quốc gia được cung ứng tại TYT xã.....	71
3.1.5. Nhu cầu về CSSKSS của phụ nữ 15-49 tuổi tại tỉnh Quảng Ninh.....	72

3.1.6. Một số vấn đề liên quan đến khả năng thu cũng như chi trả phí dịch vụ CSSKSS tại TYT xã.....	75
3.2. Hiệu quả giải pháp đảm bảo cung ứng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã.....	78
3.2.1. Hiệu quả về cung ứng dịch vụ tại TYT xã	78
3.2.2. Hiệu quả về sử dụng dịch vụ của khách hàng	86
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN	92
4.1. Thực trạng cung ứng dịch vụ CSSKSS tại tuyến xã.....	91
4.1.1. Nhân lực y tế cung ứng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã.....	92
4.1.2. Cơ sở hạ tầng cung ứng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã.....	94
4.1.3. Trang thiết bị thiết yếu cung ứng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã	97
4.1.4. Thuộc thiết yếu cung ứng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã.....	99
4.1.5. Dịch vụ CSSKSS thiết yếu được cung ứng tại TYT xã theo Hướng dẫn quốc gia tại TYT xã.....	100
4.1.6. Ý kiến của cán bộ y tế về việc thu và chi trả phí dịch vụ CSSKSS tại TYT xã.....	102
4.1.7. Khả năng chi trả phí một số dịch vụ CSSKSS của người dân	103
4.2. Hiệu quả giải pháp đảm bảo cung ứng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã...	104
4.2.1. Hiệu quả về cung ứng dịch vụ tại TYT xã	105
4.2.2. Hiệu quả về sử dụng dịch vụ của khách hàng	113
4.3. Bàn luận về phương pháp nghiên cứu.....	123
KẾT LUẬN.....	126
1. Thực trạng cung ứng dịch vụ CSSKSS tại tuyến xã và khả năng chi trả phí một số dịch vụ CSSKSS	125
2. Hiệu quả giải pháp đảm bảo cung ứng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã.....	126

KIẾN NGHỊ	128
CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN	129
TÀI LIỆU THAM KHẢO	132

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BHYT	Bảo hiểm y tế
BVĐKKV	Bệnh viện đa khoa khu vực
BPTT	Biện pháp tránh thai
BVĐKT	Bệnh viện đa khoa tỉnh
BVPS	Bệnh viện phụ sản
CCDV	Cung ứng dịch vụ
CSHQ	Chỉ số hiệu quả
CSSKSS	Chăm sóc sức khỏe sinh sản
CSSS	Chăm sóc sơ sinh
DVYT	Dịch vụ y tế
DSGĐTE	Dân số gia đình và trẻ em
DCTC	Dụng cụ tử cung
HIV	Vi-rút gây suy giảm miễn dịch ở người (Human Immunodeficiency Virus)
KHHGĐ	Kế hoạch hóa gia đình
LTQĐTD	Lây truyền qua đường tình dục
NKSS	Nhiễm khuẩn đường sinh sản
TCYTTG	Tổ chức Y tế Thế giới
TYT	Trạm y tế
TTYT	Trung tâm y tế
TTSKSS	Trung tâm sức khỏe sinh sản
VSKTE	Vụ sức khỏe trẻ em

DANH MỤC BẢNG

Bảng	Nội dung	Trang
Bảng 3.1.	Thực trạng nhân lực cung ứng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã	62
Bảng 3.2.	Một số đặc trưng cá nhân của cán bộ cung ứng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã tại Quảng Ninh.....	63
Bảng 3.3.	Cơ cấu cán bộ được đào tạo về cung ứng dịch vụ CSSKSS	64
Bảng 3.4.	Danh mục các phòng chuyên môn cung ứng dịch vụ CSSKSS đảm bảo chất lượng theo Hướng dẫn quốc gia về CSSKSS tại TYT xã.....	65
Bảng 3.5.	Tỷ lệ TYT xã đảm bảo cung ứng nước sạch và vệ sinh môi trường theo Hướng dẫn quốc gia về CSSKSS	66
Bảng 3.6.	Danh mục trang thiết bị thiết yếu cung ứng dịch vụ CSSKSS đảm bảo chất lượng theo Hướng dẫn quốc gia về CSSKSS tại TYT xã.....	68
Bảng 3.7.	Danh mục các dịch vụ CSSKSS thiết yếu được cung ứng tại TYT xã đảm bảo chất lượng theo Hướng dẫn quốc gia về CSSKSS.....	71
Bảng 3.8.	Một số đặc điểm hộ gia đình có phụ nữ tham gia nghiên cứu	73
Bảng 3.9.	Tỷ lệ hộ gia đình có vay nợ trong tháng vừa qua cho toàn bộ chi phí hộ gia đình và y tế	73
Bảng 3.10.	Ý kiến của cán bộ y tế về tác động của thu phí dịch vụ CSSKSS đến việc sử dụng dịch vụ của người dân tại TYT xã.....	75
Bảng 3.11.	Ý kiến của đối tượng nghiên cứu về lý do không nên thu phí dịch vụ CSSKSS (63,1% đối tượng NC không đồng ý chi trả).....	77
Bảng 3.12.	Hiệu quả can thiệp đảm bảo nhân lực theo quy định của Hướng dẫn quốc gia trước và sau can thiệp tại TYT xã.....	78
Bảng 3.13.	Hiệu quả can thiệp đảm bảo đủ trang thiết bị cơ bản theo hướng dẫn quốc gia, trước và sau can thiệp.....	79

Bảng 3.14. Hiệu quả can thiệp đảm bảo số lượng và chất lượng các phòng dịch vụ theo hướng dẫn quốc gia trước và sau can thiệp.....	81
Bảng 3.16. Hiệu quả can thiệp đảm bảo thuốc thiết yếu cho CSSKSS.....	83
Bảng 3.15. Hiệu quả can thiệp đảm bảo cung ứng nước sạch và vệ sinh môi trường trước và sau can thiệp	82
Bảng 3.17. Hiệu quả can thiệp đảm bảo một số DV phục vụ CSSKSS thiết yếu được cung ứng tại TYT xã theo Hướng dẫn quốc gia.....	84
Bảng 3.18. Hiệu quả can thiệp đảm bảo các loại hình dịch vụ sẵn sàng phục vụ khách hàng, trước và sau can thiệp.....	85
Bảng 3.19. Hiệu quả can thiệp nâng cao chất lượng dịch vụ CSSKSS, trước và sau can thiệp theo ý kiến của khách hàng	87
Bảng 3.20. Hiệu quả can thiệp nâng cao chất lượng dịch vụ CSSKSS trước và sau can thiệp qua sự hài lòng của khách hàng.....	88
Bảng 3.22. Hiệu quả can thiệp thông qua các chỉ số về CSSKSS các xã nghiên cứu.....	90
Bảng 3.21. Hiệu quả can thiệp nâng cao sử dụng dịch vụ CSSKSS của khách hàng tại TYT xã trong thời gian can thiệp	89
Bảng 3.23. Hiệu quả can thiệp chấp nhận chi trả toàn bộ dịch vụ dịch vụ CSSKSS, trước và sau can thiệp theo ý kiến của khách hàng	91

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ	Nội dung	Trang
Biểu đồ 3.1:	Một số dịch vụ phục vụ CSSKSS thiết yếu được cung ứng tại TYT xã đảm bảo chất lượng theo Hướng dẫn Quốc gia.....	67
Biểu đồ 3.2:	Thực trạng cung ứng thuốc thiết yếu cho CSSKSS.....	70
Biểu đồ 3.3:	Tỷ lệ cán bộ đánh giá về nhu cầu sử dụng các dịch vụ CSSKSS.....	74
Biểu đồ 3.4:	Hình thức đối tượng NC chi trả cho dịch vụ CSSKSS (n=588)	76
Biểu đồ 3.5:	Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có khả năng chi trả cho dịch vụ CSSKSS (n=588)	77

DANH MỤC HÌNH

Hình	Nội dung	Trang
Hình 1.1:	Mô hình cung ứng DVYT theo Massoud.....	4
Hình 2.1:	Bản đồ tỉnh Quảng Ninh.....	41
Hình 2.2:	Thiết kế nghiên cứu đối chứng trước sau	42
Hình 2.3:	Khung lý thuyết nghiên cứu.....	43

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG), tại các nước đang phát triển, các vấn đề về chăm sóc sức khỏe sinh sản (CSSKSS) là nguyên nhân chính dẫn đến tử vong, bệnh tật và tàn phế cho phụ nữ, chiếm khoảng 18% gánh nặng bệnh tật ở nhóm tuổi này [133], [134]. Những vấn đề về CSSKSS của phụ nữ có liên quan chặt chẽ đến việc cung ứng và sử dụng dịch vụ CSSKSS, đặc biệt là ở tuyến y tế cơ sở là nơi người phụ nữ tiếp cận đầu tiên. Các nghiên cứu trong và ngoài nước chỉ ra rằng vai trò của trạm y tế (TYT) xã là rất quan trọng trong công tác chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là các chăm sóc sức khỏe cơ bản vì gần dân nhất [33]. Cả nước ta hiện có 11.112 xã/phường/thị trấn [8]. Thông thường, mỗi xã có 1 TYT, tại những xã/phường đông dân và kinh tế phát triển, ngoài TYT còn có thể có phòng khám đa khoa khu vực hoặc Nhà hộ sinh [8].

Tại Việt Nam, theo Quyết định số 385/2001/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế ngày 13/2/2001, TYT xã có nhiệm vụ cung ứng các dịch vụ CSSK bao gồm 11 kỹ thuật chuyên môn sản khoa, 3 kỹ thuật phụ khoa, 5 kỹ thuật kế hoạch hóa gia đình, 7 kỹ thuật CSSK trẻ em [16]. Theo quy định của Bộ Y tế, một gói dịch vụ cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản tại tuyến xã được gọi là đầy đủ khi mỗi trạm y tế phải cung ứng năm loại dịch vụ là: tiêm/truyền kháng sinh, tiêm/truyền thuốc gây co tử cung, tiêm truyền thuốc chống co giật trong tiền sản giật-sản giật, bóc rau nhân tạo/kiểm soát tử cung và đỡ đẻ thường [16]. Về nguyên tắc, các TYT xã thuộc những huyện khó khăn về địa lý càng cần phải cung ứng dịch vụ cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản tại chỗ, tuy nhiên, theo kết quả nghiên cứu của Vụ Sức khỏe sinh sản, chỉ 23,6% số TYT có cung ứng gói dịch vụ cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản một cách đầy đủ (tức là đủ 5 loại dịch vụ theo như Quy định của Bộ Y tế Việt Nam). Ngược lại, có đến 11,5% số TYT không cung ứng một loại nào trong 5 loại dịch vụ cấp cứu sản

khoa thiết yếu cơ bản. Đặc biệt, tại 215 huyện được xác định là khó khăn về địa lý thì có đến gần 80% TYT xã không cung ứng đủ các dịch vụ cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản, đặc biệt ở 62 huyện nghèo nhất nước tỷ lệ này lên đến 90,3% [20].

Quảng Ninh là tỉnh nằm ở vùng Đông Bắc của Tổ quốc với địa hình đa dạng: miền núi, miền biển - hải đảo và đồng bằng. Nền kinh tế kết hợp công, nông nghiệp và du lịch. Tỉnh Quảng Ninh được chia thành các khu vực khác nhau về địa lý, thời tiết, phong tục tập quán, tín ngưỡng, trình độ văn hóa, mô hình bệnh tật. Mặc dù ngành Y tế Quảng Ninh đã có nhiều đóng góp tích cực vào việc cải thiện tình trạng sức khỏe của nhân dân tuy nhiên cũng còn nhiều tồn tại và thách thức: y tế tuyến cơ sở thiếu các điều kiện để triển khai các hoạt động, đặc biệt là thiếu nguồn nhân lực có trình độ cao và cơ sở vật chất; kế hoạch đào tạo và bồi dưỡng nhân lực cho y tế cơ sở chưa gắn kết chặt chẽ với nhu cầu sử dụng; chất lượng CBYT còn hạn chế so với yêu cầu phục vụ; trong lĩnh vực CSSKSS còn một số chỉ tiêu chưa đạt so với toàn quốc như tỷ lệ tăng dân số: 1.29% (cả nước 1,03%) hoặc tỷ lệ giới tính khi sinh: 115 trai/100 gái (cả nước 112,3 trai/100 gái, ĐB sông Hồng 122,4 trai/100 gái) [47]. Hiện tại trên địa bàn tỉnh cũng chưa có đề tài nghiên cứu nào về nhu cầu CSSKSS của người dân, khả năng đáp ứng nhu cầu CSSKSS người dân của các đơn vị y tế... Với những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu: **“Thực trạng cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản và hiệu quả một số giải pháp can thiệp tại tuyến xã tỉnh Quảng Ninh”** với các mục tiêu sau:

1. Mô tả thực trạng cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản ở tuyến xã tại 3 huyện của tỉnh Quảng Ninh, năm 2012.

2. Đánh giá hiệu quả giải pháp can thiệp nhằm nâng cao khả năng cung ứng một số nhóm dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản ở tuyến xã tại 3 huyện của tỉnh Quảng Ninh.

Chương 1

TỔNG QUAN

1.1. Thực trạng cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản

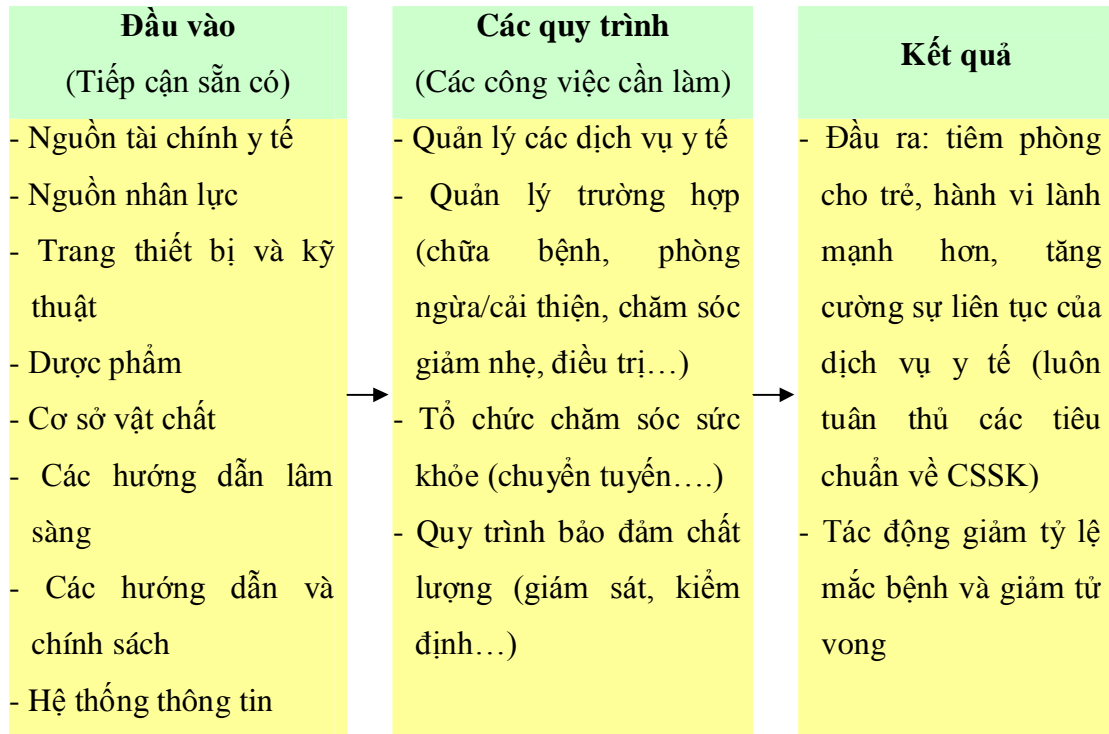
1.1.1. Một số khái niệm về cung ứng, cung ứng dịch vụ y tế (DVYT), cấu phần của hệ thống cung ứng dịch vụ, khái niệm về sức khỏe sinh sản và chăm sóc sức khỏe sinh sản

1.1.1.1. Dịch vụ y tế là dịch vụ chỉ toàn bộ các hoạt động chăm sóc sức khỏe (CSSK) cho cộng đồng, cho con người mà kết quả là tạo ra các sản phẩm hàng hóa không tồn tại dưới dạng hình thái vật chất cụ thể, nhằm thỏa mãn kịp thời thuận tiện và có hiệu quả hơn các nhu cầu ngày càng tăng của cộng đồng và con người về CSSK [6], [25], [43], [89].

DVYT là một trong bốn dịch vụ xã hội cơ bản - hệ thống cung cấp dịch vụ nhằm đáp ứng những nhu cầu cơ bản của con người và được xã hội thừa nhận. DVYT là một dịch vụ khá đặc biệt. DVYT là một loại hàng hóa mà người sử dụng (người bệnh) thường không thể tự mình lựa chọn loại dịch vụ theo ý muốn mà phụ thuộc rất nhiều vào bên cung ứng (cơ sở y tế) [45].

1.1.1.2. Cung ứng DVYT: Theo tổ chức Y tế Thế giới (WHO), cung ứng DVYT là các yếu tố đầu vào được kết hợp để cho phép cung cấp một loạt các biện pháp can thiệp hoặc các hoạt động y tế (WHO 2001) [114]. Theo Báo cáo y tế thế giới năm 2000, toàn bộ hệ thống y tế thường được xác định với chỉ một sự cung ứng DVYT. Báo cáo này cũng chỉ ra rằng cung ứng DVYT là một nhiệm vụ chính mà hệ thống y tế nói chung cần phải thực hiện [114].

1.1.1.3. Mô hình cung ứng dịch vụ



Hình 2.1. Mô hình cung ứng DVYT theo Massoud [114]

Mô hình của Massoud đã chỉ rõ cung ứng DVYT là cả một quá trình từ nguồn lực sẵn có, quy trình thực hiện cũng như kết quả đạt được từ các dịch vụ CSSK người dân. Hiện nay, trên thế giới còn có khung cải tiến của mô hình cung ứng DVYT [23].

1.1.1.4. Sức khỏe sinh sản (SKSS): Theo định nghĩa sức khỏe sinh sản đã được Hội nghị quốc tế về Dân số và Phát triển tại Cairo - Ai Cập (ICPD - 9/1994) và Hội nghị quốc tế về Phụ nữ tại Bắc Kinh - Trung Quốc (9/1995) công bố: “ Là một trạng thái hoàn toàn thoải mái về thể chất, tinh thần và xã hội chứ không phải chỉ là không có bệnh tật, không tàn phế trong mọi lĩnh vực có liên quan đến hệ thống chức năng và quá trình sinh sản”. Điều này hàm ý là mọi người, kể cả nam và nữ đều có quyền được nhận thông tin và tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, các biện pháp kế hoạch hóa gia đình

(KHHGD) hiệu quả, an toàn và chấp nhận được theo sự lựa chọn của mình, đảm bảo cho người phụ nữ trải qua quá trình thai nghén và sinh đẻ an toàn, tạo cho các cặp vợ chồng có cơ may tốt nhất để sinh được đứa con khỏe mạnh [22].

SKSS là một thành phần của vấn đề sức khỏe, nhưng SKSS khác biệt một cách cơ bản so với hầu hết mối quan tâm về sức khỏe khác bởi đặc trưng liên quan đến các hoạt động sinh sản. Cho dù cả nam và nữ đều tham gia vào các hoạt động này song việc mang thai, sinh đẻ, nuôi con bằng sữa mẹ vẫn là đặc quyền của phụ nữ. Do đó, phụ nữ được coi là trọng tâm của SKSS và SKSS là cốt lõi của sức khỏe phụ nữ [21].

SKSS luôn là mối quan tâm của cả cuộc đời người phụ nữ bởi sự liên quan và dễ đưa đến những nguy cơ rủi ro về sức khỏe từ tình dục và sinh sản. Phần lớn gánh nặng sức khỏe của phụ nữ đều liên quan tới tình dục và sinh sản đặc biệt là đối với phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, tỷ lệ này là 40% ở vùng Châu Phi - cận Sahara và hơn 20% ở các nước đang phát triển. Bảo vệ sức khỏe cho bà mẹ nói chung và SKSS nói riêng là vấn đề mà bất kỳ quốc gia nào cũng có sự quan tâm đặc biệt.

Theo bản kế hoạch hành động sau Hội nghị quốc tế về Dân số và Phát triển (ICPD) tại Cairô - Ai Cập năm 1994 đưa ra 10 nội dung của SKSS gồm:

- Làm mẹ an toàn;
- Kế hoạch hoá gia đình;
- Nạo hút thai an toàn;
- Vô sinh;
- Phòng tránh và điều trị bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV/AIDS, nhiễm trùng đường sinh sản;
- Phòng chống u đường sinh dục;
- SKSS vị thành niên;

- Giáo dục giới tính, tình dục;
- Chăm sóc sức khoẻ trẻ em;
- Thông tin, giáo dục, truyền thông;

Tuy nhiên, ở mỗi nước trong từng thời điểm khác nhau sẽ có sự lựa chọn những vấn đề ưu tiên riêng cho quốc gia mình.

1.1.1.5. Chăm sóc sức khỏe sinh sản (CSSKSS) được định nghĩa “*Là sự phối hợp các phương pháp kỹ thuật và dịch vụ để bảo đảm sức khoẻ sinh sản và sức khoẻ nói chung bằng cách phòng bệnh và giải quyết các vấn đề về SKSS*”. Trong đó, dịch vụ CSSKSS còn bao hàm cả những vấn đề đảm bảo cuộc sống tình dục lành mạnh, an toàn và hoà hợp [18]. Như vậy CSSKSS cho phụ nữ (Chăm sóc thai nghén, KHHGD, phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV/AIDS, nhiễm trùng đường sinh sản...) chỉ thực sự có hiệu quả khi chúng được lồng ghép với nhau trong một tổng thể không thể tách rời [21].

1.1.2. Hệ thống cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản

Việt Nam là một quốc gia đã có hệ thống y tế hoàn chỉnh từ trung ương tới địa phương. Tương tự như đa số các quốc gia trên thế giới, hệ thống y tế Việt Nam chia ra làm 3 tuyến: trung ương, tỉnh/thành phố và cơ sở (bao gồm y tế huyện/thị trấn và xã/phường) [131]. Hệ thống cung ứng dịch vụ CSSKSS cũng bao gồm tuyến trung ương, tuyến tỉnh và tuyến cơ sở [20], [21]. Tuyến trung ương bao gồm các bệnh viện chuyên khoa và các khoa của bệnh viện trung ương. Tuyến tỉnh bao gồm Trung tâm CSSKSS tỉnh, Bệnh viện sản, bệnh viện nhi và các khoa nhi, khoa sản thuộc các bệnh viện tỉnh. Tuyến huyện bao gồm các trung tâm y tế huyện, trung tâm y tế dự phòng huyện và các khoa nhi, khoa sản thuộc bệnh viện huyện. Trạm y tế xã là nơi gần dân nhất và cung ứng các dịch vụ cơ bản về CSSKSS. Dưới xã còn có hệ thống y tế thôn/bản và cộng tác viên dân số ở các thôn/bản giúp việc cho TYT xã [13].

Việc cung ứng các dịch vụ CSSKSS cho người dân phụ thuộc rất nhiều vào số lượng và chất lượng nhân lực y tế, cơ sở hạ tầng, trang thiết bị và thuốc thiết yếu [12].

*** Nhân lực cung ứng dịch vụ CSSKSS**

Các nghiên cứu trong và ngoài nước đều khẳng định rằng chất lượng và số lượng nhân lực y tế đóng vai trò rất quan trọng trong cung ứng chất lượng dịch vụ y tế nói chung cũng như CSSKSS nói riêng [122], [125].

Theo báo cáo của Vụ Sức khỏe Bà mẹ Trẻ em, Bộ Y tế, trung bình mỗi bệnh viện Sản và Nhi tuyến trung ương và tương đương có trung bình trên 800 cán bộ chuyên môn có trình độ chuyên môn kỹ thuật cao hiện đang làm việc [20]. Khoa Sản, Nhi thuộc bệnh viện đa khoa tuyến trung ương có trên 100 cán bộ. Mỗi Bệnh viện Phụ Sản tuyến tỉnh có khoảng 250 cán bộ, bệnh viện Sản Nhi và bệnh viện Nhi 100 cán bộ và tuyến tỉnh có khoảng 170-180 cán bộ. Mỗi bệnh đa khoa tỉnh có trung bình 66 và bệnh viện đa khoa huyện có 24 cán bộ chuyên môn hiện đang làm việc tại hai khoa Sản và Nhi. Mỗi Trung tâm Sức khỏe Sinh sản (TTSKSS) tuyến tỉnh có khoảng 25 cán bộ. Mỗi Trung tâm Y tế (TTYT) huyện có trung bình 5-7 cán bộ ở Khoa/Đội CSSKSS. Mỗi TYT xã/phường có khoảng 5-7 cán bộ và mỗi Phòng khám đa khoa khu vực có khoảng 7,5 cán bộ [20]. Báo cáo của UNFPA và của một số tổ chức quốc tế khác cũng đã khẳng định số lượng và chất lượng cán bộ y tế ở tuyến xã/phường còn có nhiều hạn chế [112], [125].

*** Cơ sở y tế cung ứng dịch vụ CSSKSS**

Cơ sở cung ứng dịch vụ CSSKSS tại Trạm y tế xã: Các nghiên cứu trong và ngoài nước chỉ ra rằng vai trò của y tế cơ sở là rất quan trọng trong công tác chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là các chăm sóc sức khỏe cơ bản vì gần dân nhất [33]. Cả nước ta hiện có 11.112 xã/phường/thị trấn [9]. Thông thường, mỗi xã có 1 TYT, tại những xã/phường đông dân và kinh tế phát triển, ngoài TYT

còn có thể có PKĐKKV hoặc Nhà hộ sinh [8]. Theo Niên giám thống kê 2014 của Bộ Y tế, cả nước ta hiện có 686 PKĐKKV và 18 NHS [8].

Cơ sở cung ứng dịch vụ CSSKSS tại huyện: Cả nước ta hiện có 697 huyện/quận/thị xã/thành phố thuộc tỉnh (gọi chung là huyện). Thông thường, mỗi huyện có một bệnh viện huyện và một TTYT/TTYTDP huyện (sau đây gọi chung là TTYT). Theo Niên giám thống kê 2014 của Bộ Y tế, cả nước ta hiện có 615 bệnh viện huyện và 690 TTYT [8].

Cơ sở cung ứng dịch vụ CSSKSS tại tỉnh/thành phố: Cả nước ta hiện có 63 tỉnh/thành phố. Thông thường, mỗi tỉnh có một bệnh viện đa khoa (BVĐK) tỉnh và một TTCSSKSS. Tại BVĐK, đơn vị cung ứng các dịch vụ CSSKSS là Khoa Sản và Khoa Nhi. Tuy nhiên, tại một số tỉnh đã thành lập bệnh viện Sản/bệnh viện Nhi riêng cung ứng dịch vụ CSSKSS. Cũng tại những tỉnh đã thành lập bệnh viện Sản/Nhi, thường sẽ không còn khoa Sản/khoa Nhi tại BVĐK tỉnh đó nữa. Tại một số tỉnh là đầu mối giao thông của vùng, ngoài BVĐK tỉnh còn có thể có thêm bệnh viện đa khoa khu vực. Theo Niên giám thống kê 2014 của Bộ Y tế, cả nước ta hiện có 125 BVĐK tỉnh và BVĐKKV, 3 bệnh viện Sản - Nhi tỉnh, 9 bệnh viện Phụ sản tỉnh, 9 bệnh viện Nhi tỉnh và 64 TTCSSKSS tỉnh [8].

Cơ sở cung ứng dịch vụ CSSKSS tại trung ương: Cả nước ta hiện có 7 bệnh viện đa khoa có khoa Sản, khoa Nhi, 2 bệnh viện Sản và 3 bệnh viện Nhi trung ương và tương đương. Bệnh viện Từ Dũ, Bệnh viện Nhi Đồng I, Bệnh viện Nhi Đồng II là các bệnh viện thuộc Thành phố Hồ Chí Minh nhưng được Bộ Y tế phân công tham gia công tác chỉ đạo tuyến nên được xếp vào tuyến trung ương và tương đương [20].

*** Cơ sở hạ tầng cho CSSKSS**

Cơ sở hạ tầng cho CSSK nói chung cũng như cho CSSKSS nói riêng là một trong những yếu tố quyết định chất lượng dịch vụ. Một số nghiên cứu cũng như các tài liệu hướng dẫn trong và ngoài nước cũng đã thể hiện rõ quan điểm và cung ứng đủ bằng chứng

[34], [36], [81]. Theo báo cáo của Vụ Sức khỏe sinh sản, Bộ Y tế, tỷ lệ TYT đạt đủ 6 tiêu chuẩn của phòng đẻ theo Hướng dẫn quốc gia về CSSKSS (HDQG) ở những huyện không nghèo và những huyện không khó khăn cao hơn nhiều so với những huyện nghèo và những huyện khó khăn. Chỉ có hơn 50% TYT có góc tư vấn đảm bảo riêng tư, kín đáo [20]. Tỷ lệ có nhiều tài liệu truyền thông (88,1% số TYT), tỷ lệ có ít nhất là mô hình trực quan bộ phận sinh dục nữ và nam (9,3% và 16,5%). Chỉ 2,7% phòng/góc truyền thông của TYT có đủ cả 7 tiêu chuẩn. Ngược lại, 6,5% TYT không có hoặc không đảm bảo cả 7 tiêu chuẩn trên [20].

Trung bình mỗi TYT ở nước ta có gần 9 phòng, trong đó có khoảng 3 phòng dành cho CSSKSS. CSSKSS là một trong số các nội dung của chăm sóc sức khỏe ban đầu, rất cần được chú trọng ở tuyến y tế cơ sở [16]. Tuy vậy, vẫn có 3,1% TYT hoàn toàn không có phòng nào dành cho CSSKSS và 2,8% TYT không cho biết là có hay không có những phòng này tại cơ sở y tế của địa phương [20].

Quản lý thai là các biện pháp giúp cán bộ y tế xã nắm chắc số người có thai trong từng thôn xóm, trong đó ai có thai bình thường, ai có nguy cơ cao, việc khám thai của thai phụ thế nào; hàng tháng sẽ có bao nhiêu người đẻ tại trạm hoặc phải đẻ ở tuyến trên; theo dõi, chăm sóc bà mẹ khi sinh đẻ và sau đẻ cho tới hết thời kỳ hậu sản. Để thực hiện được công tác quản lý thai cần 4 loại công cụ: (1) sổ khám thai, (2) phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà hoặc phiếu khám thai, (3) bảng theo dõi - quản lý thai nghén, (4) hộp phiếu hẹn trong đó tối thiểu phải có Sổ khám thai, Bảng theo dõi và quản lý thai nghén. Kết quả khảo sát tại 10.981 TYT cho thấy công cụ quản lý thai của TYT là tương đối tốt, trong đó có 91,8% TYT luôn có đủ cả 2 loại công cụ quan trọng này tại phòng khám thai [20].

Nếu theo chỉ thị số 04/2003/CT-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc tăng cường chăm sóc trẻ sơ sinh nhằm giảm tỷ lệ tử vong sơ sinh trên cơ sở quy hoạch phát triển mạng lưới khám chữa bệnh của tỉnh thì từ năm 2003 đến nay, các bệnh viện huyện nhất thiết đã phải có phòng/đơn nguyên/đơn vị sơ sinh riêng tại mỗi bệnh viện. Tuy nhiên vẫn còn đến

43,2% số bệnh viện huyện trên cả nước không có phòng/đơn nguyên/đơn vị sơ sinh và 8,9% số bệnh viện huyện không cung ứng thông tin xác nhận là đã có đơn vị này hay chưa. Trong số những bệnh viện đã thành lập phòng/đơn nguyên/đơn vị sơ sinh, 71,6% được đặt tại khoa sản, 19,6% được đặt tại khoa nhi; và 6% không rõ là đơn vị sơ sinh được đặt tại khoa nào [22]. Báo cáo của Vụ SKBMTE cho thấy, vẫn còn 18,2% BVĐK tỉnh và 22,2% BV Sản tỉnh không có Khoa sơ sinh hay Đơn nguyên sơ sinh [16]. Trong số 9 bệnh viện Sản tuyến tỉnh trên cả nước, BVPS bán công Bình Dương mới chỉ có đơn nguyên sơ sinh; hai BVPS tỉnh Phú Thọ và Tiền Giang không có Khoa sơ sinh/Đơn nguyên sơ sinh [19]. Trong số 9 bệnh viện Nhi tuyến tỉnh, bệnh viện Nhi Nam Định và BV Nhi Thái Bình mới chỉ có Đơn nguyên sơ sinh. Lý do cả 2 bệnh viện này cùng đưa ra là chưa đủ nhân lực và cơ sở vật chất/hạ tầng. Trong số 5 BVĐK tuyến Trung ương và tương đương (gọi chung là BVĐKTU) được khảo sát, bệnh viện E Hà Nội không có Khoa sơ sinh/Đơn nguyên sơ sinh. 4 bệnh viện còn lại là bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam – Cu Ba Đồng Hới, BVĐKTU Cần Thơ, BVĐKTU Quảng Nam và BVĐKTU Thái Nguyên chỉ có Đơn nguyên sơ sinh đặt tại một khoa của bệnh viện [20]. Hai bệnh viện phụ sản và 3 bệnh viện nhi tuyến trung ương và tương đương (bao gồm BVPS Từ Dũ, BVPS Trung ương, BV Nhi Đồng 1, BV Nhi Đồng 2 và BV Nhi Trung ương) đều đã có khoa sơ sinh [20].

*** Thuốc thiết yếu cho CSSKSS**

Thuốc thiết yếu là những thuốc phải luôn sẵn có bất cứ lúc nào với chất lượng đảm bảo, đủ số lượng cần thiết, dưới dạng bào chế phù hợp với điều kiện bảo quản, cung ứng và sử dụng an toàn cho CSSKSS [12]. Theo Quyết định số 17/2005/QĐ-BYT của Bộ Trưởng Bộ Y tế về ban hành danh mục thuốc thiết yếu Việt Nam lần V, đối với lĩnh vực CSSKSS, có 10 nhóm thuốc thiết yếu trong danh mục. Theo kết quả khảo sát của Vụ sức khỏe bà mẹ và trẻ em cho thấy: Nhóm thuốc mà TYT có đầy đủ các loại, nhiều nhất là vitamin và chất khoáng (49,9%); tiếp đến là nhóm thuốc an thần và hạ huyết áp (tương ứng 34,3% và 18,3%) [20]. Các nhóm còn lại, đa số TYT có nhưng không đầy đủ (77% - 93%). Bên cạnh những TYT có đầy đủ các loại trong

danh mục, vẫn còn một tỷ lệ đáng kể TYT hoàn toàn không sẵn có một loại thuốc nào (tương ứng 65,7% và 28,5% TYT). Trong 7 nhóm thuốc còn lại, cũng luôn tồn tại trên dưới 10% TYT không có một loại thuốc nào [20].

Về thuốc và các phương tiện tránh thai, các TYT đảm bảo tương đối tốt, trừ viên tránh thai khẩn cấp chỉ có ở 18,3% TYT xã, còn lại, trên 2/3 TYT luôn có viên thuốc tránh thai kết hợp, viên thuốc tránh thai chỉ có progestin, thuốc tiêm tránh thai DMPA, dụng cụ tử cung và bao cao su. Tuy nhiên, chỉ có 12,2% TYT có đủ cả 6 loại thuốc và phương tiện tránh thai theo HDQG. Đặc biệt còn 3,1% TYT không có cả 6 loại thuốc và phương tiện tránh thai thông dụng trên [20].

*** Trang thiết bị thiết yếu cho CSSKSS**

Theo Hướng dẫn quốc gia (HDQG) về các DV CSSKSS (Ban hành kèm theo Quyết định số 4620/QĐ-BYT ngày 25/11/2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế) trang bị thiết yếu về CSSKSS cho 1 TYT bao gồm: 1 bộ khám thai, 3 bộ đỡ đẻ, 1 bộ cắt khâu tầng sinh môn, 1 bộ kiểm tra cổ tử cung, 1 bộ hồi sức sơ sinh, 1 bộ đặt và tháo dụng cụ tử cung, 3 bộ khám phụ khoa và 1 bộ bơm hút thai chân không bằng tay 1 van [12].

Theo báo cáo của Vụ SKBMTE, trong tất cả các TYT xã loại dụng cụ có đủ số bộ và mỗi bộ có đầy đủ các chi tiết hiện có ở nhiều TYT nhất là bộ đặt tháo DCTC đủ (48,9%) [20]. Các loại dụng cụ có đủ số bộ và mỗi bộ có đầy đủ các chi tiết hiện có ở ít TYT nhất là bộ đỡ đẻ (chỉ 219 TYT, tương ứng là 2% có 3 bộ đỡ đẻ đủ các chi tiết/TYT), bộ khám thai (0,5% TYT bộ khám thai đủ) và bộ khám phụ khoa [21]. Hai loại bộ có đầy đủ ở nhiều TYT nhất là bộ đỡ đẻ và bộ đặt, tháo dụng cụ tử cung (trên dưới 50% TYT có đủ ít nhất 1 bộ mỗi loại). Tiếp đến là bộ cắt khâu tầng sinh môn (30,2% TYT có). Bộ hồi sức sơ sinh, do chỉ cần thiếu một vài chi tiết nhỏ như ống hút, đầu nối... thì cũng không vận hành được, nên tỷ lệ TYT có đủ bộ chiếm rất thấp (17,5%).

Bộ khám thai, bộ kiểm tra cổ tử cung và bộ khám phụ khoa có ở đa số TYT nhưng không đầy đủ (trên 78% TYT). Còn hai loại khác, bộ hồi sức sơ sinh và bộ hút thai chân không bằng tay 01 van, thiếu ở nhiều TYT nhất (trên 46% TYT không có) [20].

Theo báo cáo kết quả khảo sát thực trạng mạng lưới và năng lực cung ứng dịch vụ CSSKSS năm 2010 của Vụ Sức khỏe sinh sản, Bộ Y tế cho thấy không có loại trang thiết bị chăm sóc sơ sinh nào có ở 100% số bệnh viện huyện được khảo sát [20]. Có nhiều nhất là máy hút nhót cho trẻ sơ sinh (có ở 89,9% số bệnh viện), tiếp đến là Bộ thở oxy (Bình oxy, van giảm áp và bộ làm ẩm) - có ở 71,4% BV; Bộ hồi sức sơ sinh (đủ theo HDQG) - có ở 68,6% bệnh viện; Đèn sưởi sơ sinh – có ở 68,1% bệnh viện; 52,9% bệnh viện có máy tạo oxy; và 51,3% có lồng ấp sơ sinh. Các trang thiết bị còn lại đều chỉ có ở dưới 41% bệnh viện; trong đó đèn hồng ngoại điều trị, máy theo dõi chức năng sống của trẻ và máy đo pH máu thai nhi có ở ít bệnh viện nhất (dưới 10% số bệnh viện có). Tính trung bình, chỉ có máy hút nhót cho trẻ sơ sinh và bộ thở oxy là có đủ 1 bộ/1 BV, các loại trang thiết bị khác trung bình không đủ 1 bộ/1 bệnh viện [20].

Về tình hình các trang thiết bị sản khoa, cũng không loại nào có ở 100% số bệnh viện huyện được khảo sát. Nhiều nhất là bàn đẻ; Bộ đỡ đẻ (đủ theo HDQG); Bộ cắt khâu tầng sinh môn (đủ theo HDQG) - có ở trên 90% số bệnh viện; tiếp đến là bàn khám phụ khoa; Bộ khám thai (đủ theo HDQG); Bộ khám phụ khoa (đủ theo HDQG); Bộ kiểm soát tử cung, cổ tử cung (đủ theo HDQG); Bộ đặt tháo DCTC (đủ theo HDQG); và Bàn thủ thuật sản/phụ khoa/KHHGD - có ở trên 80% bệnh viện. Các trang thiết bị còn lại, ít nhất là đèn soi mô rau và máy đốt cổ tử cung (đốt điện, đốt nhiệt hoặc áp lạnh) - dưới 37% số bệnh viện có sẵn. Tính trung bình, mỗi bệnh viện huyện có 7,5 bộ khám phụ khoa, 5,9 bộ đỡ đẻ, 4,4 bộ khâu cắt tầng sinh môn và 4,3 bộ làm

rón [20]. Loại trang thiết bị sản phụ khoa không có đủ 1 bộ cho một bệnh viện huyện là: máy theo dõi sản khoa, bộ dụng cụ forceps, máy giác hút sản khoa, máy hút dịch người lớn, máy đốt cổ tử cung và đèn soi mô rau. Về trang thiết bị cho phòng mổ tại các huyện, nhiều nhất là trên 70% có tủ để thuốc và dụng cụ; Bàn để dụng cụ; Bàn mổ để; Mặt nạ, bóng bóp người lớn; Máy hút dịch phẫu thuật; Bộ đặt nội khí quản người lớn; Bộ triệt sản nữ; Bộ dụng cụ mổ lấy thai; và Bình ô xy. Ngược lại, chỉ 5,7% bệnh viện có trang thiết bị mổ nội soi; và 11,6% có máy giúp thở trẻ sơ sinh [20].

1.1.3. Cung ứng dịch vụ CSSKSS tại trạm y tế xã/phường

Theo Quyết định số 385/2001/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế ngày 13/2/2001, TYT xã có nhiệm vụ cung ứng các dịch vụ CSSSK bao gồm 11 kỹ thuật chuyên môn sản khoa, 3 kỹ thuật phụ khoa, 5 kỹ thuật kế hoạch hóa gia đình, 7 kỹ thuật CSSK trẻ em [16]. Nhưng theo báo cáo của Vụ sức khoẻ bà mẹ và trẻ em, Bộ Y tế, không phải tất cả các TYT xã đều cung ứng tất cả các loại dịch vụ CSSKSS mà Bộ Y tế quy định [20].

Trên thực tế, không có bất kỳ loại dịch vụ nào được cung ứng ở đầy đủ 100% số TYT. Loại dịch vụ có trên 90% số TYT cung ứng là những dịch vụ sau: Tiêm phòng uốn ván cho bà mẹ; Thăm khám sản phụ và trẻ sơ sinh tại nhà; Khám, theo dõi và quản lý thai; Khám chẩn đoán, điều trị các nhiễm khuẩn đường sinh sản thông thường. Đỡ đẻ thường ngôi chỏm; Đặt và tháo dụng cụ tử cung; Xử trí cấp cứu ban đầu 5 tai biến sản khoa; và Cung ứng thuốc uống tránh thai cũng là những dịch vụ hết sức thiết yếu, luôn cần sẵn có tại TYT, nhưng chỉ được cung ứng bởi trên 80% TYT. Đốt nhiệt/Đốt điện cổ tử cung là loại dịch vụ được ít TYT cung ứng nhất (2,1% số TYT). Cung ứng thuốc uống tránh thai khẩn cấp và Phá thai đến hết 7 tuần bằng phương pháp hút chân không là 2 loại dịch vụ cũng không được thực hiện tại nhiều TYT [21].

Đối với các dịch vụ nhi khoa, cũng tương tự như các dịch vụ CSSKSS, không có loại nào được cung ứng ở 100% số TYT. Năm loại dịch vụ được cung ứng ở nhiều TYT nhất (trên 90% TYT cung ứng) là: Thực hiện tiêm chủng mở rộng; Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ và nuôi dưỡng trẻ nhỏ; Thực hiện khám sức khoẻ định kỳ cho trẻ em nhà trẻ, mẫu giáo, tiểu học; Điều trị bệnh thông thường ở trẻ sơ sinh và trẻ em; và Xử trí ban đầu các trường hợp tai nạn, ngộ độc, cấp cứu ở trẻ em [14]. Hồi sức sơ sinh ngạt và tiêm Vitamin K1 cho trẻ sơ sinh chỉ được thực hiện ở 77,8% và 61,9% số TYT. Dịch vụ Rạch rộng vòng thắt nghệt bao quy đầu được cung ứng ở ít TYT nhất (6,3% số TYT) [20].

Không có nhiều TYT thực hiện Tổ chức triển khai phòng/góc dịch vụ SKSS/SKTD thân thiện cho vị thành niên và thanh niên, bao gồm cả tư vấn cũng chỉ có ở 24% số TYT. Chưa đến 50% số TYT có cung ứng dịch vụ thăm khám phát hiện các biểu hiện sớm và chuyển tuyến điều trị các bệnh về sức khoẻ sinh sản ở nam giới và người cao tuổi. Kết quả khảo sát này cho thấy cần phải có nhiều hỗ trợ hơn nữa để các TYT thực hiện nhiệm vụ cung ứng các dịch vụ VTN/Nam học – vốn cũng là những dịch vụ hết sức thiết yếu cho chăm sóc sức khỏe ban đầu từ tuyến y tế cơ sở [20].

Nhóm dịch vụ cận lâm sàng cơ bản dường như vẫn chưa được phát triển tại các TYT. Loại dịch vụ cận lâm sàng có nhiều TYT cung ứng nhất là test nhanh xét nghiệm thai sớm cũng chỉ được thực hiện ở 43,9% TYT; tiếp theo, 23% TYT cung ứng Test nhanh xét nghiệm sàng lọc Giang mai; 18,9% TYT cung ứng định tính/định lượng Protein niệu. Các dịch vụ còn lại, chỉ dưới 10% TYT cung ứng mỗi loại [20].

Tính đồng bộ về khả năng cung ứng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã: Theo UNFPA cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản bao gồm 6 loại dịch vụ: (1) Tiêm/truyền kháng sinh; (2) Tiêm/truyền thuốc gây co tử cung; (3) Tiêm

truyền thuốc chống co giật trong tiền sản giật, sản giật; (4) Bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung; (5) Nạo/hút buồng tử cung trong trường hợp sót rau, thai và (6) Đỡ đẻ đường dưới có hỗ trợ (forceps, giác hút) [12], [16], [65], [123].

Tại Việt Nam: Theo Quyết định 385/2001/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành 13/02/2001 quy định nhiệm vụ kỹ thuật trong lĩnh vực CSSKSS tại các cơ sở y tế, các TYT xã chỉ thực hiện 5 loại dịch vụ là: tiêm/truyền kháng sinh, tiêm/truyền thuốc gây co tử cung, tiêm truyền thuốc chống co giật trong tiền sản giật-sản giật, bóc rau nhân tạo/kiểm soát tử cung và đỡ đẻ thường [16]. Theo đó, một gói dịch vụ cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản tại tuyến xã được gọi là đầy đủ khi mỗi TYT phải cung ứng cả 5 loại dịch vụ như đã kể trên.

Theo kết quả điều tra, chỉ 23,6% số TYT có cung ứng gói dịch vụ cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản một cách đầy đủ (tức là đủ 5 loại dịch vụ theo như Quy định của Bộ Y tế Việt Nam). Ngược lại, có đến 11,5% số TYT không cung ứng một loại nào trong 5 loại dịch vụ cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản [20].

Cụ thể từng loại, 83,6% TYT cung ứng dịch vụ đỡ đẻ thường ngôi chỏm; 74,4% TYT có khả năng cung ứng dịch vụ xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ; 64,7% có khả năng cung ứng dịch vụ kiểm soát tử cung; 2 dịch vụ còn lại - Bóc rau nhân tạo khi có băng huyết và Tiêm truyền thuốc chống co giật (bằng Diazepam/Magnesi sulfat), chưa đến 50% TYT cung ứng [20]. Trừ những TYT không triển khai dịch vụ đỡ đẻ, các TYT có thực hiện dịch vụ đỡ đẻ phải đảm bảo đầy đủ các dịch vụ cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản theo quy định của Bộ Y tế.

Về nguyên tắc, các TYT xã thuộc những huyện khó khăn về địa lý càng cần phải có dịch vụ cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản tại chỗ [126]. Thực tế

điều tra cho thấy, chỉ 20,1% số xã thuộc các huyện khó khăn về địa lý đạt tiêu chuẩn cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản [21]. Trong giai đoạn 2011-2015, cần ưu tiên hỗ trợ đầu tư để các TYT khó khăn về địa lý có nhu cầu (xa bệnh viện) đảm bảo tiêu chuẩn cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản.

Nếu chỉ xét ở những TYT có thực hiện đỡ đẻ, tỷ lệ xã cung ứng gói dịch vụ cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản một cách đầy đủ cũng chỉ là 28,3% [20]. Kết quả này cho thấy một vấn đề cần phải quan tâm rằng tại sao một TYT có thực hiện đỡ đẻ được mà lại không sẵn có các dịch vụ cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản kèm theo như: Kiểm soát tử cung; Bóc rau nhân tạo khi có băng huyết; Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ; và Tiêm truyền thuốc chống co giật (Diazepam/Magnesi sulfat)? Đặc biệt lưu ý những TYT có thực hiện dịch vụ đỡ đẻ nhưng lại không thực hiện được 4 dịch vụ cấp cứu sản khoa thiết yếu còn lại (4,5% số TYT có đỡ đẻ).

Đỡ đẻ thường là một thủ thuật vô cùng quan trọng, tác động để sỏ thai, giúp cuộc đẻ được an toàn theo đường âm đạo. Để thực hiện được dịch vụ đỡ đẻ, ngoài cán bộ chuyên môn, cơ sở y tế cần phải có sự hỗ trợ của các phương tiện kỹ thuật. Theo Báo cáo kết quả khảo sát thực trạng mạng lưới và năng lực cung ứng dịch vụ CSSKSS Việt Nam năm 2010 của Vụ SKSS thì số TYT đỡ đẻ có đầy đủ cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc và một số dịch vụ tối thiểu cần có để hỗ trợ thực hiện dịch vụ đỡ đẻ chiếm tỷ lệ vô cùng nhỏ (9/9185 TYT có đỡ đẻ - chiếm 0,1%). Thiếu hụt đáng nói nhất ở các TYT có đỡ đẻ là về cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc: chỉ 3,6% có bộ kiểm tra cổ tử cung (đủ); 19,7% có bộ hồi sức sơ sinh (đủ); và 34,1% có bộ cắt khâu tầng sinh môn (đủ). Phòng đẻ riêng là một yêu cầu thiết yếu, song cũng chỉ có ở 39% số TYT có đỡ đẻ. Các cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc cũng rất quan trọng, song cũng chỉ có ở trên dưới 50% TYT có đỡ đẻ là: Bộ đỡ đẻ (đủ bộ); Nôi hấp; Tủ sấy; Nhóm thuốc chống co giật (Magie sulfat/Diazepam tiêm) [20].

Nhìn chung, sự đồng bộ về hệ thống cung ứng dịch vụ CSSKSS tại những TYT có đỡ đẽ tốt nhất là ở vùng Đông Nam Bộ, sau đó đến Đồng bằng sông Hồng và Đồng bằng sông Cửu long. Tuy nhiên, Đông Nam Bộ cũng là vùng có tỷ lệ đỡ đẽ tại TYT thấp nhất trên cả nước (55,6%). Như vậy, vấn đề cho thấy ở đây là những vùng có tỷ lệ đỡ đẽ tại TYT cao (như Đông Bắc, Tây Bắc, Tây Nguyên) lại không có được sự hậu thuẫn tốt, đồng bộ về cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc. Ở các xã thuộc các huyện khó khăn về địa lý, tỷ lệ TYT có đỡ đẽ cao hơn nhiều ở các huyện không khó khăn (90,9% so với 79,9%), nhưng các điều kiện về CSVC, TTB, thuốc và các dịch vụ thiết yếu lại thấp hơn đáng kể [20]. Một lần nữa càng cho thấy cần tập trung đầu tư cho các TYT ở các huyện khó khăn về địa lý.

1.1.3. Cung ứng dịch vụ CSSKSS tại BV huyện

Không có bệnh viện huyện nào thực hiện đầy đủ tất cả các xét nghiệm, trong đó sinh thiết, chẩn đoán tế bào và tinh dịch đồ là 2 loại dịch vụ xét nghiệm ít được cung ứng nhất tại các bệnh viện huyện (dưới 13%). Xét nghiệm chẩn đoán Chlamydia cũng chỉ được thực hiện ở 18,7% BV; PAP Smear được thực hiện ở 22% bệnh viện; Xét nghiệm sàng lọc Giang mai được thực hiện ở 27,4% BV [20]. Đáng chú ý, nhuộm Gram là một phương pháp hết sức đơn giản, song cũng chỉ khoảng 50% BV có cung ứng dịch vụ này.

Việc cung ứng dịch vụ kỹ thuật chẩn đoán tại các BV huyện còn rất hạn chế. Đo độ loãng xương; Chụp buồng tử cung; và X Quang vú là 3 loại dịch vụ kỹ thuật chẩn đoán ít được thực hiện nhất tại các bệnh viện huyện (dưới 15% bệnh viện có cung ứng). Siêu âm hai chiều là dịch vụ kỹ thuật chẩn đoán được thực hiện tại nhiều bệnh viện nhất cũng chỉ có ở 71,4% bệnh viện. Một số loại dịch vụ kỹ thuật chẩn đoán khác như Siêu âm sàng lọc trước sinh; Soi cổ tử cung; và Siêu âm ba chiều được thực hiện ở từ 30-40% số bệnh viện [20].

Trong số các loại dịch vụ sản khoa được phép thực hiện tại bệnh viện tuyến huyện (theo Quy định phân tuyến kỹ thuật và danh mục kỹ thuật trong khám chữa bệnh), hai dịch vụ Mổ nội soi và Lọc rửa, bơm tinh trùng vào buồng tử cung ít được cung ứng nhất (dưới 5% bệnh viện [20]). Mổ lấy thai và Truyền máu là hai loại dịch vụ nằm trong gói dịch vụ cấp cứu sản khoa thiết yếu toàn diện, thuộc quyền khả năng chuyên môn của các bệnh viện huyện [16] song cũng chỉ được thực hiện ở 68,2% và 59,8% bệnh viện. Lý do cơ bản của một số bệnh viện không cung ứng hai loại dịch vụ này là không đủ điều kiện như: không có phòng mổ; không có nhân lực, thiếu bác sỹ chuyên khoa; bệnh viện đang xây cấp mới; thiếu phương tiện; và sợ nhiều tai biến [20].

Về nhóm dịch vụ nhi khoa thực hiện tại các bệnh viện huyện, được cung ứng nhiều nhất là dịch vụ Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ (94,5% BV có cung ứng). Nuôi dưỡng trẻ sơ sinh nhẹ cân, non tháng bằng lồng ấp và Điều trị vàng da trẻ sơ sinh là hai dịch vụ đơn giản, nằm trong khả năng chuyên môn của các bệnh viện huyện, song cũng chỉ được thực hiện ở 26,9% và 36% bệnh viện. Dịch vụ hút dịch, khí màng phổi áp lực thấp và Mở khí quản là các dịch vụ ít được thực hiện nhất (15% bệnh viện thực hiện) [20].

Ngoài những dịch vụ xét nghiệm, kỹ thuật chẩn đoán, sản và nhi khoa như đã được liệt kê ở các bảng trên, các bệnh viện huyện còn có khả năng thực hiện một số loại dịch vụ CSSKSS/KHHGD khác. Trong số những dịch vụ này, Khám, tư vấn và điều trị các rối loạn tiền mãn kinh và mãn kinh được cung ứng ở nhiều bệnh viện nhất (77,1% bệnh viện). Dịch vụ ít được thực hiện nhất là Khám, tư vấn và điều trị các rối loạn mãn dục nam (9,7% bệnh viện có cung ứng) [20].

Khả năng thực hiện cấp cứu sản khoa thiết yếu toàn diện

Cấp cứu sản khoa thiết yếu toàn diện là nhiệm vụ của các bệnh viện huyện [16]. Theo UNFPA: Cấp cứu sản khoa thiết yếu toàn diện bao gồm 8

loại dịch vụ: (1) tiêm/truyền kháng sinh; (2) tiêm/truyền thuốc gây co tử cung; (3) tiêm truyền thuốc chống co giật trong tiền sản giật, sản giật; (4) bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung; (5) nạo/hút buồng tử cung trong trường hợp sót rau, thai và (6) đỡ đẻ đường dưới có hỗ trợ (forceps, giác hút); (7) mổ lấy thai; và (8) truyền máu [126].

Tại Việt Nam: theo Quyết định 385/2001/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành năm 2001 quy định nhiệm vụ kỹ thuật trong lĩnh vực CSSKSS tại các cơ sở y tế, CSYT tuyến tỉnh và huyện bắt buộc phải thực hiện được cả 8 loại dịch vụ trên trong gói dịch vụ cấp cứu sản khoa thiết yếu toàn diện [16]. Sáu loại dịch vụ, bao gồm (1) Tiêm/truyền kháng sinh; (2) Tiêm/truyền thuốc gây co tử cung; (3) Tiêm truyền thuốc chống co giật trong tiền sản giật, sản giật; (4) Bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung; (5) Nạo/hút buồng tử cung trong trường hợp sót rau, thai và (6) Đỡ đẻ đường dưới có hỗ trợ (forceps/giác hút) đương nhiên các BV tuyến huyện đều cung ứng được. Có 68,2% bệnh viện huyện thực hiện được dịch vụ mổ đẻ và 59,8% thực hiện được dịch vụ truyền máu. Tuy nhiên, chỉ có 55,1% số bệnh viện huyện thực hiện được đồng thời cả hai dịch vụ mổ lấy thai và truyền máu. Điều này cũng có nghĩa là nhiều nhất cũng chỉ có 55,1% số bệnh viện huyện trong toàn quốc đạt tiêu chuẩn cấp cứu sản khoa thiết yếu toàn diện [20].

1.1.4. Những tiến bộ và hạn chế trong cung ứng dịch vụ CSSKSS

Sử dụng biện pháp tránh thai ở Việt Nam tăng đáng kể. Phần lớn mức tăng này là tăng tỷ lệ sử dụng các biện pháp hiện đại và hiệu quả hơn. Hiện tại cứ 10 phụ nữ 15-49 tuổi có chồng thì có 8 người sử dụng một biện pháp tránh thai nào đó, trong đó có tới 7 người sử dụng biện pháp tránh thai hiện đại và 1 người dùng biện pháp truyền thống - mức sử dụng các biện pháp truyền thống thấp nhất trong 20 năm qua. Với việc đa dạng hoá các biện pháp tránh thai, cơ cấu các biện pháp tránh thai được cải thiện rất nhiều và tỷ lệ sử dụng các biện

pháp tránh thai hiện đại ở mức cao [5]. Năm 1998, số người sử dụng bao cao su chỉ chiếm 2% và thuốc uống tránh thai là 1%, đến năm 2006 tăng lên tương ứng là 10% và 13% [11]. Mặc dù tỷ lệ sử dụng vòng tránh thai giảm, nhưng vẫn là biện pháp được sử dụng nhiều nhất với hơn một nửa số phụ nữ (55% năm 2008) dựa vào biện pháp này so với 62% năm 1988 [11].

Nhìn chung các dịch vụ làm mẹ an toàn đều được thực hiện ở các tuyến theo phân tuyến kỹ thuật và hướng dẫn chuyên môn kỹ thuật của Bộ Y tế. Sức khỏe bà mẹ được cải thiện rõ rệt, thể hiện trên chỉ số tử vong mẹ giảm từ 171 (năm 2000) xuống còn 69/100 000 trẻ sơ sinh sống vào năm 2010 [8]. Đối với sức khỏe sinh sản, số liệu thống kê cho thấy tỷ lệ phụ nữ đẻ được khám thai từ 3 lần trở lên, tỷ lệ khám sau sinh, tỷ lệ phụ nữ sinh đẻ được cán bộ y tế chăm sóc, tỷ lệ cặp vợ chồng chấp nhận biện pháp tránh thai đều cao, và hầu hết các chỉ số có xu hướng tăng từ 2006 đến 2009, trong khi số ca nạo thai to giảm. Trong các chỉ số giám sát sức khỏe sinh sản tỷ lệ cặp vợ chồng chấp nhận biện pháp tránh thai có giảm từ 2008 đến 2009, và số người hút thai lại tăng [11]. Cần tiếp tục theo dõi xu hướng này và tìm rõ nguyên nhân, đồng thời tìm hiểu rõ tổng số các dịch vụ này ở khu vực tư nhân.

Với những nỗ lực trong việc cung ứng các dịch vụ tránh thai một cách đa dạng, thuận tiện, dễ tiếp cận, cùng với việc phổ biến các dịch vụ tránh thai khẩn cấp, đồng thời mở rộng kết hợp cung ứng song song dịch vụ kỹ thuật và tư vấn trước và sau phá thai, số trường hợp phá thai đã giảm hẳn, từ chỗ số lần phá thai tương đương số lần đẻ vào những năm của thập kỷ 90, đến nay chỉ còn 0,28 lần phá thai cho 1 lần đẻ sống [5]. Chất lượng dịch vụ phá thai an toàn được mở rộng và cải thiện rõ rệt. Các cơ sở cung ứng dịch vụ phá thai thực hiện quy trình phá thai an toàn, nghiêm túc, phòng thủ thuật bố trí hợp lý, dụng cụ đầy đủ, kỹ năng tư vấn được cải thiện, năm 2009 không có tử vong mẹ do tai biến phá thai.

Các hoạt động phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản, nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục chủ yếu được thực hiện thông qua các chiến dịch truyền thông lồng ghép với cung ứng dịch vụ CSSKSS, việc phối hợp lồng ghép đã tạo được sự tiếp cận tới cộng đồng, tạo thế chủ động trong khám phát hiện và điều trị. Năm 2014, đã tổ chức khám phụ khoa cho 11,6 triệu người, chiếm khoảng 50% số phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, trong đó 4,6 triệu người được điều trị (chiếm khoảng gần 40% số khám) [8].

Công tác phòng ngừa ung thư đường sinh sản đã bước đầu được chú trọng và triển khai trước hết thí điểm dự phòng ung thư cổ tử cung thứ cấp áp dụng phương pháp sàng lọc qua khám phụ khoa kết hợp với quan sát bằng mắt thường với dung dịch acid acetic. Nước ta cũng đang thí điểm kết hợp tiêm vắc-xin phòng vi rút gây u nhú ở người với chương trình sàng lọc để phòng ung thư cổ tử cung. Công tác hỗ trợ sinh sản các cặp vợ chồng vô sinh đang được phát triển, đến nay đã có 12 cơ sở thực hiện các kỹ thuật cao trong điều trị vô sinh và sinh con theo phương pháp khoa học, như thụ tinh nhân tạo, thụ tinh trong ống nghiệm phương pháp tiêm tinh trùng vào bào tương trứng. Ngoài ra, đã có 40/63 trung tâm CSSKSS đã triển khai khám sàng lọc và điều trị vô sinh [20].

Đến 2010, 100% số trung tâm CSSKSS tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương được kiện toàn theo Quyết định số 23/2006/QĐ-BYT. Tại tuyến huyện mặc dù có nhiều mô hình tổ chức nhưng 100% số huyện đều có khoa CSSKSS trong Trung tâm Y tế huyện. Tại tuyến xã có 98,6% số xã có trạm y tế, 65,9% có bác sĩ và 93,0% có nữ hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi, 84,4% thôn bản có nhân viên y tế hoạt động. Hệ thống khám chữa bệnh liên quan SKSS gồm 12 bệnh viện chuyên khoa phụ sản, 12 bệnh viện chuyên khoa nhi, 2 bệnh viện phụ sản tư nhân. 100% các bệnh viện nhi có khoa sơ sinh, 86% bệnh viện đa khoa tỉnh và 30,2% bệnh viện huyện đã thành lập đơn nguyên sơ sinh

theo chỉ thị số 04/CT-BYT ngày 10/10/2003 của Bộ trưởng Bộ Y tế [20]. Đến 2010 đã có 60 cơ sở y tế triển khai và duy trì hoạt động điểm cung ứng dịch vụ sức khỏe thân thiện cho vị thành niên và thanh niên, 50/63 trung tâm CSSKSS tỉnh/thành phố đã triển khai dịch vụ CSSKSS người cao tuổi [20].

*** Những vấn đề tồn tại cần giải quyết**

Tình trạng sức khỏe bà mẹ và trẻ em có sự khác biệt giữa các vùng và còn nhiều vấn đề đáng quan tâm. Khoảng cách về tình trạng sức khỏe của nhân dân các vùng đồng bằng và miền núi được thu hẹp với tốc độ chậm, trong đó tỷ số tử vong mẹ vẫn thể hiện rõ sự cách biệt, vẫn còn 20% số bà mẹ ở các tỉnh miền núi Tây Bắc khi đẻ chưa được cán bộ được đào tạo hỗ trợ chăm sóc. Nguyên nhân chính của tình trạng này là do việc tiếp cận với các cơ sở y tế có nhiều khó khăn [68]. Đáng quan tâm là tỷ suất tử vong trẻ em ở dưới 5 tuổi ở các vùng miền núi phía Bắc và Tây Nguyên luôn cao hơn khu vực khác. Tỷ lệ trẻ đẻ nhẹ cân ở các vùng Tây Bắc là 4,4%, Tây Nguyên là 5,9%, trong khi Đồng bằng sông Hồng là 2,5% và Đông Nam bộ là 2,7% [19]. Tử vong sơ sinh vẫn còn là vấn đề nghiêm trọng. Tình trạng nhiễm khuẩn đường sinh sản, nhiễm khuẩn lây qua đường tình dục vẫn có xu hướng tăng nhẹ, số người khám phụ khoa năm 2000 là 10,4 triệu, năm 2005 là 10,6 và năm 2014 là 11,6 triệu người. Số chữa hằng năm dao động từ 4,5 đến 4,6 triệu người [21].

Mạng lưới cung ứng dịch vụ CSSKSS còn nhiều bất cập, chất lượng dịch vụ còn hạn chế. Tổ chức bộ máy làm công tác CSSKSS, nhất là ở tuyến huyện ở nhiều địa phương bị xáo trộn, chưa được củng cố, chưa ổn định gây ảnh hưởng không tốt đến việc triển khai chức năng, nhiệm vụ được giao. Hệ thống cung ứng các dịch vụ CSSKSS đã được hình thành, củng cố, song cơ sở làm việc của các trung tâm CSSKSS tuyến tỉnh ở một số địa phương vẫn chưa được đầu tư xây dựng. Nhiều trung tâm được xây dựng đã lâu nên đã xuống

cấp, diện tích hẹp chưa đáp ứng triển khai theo yêu cầu nhiệm vụ và chức năng được giao. Đội ngũ cán bộ còn thiếu về số lượng, trình độ chuyên môn còn hạn chế nhất là ở tuyến huyện và tuyến xã. Mạng lưới cung ứng dịch vụ CSSKSS các khu vực thuộc vùng sâu, vùng xa, vùng đặc biệt khó khăn, vùng đồng bào dân tộc còn khó tiếp cận, thiếu thôn cả về cơ sở vật chất, trang bị và nhân lực.

1.2. Các giải pháp đảm bảo cung ứng dịch vụ CSSKSS

1.2.1. Lãnh đạo, tổ chức và quản lý

Tăng cường sự lãnh đạo, chỉ đạo của các cấp ủy Đảng và chính quyền đối với công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản là một giải pháp rất quan trọng. Kinh nghiệm cho thấy khi các cấp ủy đảng và chính quyền vào cuộc thì sẽ động viên được toàn xã hội, các ban ngành tham gia CSSKSS. Xây dựng cơ chế phối hợp liên ngành để thực hiện có hiệu quả công tác dân số, CSSKSS [13], [14]. Tạo điều kiện và môi trường thuận lợi cho mỗi gia đình, mỗi người dân tự nguyện thực hiện chính sách CSSKSS.

Số liệu điều tra cuối kỳ của chương trình Quốc gia hợp tác giữa chính phủ Việt Nam và Quỹ dân số liên hiệp quốc cho thấy tỷ lệ cán bộ địa phương được đào tạo ở đầu kỳ cao hơn so với cuối kỳ ở tất cả các nội dung. Tính đến thời điểm cuối kỳ, khoảng trên một nửa số đối tượng phỏng vấn đã từng được đào tạo về chiến lược dân số Việt Nam 2001-2010 và chiến lược CSSKSS 2001-2010 (55,9%), tăng 8% so với đầu kỳ [64]. Các chủ đề được chú trọng đào tạo nhiều hơn cả ở cuối kỳ là bạo hành và phòng chống bạo hành (52%), giới và bình đẳng giới (49,9%). Cho đến nay, tỷ lệ cán bộ được đào tạo đầy đủ cả 6 chủ đề đã tăng mạnh từ 34,4% lên 45,3% (Các chủ đề là chiến lược dân số Việt Nam 2001-2010, chiến lược CSSKSS 2001-2010, giới và bình đẳng giới, bạo hành và phòng chống bạo hành, quản lý chất lượng dịch vụ CSSKSS, thay đổi hành vi cung ứng dịch vụ CSSKSS). Tỷ lệ cán bộ chưa

từng được đào tạo bất cứ chủ đề nào đã giảm đáng kể so với đầu kỳ (từ 23,5% xuống 12,9%) [67]. Đây là những nỗ lực không nhỏ của chương trình nhằm nâng cao năng lực cho cán bộ đảng, chính quyền cũng như ban ngành của địa phương. Chính những cán bộ quản lý này đã hiểu về chương trình CSSKSS và đã huy động các ban ngành, người dân tham gia vào chương trình và từ đó đảm bảo cho thành công của chương trình CSSKSS [67].

1.2.2. Truyền thông, giáo dục chuyển đổi hành vi

Đây là một trong những biện pháp nhằm nâng cao trình độ của cộng đồng nhằm giúp cho họ có khả năng tự phòng bệnh cho bản thân, đi khám chữa bệnh sớm và giảm các tai biến và biến chứng cho bản thân. Phải thường xuyên cập nhật, cung ứng thông tin về dân số, giới tính khi sinh, sức khỏe sinh sản tới các cấp ủy Đảng, chính quyền, tổ chức chính trị - xã hội và những người có uy tín trong cộng đồng. Triển khai các hoạt động truyền thông, giáo dục với nội dung, hình thức và cách tiếp cận phù hợp với từng nhóm đối tượng; ưu tiên các đối tượng khó tiếp cận thông tin và dịch vụ CSSKSS. Kết hợp tốt truyền thông đại chúng với truyền thông trực tiếp thông qua mạng lưới cộng tác viên dân số, tuyên truyền viên của các ngành, đoàn thể; tăng cường sử dụng các phương tiện truyền thông hiện đại như internet, truyền thông đa phương tiện, điện thoại di động [24], [26].

Tiếp tục đẩy mạnh công tác tuyên truyền, giáo dục nhằm làm chuyển biến sâu sắc về nhận thức, tâm lý, tập quán sinh đẻ trong toàn xã hội. Các hoạt động truyền thông giáo dục chuyển đổi hành vi về DS-KHHGD được duy trì và đẩy mạnh, thu hút đông đảo các lực lượng trong toàn xã hội tham gia [26].

Truyền thông trực tiếp ở cơ sở được đổi mới theo hướng tiếp cận chuyển đổi hành vi về SKSS, KHHGD dưới nhiều hình thức, đem lại hiệu quả thiết thực thông qua hoạt động tích cực của gần 160 nghìn cộng tác viên DSGĐTE thôn, bản, khu phố và đội ngũ tuyên truyền viên của các ngành, đoàn thể, tổ

chức xã hội tại cơ sở. Đội ngũ cộng tác viên trực tiếp đến thăm, vận động, tư vấn tại hộ gia đình; duy trì hoạt động thường xuyên của gần 28 nghìn câu lạc bộ tại cơ sở; tổ chức khoảng 80 nghìn cuộc mít tinh, nói chuyện chuyên đề, tuyên truyền lưu động; phân phát hàng triệu tờ rơi, tờ bướm, tranh ảnh [5].

Mô hình Chiến dịch truyền thông gắn với cung ứng dịch vụ CSSKSS tại các vùng đông dân, vùng khó khăn, vùng có mức sinh cao đã góp phần tích cực vào việc hoàn thành mục tiêu giảm sinh và cải thiện tình trạng SKSS, mang lại hiệu quả rõ rệt về kinh tế và xã hội. Cùng với truyền thông trực tiếp, các kênh thông tin đại chúng tăng cả về thời lượng, số lượng cũng như chất lượng đăng tải [5].

1.2.3. Phát triển và cung ứng dịch vụ dân số, sức khỏe sinh sản

Phát triển mạng lưới dịch vụ CSSKSS có chất lượng và mang dịch vụ này đến gần người dân hơn cũng là một trong những điều kiện để đảm bảo thành công công tác CSSKSS cho người dân. Cần kiện toàn mạng lưới cung ứng dịch vụ theo phân tuyến kỹ thuật, tập trung cho vùng khó khăn, đảm bảo cung ứng các gói dịch vụ dân số, chăm sóc sức khỏe sinh sản thiết yếu ở tất cả các tuyến, đặc biệt là tuyến cơ sở. Tăng cường hỗ trợ cho tuyến xã bằng nhiều hình thức, bao gồm cả đội lưu động, xây dựng hệ thống hỗ trợ chuyển tuyến thích hợp cho từng vùng, từng khu vực. Nâng cao chất lượng dịch vụ thông qua việc nâng cấp cơ sở hạ tầng, bổ sung trang thiết bị và tập huấn cập nhật kiến thức cho những người cung ứng dịch vụ CSSKSS [26].

Những công việc cụ thể cho dịch vụ CSSKSS là cần nâng cao chất lượng công tác dự báo, lập kế hoạch về phương tiện tránh thai và hàng hóa sức khỏe sinh sản. Hoàn thiện hệ thống hậu cần và tăng cường quản lý theo phân khúc thị trường, đảm bảo cung ứng đầy đủ, kịp thời các phương tiện tránh thai và hàng hóa sức khỏe sinh sản cho chương trình dân số - kế hoạch hóa gia đình,

chăm sóc sức khỏe sinh sản; đẩy mạnh tiếp thị xã hội và bán rộng rãi các phương tiện tránh thai [26].

Cần mở rộng cung ứng các dịch vụ tư vấn và kiểm tra sức khỏe tiền hôn nhân, sàng lọc, chẩn đoán và điều trị sớm một số bệnh, tật trước khi sinh và sơ sinh trên cơ sở xây dựng hệ thống các trung tâm sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh theo quy hoạch, kế hoạch; hoàn thiện quy trình, quy chuẩn kỹ thuật tư vấn và kiểm tra sức khỏe tiền hôn nhân, sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh, chuyển giao kỹ thuật cho các trung tâm tuyến tỉnh; từng bước đưa các dịch vụ này vào danh mục các dịch vụ y tế được bảo hiểm y tế chi trả [26].

Bộ Y tế đã ban hành Chuẩn Quốc gia về dịch vụ CSSKSS theo Quyết định 3367/QĐ-BYT ngày 12/9/2002 là cơ sở quan trọng đảm bảo qui trình chất lượng dịch vụ và trở thành một trong những căn cứ quan trọng trong quản lý, theo dõi, giám sát, đánh giá chất lượng dịch vụ CSSKSS, đào tạo và hướng dẫn kỹ năng thực hành cung ứng dịch vụ. Các cơ sở cung ứng dịch vụ CSSKSS ở tất cả các cấp từng bước được nâng cấp. Đã đầu tư nâng cấp 100% Khoa CSSKSS thuộc Trung tâm Y tế dự phòng cấp huyện và hầu hết các trạm y tế xã đều đã được trang bị phòng cung ứng dịch vụ CSSKSS [26].

Đội ngũ cán bộ cung ứng dịch vụ ở các tuyến đã cơ bản được đào tạo cập nhật theo Chuẩn Quốc gia về CSSKSS. Nội dung đào tạo cho cán bộ cung ứng dịch vụ KHHGD đã lồng ghép chặt chẽ giữa kỹ năng tư vấn và kỹ thuật dịch vụ KHHGD. Từ 2001 đến nay, đã đào tạo, đào tạo lại về chuyên môn kỹ thuật và kỹ năng tư vấn cho khoảng 17 nghìn lượt cán bộ y tế xã [5].

Thuốc thiết yếu, vật tư y tế cho dịch vụ KHHGD cơ bản được đảm bảo theo quy định hiện hành. Các hoạt động tư vấn cho đối tượng thực hiện dịch vụ KHHGD đã được tăng cường trong toàn bộ hệ thống cung ứng dịch vụ tạo điều kiện thuận lợi cho đối tượng được lựa chọn dịch vụ phù hợp, tạo môi

quan hệ tin tưởng giữa người cung ứng dịch vụ và khách hàng thực hiện dịch vụ KHHGD. Việc theo dõi, quản lý, phát hiện và xử lý các tai biến cho các đối tượng thực hiện dịch vụ KHHGD từng bước được cải thiện. Hàng năm, dành một phần kinh phí thích đáng hỗ trợ xử trí các tai biến cho các đối tượng thực hiện KHHGD. Bên cạnh hệ thống cung cấp phương tiện tránh thai thông qua hệ thống cán bộ DS-KHHGD và mạng lưới các cơ sở cung ứng dịch vụ, hệ thống tiếp thị phương tiện tránh thai ngày càng mở rộng và từng bước chia sẻ nhiệm vụ cung cấp phương tiện tránh thai với hệ thống cung cấp truyền thống [26].

Ngoài việc triển khai các hoạt động cung ứng dịch vụ KHHGD thường xuyên theo kế hoạch, Chiến dịch truyền thông vận động lồng ghép với cung ứng dịch vụ KHHGD, SKSS được triển khai ở các vùng sâu, xa, vùng khó khăn, vùng mức sinh cao được triển khai một cách có bài bản và hiệu quả cao. Các hoạt động chủ yếu trong Chiến dịch là gắn tuyên truyền vận động, tư vấn về KHHGD, SKSS với cung ứng 03 gói dịch vụ gồm: Gói dịch vụ KHHGD, gói làm mẹ an toàn (*khám thai, cấp viên sắt, tiêm phòng uốn ván, cấp gói để sạch*) và gói phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản (*khám và điều trị các bệnh phụ khoa*). Chiến dịch đã trở thành một yếu tố không thể thiếu trong việc hoàn thành chỉ tiêu các biện pháp tránh thai ở những vùng sâu, vùng khó khăn và là một giải pháp tích cực kiểm chế mức sinh tăng nhanh ở các vùng đông dân, vùng có mức sinh cao.

Hoàn thiện hệ thống dịch vụ CSSKSS và thực hiện KHHGD, đáp ứng đầy đủ nhu cầu của người sử dụng về các biện pháp tránh thai. Chú trọng đầu tư, nâng cấp cơ sở vật chất, trang thiết bị và nâng cao trình độ cán bộ y tế, tham gia cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, kế hoạch hoá gia đình, khuyến khích các tổ chức xã hội và tư nhân tham gia cung ứng các dịch vụ này. Đẩy mạnh tiếp thị xã hội và bán rộng rãi các phương tiện tránh thai.

Tập trung triển khai các loại hình cung ứng dịch vụ CSSKSS phù hợp đối với từng vùng. Tăng cường các chiến dịch chăm sóc sức khỏe sinh sản và kế hoạch hoá gia đình đối với vùng nông thôn, vùng đông dân có mức sinh cao, vùng sâu, vùng xa, vùng khó khăn. Chú ý đúng mức đến việc đáp ứng nhu cầu dịch vụ đối với vị thành niên, thanh niên. Lồng ghép hoạt động cung ứng dịch vụ kế hoạch hoá gia đình với phòng, chống HIV/AIDS.

Kết quả nghiên cứu “*Sự thay đổi về chất lượng cung cấp và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản giai đoạn 2006-2010 tại 7 tỉnh tham gia chương trình quốc gia*” [67] cho thấy các bước thăm khám theo quy định của chuẩn Quốc gia còn chưa được tuân thủ chặt chẽ, đặc biệt tuân thủ quy trình đặt DCTC, khám thai. CSVC/TTB, thuốc thiết yếu CSSKSS tại các TYT còn hạn chế, chỉ có 6,2% số TYT có ít nhất 4 phòng kỹ thuật; 15,7% TYT có đủ 7 bộ TTB thiết yếu và 19,5% TYT đạt trên 75% CQG về thuốc thiết yếu. Tình trạng thiếu vitamin K1 khá phổ biến tại các tỉnh Phú Thọ, Hà Giang và Kon Tum. TYT không có người đến đẻ có xu hướng gia tăng tại tỉnh Tiền Giang, Bến Tre và Ninh Thuận, đặc biệt ở các xã gần CSYT tuyến trên và giao thông thuận lợi. Năng lực CCDV CCSK thiết yếu cơ bản/toàn diện của các TYT/BV huyện còn hạn chế, đặc biệt là các tỉnh Hà Giang, Ninh Thuận và Kon Tum. Tỷ lệ khách hàng hài lòng với dịch vụ tại TYT và BV huyện tăng lên và đạt cao ở cuối kỳ [67].

1.2.4. Xây dựng, hoàn thiện hệ thống chính sách về dân số, sức khỏe sinh sản

Chính sách về CSSKSS hiện nay vẫn còn thiếu. Việc xây dựng và rà soát lại các chiến lược đóng góp vai trò quan trọng trong việc đảm bảo cung cấp dịch vụ CSSKSS cho người dân, kiểm soát mất cân bằng giới tính khi sinh, sức khỏe sinh sản, đặc biệt là các chính sách tác động nhằm giảm thiểu mất cân bằng giới tính khi sinh, nâng cao chất lượng dân số, duy trì mức

sinh thấp hợp lý, chăm sóc sức khỏe sinh sản đối với thanh niên và người chưa thành niên, bảo vệ và phát triển các dân tộc có nguy cơ suy thoái về chất lượng giống nòi [26].

Trong giai đoạn tới ngành y tế tiếp tục xây dựng và trình Quốc hội những văn bản pháp luật nhằm nâng cao nguồn lực và hướng dẫn cho hoạt động y tế nói chung cũng như cho CSSKSS nói riêng. Trình Quốc hội thông qua Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT; Trình Quốc hội cho ý kiến về dự thảo Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Dược 2005, Luật về Máu và tế bào gốc, Luật Dân số, Luật phòng, chống tác hại của lạm dụng rượu bia. Hoàn thành dự thảo các Nghị định hướng dẫn các Luật ban hành trong năm 2014, các Thông tư hướng dẫn thực hiện các Nghị định, đặc biệt là các Thông tư hướng dẫn thực hiện Nghị định 85, Thông tư về danh mục thuốc, dịch vụ kỹ thuật được BHYT thanh toán, Thông tư hướng dẫn chuyển tuyến trong lĩnh vực KCB, chuyển tuyến BHYT.

1.2.5. Xã hội hóa, phối hợp liên ngành và hợp tác quốc tế

Huy động rộng rãi các ngành, các tổ chức chính trị - xã hội, cộng đồng tham gia công tác truyền thông, giáo dục, cung ứng dịch vụ dân số, sức khỏe sinh sản. Xây dựng và thực hiện lộ trình giảm dần mức độ bao cấp của Nhà nước. Chuyển dần phương thức chi trả phí dịch vụ dân số, sức khỏe sinh sản từ việc cấp kinh phí cho cơ sở cung ứng dịch vụ sang việc thanh toán qua các phương tiện trung gian. Tăng cường hợp tác quốc tế, chủ động tham gia các tổ chức, chương trình quốc tế về dân số, sức khỏe sinh sản; tích cực tranh thủ sự giúp đỡ về tài chính, kỹ thuật và kinh nghiệm của các nước, các tổ chức quốc tế [26].

Theo số liệu của Cục Quản lý Khám chữa bệnh, hiện cả nước có 170 bệnh viện tư nhân với 8627 giường bệnh, chiếm 11% tổng số các bệnh viện trên cả nước, hơn 30 000 phòng khám tư nhân và cơ sở dịch vụ y tế. Tỷ lệ giường bệnh viện tư chiếm 4,2% tổng số giường bệnh, đạt khoảng 1 giường bệnh/vạn dân [10]. Hầu hết các bệnh viện này có cơ sở vật chất, trang thiết bị khá tốt; đội ngũ y bác sĩ tận tình, chu đáo. Việc phát triển các bệnh viện tư nhân sẽ góp phần lớn trong việc tăng số giường bệnh, năng lực đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh của người dân. Tuy nhiên kết quả kiểm tra, giám sát cũng cho thấy vẫn còn một số hạn chế trong quá trình triển khai chủ trương xã hội hóa. Một số đơn vị chưa thực hiện theo đúng quy trình, thủ tục như: chưa xây dựng đề án, chưa bàn bạc công khai, dân chủ, chưa báo cáo cơ quan quản lý cấp trên để theo dõi và quản lý; một số đơn vị chưa xây dựng cơ cấu giá dịch vụ theo quy định, chưa công khai giá để người dân biết, lựa chọn; một số đơn vị có xu hướng tìm nhiều cách để tăng nguồn thu, dễ dẫn đến tình trạng lạm dụng kỹ thuật, thuốc, xét nghiệm, hiệu suất sử dụng dịch vụ thấp; cách bố trí phòng khám, khu điều trị theo yêu cầu chưa hợp lý dẫn đến người bệnh cảm thấy bị phân biệt đối xử, chưa yên tâm vì sự minh bạch giữa công - tư trong khám chữa bệnh theo yêu cầu. Chưa có nhiều bệnh viện tư nhân có thương hiệu khiến tỷ lệ khám chữa bệnh của khối này vẫn rất thấp, chỉ chiếm gần 7% điều trị ngoại trú và 6% điều trị nội trú; 56,9% số bệnh viện có công suất sử dụng giường bệnh dưới 60% [5]. Đặc biệt, bệnh viện tư nhân chỉ phục vụ khoảng dưới 4% lượt khám bảo hiểm y tế [8].

1.2.6. Tài chính

Cần tăng đầu tư từ ngân sách nhà nước; đẩy mạnh việc đa dạng hóa các nguồn đầu tư từ cộng đồng, doanh nghiệp và tư nhân cho công tác dân số, kiểm soát mất cân bằng giới tính khi sinh, chăm sóc sức khỏe sinh sản. Ngân sách nhà nước đảm bảo đáp ứng những nhu cầu thiết yếu của công tác dân số,

CSSKSS và thực hiện chính sách đối với các đối tượng được Nhà nước chi trả [21]. Trong giai đoạn 2001-2008, tổng số vốn đầu tư cho công tác DS-KHHGD là 4.428 tỷ đồng, bình quân mỗi năm là 554 tỷ đồng (bao gồm ngân sách nhà nước trung ương và địa phương, vốn vay viện trợ nước ngoài, vốn đầu tư phát triển, bao gồm cả vốn đầu tư xây dựng cơ bản và vốn sự nghiệp). Đặc biệt là nhiều địa phương có khó khăn về cân đối thu chi ngân sách cũng đã bổ sung thêm ngân sách địa phương để đầu tư thực hiện nhanh hơn mục tiêu chính sách DS-KHHGD trên địa bàn [19].

Ưu tiên tập trung đầu tư nguồn lực cho các vùng đông dân có mức sinh cao, miền núi, vùng sâu, vùng xa, nơi còn nhiều khó khăn khó khăn, tỷ lệ sinh cao, tỷ lệ dân trí thấp và các đối tượng là người nghèo, vị thành niên, thanh niên, nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là chăm sóc sức khỏe sinh sản, để giảm tỷ lệ sinh. Xây dựng Chiến lược Dân số- sức khỏe sinh sản giai đoạn 2011-2020 làm cơ sở cho việc hoạch định kế hoạch phát triển kinh tế-xã hội, đầu tư đủ kinh phí, trang thiết bị, cơ sở vật chất và những điều kiện đảm bảo thực hiện tốt các chương trình mục tiêu quốc gia, các đề án, dự án đã được phê duyệt về công tác DS-KHHGD giai đoạn đến năm 2010 và sau năm 2020 [26].

Việc thực hiện tự chủ tài chính của các đơn vị công lập gặp khó khăn nếu không bảo đảm đủ nguồn cân đối tài chính. Kinh phí giao tự chủ cho các bệnh viện hầu hết không bảo đảm phần chi cho con người. Trong khi đó, khung giá viện phí hiện nay cho 447 dịch vụ mới chỉ tính 3/7 cấu phần giá dịch vụ, dự định năm 2015 mới bổ sung thêm cấu phần nhân lực, tiền công trong giá dịch vụ, đến năm 2018 mới tính đủ các cấu phần.

Nhiều tỉnh phê duyệt mức giá của nhiều dịch vụ thấp hơn nhiều so với khung giá dịch vụ (60–70%) mặc dù khung giá đã được tính tương đối sát với thực tế, vì vậy bệnh viện càng thực hiện, càng phải bù lỗ.

1.2.7. Đào tạo, nghiên cứu khoa học và thông tin số liệu

Tăng cường đào tạo, tập huấn về quản lý, chuyên môn nghiệp vụ cho cán bộ làm công tác CSSKSS trên cơ sở quy hoạch và phân tuyến kỹ thuật, với chương trình, nội dung và tài liệu được chuẩn hóa. Ưu tiên hoàn thành việc đào tạo trình độ trung cấp dân số - y tế cho cán bộ dân số - kế hoạch hóa gia đình cấp xã; đào tạo cô đỡ thôn, bản ở vùng khó khăn; đào tạo kỹ thuật sàng lọc trước sinh và sơ sinh. Từng bước thực hiện đào tạo chuyên sâu, đào tạo đại học và sau đại học về dân số, sản khoa, nhi khoa, lão khoa. Tăng cường các hoạt động nghiên cứu khoa học, phổ biến và ứng dụng các kết quả nghiên cứu khoa học, công nghệ và kỹ thuật về dân số, kiểm soát mất cân bằng giới tính khi sinh, sức khỏe sinh sản [26].

Để các giải pháp can thiệp bằng đào tạo mang lại hiệu quả như mong đợi, cần tránh được những hạn chế có thể gặp phải trong quá trình thiết kế và thực hiện. Theo đó, công tác đào tạo lại cho người cung ứng dịch vụ còn hạn chế do mang nặng tính lý thuyết mà chưa chú trọng đến thực hành; tài liệu tập huấn do dự án biên soạn nhưng không theo hoặc thống nhất chung với “tài liệu chuẩn” của Bộ Y tế; bên cạnh đó là những hạn chế trong vấn đề giám sát sau đào tạo.

Số lượng nhân lực y tế các loại tăng qua các năm, đạt 7,5 bác sĩ trên một vạn dân và 2,01 dược sĩ đại học trên một vạn dân. Số nhân lực ở tuyến huyện và tuyến xã cũng được cải thiện, năm 2013 đạt 76,9% trạm y tế xã có bác sĩ làm việc [5]. Bộ Y tế tiếp tục triển khai các giải pháp cải thiện chất lượng nhân lực. Số lượng cơ sở đào tạo và quy mô đào tạo của các trường tiếp tục tăng. Các chính sách quản lý và nâng cao chất lượng nhân lực đang được thực hiện như cấp chứng chỉ hành nghề và xây dựng các chuẩn năng lực. Một số chính sách đã được ban hành và thực hiện để tăng cường năng lực cho tuyến dưới và phân bổ nhân lực y tế hợp lý giữa các vùng miền và chuyên

khoa như Đề án 1816 (chế độ luân phiên có thời hạn) và Đề án Bệnh viện vệ tinh có các hoạt động chuyên giao kỹ thuật; Đề án khuyến khích đào tạo và phát triển nhân lực y tế một số chuyên ngành thiếu nhân lực; Dự án thí điểm đưa bác sĩ trẻ tình nguyện về công tác miền núi.

Chiến lược dân số và sức khỏe sinh sản giai đoạn 2011-2020 đã nêu rõ cần nâng cao chất lượng thu thập, xử lý thông tin số liệu về dân số, sức khỏe sinh sản trên cơ sở áp dụng công nghệ thông tin và hoàn thiện hệ thống các chỉ báo, chỉ tiêu; cung cấp đầy đủ, chính xác, kịp thời thông tin, số liệu phục vụ sự chỉ đạo, điều hành, quản lý công tác dân số, kiểm soát mất cân bằng giới tính khi sinh, chăm sóc sức khỏe sinh sản ở các cấp [26].

Kế hoạch tổng thể phát triển hệ thống thông tin giai đoạn 2014-2020 tầm nhìn đến 2030 được ban hành theo Quyết định số 3040/QĐ-BYT ngày 14/8/2014, với mục tiêu tổng quát đến năm 2020 hệ thống thông tin y tế góp phần tăng cường sức khỏe người dân, phân phối công bằng các nguồn lực, cải cách ngành y tế, nâng cao khả năng quản lý, theo dõi đánh giá các chính sách y tế và tăng cường cải cách hành chính công.

1.3. Một số thông tin về địa bàn nghiên cứu

1.3.1. Tình hình chung

Quảng Ninh nằm ở phía Đông Bắc Việt Nam, có vị trí địa lý từ 20 đến 21,4 vĩ độ Bắc, 106 đến 108 kinh độ Đông, cách Hà Nội 145 km về phía Đông Bắc. Với địa hình đa dạng gồm miền núi, trung du và vùng biển; Quảng Ninh có 14 đơn vị hành chính trực thuộc; bao gồm: 4 thành phố (Hạ Long, Uông Bí, Cẩm Phả, Móng Cái); thị xã Quảng Yên, 8 huyện đất liền và một huyện đảo với 186 xã, phường, thị trấn, trong đó có 6 xã biên giới. Tỉnh nằm trong vùng khí hậu nhiệt đới gió mùa, nóng ẩm [47].

Trên địa bàn tỉnh có 51 dân tộc, trong đó dân tộc Kinh chiếm đa số (88,37%) còn lại là các dân tộc thiểu số, đông nhất là dân tộc Dao: chiếm 5,17%; dân tộc Tày chiếm 3,06 % và dân tộc Nùng: chiếm 0,11%...[47].

Dân số trung bình của Quảng Ninh năm 2012 là 1.179.666 người chiếm 1,34% dân số cả nước. Giai đoạn 2000-2012, tốc độ gia tăng dân số của tỉnh là 1,24%/năm, cao hơn tỉ lệ gia tăng trung bình của cả nước (1,14%/năm). Tuổi thọ trung bình của tỉnh năm 2012 là 73,6, cao hơn so với tuổi thọ trung bình của toàn quốc. Mật độ dân số trung bình của tỉnh là 190 người/km², phân bố dân cư không đồng đều, dân số chủ yếu tập trung ở các huyện vùng thấp và trong đất liền. Cơ cấu dân số của tỉnh là cơ cấu dân số vàng với 796 nghìn người trong độ tuổi lao động (15-59 tuổi), chiếm 68% dân số [47].

Về kinh tế, Quảng Ninh luôn là một trong những địa phương có tốc độ tăng trưởng tổng sản lượng trong nước (GDP) cao so với toàn quốc. Tốc độ tăng trưởng kinh tế năm 2012 đạt 7,4%, cao hơn so với bình quân chung cả nước (5,2%) [47].

Cùng với sự phát triển chung về kinh tế, xã hội trong toàn tỉnh, ngành Y tế Quảng Ninh đã có nhiều đóng góp tích cực vào việc cải thiện tình trạng sức khỏe của nhân dân. Nhiều chỉ số sức khỏe của dân cư trong Tỉnh đã đạt được ở mức cao hơn so với mức trung bình của vùng đồng bằng sông Hồng và cả nước: số bác sĩ/vạn dân: 9 (TB cả nước 7,4), 100% thôn/bản có nhân viên y tế thôn bản hoạt động (cả nước: 87%); 96% TE dưới 1 tuổi được tiêm chủng đầy đủ (cả nước 95%); tỷ suất chết mẹ 65/100.000 (cả nước 64/100.000); tỷ suất chết TE dưới 1 tuổi; 10,7/1000 (cả nước 15/1000); tỷ suất chết TE dưới 5 tuổi: 13,8/1000 (cả nước 22/1000)... [47]. Tuy nhiên còn một số chỉ tiêu vẫn chưa đạt được so với cả nước: 72% TYT có bác sĩ làm việc (cả nước 74%); 22,04% TYT xã đạt tiêu chí Quốc gia về y tế (cả nước 45%); Tỷ lệ tăng dân số: 1,29% (cả nước 1,03%) hoặc Tỷ lệ giới tính khi

sinh: 115 trai/100 gái (cả nước 112,3 trai/100 gái, ĐB sông Hồng 122,4 trai/100 gái).

Bên cạnh những thành tựu đã đạt được, hệ thống y tế Quảng Ninh hiện vẫn đang phải đối mặt với nhiều khó khăn và thách thức như: Tình trạng quá tải do nhu cầu y tế ngày càng cao, đặc biệt ở các bệnh viện tuyến tỉnh. Công suất sử dụng giường bệnh luôn ở mức >100% dẫn đến tình trạng 2-3 bệnh nhân phải nằm chung 1 giường bệnh. Các cơ sở Y tế trong Tỉnh hiện đang thiếu các điều kiện về cơ sở vật chất và trang thiết bị y tế phù hợp phục vụ nghiên cứu và ứng dụng triển khai các kỹ thuật cao. Ở các huyện miền núi, vùng sâu, hải đảo dịch vụ xe, thuyền cứu thương còn hạn chế. Quy mô dân số vẫn tiếp tục gia tăng, chất lượng dân số còn nhiều hạn chế. Cơ cấu bệnh tật đang có sự chuyển đổi rõ rệt, nhu cầu bảo vệ sức khỏe của người dân ngày càng tăng, đặc biệt là khám chữa bệnh, kiểm tra sức khỏe theo yêu cầu, khám chữa bệnh chất lượng cao trong bối cảnh một số bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến huyện chưa đáp ứng được về mặt kỹ thuật, cơ sở vật chất. Mặt bằng thu nhập thấp và sự chênh lệch về mức sống giữa các nhóm dân cư đang đặt ra những thách thức lớn về đảm bảo công bằng trong khám chữa bệnh. Công tác quy hoạch mặc dù đã được chú trọng nhưng chưa đạt được tính đồng bộ, thống nhất. Hệ thống y tế đã được quan tâm đổi mới nhưng vẫn chưa thích ứng với sự phát triển của nền kinh tế thị trường. Chính sách phát triển ngành y tế đã được quan tâm triển khai trên nhiều mặt song chưa đạt được tính đồng bộ. Kế hoạch đào tạo và bồi dưỡng nhân lực cho y tế cơ sở chưa gắn kết chặt chẽ với nhu cầu sử dụng. Chất lượng CBYT còn hạn chế so với yêu cầu phục vụ. Y tế tuyến cơ sở thiếu các điều kiện để triển khai các hoạt động, đặc biệt là thiếu nguồn nhân lực có trình độ cao và cơ sở vật chất. Mặt khác, mô hình tổ chức y tế ở cơ sở cũng chưa thống nhất nên gây nhiều khó khăn, bất cập trong tổ chức thực hiện các hoạt động chuyên môn. Cơ chế chính sách của Nhà nước

và của tỉnh chưa đầy đủ và chậm đổi mới, chưa đủ mạnh để thu hút đội ngũ CBYT có trình độ chuyên môn cao, trình độ chuyên khoa sâu của các chuyên ngành mũi nhọn và cán bộ công tác trong một số lĩnh vực đặc thù. Công tác xã hội hoá y tế do thiếu cơ chế phối hợp nên hiệu quả hoạt động chăm sóc sức khỏe chưa được như mong muốn [47].

1.3.2. Công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản

Tại Quảng Ninh, công tác CSSKSS trên địa bàn tỉnh ngày càng được chú trọng. Định hướng của Tỉnh về công tác CSSKSS là ưu tiên giải quyết những nội dung chủ yếu: Tập trung giảm hơn nữa tỷ lệ tử vong mẹ, tử vong trẻ em, ưu tiên các vùng miền núi, vùng sâu, vùng xa nhằm thu hẹp cách biệt giữa các vùng miền. Cải thiện tình trạng dinh dưỡng ở bà mẹ và trẻ em, hạ thấp tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em, không chế gia tăng tình trạng thừa cân béo phì ở trẻ em. Từng bước cải thiện chất lượng dịch vụ CSSKSS, đáp ứng đầy đủ nhu cầu KHHGD của mọi đối tượng không chỉ nhằm mục đích kiểm soát gia tăng dân số mà còn tạo điều kiện để cho người phụ nữ giãn khoảng cách sinh. Giảm mạnh việc có thai ngoài ý muốn, cơ bản loại trừ phá thai không an toàn. Dự phòng và kiểm soát tốt hơn các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản bao gồm cả HIV, đẩy mạnh dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con; cải thiện sức khỏe tình dục, sức khỏe sinh sản vị thành niên, thanh niên, nam giới, người cao tuổi và các nhóm đối tượng đặc thù khác như người di cư, người khuyết tật, người có HIV; chủ động dự phòng, điều trị sớm ung thư cổ tử cung, ung thư vú; tăng cường tiếp cận trong dự phòng và điều trị vô sinh... [47].

Ngoài việc củng cố, nâng cao năng lực của khoa sản, khoa nhi bệnh viện đa khoa huyện, khoa CSSKSS của trung tâm y tế huyện; cải thiện chất lượng dịch vụ ở các trạm y tế xã cần tiếp tục đầu tư tăng cường năng lực (chuyên môn, cơ sở vật chất) cho các bệnh viện tuyến huyện; đồng thời kiện

toàn mạng lưới hộ sinh tuyến xã và thôn bản, đẩy mạnh đào tạo cô đỡ thôn bản hoặc đào tạo cán bộ y tế thôn bản biết về quản lý thai và đỡ đẻ sạch, để an toàn, xử trí các tai biến ban đầu cho mẹ, con và chuyển tuyến an toàn. Mở rộng triển khai các mô hình, các gói can thiệp đã được chứng minh là có hiệu quả: Chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh liên tục từ gia đình, cộng đồng tới cơ sở y tế; Cung cấp thẻ dịch vụ, hỗ trợ phụ nữ nghèo là người dân tộc thiểu số ở vùng cao, vùng khó khăn đi khám thai, đẻ tại cơ sở y tế nhằm hạn chế số ca đẻ tại nhà, để không có cán bộ y tế đỡ [47].

Theo thống kê Sở Y tế Quảng Ninh, năm 2009, số phụ nữ đẻ được khám thai đủ 3 lần đạt tỷ lệ hơn 94,8%, số phụ nữ đẻ được tiêm phòng uốn ván đạt hơn 96%, số phụ nữ đẻ do cán bộ y tế đỡ đạt gần 99%, trong đó phần lớn sinh con tại các cơ sở y tế. Tỷ lệ khám phụ khoa cho phụ nữ tuổi sinh đẻ đạt 32%; số nạo hút thai so với tổng số đẻ năm 2008 chiếm hơn 65%, năm 2009 giảm còn hơn 64%. Công tác kế hoạch hóa gia đình cũng được đẩy mạnh bởi đây là một trong các biện pháp để bảo vệ tốt SKSS trên địa bàn tỉnh. Năm 2009, toàn tỉnh có tới 13.500 người đặt dụng cụ tử cung, hơn 3.500 người tiêm, cấy thuốc tránh thai, trên 34.000 người sử dụng bao cao su.... Tỷ lệ cặp vợ chồng chấp nhận biện pháp tránh thai đạt gần 76% [46]. Năm 2012, 95% phụ nữ được khám thai trên 3 lần trước sinh lớn hơn so với kết quả nghiên cứu của Ngô Văn Toàn là 89,6%; tỷ suất chết mẹ trên 100.000 trẻ sống là 6,5; tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi là 10,7 thấp hơn kết quả nghiên cứu của Ngô Văn Toàn năm 2012 là 15,4/1000; cả tỉnh có 85.666 người thực hiện các biện pháp tránh thai; tỷ lệ nạo hút thai so với số đẻ 42,1% [58];

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

2.2.2.1. Trạm y tế xã bao gồm nhân viên y tế, trang thiết bị y tế, cơ sở vật chất y tế của trạm và nhóm chăm sóc sức khỏe thôn/bản

- Người cung ứng dịch vụ CSSKSS: trạm trưởng, nữ hộ sinh (hoặc nhân viên y tế được phân công làm nhiệm vụ CSSKSS có chức danh như nữ hộ sinh).

Tiêu chuẩn loại trừ: cán bộ nhân viên y tế không được phân công làm nhiệm vụ CSSKSS

- Cơ sở vật chất cung ứng dịch vụ CSSKSS: phòng dịch vụ, thuốc thiết yếu, dụng cụ, trang thiết bị, sổ sách và các báo cáo.

- Nhóm chăm sóc sức khỏe sinh thôn/bản

2.2.2.2. Người sử dụng dịch vụ

Phụ nữ trong độ tuổi 15-49 có hộ khẩu thường trú tại xã nghiên cứu. phỏng vấn sau khi đã sử dụng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Phụ nữ dưới 15 và trên 49 tuổi, không có hộ khẩu thường trú tại xã nghiên cứu, không đủ năng lực hành vi để trả lời câu hỏi điều tra (có tiền sử tâm thần, thiếu năng trí tuệ....)

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu

Tỉnh Quảng Ninh, lấy thành phố Hạ Long làm trung tâm thì chia thành 2 khu vực miền Đông và miền Tây với đặc điểm địa hình, tự nhiên và kinh tế xã hội khác nhau.

Khu vực miền Đông gồm 10 huyện (thị xã, thành phố): Cẩm Phả, Ba Chẽ, Vân Đồn, Cô Tô, Bình Liêu, Tiên Yên, Ba Chẽ, Hải Hà, Đầm Hà và thành phố Móng Cái. chủ yếu là dân tộc thiểu số, mật độ dân cư thưa thớt, giao

thông đi lại khó khăn, kinh tế lạc hậu chậm phát triển, việc cung ứng dịch vụ y tế tới cộng đồng đặc biệt vùng sâu, vùng xa rất khó khăn, mô hình bệnh tật chủ yếu là sốt rét, bướu cổ, ỉa chảy, suy dinh dưỡng, tỉ lệ sinh cao, tỉ lệ chết trẻ em... [47].

Khu vực miền Tây gồm 4 huyện (thị xã, thành phố): Đông Triều, Uông Bí, Yên Hưng, Hoàn Bò. Hầu hết là người Kinh, nghề nghiệp chủ yếu là sản xuất công - nông nghiệp và dịch vụ, mật độ dân số đông, mô hình bệnh tật chủ yếu là nhiễm trùng, ký sinh trùng, ỉa chảy, tỉ lệ suy dinh dưỡng cao, tỉ lệ sinh còn cao... [47].

Sau khi thực hiện kỹ thuật chọn mẫu, kết quả chọn như sau:

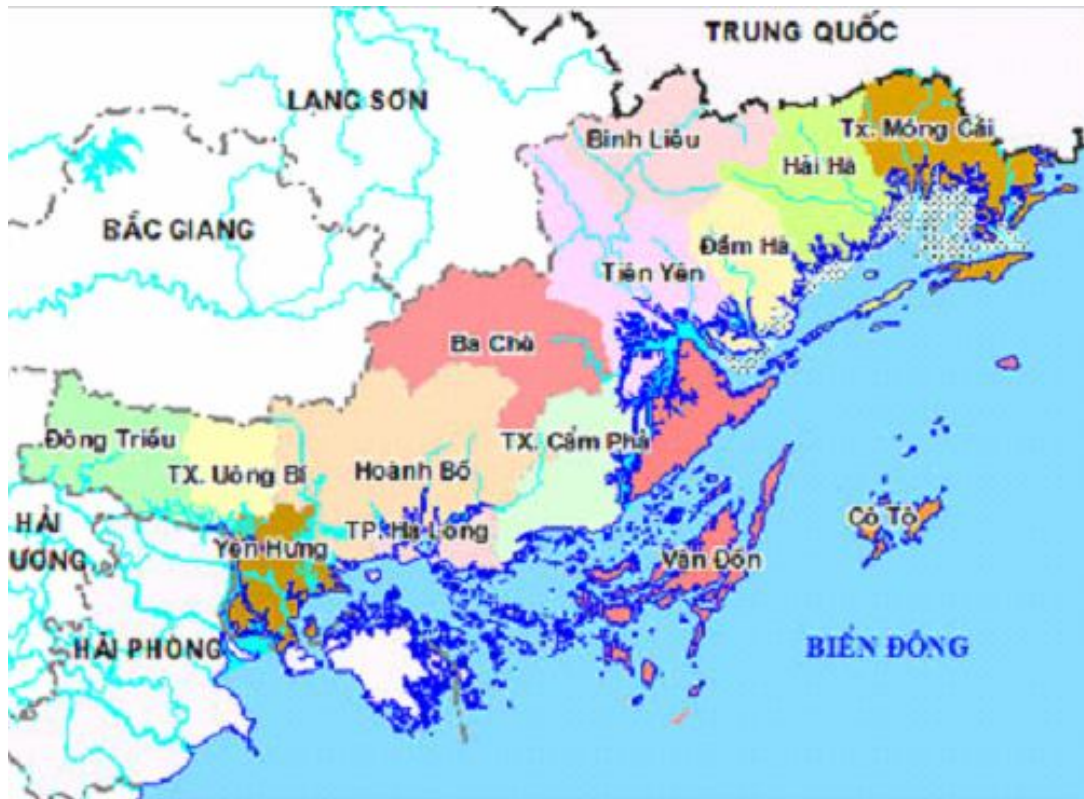
+ Khu vực miền Tây: chọn huyện Đông Triều

Huyện Đông Triều là cửa ngõ phía Tây của tỉnh Quảng Ninh, cách TP Hạ Long gần 80 km và cách Hà Nội 90 km. Địa hình chủ yếu đồng bằng ven sông, có ít đồi núi. Cư dân sinh sống chủ yếu là người Kinh. Kinh tế chủ yếu là nông nghiệp và phát triển làng nghề truyền thống [47].

+ Khu vực miền Đông: chọn huyện Tiên Yên và huyện Đầm Hà

Huyện Tiên Yên nằm ở phía Đông tỉnh Quảng Ninh, cách TP Hạ Long 90 km và cách Hà Nội 260 km. Địa hình đồi núi và sông suối, kinh tế nông - lâm nghiệp. Cư dân sinh sống thuộc 13 dân tộc (Kinh 59%, Dao 19%, Tày 13,8%, Sán Chỉ 8,4%, Sán Dìu 3,8%...)[47].

Huyện Đầm Hà nằm phía Đông Bắc tỉnh Quảng Ninh, cách TP Hạ Long 140 km và cách Hà Nội 310 km. Địa hình miền núi ven biển, kinh tế nông - lâm - ngư nghiệp. Cư dân sinh sống gồm 9 dân tộc (trong đó dân tộc thiểu số chiếm 31%) [47].



Hình 2.1: Bản đồ tỉnh Quảng Ninh

2.1.3. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ 11/2012 đến tháng 8/2014

Nghiên cứu được tiến hành qua 2 giai đoạn

Giai đoạn 1: điều tra mô tả cắt ngang về thực trạng cung ứng dịch vụ CSSKSS từ tháng 12/2012 đến tháng 4/2013.

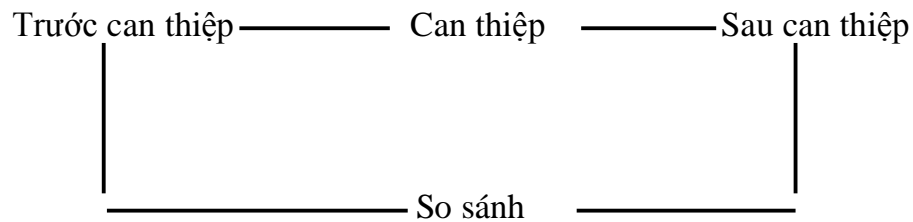
Giai đoạn 2: bao gồm xây dựng nội dung can thiệp, triển khai can thiệp và đánh giá hiệu quả can thiệp đảm bảo cung ứng dịch vụ CSSKSS từ tháng 4/2013 đến tháng 8/2014.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Là một nghiên cứu can thiệp cộng đồng không đối chứng, bao gồm 2 giai đoạn.

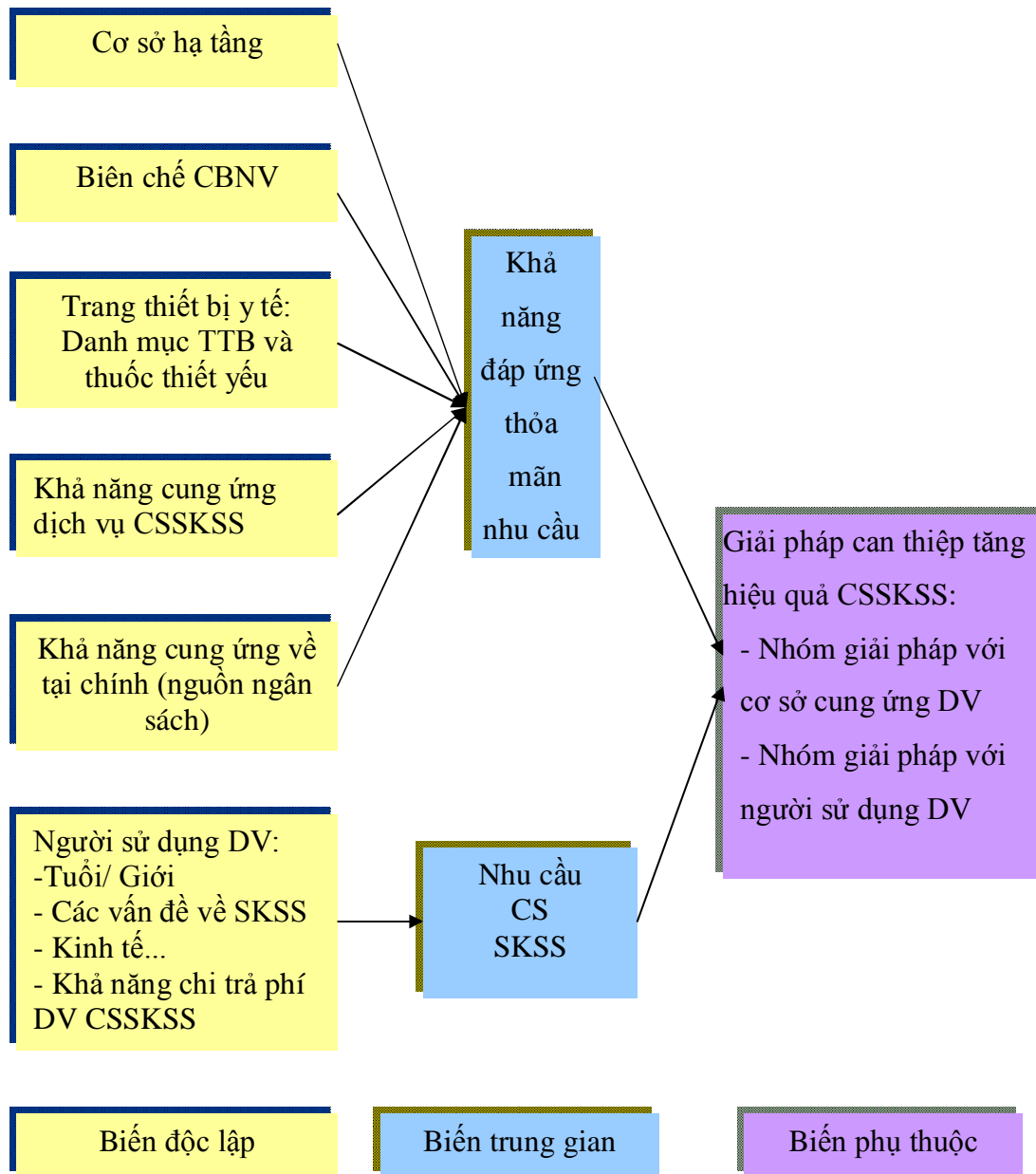
Giai đoạn 1 là nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm xác định thực trạng cung ứng dịch vụ CSSKSS tại tuyến xã

Giai đoạn 2 là nghiên cứu can thiệp cộng đồng, tiến hành các hoạt động can thiệp và đánh giá hiệu quả can thiệp đảm bảo cung ứng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã.



Hình 2.2. Thiết kế nghiên cứu đối chứng trước sau

Mô hình lý thuyết về nghiên cứu các giải pháp can thiệp nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe sinh sản được trình bày trong hình 2.3



Hình 2.3: Khung lý thuyết nghiên cứu

2.2.2. Mẫu nghiên cứu

2.2.2.1. Kỹ thuật chọn mẫu

Chọn huyện ngẫu nhiên theo tầng miền Đông và miền Tây. Chọn xã ngẫu nhiên theo huyện đã được chọn. Chọn người tham gia nghiên cứu tại mỗi xã theo phương pháp ngẫu nhiên đơn.

Từ đó bốc thăm ngẫu nhiên chọn ở khu vực miền Đông 02 huyện (Tiên Yên và Đầm Hà) và khu vực miền Tây 01 huyện (Đông Triều) đại diện.

2.2.2.2. Cho nghiên cứu định lượng:

- Về phía cung ứng dịch vụ:

+ Huyện Đông Triều có 155.701 dân với 21 TYT

+ Huyện Đầm Hà có 34.215 dân với 10 TYT

+ Huyện Tiên Yên có 43.503 dân với 12 TYT

Mỗi huyện lấy ngẫu nhiên 50% TYT xã đưa vào nghiên cứu, số TYT xã thuộc 3 huyện Đông Triều, Tiên Yên và Đầm Hà được lấy vào nghiên cứu là 21. Cụ thể:

+ Huyện Đông Triều nghiên cứu 10 TYT

+ Huyện Tiên Yên nghiên cứu 6 TYT

+ Huyện Đầm Hà nghiên cứu 5 TYT xã.

Mỗi TYT xã chọn 2 cán bộ y tế cung ứng dịch vụ CSSKSS, tổng số cán bộ y tế xã được nghiên cứu là 42 người.

- Người sử dụng dịch vụ: Nghiên cứu sử dụng thiết kế can thiệp cộng đồng không đối chứng, đánh giá hiệu quả theo mô hình trước-sau. Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức sau:

$$n_1 = n_2 = \frac{[Z_{(1-\alpha/2)}\sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta}\sqrt{[p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)]}]^2}{(p_1 - p_2)^2} \times DE$$

Trong đó:

$n_1 = n_2$: là cỡ mẫu trước và sau can thiệp tối thiểu

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ (hệ số tin cậy, với ngưỡng xác suất $\alpha = 0,05$)

$Z_{(1-\beta)} = 0,84$ (lực mẫu được lựa chọn là 80%).

$P_1 = 50\%$ (theo nghiên cứu UNFPA tại Bình Định, năm 2009 thì tỷ lệ phụ nữ sử dụng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã là 50%) [65]

$$p_2 = 60\%$$

$$p = (p_1 + p_2)/2 = 55\%$$

$p_1 - p_2$: Tỷ lệ phụ nữ có sử dụng dịch vụ CSSKSS tăng 10% sau can thiệp “UNFPA (2011), Sự thay đổi về chất lượng cung cấp và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản giai đoạn 2006-2010 tại 7 tỉnh tham gia chương trình quốc gia” [65].

Chúng tôi chọn DE (design effect): hệ số thiết kế = 1,5

Thay số vào tính mẫu được: $n_1 = n_2 = 576$ trên thực tế nghiên cứu chúng tôi đã chọn được 588 phụ nữ trước/sau can thiệp (28 PN/xã).

2.2.2.3. Cho nghiên cứu định tính

- Phỏng vấn sâu CBYT: Mỗi TYT xã chọn 2 cán bộ y tế cung ứng dịch vụ CSSKSS, tổng số cán bộ y tế xã được nghiên cứu là 42 người để tìm nguyên nhân, hạn chế, yếu kém trong cung ứng dịch vụ CSSKSS tại các địa bàn nghiên cứu.

- Tiến hành phỏng vấn sâu các cán bộ quản lý y tế (Trạm trưởng TYT, Giám đốc TTYT huyện) để tìm hiểu sâu thêm về nhận định, đánh giá, đề xuất, kiến nghị của các cán bộ quản lý về việc cung ứng dịch vụ CSSKSS tại địa bàn nghiên cứu.

- Tiến hành phỏng vấn sâu 15 phụ nữ trong độ tuổi 15-49 về thực trạng cung ứng dịch vụ CSSKSS của TYT xã cũng như khả năng chi trả cho việc sử dụng dịch vụ CSSKSS.

Cách chọn: mỗi huyện chọn ngẫu nhiên 01 xã và mỗi xã 05/28 phụ nữ bằng cách lập danh sách và chọn ngẫu nhiên phụ nữ có số thứ tự 1, 5, 10, 15, 20, 25 có độ tuổi 15-49, có hộ khẩu thường trú tại xã nghiên cứu và đã sử dụng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã nghiên cứu.

2.3. Tổ chức nghiên cứu và lực lượng tham gia

2.3.1. Giai đoạn 1: Điều tra mô tả cắt ngang

- Chuẩn bị các nội dung cần thiết trước cuộc điều tra :

+ Chọn mẫu nghiên cứu theo phân tầng, ngẫu nhiên đơn: Lên danh sách và lựa chọn cơ sở y tế và cán bộ y tế cung ứng dịch vụ CSSKSS, phụ nữ 15-49 tuổi theo cỡ mẫu đã tính toán (28 phụ nữ/xã) vào nghiên cứu điều tra.

+ Liên hệ, làm công văn gửi tới lãnh đạo Sở Y tế, lãnh đạo các địa phương thực hiện đề tài nghiên cứu để thông báo về kế hoạch điều tra và thời gian tiến hành, các đề nghị phối hợp và hỗ trợ trong quá trình triển khai nghiên cứu.

- Xây dựng, điều tra thử và hoàn thiện bộ công cụ điều tra gồm :

+ Lựa chọn và tập huấn đội ngũ điều tra viên về nội dung bộ công cụ, các kỹ năng thu thập thông tin, kỹ năng kiểm tra, đánh giá sự chính xác của thông tin nhằm hạn chế tối đa các sai số do thu thập thông tin. Các điều tra viên cần đáp ứng tiêu chuẩn sau:

- . Có trình độ chuyên môn là Y sĩ, Bác sĩ;
- . Đã từng tham gia các cuộc điều tra liên quan đến lĩnh vực y tế;
- . Thực hiện đúng yêu cầu và nội dung của cuộc điều tra;
- . Có khả năng giao tiếp, có khả năng tiếp cận các đối tượng nghiên cứu tốt;
- . Thông thạo địa bàn điều tra và nhiệt tình trong công việc;

+ Lựa chọn giám sát viên đáp ứng các tiêu chuẩn sau:

- . Có trình độ chuyên môn là Bác sĩ trở lên;
- . Đã từng tham gia các cuộc điều tra liên quan đến lĩnh vực y tế;
- . Thực hiện đúng yêu cầu và nội dung của cuộc điều tra;
- . Nắm vững các nội dung liên quan đến CSSKSS;
- . Có uy tín nghề nghiệp ;

+ Lựa chọn người dẫn đường đáp ứng các tiêu chuẩn sau:

- . Là người địa phương;
- . Có khả năng giao tiếp tốt;
- . Có uy tín đối với cộng đồng đặc biệt với phụ nữ trong nhóm nghiên cứu;
- Tiến hành điều tra mô tả cắt ngang:
 - + 2 điều tra viên thu thập thông tin về TYT xã, thu thập các báo cáo, hệ thống sổ sách theo dõi tình hình hoạt động dịch vụ CSSKSS.
 - + Mỗi xã có 3 điều tra viên tiến hành điều tra thu thập thông tin về việc sử dụng dịch vụ CSSKSS;

2.3.2. Giai đoạn 2 : Nghiên cứu can thiệp

- Chọn địa điểm can thiệp: Theo thiết kế nghiên cứu can thiệp có so sánh trước sau nên chúng tôi chọn các địa điểm như đã triển khai điều tra điều tra cắt ngang.

Thời gian can thiệp: tháng 4/2012 đến tháng 8/2014

- Chuẩn bị nội dung can thiệp:
 - + Trên cơ sở kết quả điều tra mô tả cắt ngang việc cung ứng dịch vụ CSSKSS để xây dựng kế hoạch can thiệp cụ thể tại địa bàn can thiệp.
 - + Chuẩn bị các điều kiện cơ bản trước can thiệp như liên hệ với chính quyền địa phương, chuẩn bị cơ sở vật chất, trang thiết bị
 - + Lập danh sách các trang thiết bị y tế, dụng cụ y tế cần trang bị và bổ sung.
- Triển khai can thiệp
- Đánh giá hiệu quả của can thiệp:
 - + Sau khi can thiệp, tiến hành điều tra tại 3 huyện theo các chỉ số đánh giá đã được xây dựng.
 - + Các bước chuẩn bị làm tương tự trước can thiệp.
 - + Thu thập, xử lý và phân tích các số liệu điều tra để tiến hành đánh giá hiệu quả trước và sau can thiệp theo các chỉ số.

2.3.3. Lực lượng tham gia nghiên cứu

- Nghiên cứu sinh
- Các cán bộ Trung tâm y tế huyện thuộc địa bàn nghiên cứu
- Các cán bộ Trường Cao đẳng Y tế Quảng Ninh
- Các cán bộ hướng dẫn thuộc Viện VSDT TW

2.3.4. Công cụ và kỹ thuật thu thập số liệu

Kỹ thuật thu thập số liệu bao gồm cả số liệu định lượng và số liệu định tính, phỏng vấn, phỏng vấn sâu và quan sát có sử dụng bảng kiểm:

- Phỏng vấn phụ nữ 15-49 tuổi về sử dụng dịch vụ và khả năng chi trả dịch vụ CSSKSS bằng bộ câu hỏi có cấu trúc.
- Phỏng vấn cán bộ y tế xã về các loại hình dịch vụ CSSKSS được cung ứng tại TYT xã, cơ sở hạ tầng, trang thiết bị y tế
- Phỏng vấn sâu cán bộ quản lý y tế và một số phụ nữ tuổi từ 15-49
- Quan sát, kiểm kê cơ sở hạ tầng, trang thiết bị y tế sử dụng cho CSSKSS.

2.3.5. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu định lượng thu thập làm sạch, loại bỏ những phiếu không đạt yêu cầu: thiếu nội dung, thể hiện không rõ chính kiến ... được mã hóa, nhập và xử lý bằng các phần mềm thống kê chuyên dụng STATA 9. So sánh 2 tỷ lệ bằng kiểm định Z, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Số liệu định tính được phân tích theo kỹ thuật “phân tích theo chủ đề”. Tổng hợp phân tích các thông tin, số liệu định tính dựa trên các nội dung, kết quả của thảo luận nhóm, phỏng vấn sâu, ghi chép theo chủ đề phân tích, trích dẫn từ băng ghi âm. Số liệu được mã hoá, gỡ băng, phân tích, tổng hợp và được trình bày kèm theo cùng với số liệu định lượng.

* Các thông số thống kê, tính toán trong nghiên cứu:

- Số lượng, tỷ lệ phần trăm.

- Tính chỉ số hiệu quả để đánh giá hiệu quả can thiệp thực sự.

* Đánh giá trước và sau can thiệp bằng so sánh một số tỷ lệ trước và sau can thiệp bằng chỉ số hiệu quả được tính theo công thức:

$$\text{Chỉ số hiệu quả \%} = \frac{|\text{tỷ lệ sau} - \text{tỷ lệ trước}|}{\text{Tỷ lệ trước}} \times 100$$

Liệt kê các chủ đề phân tích về Trạm y tế xã như: Tình hình nhân lực, trang thiết bị và khả năng cung ứng dịch vụ CSSKSS.

Liệt kê các chủ đề phân tích về người dân như: tuổi, tình hình kinh tế, tình hình sử dụng dịch vụ CSSKSS và đánh giá về việc cung ứng dịch vụ của TYT xã

Mã hóa các đối tượng trả lời rồi tiến hành ghi chép, gõ băng ghi âm, sắp xếp các nội dung trả lời theo chủ đề phân tích đã liệt kê, sắp xếp.

2.3.6. Không chế sai số

Để hạn chế sai số trong quá trình thu thập thông tin, chúng tôi thiết kế bộ công cụ điều tra chi tiết, rõ ràng, dễ hiểu và có điều tra thử để chỉnh lý bổ sung.

Nghiên cứu sử dụng các điều tra viên là những cán bộ có kinh nghiệm nghiên cứu và được tập huấn đầy đủ, thống nhất về bộ câu hỏi, cách kiểm tra.

Tổ chức giám sát chặt chẽ trong suốt quá trình thực hiện đề tài.

Các phiếu điều tra được kiểm tra, làm sạch ngay tại cộng đồng, khi cần thiết điều tra viên có thể gặp lại đối tượng nghiên cứu để bổ sung thông tin.

Khách quan trung thực trong đánh giá và xử trí số liệu.

Tôn trọng đối tượng điều tra để họ có thái độ hợp tác, thu thập thông tin khách quan chính xác.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương thông qua, được sự cho phép của Sở Y tế tỉnh Quảng Ninh (số 473/SYT-NVY ngày 26/3/2013 của GD SYT Quảng Ninh)

Các nội dung liên quan đến đối tượng tham gia nghiên cứu chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học. Các thông tin công bố đều được xử lý dưới hình thức tổng hợp số liệu, không thông tin chi tiết cá nhân nào được trình bày.

Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được thông báo, giải thích rõ về nội dung, ý nghĩa của việc nghiên cứu. Mọi người tham gia tự nguyện và được quyền từ chối nếu không đồng ý tham gia. Không phân biệt đối xử với đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.5. Các hoạt động can thiệp

Nguyên tắc can thiệp: Các biện pháp can thiệp chú trọng vào việc nâng cao hiệu quả sử dụng nhân lực và vật lực có sẵn tại các TYT xã. Đây là nguyên tắc phù hợp với điều kiện khó khăn về nguồn lực của các TYT xã hiện nay. Các biện pháp can thiệp cần đảm bảo tính dễ triển khai, dễ áp dụng, không tốn kém, lồng ghép được vào các hoạt động thường quy của y tế huyện và xã. Các biện pháp can thiệp bao gồm:

- Nhóm giải pháp với cơ sở y tế: Đề xuất với huyện và tỉnh bổ sung và đảm bảo biên chế cán bộ y tế cho các TYT xã. Song song với bổ sung nhân lực, đề xuất tăng cường đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị. Tổ chức đào tạo, đào tạo lại, nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ cho cán bộ y tế cung ứng dịch vụ CSSKSS.

- Nhóm giải pháp đối với người phụ nữ trong chương trình mục tiêu DS-KHHGD: Tăng cường nâng cao nhận thức về CSSKSS thông qua công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ.

*** Cụ thể:**

a. Với cơ sở y tế

- Nhân lực: điều chuyển, bổ sung 05 y sĩ sản nhi, 03 hộ sinh cho các TYT xã còn thiếu

- Cơ sở vật chất: sửa sang, bố trí lại đưa vào sử dụng thêm phòng khám thai, phòng khám phụ khoa, phòng kỹ thuật KHHGD, phòng đẻ, phòng nằm của sản phụ và phòng/góc truyền thông tư vấn... tại các TYT xã còn thiếu.

Làm mới các bảng quy định về quyền khách hàng, bảng giá cung ứng dịch vụ, bảng giới thiệu dịch vụ tại các TYT xã còn thiếu.

- Thuốc thiết yếu: kiểm tra và bổ sung thêm cho đủ cơ số thuốc thiết yếu cho TYT xã

- Trang thiết bị: bổ sung các bộ đỡ đẻ, bộ cắt khâu tầng sinh môn, bộ kiểm tra cổ tử cung, bộ hồi sức sơ sinh, bộ đặt và tháo dụng cụ tử cung, bộ khám phụ khoa, bộ hút thai chân không tại các TYT xã còn thiếu.

b. Với nhóm CSSKSS thôn/bản

- Thành lập được các nhóm CSSKSS thôn/bản tại các xã can thiệp. Mỗi nhóm gồm 01 chi hội trưởng phụ nữ thôn (bản), 01 nhân viên Y tế và giao cho 01 cán bộ TYT xã phụ trách. Cụ thể:

- Tổ chức các lớp đào tạo và tập huấn cho nhóm CSSKSS thôn/bản.

- Nghiên cứu sinh cùng với Bộ môn Ngoại Sản Trường CDYT Quảng Ninh xây dựng chương trình đào tạo và tập huấn cho nhóm CSSKSS thôn/bản với thời gian 5 ngày/lớp (40 tiết) với các nội dung:

- + Đăng ký thai nghén và khám thai định kỳ
- + Chăm sóc sản phụ sau đẻ và chăm sóc trẻ sơ sinh tại nhà
- + Xử trí ban đầu và chăm sóc thai phụ bị đau bụng, chảy máu âm đạo
- + Phát hiện và xử trí ban đầu nhiễm độc thai nghén
- + Các biện pháp tránh thai tại cộng đồng.

+ Tư vấn phòng bệnh và phát hiện phụ nữ mắc một số bệnh phụ khoa thường gặp, tư vấn giáo dục sức khỏe cho phụ nữ có thai, tư vấn chăm sóc phụ nữ mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục

- Giáo viên là cán bộ Đội CSSKSS/KHHGD Trung tâm y tế huyện và Giảng viên Trường Cao đẳng Y tế Quảng Ninh.

- Xây dựng chương trình và tiến hành đào tạo lại cho cán bộ nhân viên TYT xã làm nhiệm vụ cung ứng dịch vụ CSSKSS tập trung vào các kỹ thuật mà cán bộ TYT xã còn hạn chế như bóc rau nhân tạo, nạo hút buồng tử cung và cấp cứu ngạt sơ sinh cũng như bồi dưỡng các kỹ năng tư vấn, tuyên truyền công tác CSSKSS cho cán bộ TYT xã thực hiện nhiệm vụ CSSKSS.

Nâng cao kỹ năng tư vấn trước khi có thai nhằm thay đổi hành vi, khuyến khích thúc đẩy những việc cần làm cho phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ chuẩn bị sức khỏe tốt trước khi mang thai với nội dung: Khuyến khích việc chủ động khám sức khỏe để phát hiện các bệnh mạn tính tiềm ẩn; Những yếu tố nguy cơ đặc biệt liên quan tới các tai biến sản khoa; Tuyên truyền dinh dưỡng, uống bổ sung sắt và acid folic, muối iod; Vận động không dùng bia rượu, chất kích thích; Hướng dẫn các biện pháp tránh thai khi 2 vợ chồng chưa muốn có con; Tăng cường sự hiểu biết về hậu quả của phá thai đặc biệt là phá thai không an toàn (nhất là với vị thành niên) hoặc hậu quả của các bệnh NKĐSS và bệnh LTQĐTD. Tư vấn trong khi mang thai giúp các bà mẹ mang thai xác định được những điều cần thiết về bảo vệ thai nghén, từ đó quyết định những hành động thích hợp nhất có lợi cho sức khỏe mẹ và con.

Giảng viên là cán bộ Đội CSSKSS/KHHGD huyện đến từng TYT xã hướng dẫn trực tiếp cho cán bộ TYT xã theo hình thức “*cầm tay chỉ việc*”, mỗi TYT được thực hiện ít nhất 01 lần/tháng.

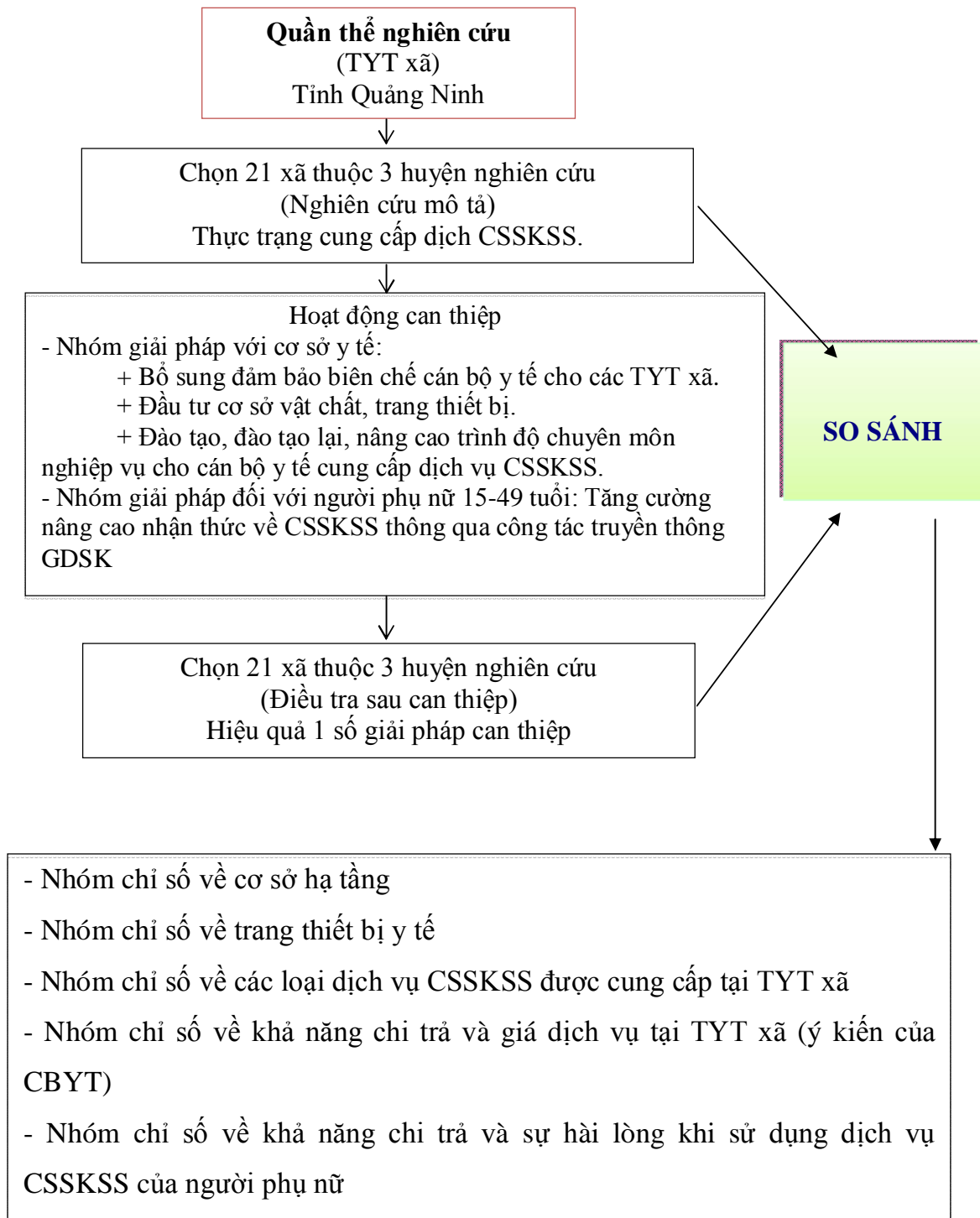
- Tiến hành công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho tất cả các phụ nữ từ 15-49 tuổi của các xã can thiệp thông qua sinh hoạt thường kỳ của 189

nhóm CSSKSS thôn/bản. Truyền thông lồng ghép với cung ứng dịch vụ CSSKSS và truyền thông trên các phương tiện thông tin đại chúng (loa đài, baner, áp phích...)

Ngoài ra, đội ngũ cán bộ, nhóm CSSKSS thôn/bản còn thường xuyên “đi từng ngõ, gõ từng nhà, rà từng đối tượng” để tuyên truyền vận động, tư vấn các nội dung chăm sóc SKSS, KHHGD, phòng tránh các bệnh lây truyền qua đường tình dục... Tuyên truyền để người dân tin tưởng và có thể tiếp cận với các dịch vụ CSSKSS do TYT xã cung ứng.

Phát huy tính tích cực của nhóm CSSKSS thôn/bản thường xuyên bám sát địa bàn, tuyên truyền dưới nhiều hình thức (họp thôn/đội, họp phụ nữ...) tại nhiều thời điểm vị trí khác nhau (tại nhà, trên nương, tại chợ...).

Thông qua công tác truyền thông giáo dục SKSS để giúp người dân thay đổi nhận thức và hành vi, tự nguyện sử dụng các biện pháp kế hoạch hóa gia đình sinh ít, sinh thưa để có điều kiện chăm sóc và nuôi dạy con cho tốt. Đồng thời, giúp phụ nữ vùng cao xóa bỏ được tâm lý e ngại khi tiếp cận dịch vụ CSSKSS, sẵn sàng chia sẻ với CBYT hoặc đến TYT xã khi có vấn đề về SKSS. Đây là một trong những giải pháp hữu hiệu góp phần nâng cao nhận thức về chăm sóc sức khỏe sinh sản cho phụ nữ vùng đặc biệt phụ nữ vùng sâu, vùng xa, dân tộc thiểu số.



Hình 2.4. Sơ đồ nghiên cứu

2.6. Biến số và chỉ số nghiên cứu

2.6.1. Một số khái niệm cơ bản

*** Nhân lực y tế**

Số lượng: Thực hiện theo Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV ngày 05/6/2007 của Bộ Y tế - Bộ Nội vụ. Biên chế tối thiểu của 1 TYT xã là 5 biên chế.

Cơ cấu nhân lực có đủ 5 nhóm chức danh chuyên môn: bác sĩ; y sĩ (đa khoa/YDCT/sản nhi); hộ sinh trung học; điều dưỡng trung học; dược sỹ trung học (đối với miền núi có thể là dược sỹ sơ học, có thể chuyên trách hoặc kiêm nhiệm). Hệ số nhân lực được điều chỉnh theo vùng địa lý: Vùng đồng bằng và trung du: hệ số 1; miền núi, vùng sâu, xa vùng đồng bằng sông Hồng và Cửu Long: hệ số 1,2; vùng cao, hải đảo: hệ số 1,3;

*** Cơ sở hạ tầng**

Theo tiêu chí 3 (cơ sở hạ tầng) trong Chuẩn Quốc gia về Y tế xã giai đoạn 2011-2020 thì mỗi TYT xã phải có ít nhất 10 phòng chức năng có diện tích đủ để thực hiện chức năng nhiệm vụ được giao:

- Phòng Khám bệnh
- Y dược cổ truyền
- Quầy dược, kho
- Phòng xét nghiệm (cận lâm sàng)
- Tiệt trùng
- Phòng sơ cứu, cấp cứu
- Lưu bệnh nhân, sản phụ
- Phòng khám phụ khoa, KHHGD
- Phòng đẻ (phòng sinh)
- Phòng tiêm
- Phòng tư vấn, TT-GDSK, DS-KHHGD

- Phòng hành chính
- Phòng trực

Trong đó, để cung ứng dịch vụ CSSKSS cần ít nhất 04 phòng: (1) Phòng khám thai và tư vấn; (2) Phòng đẻ + thủ thuật, (3) Phòng khám phụ khoa; (4) Phòng nằm của sản phụ và nếu có điều kiện cần bố trí thêm 02 phòng: (1) phòng nằm của sản, phụ và (2) Phòng/góc truyền thông tư vấn [7].

*** Nguồn nước sinh hoạt, nhà tiêu, xử lý rác thải**

Nguồn nước sinh hoạt hợp vệ sinh cơ bản được dựa trên Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về chất lượng nước sinh hoạt được ban hành theo Thông tư số 05/2009/TT-BYT ngày 17/6/2009 của Bộ Y tế.

Chất thải trạm y tế chủ yếu gồm chất thải rắn và chất thải lỏng, được chia thành nhóm chất thải nguy hại và chất thải thông thường. Các chất thải thông thường được xử lý theo quy định của địa phương. Các chất thải y tế nguy hại được thu gom, xử lý theo quy định của ngành theo Quyết định số 43/2007/QĐ-BYT về việc ban hành Quy chế chất thải y tế.

*** Trang thiết bị y tế**

Danh mục trang thiết bị cho TYT xã do Bộ Y tế ban hành hiện theo Quyết định số 437/QĐ-BYT ngày 20/2/2002 của Bộ trưởng Bộ Y tế. Danh mục có tổng cộng là 176 loại. Chúng loại trang thiết bị cần phù hợp với nhu cầu CSSK của nhân dân trong xã và khả năng chuyên môn của cán bộ y tế tại trạm y tế xã.

Theo Hướng dẫn quốc gia về các DV CSSKSS (Ban hành kèm theo Quyết định số 4620/QĐ-BYT ngày 25/11/2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế) trang bị thiết yếu về CSSKSS cho 1 TYT bao gồm [7]:

- 1 bộ khám thai
- 3 bộ đỡ đẻ
- 1 bộ cắt khâu tầng sinh môn

- 1 bộ kiểm tra cổ tử cung
- 1 bộ hồi sức sơ sinh
- 1 bộ đặt và tháo dụng cụ tử cung
- 3 bộ khám phụ khoa
- 1 bộ bơm hút thai chân không bằng tay 1 van
- Các loại dụng cụ khác

*** Các loại dịch vụ CSSKSS được cung ứng tại TYT xã**

Theo Quyết định số 385/2001/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế ngày 13/02/2001, [16] TYT xã có nhiệm vụ cung ứng các dịch vụ CSSSK bao gồm 11 kỹ thuật chuyên môn sản khoa, 3 kỹ thuật phụ khoa, 5 kỹ thuật kế hoạch hóa gia đình, 7 kỹ thuật CSSK trẻ em. Trong đó, dịch vụ cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản tại tuyến xã bao gồm 5 kỹ thuật là:

- Tiêm truyền kháng sinh;
- Tiêm, truyền oxytocin;
- Sử dụng thuốc chống co giật trong xử lý tiền sản giật và sản giật;
- Thực hiện bóc rau bằng tay và
- Lấy rau, thai sót

*** Thuốc thiết yếu**

Danh mục thuốc chữa bệnh chủ yếu áp dụng cho trạm y tế xã hiện theo Quyết định số 05/2008/QĐ-BYT ngày 01/02/2008 của Bộ Y tế. Số loại thuốc được lựa chọn theo quy định của Sở Y tế để đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh cơ bản của nhân dân địa phương.

Thuốc thiết yếu CSSKSS tại TYT xã thực hiện theo Quyết định số 17/2005/QĐ-BYT của Bộ Trưởng Bộ Y tế bao gồm:

- Thuốc giảm đau, tiền mê
- Thuốc kháng sinh
- Thuốc hạ huyết áp

- Thuốc sát khuẩn và khử khuẩn
- Thuốc chống co thắt
- Thuốc co bóp tử cung
- Thuốc an thần
- Nhóm Vitamin và chất khoáng
- Nhóm thuốc tránh thai
- Các nhóm thuốc khác

* **Tỷ lệ phụ nữ nạo hút thai so với số đẻ:** là số phụ nữ nạo hút thai trên số phụ nữ sinh con trong năm.

* **Tỷ lệ phụ nữ sinh con được khám thai từ 3 lần trở lên trong 3 kỳ thai nghén** (tính trên tổng số phụ nữ đẻ của cả xã trong cùng thời kỳ). 3 kỳ thai là 3 tháng đầu, 3 tháng giữa và 3 tháng cuối. Tính cho đến khi phụ nữ sinh con đã xong; không tính lần đến khám khi đã chuyển dạ đẻ.

* **Tỷ lệ phụ nữ được chăm sóc sau sinh:** là số bà mẹ và trẻ sơ sinh được nhân viên y tế khám, chăm sóc từ khi sinh ra đến 42 ngày sau đẻ tính bình quân trên 100 trẻ đẻ sống của xã trong một thời gian xác định. Trong trường hợp chỉ chăm sóc bà mẹ hoặc trẻ sơ sinh cũng được tính.

$$\begin{array}{l} \text{Tỷ lệ phụ nữ} \\ \text{được chăm} \\ \text{sóc sau sinh} \\ \text{(\%)} \end{array} = \frac{\text{Tổng số bà mẹ đẻ sinh con của xã được chăm sóc sau sinh} \\ \text{(chăm sóc cả mẹ và con, hoặc mẹ, hoặc con) trong năm}}{\text{Tổng số trẻ sơ sinh sống của xã đó trong cùng kỳ}} \times 100$$

* **Tỷ lệ cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ áp dụng biện pháp tránh thai hiện đại:** Là tỷ lệ phần trăm phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (15 đến 49 tuổi) có chồng đang sử dụng hoặc chồng họ đang sử dụng một trong những biện pháp tránh thai như đặt vòng, đình sản, thuốc tránh thai, bao cao su,

màng ngăn cổ tử cung, kem diệt tinh trùng trong tổng số phụ nữ từ 15 - 49 tuổi có chồng tại xã (nhân khẩu thực tế).

2.6.2. Biên số nghiên cứu chính

- Thông tin chung về phía cung ứng dịch vụ
 - + Nhân lực y tế: tuổi, giới, thâm niên công tác, trình độ chuyên môn, thời gian đào tạo.
 - + Cơ sở vật chất, trang thiết bị thuốc thiết yếu, các loại dịch vụ CSSKSS được cung ứng tại TYT xã
 - + Nhu cầu CSSKSS của người dân và khả năng đáp ứng của TYT xã.
- Thông tin về phía người sử dụng dịch vụ CSSKSS: tuổi, số người trong gia đình, tình hình kinh tế của gia đình, tình hình sử dụng dịch vụ CSSKSS, ý kiến về chất lượng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã, khả năng và quan điểm chi trả các dịch vụ CSSKSS

2.6.3. Chỉ số đánh giá trước và sau can thiệp

* Nhóm chỉ số về cơ sở hạ tầng:

Tỷ lệ TYT xã có phòng khám thai

Tỷ lệ TYT xã có phòng khám phụ khoa

Tỷ lệ TYT xã có phòng kỹ thuật KHHGD

Tỷ lệ TYT xã có phòng đẻ

Tỷ lệ TYT xã có phòng nằm của sản phụ

Tỷ lệ TYT xã có phòng/góc truyền thông tư vấn

Tỷ lệ TYT xã có nguồn nước uống sạch thường xuyên

Tỷ lệ TYT xã có nước sạch rửa tay

Tỷ lệ TYT xã có nhà tiêu hợp vệ sinh

Tỷ lệ TYT xã có phòng dịch vụ sạch sẽ vệ sinh

Tỷ lệ TYT xã có môi trường xung quanh trạm sạch sẽ

Tỷ lệ TYT xã có dụng cụ đựng rác

Tỷ lệ TYT xã có bảng quy định về quyền khách hàng

Tỷ lệ TYT xã có bảng giá cung ứng dịch vụ

Tỷ lệ TYT xã có ghế ngồi chờ cho khách hàng

Tỷ lệ TYT xã có tài liệu truyền thông về CSSKSS

* Nhóm chỉ số về trang thiết bị y tế, thuốc thiết yếu phục vụ CSSKSS

Tỷ lệ TYT xã có bộ đỡ đẻ

Tỷ lệ TYT xã có bộ khâu cắt tầng sinh môn

Tỷ lệ TYT xã có bộ kiểm tra cổ tử cung

Tỷ lệ TYT xã có bộ hồi sức sơ sinh

Tỷ lệ TYT xã có bộ tháo đặt dụng cụ tử cung

Tỷ lệ TYT xã có bộ khám phụ khoa

Tỷ lệ TYT xã có bộ bơm hút Karman 1 van

Tỷ lệ TYT xã có đủ danh mục thuốc thiết yếu phục vụ CSSKSS

* Nhóm chỉ số về các loại dịch vụ cơ bản về CSSKSS được cung ứng tại

TYT xã

Tỷ lệ TYT xã cung ứng dịch vụ tiêm truyền kháng sinh

Tỷ lệ TYT xã cung ứng dịch vụ tiêm thuốc co hồi tử cung

Tỷ lệ TYT xã cung ứng dịch vụ tiêm thuốc chống co giật

Tỷ lệ TYT xã cung ứng dịch vụ bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung

Tỷ lệ TYT xã cung ứng dịch vụ nạo hút tử cung

Tỷ lệ TYT xã cung ứng dịch vụ hỗ trợ đỡ đẻ đường dưới

Tỷ lệ TYT xã cung ứng dịch vụ cấp cứu ngạt sơ sinh

* Nhóm chỉ số về khả năng chi trả và giá dịch vụ tại TYT xã (ý kiến của

CBYT):

Tỷ lệ CBYT xã trả lời giá dịch vụ cần thu đúng và đủ

Tỷ lệ CBYT xã trả lời giá dịch vụ có thể bù được chi phí thực

Tỷ lệ CBYT xã trả lời tác động của thu phí đến sử dụng dịch vụ

* Nhóm chỉ số về khả năng chi trả dịch vụ CSSKSS của người phụ nữ:

Loại hình chi trả cho dịch vụ CSSKSS

Khả năng chi trả của phụ nữ cho dịch vụ CSSKSS

Tỷ lệ phụ nữ hài lòng khi sử dụng dịch vụ CSSKSS

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng cung ứng dịch vụ CSSKSS tại tuyến xã

Để đánh giá khả năng sẵn có cũng như khả năng đáp ứng các dịch vụ CSSKSS, chúng tôi khảo sát các điều kiện bảo đảm dịch vụ của các TYT xã nghiên cứu.

3.1.1. Nhân lực y tế cung ứng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã

Bảng 3.1. Thực trạng nhân lực cung ứng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã

Nhân lực	Số lượng TYT xã n=21	Tỷ lệ %
Tỷ lệ các TYT xã đảm bảo đủ biên chế	17	81
Tỷ lệ các TYT xã đủ y sỹ sản nhi theo quy định	12	57,1
Tỷ lệ các TYT xã đủ nữ hộ sinh trung học, cao đẳng	15	71,4
Tỷ lệ các TYT xã đủ nữ hộ sinh sơ học theo quy định	6	28,6
Tỷ lệ các TYT xã đủ điều dưỡng trung học, đại học	21	100,0

Theo bảng 3.1: Tỷ lệ TYT xã đảm bảo đủ biên chế theo Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV ngày 05/6/2007 của Bộ Y tế - Bộ Nội vụ và Hướng dẫn quốc gia chiếm 81%. Tỷ lệ TYT xã đảm bảo đủ y sỹ sản nhi theo quy định chiếm 59,5%. Tỷ lệ TYT xã đảm bảo đủ nữ hộ sinh trung học, cao đẳng theo quy định chiếm 71,4%.

“TYT chúng tôi có 01 nữ hộ sinh trung học nhưng hiện đang nghỉ thai sản nên phải phân công 01 điều dưỡng viên kiêm nhiệm nhiệm vụ của nữ hộ sinh này”. (Trạm trưởng TYT xã, PV I-20)

Tỷ lệ TYT xã đảm bảo đủ đủ nữ hộ sinh sơ học theo quy định chiếm 28,6%. Tỷ lệ các TYT xã đủ điều dưỡng trung học, đại học theo quy định chiếm 100%.

Bảng 3.2. Một số đặc trưng cá nhân của cán bộ cung ứng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã tại Quảng Ninh

Một số đặc trưng cá nhân	Số lượng cán bộ n=42	Tỷ lệ %
Tuổi		
28-39	11	26,2
40-49	15	35,7
50-60	16	39,1
Trình độ chuyên môn		
Bác sỹ	19	45,2
Y sỹ sản nhi	6	14,3
Nữ hộ sinh	14	33,3
Điều dưỡng	2	4,8
Khác	1	2,4
Thời gian công tác		
Dưới 3 năm	1	2,4
Từ 3-5 năm	4	9,5
Trên 5 năm	37	88,1

Bảng 3.2 cho thấy một số đặc trưng của cán bộ cung ứng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã tỉnh Quảng Ninh như sau: Trong số 42 cán bộ y tế của 21 TYT xã được phỏng vấn, tuổi trung bình là $44,1 \pm 8,3$ tuổi. Tỷ lệ cán bộ y tế từ độ tuổi 40-60 chiếm tỷ lệ cao (73,8%). Tỷ lệ bác sỹ chiếm 45,2%, nữ hộ sinh chiếm 33,3% và y sỹ sản nhi chiếm 14,3%. Tỷ lệ cán bộ y tế có thời gian công tác trên 5 năm chiếm 88,1%.

Bảng 3.3. Cơ cấu cán bộ được đào tạo về cung ứng dịch vụ CSSKSS

Đào tạo kỹ thuật	Số lượng cán bộ (n=42)	Tỷ lệ %
Đã được đào tạo về cung ứng dịch vụ CSSKSS		
Không	1	2,4
Có	41	97,6
Thời gian được đào tạo về CSSKSS		
3 năm	38	90,5
6-12 tháng	3	7,1
Dưới 6 tháng	1	2,4

Bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ cán bộ y tế xã đã được đào tạo cơ bản hoặc đào tạo lại về CSSKSS chiếm tỷ lệ cao (97,6%) và thời gian được đào tạo về CSSKSS trong vòng 3 năm chiếm 90,5%.

3.1.2. Cơ sở hạ tầng cung ứng dịch vụ CSSKSS

Bảng 3.4. Danh mục các phòng chuyên môn cung ứng dịch vụ CSSKSS đảm bảo chất lượng theo Hướng dẫn quốc gia về CSSKSS tại TYT xã

Phòng cung ứng dịch vụ	Số lượng TYT xã (n=21)	Tỷ lệ %
Phòng khám thai		
Không	1	4,8
Có	20	95,2
Phòng khám phụ khoa		
Không	2	9,5
Có	19	90,5
Phòng kỹ thuật KHHGD		
Không	2	9,5
Có	19	90,5
Phòng đẻ		
Không	3	14,3
Có	18	85,7
Phòng nằm của sản phụ		
Không	2	9,5
Có	19	90,5
Phòng/góc truyền thông tư vấn		
Không	12	57,1
Có	9	42,9

Theo bảng 3.4, trong số 21 TYT xã được nghiên cứu, tỷ lệ các TYT xã có phòng khám thai đạt tiêu chuẩn theo Hướng dẫn quốc gia về CSSKSS ban hành năm 2009 là 95,2%. Tỷ lệ TYT xã có phòng khám phụ khoa riêng theo Hướng dẫn quốc gia chiếm 90,5%.

Tỷ lệ TYT xã có phòng kỹ thuật KHHGD riêng theo Hướng dẫn quốc gia chiếm 90,5%. Tỷ lệ TYT xã có phòng đẻ riêng theo Hướng dẫn quốc gia chiếm 85,7%. Tỷ lệ TYT xã có phòng phòng nầm của sản phụ theo Hướng dẫn quốc gia chiếm 90,5%. Tỷ lệ TYT xã có phòng/góc truyền thông tư vấn theo Hướng dẫn quốc gia chiếm 42,9%.

“Những năm gần đây, chúng tôi cũng nhận được sự quan tâm của các cấp chính quyền đặc biệt được hưởng lợi từ chương trình Nông thôn mới nên TYT xã cũng được đầu tư nâng cấp, sửa chữa tương đối nhiều” (Trạm trưởng TYT xã, PV I-03)

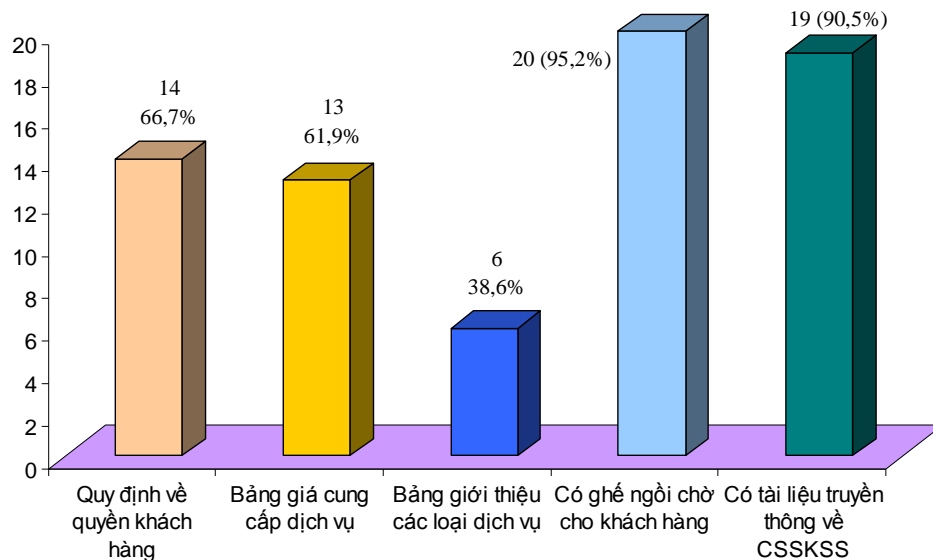
Bảng 3.5. Tỷ lệ TYT xã đảm bảo cung ứng nước sạch và vệ sinh môi trường theo Hướng dẫn quốc gia về CSSKSS

Nước sạch và vệ sinh môi trường	Số lượng TYT xã n=21	Tỷ lệ %
Nguồn nước uống sạch thường xuyên		
Không	1	4,8
Có	20	95,2
Nước sạch rửa tay		
Không	1	4,8
Có	20	95,2
Nhà tiêu hợp vệ sinh		
Không	1	4,8
Có	20	95,2
Các phòng dịch vụ sạch sẽ vệ sinh		
Không	1	4,8
Có	20	95,2
Môi trường quanh trạm sạch sẽ		
Không	1	4,8
Có	20	95,2
Dụng cụ đựng rác		
Không	1	4,8
Có	20	95,2

Kết quả bảng 3.5 cho thấy:

Tỷ lệ các TYT xã có nguồn nước uống sạch thường xuyên đạt tiêu chuẩn theo Hướng dẫn quốc gia về CSSKSS ban hành năm 2009 là 95,2%.

Tỷ lệ TYT xã có nước sạch rửa tay chiếm 95,2%. Tỷ lệ TYT xã có nhà tiêu hợp vệ sinh chiếm 95,2%. Tỷ lệ TYT xã có các phòng dịch vụ sạch sẽ chiếm 95,2%. Tỷ lệ TYT xã có môi trường xung quanh sạch sẽ chiếm 95,2%. Tỷ lệ TYT xã có đủ dụng cụ đựng rác chiếm 95,2%.



Biểu đồ 3.1: Một số dịch vụ phục vụ CSSKSS thiết yếu được cung ứng tại TYT xã đảm bảo chất lượng theo Hướng dẫn Quốc gia

Theo biểu đồ 3.1, tỷ lệ các TYT xã có quy định về quyền khách hàng chiếm 33,3%. Tỷ lệ TYT xã có bảng giá cung ứng dịch vụ chỉ chiếm 61,9%. Tỷ lệ TYT xã có bảng giới thiệu các loại dịch vụ chiếm 38,6%.

Tỷ lệ TYT xã có ghế ngồi chờ cho khách hàng chiếm 95,2%. Tỷ lệ TYT xã có tài liệu truyền thông chiếm 90,5%.

3.1.3. Trang thiết bị, thuốc thiết yếu cung ứng DV CSSKSS tại TYT xã

Bảng 3.6. Danh mục trang thiết bị thiết yếu cung ứng dịch vụ CSSKSS đảm bảo chất lượng theo Hướng dẫn quốc gia về CSSKSS tại TYT xã

Trang thiết bị của TYT xã	Số lượng TYT xã n=21	Tỷ lệ %
Bộ đỡ đẻ (Quy định: 03 bộ)		
1 bộ	12	57,1
2 bộ	4	19,0
3 bộ	5	23,9
Bộ khâu cắt tầng sinh môn (Quy định: 01 bộ)		
0 bộ	2	9,5
1 bộ	18	85,7
2 bộ	1	4,8
Bộ kiểm ra cổ tử cung (Quy định: 01 bộ)		
0 bộ	7	33,3
1 bộ	13	61,9
2 bộ	1	4,8
Bộ hồi sức sơ sinh (Quy định 01 bộ)		
Không	6	28,6
Có	15	71,4
Bộ tháo đặt dụng cụ tử cung (Quy định 01 bộ)		
0 bộ	1	80,9
1 bộ	17	4,8
2 bộ	1	9,5
Từ 3 bộ trở lên	2	

Bộ khám phụ khoa (Quy định 03 bộ)		
0 bộ	1	4,8
1 bộ	7	33,3
2 bộ	3	14,3
3 bộ	9	42,8
Trên 3 bộ	1	4,8
Bộ bơm hút Karman 1 van (Quy định 01 bộ)		
Có	2	9,5
Không	19	90,5

Kết quả bảng 3.6 cho thấy:

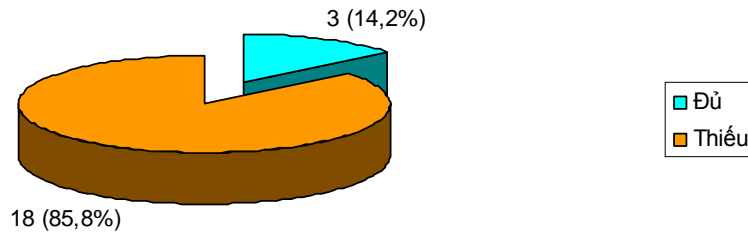
Tỷ lệ TYT xã có 2 bộ đỡ đẻ còn được sử dụng chiếm 19,0%. Tỷ lệ các TYT xã có một bộ khâu cắt tầng sinh môn chiếm 85,7 % nhưng tỷ lệ TYT xã không có bộ khâu cắt tầng sinh môn chiếm 9,5%.

Tỷ lệ TYT xã có 1 bộ kiểm tra cổ tử cung chiếm 61,9% và đặc biệt tỷ lệ TYT xã không có bộ kiểm tra cổ tử cung chiếm 33,3%. Tỷ lệ TYT xã có bộ hồi sức sơ sinh chiếm 71,4%.

Tỷ lệ TYT xã có từ 3 bộ tháo đặt dụng cụ tử cung chiếm 9,5%. Tỷ lệ TYT xã có từ 3 bộ khám phụ khoa chiếm 42,8%. Tỷ lệ TYT xã có bộ bơm hút Karrman 1 van chiếm 9,5%.

“Trang thiết bị y tế nói chung và trang thiết bị phục vụ CSSKSS tại tuyến xã nói riêng chủ yếu từ nguồn đầu tư nâng cấp trang thiết bị y tế hàng năm của Tỉnh và một số nguồn đầu tư khác đến nay phần lớn đã hư hỏng”. (Trạm trưởng TYT xã, PV I-05)

“Nhìn chung trang thiết bị y tế chỉ được đầu tư nhỏ lẻ, không đồng bộ và còn lạc hậu”. (Trạm trưởng TYT xã, PV I-15)



Biểu đồ 3.2: Thực trạng cung ứng thuốc thiết yếu cho CSSKSS

Theo biểu đồ 3.2: số lượng TYT xã cung ứng đủ thuốc thiết yếu cho CSSKSS là 3, chiếm 14,3%.

“Chúng tôi cũng biết TYT xã phải luôn đầy đủ thuốc thiết yếu nhưng thực tế có nhiều thuốc mua về không dùng đến, hàng năm phải kiểm kê và hủy khi hết hạn nên chúng tôi không bổ sung thêm nữa” (Trạm trưởng TYT xã, PV I-21)

3.1.4. Dịch vụ CSSKSS thiết yếu theo Hướng dẫn quốc gia được cung ứng tại TYT xã

Bảng 3.7. Danh mục các dịch vụ CSSKSS thiết yếu được cung ứng tại TYT xã đảm bảo chất lượng theo Hướng dẫn quốc gia về CSSKSS

Các dịch vụ CSSKSS thiết yếu được cung ứng tại TYT xã	Số lượng TYT xã n=21	Tỷ lệ %
Tiêm truyền kháng sinh		
Không	2	9,5
Có	19	90,5
Tiêm thuốc co hồi tử cung		
Không	6	28,5
Có	15	71,4
Tiêm thuốc chống co giật		
Không	6	28,6
Có	15	71,4
Bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung		
Không	11	52,4
Có	10	47,6
Nạo hút tử cung		
Không	17	81,0
Có	4	19,0
Hỗ trợ đẻ đường dưới		
Không	0	0
Có	21	100,0
Cấp cứu ngạt trẻ sơ sinh		
Không	5	23,8
Có	16	76,2

Theo Hướng dẫn quốc gia về CSSKSS, bảng 3.7 cho thấy một số dịch vụ y tế thiết yếu về CSSKSS được cung ứng tại tuyến y tế xã. Tỷ lệ TYT xã thực hiện được kỹ thuật tiêm truyền kháng sinh chiếm 90,5%. Tỷ lệ TYT xã thực hiện được kỹ thuật tiêm thuốc co hồi tử cung sau khi sinh chiếm 71,4%.

Tỷ lệ TYT xã thực hiện được kỹ thuật tiêm thuốc chống co giật chiếm 71,4%. Tỷ lệ TYT xã thực hiện được kỹ thuật bóc rau nhân tạo sau sinh chiếm 47,6%.

“Xã tôi gần bệnh viện huyện nên người dân thường đẻ tại bệnh viện, ít đến đẻ tại TYT xã vì thế đã lâu lắm rồi tôi không thực hiện kỹ thuật bóc rau nhân tạo, tuy nhiên tôi cũng muốn được học lại kỹ thuật này để đề phòng khi cần thiết”. (Cán bộ TYT xã, PV II-13)

Tỷ lệ TYT xã thực hiện được kỹ thuật nạo hút tử cung chiếm 19%. Tỷ lệ TYT xã thực hiện được kỹ thuật hỗ trợ đỡ đẻ đường dưới chiếm 100%. Tỷ lệ TYT xã thực hiện được kỹ thuật cấp cứu ngạt sơ sinh chiếm 76,2%.

“Có một số kỹ thuật như bóc rau nhân tạo hoặc nạo hút tử cung... chúng tôi không thực hiện được tại TYT xã vì cán bộ không đủ tự tin để làm nên chúng tôi thường gửi bệnh nhân lên tuyến trên hoặc chờ cán bộ TTYT huyện về làm”. (Trạm trưởng TYT xã, PV I-12)

3.1.5. Nhu cầu về CSSKSS của phụ nữ 15-49 tuổi tại tỉnh Quảng Ninh

Để xác định nhu cầu dịch vụ CSSKSS của phụ nữ 15-49 tuổi tại địa bàn nghiên cứu, chúng tôi tiến hành điều tra đặc điểm hộ gia đình phụ nữ tham gia nghiên cứu, ngoài ra chúng tôi cũng đánh giá đánh giá nhu cầu dịch vụ CSSKSS của đối tượng nghiên cứu qua phỏng vấn các cán bộ TYT cung ứng dịch vụ.

Bảng 3.8. Một số đặc điểm hộ gia đình có phụ nữ tham gia nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng n=588	Tỷ lệ %
Số người trong gia đình		
Từ 1- 2 người	21	3,5
Từ 3-4 người	382	65,0
Trên 4 người	185	31,5
Tự phân loại kinh tế		
Khá	69	11,7
Trung bình	309	52,6
Nghèo	191	32,5
Rất nghèo	19	3,2
Thu nhập hộ trung bình hộ gia đình/tháng (triệu đồng)	4,7 (0,20-33,00)	

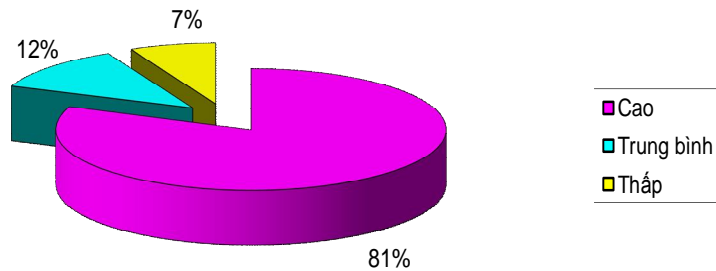
Theo bảng 3.8, trong 588 phụ nữ được điều tra, tỷ lệ hộ gia đình có từ 3-4 người chiếm tỷ lệ cao nhất (65%), tiếp theo là hộ có trên 4 người (31,5%) và hộ có từ 1-2 người (3,5%).

Theo tự nhận phân loại giàu nghèo của đối tượng phỏng vấn, hộ nghèo chiếm tỷ lệ khá cao (32,5%), hộ rất nghèo (3,2%), hộ trung bình (52,6%). Thu nhập trung bình hộ gia đình/tháng là 4,7 triệu đồng và dao động rất nhiều, hộ thấp nhất chỉ có thu nhập là 200 nghìn đồng còn hộ có thu nhập cao nhất là 33 triệu đồng.

Bảng 3.9. Tỷ lệ hộ gia đình có vay nợ trong tháng vừa qua cho toàn bộ chi phí hộ gia đình và y tế

Vay nợ trong tháng vừa qua	Số lượng n=588	Tỷ lệ %
Vay nợ		
Có	155	26,4
Không	433	73,6
Vay chi trả cho người ốm		
Có	35	22,6
Không	120	77,4

Bảng 3.9 cho thấy có đến 26,4% hộ gia đình có vay nợ trong tháng vừa qua để chi trả cho tất cả các hoạt động của hộ gia đình. Trong số những người vay nợ, có đến 22,6% hộ gia đình có vay nợ để chi trả cho các hoạt động khám chữa và phòng bệnh.



Biểu đồ 3.3: Tỷ lệ cán bộ đánh giá về nhu cầu sử dụng các dịch vụ CSSKSS

Theo biểu đồ 3.3 thì 81% cán bộ y tế cho rằng người dân có nhu cầu cao về sử dụng dịch vụ CSSKSS, 12% cán bộ y tế cho rằng nhu cầu này của người dân ở mức trung bình và chỉ có 7% số cán bộ y tế cho rằng nhu cầu người dân sử dụng dịch vụ CSSKSS ở mức thấp.

Kết quả phỏng vấn sâu cán bộ y tế cũng cho thấy tại hầu hết các địa phương, nhu cầu về CSSKSS của người dân là rất cao:

“Người dân xã tôi chủ yếu là đồng bào dân tộc ít người, đời sống kinh tế, văn hóa còn khó khăn lạc hậu, điều kiện CSSK nói chung và CSSKSS nói riêng còn hạn chế nên theo tôi nhu cầu về CSSKSS của người dân là rất cao, vấn đề là khả năng đáp ứng của chúng ta thế nào thôi” (Cán bộ y tế, PV II-21).

“Ngày nay, nhờ có thông tin cũng như công tác tuyên truyền tốt nên người dân cũng có thay đổi nhận thức và quan tâm hơn đến vấn đề CSSKSS nên theo tôi người dân có nhu cầu cao về CSSKSS tuy nhiên do trình độ cũng như trang thiết bị của TYT xã tôi chưa đảm bảo nên một số khác có nhu cầu dịch vụ CSSKSS về tuyến trên để được phục vụ” (Cán bộ y tế, PV II-32).

3.1.6. Một số vấn đề liên quan đến khả năng thu cũng như chi trả phí dịch vụ CSSKSS tại TYT xã

Để làm rõ vấn đề này, chúng tôi tiến hành điều tra nghiên cứu phỏng vấn cán bộ y tế về giá dịch vụ CSSKSS, về tác động của việc thu phí dịch vụ CSSKSS đến việc sử dụng dịch vụ này của người dân. Đồng thời chúng tôi cũng điều tra về hình thức và khả năng chi trả phí dịch vụ CSSKSS của người dân tại địa bàn nghiên cứu

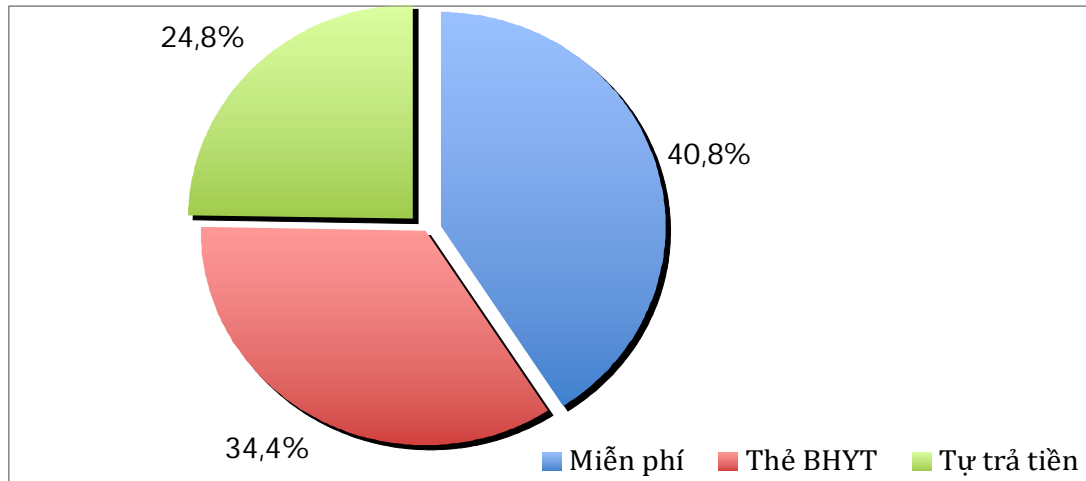
Bảng 3.10. Ý kiến của cán bộ y tế về tác động của thu phí dịch vụ CSSKSS đến việc sử dụng dịch vụ của người dân tại TYT xã

Ý kiến của cán bộ y tế về tác động của thu phí dịch vụ CSSKSS*	Số lượng n=42	Tỷ lệ %
Người dân không sử dụng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã	26	61,9
Người dân không sử dụng các biện pháp KHHGD	11	26,2
Không ảnh hưởng gì	11	26,2

* Câu hỏi nhiều lựa chọn

Kết quả bảng 3.10 cho thấy ý kiến của cán bộ y tế về tác động của thu phí dịch vụ CSSKSS tại TYT xã. Có 61,9% CBYT trả lời sẽ không sử dụng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã, 26,2% CBYT không sử dụng các biện pháp KHHGD và 26,2% CBYT cho rằng không ảnh hưởng gì đến sử dụng dịch vụ CSSKSS.

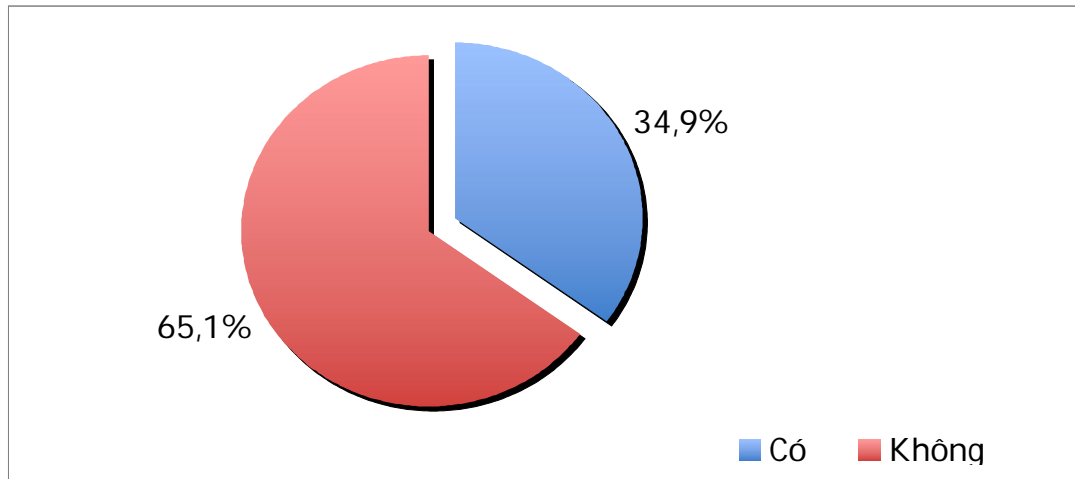
Khi phỏng vấn sâu về vấn đề này, các cán bộ y tế cũng cho rằng do đời sống khó khăn, người dân quen được bao cấp cho nên nếu như tiến hành thu phí dịch vụ CSSKSS thì người dân sẽ không đến TYT xã để sử dụng dịch vụ CSSKSS hoặc sẽ không áp dụng các biện pháp tránh thai, KHHGD.



Biểu đồ 3.4. Hình thức đối tượng NC chi trả cho dịch vụ CSSKSS (n=588)

Theo biểu đồ 3.4, khi hỏi về hình thức chi trả cho khám chữa bệnh về chăm sóc sức khỏe sinh sản, hình thức miễn phí chiếm tỷ lệ cao (40,8%), bảo hiểm y tế chiếm 34,4% và tự chi trả chiếm 24,8%.

“Người dân đến khám, chữa bệnh trong Chương trình mục tiêu Quốc gia về DS-KHHGD hoặc thực hiện thủ thuật trong gói dịch vụ kỹ thuật thì được miễn phí, không phải trả tiền”. (Trạm trưởng TYT xã, PV I-21)



Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có khả năng chi trả cho dịch vụ CSSKSS (n=588)

Theo biểu đồ 3.7, thì có khoảng 1/3 phụ nữ được phỏng vấn trả lời là có thể tự chi trả cho các hoạt động CSSKSS (34,9%), còn đa số phụ nữ mong muốn được nhà nước bao cấp và hỗ trợ cho các hoạt động này.

“Gia đình mình còn khó khăn nhiều lắm, mình muốn nhà nước vẫn hỗ trợ cho mình”. (Người dân, PV III-6)

Bảng 3.11. Ý kiến của đối tượng nghiên cứu về lý do không nên thu phí dịch vụ CSSKSS (63,1% đối tượng NC không đồng ý chi trả)

Lý do không nên thu phí dịch vụ CSSKSS*	Số lượng n=383	Tỷ lệ %
Người dân không có khả năng chi trả	102	26,8
Người dân quen được bao cấp	124	32,3
Nếu thu phí người dân sẽ sử dụng dịch vụ CSSKSS ở tuyến trên	157	40,9

* Câu hỏi nhiều lựa chọn

Bảng 3.11 cho biết ý kiến của người dân về việc không nên thu phí dịch vụ CSSKSS tại TYT xã. Tỷ lệ người dân cho rằng họ không có khả năng chi

phí chiếm 26,8%, người dân có thói quen được bao cấp chiếm 32,3% và nếu thu phí người dân sẽ sử dụng dịch vụ CSSKSS ở tuyến trên chiếm 40,9%.

Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy tại các xã nghiên cứu vẫn còn nhiều phụ nữ nghèo, không đủ tiền để chi phí cho sử dụng dịch vụ CSSKSS. Mặt khác người phụ nữ vẫn còn quen với bao cấp của thời kỳ trước. “*Từ trước đến nay khi đặt vòng là do cộng tác viên dân số lên danh sách và y tế xã đặt, tôi không phải trả tiền. Mọi người ở thôn tôi cũng như vậy cả. Nếu phải trả tiền thì tôi cũng không đủ tiền để trả*” (Người dân, PV III-11).

3.2. Hiệu quả giải pháp đảm bảo cung ứng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã

3.2.1. Hiệu quả về cung ứng dịch vụ tại TYT xã

Bảng 3.12. Hiệu quả can thiệp đảm bảo nhân lực theo quy định của Hướng dẫn quốc gia trước và sau can thiệp tại TYT xã

Nhân lực	Trước can thiệp n=21	Sau can thiệp n=21	p	CSHQ
Tỷ lệ các TYT xã đảm bảo đủ biên chế theo quy định.	17 (81)	20 (95,2)	>0,05	17,7
Tỷ lệ các TYT xã đủ y sỹ sản nhi theo quy định	12 (59,5)	17 (81)	>0,05	36,1
Tỷ lệ các TYT xã đủ nữ hộ sinh trung học, cao đẳng theo quy định	15 (71,4)	18 (85,7)	>0,05	20,0
Tỷ lệ các TYT xã đủ nữ hộ sinh sơ học theo quy định	6 (28,6)	5 (23,8)	>0,05	16,8
Tỷ lệ các TYT xã đủ điều dưỡng trung học, đại học theo quy định	21 (100,0)	21 (100,0)	>0,05	-

Bảng 3.12 cho thấy hiệu quả can thiệp đảm bảo về nhân lực tại TYT xã về CSSKSS theo Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV ngày 05/6/2007 của Bộ Y tế - Bộ Nội vụ và Hướng dẫn quốc gia về CSSKSS.

Sau khi TTYT huyện điều chuyển bổ sung 5 y sĩ sản nhi, 02 nữ hộ sinh trung học cho các xã cùng với 01 nữ hộ sinh trung học hết đợt nghỉ chế độ thai sản thì tỷ lệ TYT xã có đủ biên chế CBYT chung thực hiện công tác CSSKSS tăng từ 81% trước can thiệp lên 95,2% sau can thiệp với CSHQ tăng 17,7%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Tỷ lệ TYT xã có đủ biên chế y sĩ sản nhi tăng từ 59,5% trước can thiệp lên 81% sau can thiệp với CSHQ tăng 36,1%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Tỷ lệ TYT xã có đủ nữ hộ sinh trung học thực hiện công tác CSSKSS tăng từ 71,4% trước can thiệp lên 85,7% sau can thiệp với CSHQ tăng 20%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Tỷ lệ TYT xã có đủ điều dưỡng trung học/cao đẳng/đại học thực hiện công tác CSSKSS vẫn giữ nguyên.

Bảng 3.13. Hiệu quả can thiệp đảm bảo đủ trang thiết bị cơ bản theo hướng dẫn quốc gia, trước và sau can thiệp

Trang thiết bị	Trước can thiệp n=21	Sau can thiệp n=21	p	CSHQ (%)
Bộ đỡ đẻ (3 bộ)	5 (23,8)	16 (76,2)	<0,05	220,2
Bộ cắt khâu tầng sinh môn (2 bộ)	1 (4,8)	10 (47,6)	<0,01	891,7
Bộ kiểm tra cổ tử cung (2 bộ)	1 (4,8)	2 (9,5)	>0,05	97,9
Có bộ hồi sức sơ sinh	15 (71,4)	17 (83,3)	>0,05	16,7
Bộ đặt và tháo dụng cụ tử cung (từ 3 bộ trở lên)	2 (9,5)	10 (47,6)	<0,01	401,1
Bộ khám phụ khoa (từ 3 bộ trở lên)	10 (47,6)	17 (83,3)	<0,05	70
Có bộ hút thai chân không bằng tay 1 van	2 (9,5)	10 (47,6)	<0,01	401,1

Bảng 3.13 thấy hiệu quả can thiệp đảm bảo số lượng và chất lượng các trang thiết bị cơ bản cho CSSKSS theo Hướng dẫn quốc gia. Dựa vào kết quả

thống kê về trang thiết bị y tế còn thiếu tại các TYT xã, TTYT các huyện đã tiến hành điều chuyển, bổ sung 26 bộ đỡ đẻ, 21 bộ cắt khâu tầng sinh môn, 01 bộ kiểm tra cổ tử cung, 02 bộ hồi sức sơ sinh, 17 bộ đặt và tháo dụng cụ tử cung, 14 bộ khám phụ khoa, 8 bộ hút thai chân không

Tỷ lệ TYT xã có đủ 3 bộ đỡ đẻ tăng từ 23,8% trước can thiệp lên 76,2% sau can thiệp với CSHQ tăng 220,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tỷ lệ TYT xã có đủ 2 bộ khâu cắt tầng sinh môn tăng từ 4,8% trước can thiệp lên 47,6% sau can thiệp với CSHQ tăng 891,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Tỷ lệ TYT xã có đủ 2 bộ kiểm tra cổ tử cung tăng từ 4,8% trước can thiệp lên 9,5% sau can thiệp với CSHQ tăng 97,9%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tỷ lệ TYT xã có bộ hồi sức sơ sinh tăng từ 71,4% trước can thiệp lên 83,3% sau can thiệp với CSHQ tăng 16,7%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tỷ lệ TYT xã có đủ từ 3 bộ đặt và tháo dụng cụ tử cung tăng từ 9,5% trước can thiệp lên 47,6% sau can thiệp với CSHQ tăng 401,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Tỷ lệ TYT xã có từ 3 bộ khám phụ khoa trở lên tăng từ 47,6% trước can thiệp lên 83,3% sau can thiệp với CSHQ tăng 70%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,03$).

Tỷ lệ TYT xã có bộ hút thai chân không bằng van 1 tay tăng từ 9,5% trước can thiệp lên 47,6% sau can thiệp với CSHQ tăng 401,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Bảng 3.14. Hiệu quả can thiệp đảm bảo số lượng và chất lượng các phòng dịch vụ theo hướng dẫn quốc gia trước và sau can thiệp

Các phòng dịch vụ	Trước can thiệp n=21	Sau can thiệp n=21	p	CSHQ (%)
Phòng khám thai	19 (90,5)	20 (95,2)	>0,05	5,2
Phòng khám phụ khoa	19 (90,5)	21 (100,0)	>0,05	10,5
Phòng kỹ thuật KHHGD	19 (90,5)	21 (100,0)	>0,05	10,5
Phòng đẻ	18 (85,7)	21 (100,0)	>0,05	16,7
Phòng nằm của sản phụ	19 (90,5)	20 (95,2)	>0,05	5,2
Phòng/góc truyền thông tư vấn	9 (45,2)	20 (95,2)	<0,01	110,6

Bảng 3.14 cho thấy hiệu quả can thiệp đảm bảo số lượng và chất lượng các phòng dịch vụ theo Hướng dẫn quốc gia về CSSKSS. Sau khi TTYT chỉ đạo, phối hợp với TYT các xã tiến hành sửa sang, bố trí lại đưa vào sử dụng thêm 01 phòng khám thai, 02 phòng khám phụ khoa, 02 phòng kỹ thuật KHHGD, 03 phòng đẻ, 01 phòng nằm của sản phụ và 11 phòng/góc truyền thông tư vấn tại các TYT xã can thiệp.

Tỷ lệ TYT xã có phòng khám thai tăng từ 92,9% trước can thiệp lên 95,2% sau can thiệp với CSHQ tăng 5,2%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Tỷ lệ TYT xã có phòng khám phụ khoa tăng từ 90,5% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp với CSHQ tăng 10,5%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Tỷ lệ TYT xã có phòng kỹ thuật KHHGD tăng từ 90,5% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp với CSHQ tăng 10,5%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Tỷ lệ TYT xã có phòng đẻ tăng từ 85,7% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp với CSHQ tăng 16,7%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Tỷ lệ TYT xã có phòng nằm của sản phụ tăng từ 90,5% trước can thiệp lên 95,2% sau can thiệp với CSHQ tăng 5,2%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Tỷ lệ TYT xã có phòng/góc truyền thông tăng từ 45,2% trước can thiệp lên 95,2% sau can thiệp với CSHQ tăng 110,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,01$).

Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy số lượng TYT xã sau can thiệp có đủ số lượng phòng và trang thiết bị để cung ứng dịch vụ CSSKSS là do các TYT xã đã sắp xếp lại các phòng làm việc cho hợp lý và chỉ có 2 TYT xã là có xây thêm phòng. “Đối với 1 TYT xã, số phòng làm việc hiện nay không phải là nhiều nhưng tự chúng tôi sắp xếp lại cho hợp lý. Ví dụ, trưởng TYT xã không cần có phòng riêng mà có thể xếp cùng với các cán bộ y tế khác. Như vậy là có thêm 1 phòng kỹ thuật thôi”, (Trạm trưởng TYT xã, PV I-170).

Bảng 3.15. Hiệu quả can thiệp đảm bảo cung ứng nước sạch và vệ sinh môi trường trước và sau can thiệp

Nước sạch và vệ sinh môi trường	Trước can thiệp n=21	Sau can thiệp n=21	p	CSHQ (%)
Có nguồn nước uống sạch thường xuyên	20 (95,2)	21 (100,0)	>0,05	5
Có nước sạch rửa tay	20 (95,2)	21 (100,0)	>0,05	5
Có nhà tiêu hợp vệ sinh	19 (90,5)	20 (95,2)	>0,05	5,2
Có các phòng dịch vụ sạch sẽ vệ sinh	19 (90,5)	21 (100,0)	>0,05	10,5
Có môi trường quanh trạm sạch sẽ	19 (90,5)	21 (100,0)	>0,05	10,5
Có dụng cụ đựng rác	19 (90,5)	21 (100,0)	>0,05	10,5

Kết quả bảng 3.15 cho thấy hiệu quả can thiệp đảm bảo cung ứng nước sạch và vệ sinh môi trường. Tỷ lệ TYT xã có nguồn nước uống sạch thường

xuyên tăng từ 95,2% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp với CSHQ tăng 5%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Tỷ lệ TYT xã có nước sạch rửa tay tăng từ 95,2% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp với CSHQ tăng 5%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Tỷ lệ TYT xã có nhà tiêu hợp vệ sinh tăng từ 90,5% trước can thiệp lên 95,2% sau can thiệp với CSHQ tăng 5,2%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Tỷ lệ TYT xã có các phòng dịch vụ sạch sẽ hợp vệ sinh tăng từ 90,5% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp với CSHQ tăng 10,5%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Tỷ lệ TYT xã có dụng cụ đựng rác hợp vệ sinh tăng từ 90,5% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp với CSHQ tăng 10,5%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 3.16. Hiệu quả can thiệp đảm bảo thuốc thiết yếu cho CSSKSS

<i>Thuốc thiết yếu</i>	Trước can thiệp n=21	Sau can thiệp n=21	<i>p</i>	<i>CSHQ</i>
Đủ thuốc thiết yếu	3 (14,3)	20 (95,2)	< 0,01	565,7
Không đủ thuốc thiết yếu	18 (85,7)	1 (4,8)		94,4

Theo kết quả bảng 3.16, trước can thiệp chỉ có 3 TYT xã (14,2%) đủ thuốc yếu cho CSSKSS theo Quyết định số 05/2008/QĐ-BYT ngày 01/02/2008 của Bộ Y tế nhưng sau khi bổ sung thêm 17 cơ sở thuốc thiết yếu cho 18 TYT xã (01 TYT đang chờ bên cung cấp bàn giao) thì đã có 20 TYT xã (95,2%) có đủ thuốc thiết yếu. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,01$ và CSHQ = 565,7%.

Bảng 3.17. Hiệu quả can thiệp đảm bảo một số DV phục vụ CSSKSS thiết yếu được cung ứng tại TYT xã theo Hướng dẫn quốc gia

Một số dịch vụ phục vụ CSSKSS thiết yếu	Trước can thiệp n=21	Sau can thiệp n=21	p	CSHQ (%)
Có quy định về quyền khách hàng	7 (35,7)	21 (100,0)	<0,01	180,0
Có bảng giá cung ứng DV	13 (61,9)	21 (100,0)	<0,05	61,6
Có bảng giới thiệu các loại DV	6 (38,6)	21 (100,0)	<0,01	249,7
Có ghế ngồi chờ cho khách hàng	19 (90,5)	21 (100,0)	>0,05	10,5
Có tài liệu truyền thông về CSSKSS	19 (90,5)	21 (100,0)	>0,05	10,5

Theo bảng 3.17, sau khi can thiệp làm mới 13 bảng quy định về quyền khách hàng, 08 bảng giá cung ứng dịch vụ, 15 bảng giới thiệu dịch vụ tại các TYT xã cho thấy hiệu quả can thiệp đảm bảo một số dịch vụ CSSKSS thiết yếu được cung ứng tại TYT xã theo Hướng dẫn quốc gia. Tỷ lệ TYT xã có quy định về quyền khách hàng tăng từ 35,7% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp với CSHQ tăng 180%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Tỷ lệ TYT xã có quy định về bảng giá cung ứng giá dịch vụ CSSKSS từ 61,9% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp với CSHQ tăng 61,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ TYT xã có bảng giới thiệu các loại dịch vụ CSSKSS cho khách hàng tăng từ 38,6% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp với CSHQ tăng 249,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Tỷ lệ TYT xã có ghế ngồi chờ cho khách hàng tăng từ 90,5% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp với CSHQ tăng 10,5%, tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tỷ lệ TYT xã có tài liệu truyền thông cho khách hàng tăng từ 90,5% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp với CSHQ tăng 10,5%, tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.18. Hiệu quả can thiệp đảm bảo các loại hình dịch vụ sẵn sàng phục vụ khách hàng, trước và sau can thiệp

Loại hình dịch vụ	Trước can thiệp n=21	Sau can thiệp n=21	p	CSHQ
Có tiêm/truyền kháng sinh	19 (90,5)	21 (100,0)	> 0,05	10,5
Tiêm/truyền thuốc gây co tử cung	15 (71,4)	21 (100,0)	<0,05	40,1
Tiêm truyền thuốc chống co giật	15 (69,0)	21 (100,0)	<0,05	40,1
Bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung	10 (47,6)	21 (100,0)	<0,01	110,0
Nạo/hút buồng tử cung	4 (19,0)	21 (100,0)	<0,01	426,2
Cấp cứu ngạt sơ sinh	16 (76,2)	21 (100,0)	>0,05	31,2

Một trong các hoạt động can thiệp của chúng tôi là xây dựng chương trình và tiến hành đào tạo lại cho cán bộ nhân viên TYT xã làm nhiệm vụ cung ứng dịch vụ CSSKSS tập trung vào các kỹ thuật mà cán bộ TYT xã còn hạn chế như bóc rau nhân tạo, nạo hút buồng tử cung và cấp cứu ngạt sơ sinh cũng như bồi dưỡng các kỹ năng tư vấn, tuyên truyền công tác CSSKSS cho cán bộ TYT xã thực hiện nhiệm vụ CSSKSS.

Bảng 3.18 cho thấy hiệu quả can thiệp đảm bảo các loại hình dịch vụ sẵn sàng CSSKSS thiết yếu được cung ứng tại TYT xã theo Hướng dẫn quốc gia. Tỷ lệ TYT xã tiêm truyền thuốc kháng sinh tăng từ 88,1% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp với CSHQ tăng 10,5%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Tỷ lệ TYT xã tiêm truyền thuốc gây co tử cung tăng từ 71,4% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp với CSHQ tăng 40,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Tỷ lệ TYT xã có bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung sau đẻ tăng từ 47,6% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp với CSHQ tăng 110%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Tỷ lệ TYT xã có khả năng

nao/hút buồng tử cung tăng từ 15% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp với CSHQ tăng 426,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Tỷ lệ TYT xã có khả năng cấp cứu ngạt sơ sinh tăng từ 76,2% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp với CSHQ tăng 31,2%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả nghiên cứu định tính và quan sát thực tế cho thấy các cán bộ y tế sau khi được học về kỹ thuật, có trang thiết bị và có đủ thuốc thiết yếu họ sẵn sàng cung ứng các loại hình dịch vụ CSSKSS ngay tại TYT xã. *“Bây giờ chúng tôi hoàn toàn tự tin trong việc đảm bảo cấp cứu sản khoa cơ bản và chăm sóc ngạt sơ sinh. Xã tôi đã có nữ hộ sinh được đào tạo về những kỹ thuật này. Ban đầu, các bác sỹ ở bệnh viện huyện cũng đã hỗ trợ chúng tôi thực hiện những kỹ thuật này”* (Trạm trưởng TYT xã, PV I-14).

3.2.2. Hiệu quả về sử dụng dịch vụ của khách hàng

Ngoài các hoạt động can thiệp như bổ sung biên chế, đào tạo lại cho cán bộ y tế cung ứng dịch vụ, nâng cao chất lượng cơ sở hạ tầng trang thiết bị y tế, chúng tôi thành lập 189 nhóm CSSKSS thôn/bản tại các xã can thiệp. Mỗi nhóm gồm 01 chi hội trưởng phụ nữ thôn (bản), 01 nhân viên Y tế và giao cho 01 cán bộ TYT xã phụ trách. Xây dựng chương trình đào tạo và tập huấn cho nhóm CSSKSS thôn/bản với thời gian 5 ngày/lớp (40 tiết) tập trung các nội dung: Đăng ký thai nghén và khám thai định kỳ; Chăm sóc sản phụ sau đẻ và chăm sóc trẻ sơ sinh tại nhà; Xử trí ban đầu và chăm sóc thai phụ bị đau bụng, chảy máu âm đạo; Phát hiện và xử trí ban đầu nhiễm độc thai nghén; Các biện pháp tránh thai tại cộng đồng; Tư vấn phòng bệnh và phát hiện phụ nữ mắc một số bệnh phụ khoa thường gặp, tư vấn giáo dục sức khỏe cho phụ nữ có thai, tư vấn chăm sóc phụ nữ mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Sau khi can thiệp, chúng tôi đánh giá hiệu quả nâng cao sử dụng dịch vụ CSSKSS của đối tượng bằng phân tích ý kiến của đối tượng nghiên cứu về chất lượng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã, sự hài lòng của đối tượng nghiên cứu sau khi sử dụng dịch vụ và thống kê số lượng dịch vụ CSSKSS được cung ứng tại TYT xã nghiên cứu.

Ý kiến của khách hàng về nâng cao dịch vụ CSSKSS đã được thể hiện trong phỏng vấn sâu những người phụ nữ. Số lượng phụ nữ đến sử dụng dịch vụ CSSKSS ngày càng tăng tại TYT xã do phụ nữ tin tưởng hơn, gần hơn và giá dịch vụ rẻ hơn. “*Chúng tôi ở đây xa bệnh viện huyện nhưng gần TYT xã. Bây giờ nếu cần gì thì chúng tôi đến TYT xã cho gần mà các y bác sỹ ở đây cũng khám chữa bệnh tốt mà*” (Người dân, PV III-15).

Bảng 3.19. Hiệu quả can thiệp nâng cao chất lượng dịch vụ CSSKSS, trước và sau can thiệp theo ý kiến của khách hàng

Ý kiến của khách hàng về chất lượng dịch vụ	Trước can thiệp n=588	Sau can thiệp n=578	p	CSHQ (%)
Đạt yêu cầu	272 (46,3)	310 (53,6)	<0,01	15,8
Không đạt yêu cầu	31 (5,3)	21 (3,6)	>0,05	32
Không biết	285 (48,5)	247 (42,7)	<0,05	11,9

Bảng 3.19 cho biết về hiệu quả nâng cao chất lượng dịch vụ CSSKSS trước và sau can thiệp của khách hàng. Tỷ lệ khách hàng đánh giá chất lượng dịch vụ CSSKSS đạt yêu cầu tăng từ 46,3% trước can thiệp lên 53,6% sau can thiệp với CSHQ là 15,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3.20. Hiệu quả can thiệp nâng cao chất lượng dịch vụ CSSKSS trước và sau can thiệp qua sự hài lòng của khách hàng

Sự hài lòng của khách hàng sau khi sử dụng dịch vụ	Trước can thiệp n=588	Sau can thiệp n=578	p	CSHQ (%)
Hài lòng	556 (94,5)	571 (98,8)	<0,01	4,5%
Không hài lòng	32 (5,5)	7 (1,2)	<0,01	78,2%

Bảng 3.20 cho thấy tỷ lệ khách hàng hài lòng sau khi sử dụng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã tăng từ 94,5% trước can thiệp lên 98,8% sau can thiệp với CSHQ 4,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

“Tôi tin tưởng và an tâm khi đến TYT xã khám chữa bệnh về sức khỏe sinh sản tại TYT xã. Tôi thấy hài lòng về trình độ chuyên môn và thái độ phục vụ của y bác sĩ TYT xã mình” (Người dân, PV III.11)

Bảng 3.21. Hiệu quả can thiệp nâng cao sử dụng dịch vụ CSSKSS của khách hàng tại TYT xã trong thời gian can thiệp

Hiệu quả nâng cao sử dụng dịch vụ (lượt sử dụng)	Trước can thiệp	Sau can thiệp	Tăng	
			Số lượng	TL %
Đặt dụng cụ tử cung	441	529	88	19,9
Tiêm thuốc tránh thai	311	357	46	14,7
Uống thuốc tránh thai	870	994	124	14,2
Sử dụng bao cao su	1076	1313	237	22,0
Khám phụ khoa	1925	2157	232	12,0
Điều trị bệnh phụ khoa	1287	1341	54	4,1
Tháo vòng tránh thai	297	388	91	30,6
Tổng các dịch vụ	6027	7079	1052	17,4

Bảng 3.21 cho thấy hiệu quả nâng cao một số dịch vụ CSSKSS cơ bản được thực hiện ở TYT xã trong thời gian can thiệp. Tổng các dịch vụ mà khách hàng sử dụng tăng từ 6027 lượt khách hàng trước can thiệp lên 7019 lượt khách hàng (tăng được 1052 lượt khách hàng) vượt 11,5%. Tăng mạnh nhất là dịch vụ cung ứng bao cao su (237 lượt) và khám phụ khoa (232 lượt) và thấp nhất là dịch vụ tiêm thuốc tránh thai (48 lượt).

Kết quả phỏng vấn lãnh đạo 3 lãnh đạo Trung tâm y tế huyện cho thấy các lãnh đạo trung tâm y tế huyện rất tin tưởng vào các dịch vụ CSSKSS tại TYT xã. Đồng thời, họ cũng nhận định rằng số lượng khách hàng tại các TYT xã đã tăng dần theo thời gian. “Theo quan sát của chúng tôi, nhiều khách hàng đã rất tin tưởng ở TYT xã và nhiều người đến khám chữa bệnh ở đó. Cán bộ của chúng tôi tại bệnh viện huyện vẫn thường xuyên đi giám sát về chuyên môn tại các TYT xã”, (Giám đốc TTYT huyện Tiên Yên).

Bảng 3.22. Hiệu quả can thiệp thông qua các chỉ số về CSSKSS các xã nghiên cứu

Nội dung	Trước can thiệp (n=1576)	Sau can thiệp (n=1520)	p	Chỉ số hiệu quả
Tỷ lệ nạo hút thai so với số đẻ	890 (56,4%)	639 (42%)	< 0,001	25,6
Tỷ lệ phụ nữ có thai được thăm khám từ 3 lần trở lên	1465 (92,9%)	1480 (97,3%)	< 0,001	4,7
Tỷ lệ phụ nữ đẻ và trẻ sơ sinh được chăm sóc sau sinh.	1183 (75,0%)	1252 (82,3%)	< 0,001	9,7
Tỷ lệ cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ áp dụng các biện pháp tránh thai hiện đại.	1068 (67,7%)	1147 (75,4%)	< 0,001	11,3

Theo kết quả bảng 3.22, hiệu quả can thiệp thông qua các chỉ số về CSSKSS tại 21 xã nghiên cứu:

Tỷ lệ nạo hút thai so với số đẻ giảm từ 56,47% trước can thiệp xuống 42,04% sau can thiệp với CSHQ giảm 25,6% sự khác biệt có ý nghĩa có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Tỷ lệ phụ nữ có thai được thăm khám từ 3 lần trở lên tăng từ 92,96% trước can thiệp lên 97,37% sau can thiệp với CSHQ tăng 4,7% sự khác biệt có ý nghĩa có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Tỷ lệ phụ nữ đẻ và trẻ sơ sinh được chăm sóc sau sinh tăng từ 75,06% trước can thiệp lên 82,37% sau can thiệp với CSHQ tăng 9,7% sự khác biệt có ý nghĩa có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Tỷ lệ cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ áp dụng các biện pháp tránh thai hiện đại tăng từ 67,77% trước can thiệp lên 75,46% sau can thiệp với CSHQ tăng 11,3% sự khác biệt có ý nghĩa có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3.23. Hiệu quả can thiệp chấp nhận chi trả toàn bộ dịch vụ dịch vụ CSSKSS, trước và sau can thiệp theo ý kiến của khách hàng

Hiệu quả nâng cao khả năng chi trả	Trước can thiệp n=588	Sau can thiệp n=578	p	CSHQ (%)
Đồng ý chi trả	200 (34,0)	272 (47,1)	<0,01	38,5
Không đồng ý chi trả	388 (66,0)	306 (52,9)	<0,01	19,8

Bảng 3.23 cho biết về khả năng chi trả toàn bộ phí dịch vụ CSSKSS trước và sau can thiệp của khách hàng. Tỷ lệ khách hàng có khả năng chi trả toàn bộ dịch vụ tăng từ 34% trước can thiệp lên 47,1% sau can thiệp với CSHQ là 38,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Đây cũng là kết quả của hoạt động nâng cao chất lượng cung ứng dịch vụ CSSKSS cũng như hiệu quả công tác tuyên truyền nâng cao khả năng tiếp cận dịch vụ CSSKSS của đối tượng nghiên cứu.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng cung ứng dịch vụ CSSKSS tại tuyến xã

Gần đây Đảng và Nhà nước cũng như ngành y tế đã có những chính sách và chiến lược nhằm nâng cao sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh như “*Chiến lược quốc gia về CSSKSS giai đoạn 2001-2010* [24], và “*Chiến lược Quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2020, tầm nhìn đến 2030*” [26]. Tuy nhiên, việc thực hiện những chính sách và chiến lược này hiện nay còn gặp nhiều khó khăn trong việc triển khai thực tế tại các cơ sở y tế từ trung ương đến địa phương do hạn chế về nguồn nhân lực, tài chính cũng như về công tác chỉ đạo và giám sát. Các tuyến y tế cơ sở bao gồm bệnh viện huyện và trạm y tế xã còn thiếu nhân lực (bác sỹ sản, nhi và nữ hộ sinh), thiếu trang thiết bị cấp cứu sơ sinh (máy thở, dụng cụ cấp cứu sơ sinh) và thuốc thiết yếu cấp cứu sơ sinh. Chỉ có khoảng 1/3 bệnh viện huyện và chỉ một số rất ít các trạm y tế xã có đủ các phương tiện và thuốc cấp cứu nhi khoa [20], [21].

4.1.1. Nhân lực y tế cung ứng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã

Theo Hướng dẫn Quốc gia năm 2009 về đảm bảo nhân lực cho CSSKSS [12], trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tại 21 xã nghiên cứu, nhân lực cho CSSKSS tại TYT xã chưa đảm bảo, vẫn còn thiếu so với Hướng dẫn quốc gia. Tỷ lệ TYT xã đảm bảo đủ biên chế theo qui định của Hướng dẫn quốc gia chiếm 81%. Tỷ lệ TYT xã đảm bảo đủ y sỹ sản nhi theo quy định chiếm 57,1%. Tỷ lệ TYT xã đảm bảo đủ nữ hộ sinh trung học, cao đẳng theo quy định chiếm 71,4%. Tỷ lệ TYT xã đảm bảo đủ nữ hộ sinh sơ học, y tá theo quy định chiếm 28,6%. Tỷ lệ các TYT xã đủ điều dưỡng trung học, đại học theo quy định chiếm 100%. Đây cũng là tình trạng chung cho cả nước chứ không chỉ riêng cho tỉnh Quảng Ninh. Theo khảo sát cập nhật của Vụ sức

khỏe sinh sản, Bộ Y tế năm 2013, nhân lực của cơ sở y tế tuyến xã chưa đạt chuẩn y tế xã. Chỉ có 83,2% TYT xã có bác sĩ và khoảng 1/2 TYT xã có y sĩ sản nhi [21]. Theo nghiên cứu của UNFPA năm 2010 tại 7 tỉnh cho thấy tỷ lệ TYT xã đạt chuẩn quốc gia về cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản là 40%, trong đó thiếu nhân lực y tế đóng góp một phần rất lớn vào việc giảm đạt chuẩn quốc gia tại TYT xã [67].

Để tăng cường công tác CSSKSS ở tuyến y tế xã, không chỉ phụ thuộc vào số lượng cán bộ y tế mà còn phụ thuộc rất nhiều vào chất lượng cán bộ y tế. So với các tỉnh/thành phố ở đồng bằng thì các TYT xã ở miền núi và các vùng khó khăn, tỷ lệ bác sĩ ở TYT xã rất thấp, chỉ chiếm khoảng 20-30%, thấp hơn từ 2-4 lần tỷ lệ trung bình trong cả nước [26]. Mặt khác, tỷ lệ cán bộ y tế không được đào tạo cập nhật kiến thức về CSSKSS một cách có bài bản thấp, chỉ chiếm khoảng 30-50% [50], [51]. Theo nghiên cứu của Lê Văn Thanh, cán bộ làm nhiệm vụ cung ứng dịch vụ CSSKSS ở các TYT xã là y sĩ không thuộc chuyên khoa sản, nhi (31,8%), tiếp đến là nữ hộ sinh trình độ trung học hoặc cao hơn (23,3%). Không có ai là bác sĩ chuyên khoa sản, các bác sĩ đều là đa khoa hoặc chuyên khoa khác (18,3%) [50]. Theo báo cáo của Vụ sức khỏe sinh sản, chương trình đào tạo cập nhật hướng dẫn quốc gia về CSSKSS được triển khai đào tạo cho tất cả những cán bộ y tế làm công tác CSSKSS cho tất cả các tuyến tuy nhiên số lượng cán bộ tham gia đầy đủ không nhiều do bận công tác. Tuy nhiên, tại các vùng khó khăn, thiếu cán bộ y tế tại TYT xã, trình độ những cán bộ y tế này đều rất hạn chế, thậm chí không sỏi tiếng Kinh do vậy có đào tạo cũng khó tiếp thu [57]. Thêm vào đó, cơ sở thực hành kỹ năng CSSKSS tại bệnh viện huyện cũng rất hạn chế. Chủ yếu các cơ sở đào tạo cho cán bộ y tế xã là bệnh viện huyện. Đối với các bệnh viện huyện/quận/thị xã, cơ sở vật chất khá tốt, chất lượng cán bộ y tế khá hơn và mặt bệnh nhiều và đa dạng hơn nên việc đào tạo lại cho cán bộ y tế xã tốt

hơn. Nhưng ở các huyện miền núi, các điều kiện cho công tác đào tạo về hướng dẫn quốc gia về CSSKSS bị hạn chế rất nhiều cả về cơ sở vật chất và cán bộ do vậy công tác đào tạo cho cán bộ xã có chất lượng thấp hơn rất nhiều. Trong khi ở các TYT xã miền núi thì nơi có thể sơ cấp cứu cũng như khám chữa bệnh gần nhất cho người dân lại là TYT xã.

4.1.2. Cơ sở hạ tầng cung ứng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong số 21 TYT xã được nghiên cứu của ba huyện Đông Triều, Tiên Yên và Đầm Hà, cơ sở hạ tầng cho CSSKSS khá tốt. Tỷ lệ các TYT xã có phòng khám đạt tiêu chuẩn theo Hướng dẫn quốc gia về CSSKSS ban hành năm 2009 là 95,2%. Tỷ lệ TYT xã có phòng khám phụ khoa riêng, tỷ lệ TYT xã có phòng kỹ thuật KHHGD, phòng nằm của sản phụ theo Hướng dẫn quốc gia cùng chiếm 90,5%. Tỷ lệ TYT xã có phòng đẻ riêng chiếm 85,7%. Tỷ lệ TYT xã có phòng/góc truyền thông tư vấn theo Hướng dẫn quốc gia thấp chiếm 42,9%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đối phù hợp với kết quả nghiên cứu gần đây của Vụ Sức khỏe Sinh sản năm 2010 [20]. Theo báo cáo kết quả điều tra của Vụ SKSS, Bộ Y tế năm 2010 thì trung bình mỗi TYT ở nước ta có 9 phòng, trong đó có 3 phòng dành cho CSSKSS [20]. Công tác CSSKSS là một trong số các nội dung của chăm sóc sức khỏe ban đầu, rất cần được chú trọng ở tuyến y tế cơ sở. Tuy vậy, vẫn có 3,1% TYT hoàn toàn không có phòng nào dành cho CSSKSS và 2,8% TYT không cho biết là có hay không có những phòng này tại cơ sở y tế của địa phương. Xét về từng phòng kỹ thuật riêng tại TYT, loại có nhiều nhất là phòng nằm của sản phụ (79,9% TYT có), tiếp theo là phòng/góc truyền thông tư vấn đảm bảo riêng tư, kín đáo (56,6% TYT có). Phòng khám phụ khoa, phòng đẻ và phòng kỹ thuật KHHGD là 3 loại phòng cơ bản nhất của dịch vụ CSSKSS, rất cần được tách riêng để đảm bảo mọi quy trình thực hiện [4]. Tuy vậy, tỷ lệ TYT hiện có

riêng từng loại phòng này lại không nhiều, tương ứng là 37,8%, 34,8% và 19,0%. Theo HDQG mỗi TYT phải có ít nhất 4 phòng thì tỷ lệ hiện có lại càng thấp (12,6%) [20]. Tỷ lệ TYT có đủ cả 6 phòng còn thấp hơn (7,4%). Và tỷ lệ TYT không có phòng riêng nào trong số 6 phòng kỹ thuật kể trên là 8,9%. Đây là một bất cập lớn trong đáp ứng và đảm bảo chất lượng dịch vụ CSSKSS. Thiếu phòng khám phụ khoa và phòng KHHGD dẫn đến các trạm phải dùng chung phòng, dễ gây ra nhiễm khuẩn chéo; thiếu phòng truyền thông ảnh hưởng tới tính riêng tư, bí mật trong tư vấn. Chính vì thế, cần phải ưu tiên đầu tư về cơ sở hạ tầng cho tuyến y tế cơ sở. Theo vùng sinh thái, ba vùng Tây Bắc, Đông Bắc và Tây Nguyên có trung bình số phòng kỹ thuật/TYT thấp nhất (1-2 phòng) và có tỷ lệ có đủ 6 phòng hoặc 4 phòng kỹ thuật riêng thấp nhất [9]. Số phòng trung bình cao nhất cũng chỉ ở khoảng con số 3, thuộc về ba vùng sinh thái có điều kiện địa lý thuận lợi và khá mạnh về phát triển kinh tế - xã hội, đó là ĐBSH, Đông Nam Bộ và ĐBSCL. Ba vùng này cũng là những vùng mà tỷ lệ TYT có đủ 6 phòng hoặc 4 phòng kỹ thuật riêng cao nhất. Sự chênh lệch về số phòng kỹ thuật trung bình/TYT còn được thể hiện rõ nét khi phân cấp huyện theo kinh tế và theo sự khó khăn về địa lý. Theo đó, những huyện nghèo chỉ có trung bình số phòng là 1,5, gần bằng 1/2 trung bình số phòng của những huyện không nghèo (2,7 phòng). Các huyện khó khăn có trung bình số phòng là 1,9, trong khi các huyện không khó khăn có trung bình số phòng là 3 [20].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đối phù hợp với kết quả nghiên cứu của UNFPA tại 7 tỉnh khó khăn năm 2010, đó là Hà Giang, Phú Thọ, Hoà Bình, Kon Tum, Ninh Thuận, Tiền Giang, Bến Tre. Kết quả điều tra cho thấy, các loại phòng dịch vụ được quan tâm đầu tư nhiều trong thời gian qua là phòng đẻ, phòng nằm sản phụ, phòng khám phụ khoa và phòng truyền thông tư vấn, tỷ lệ TYT có các loại phòng nói trên đều cải thiện mạnh mẽ so

với 5 năm trước đó. Phòng khám thai và phòng kỹ thuật KHHGD ít được quan tâm đầu tư hơn [67], [70]. Điều này có thể được giải thích là do trong những năm gần đây tại các tỉnh này tỷ lệ bà mẹ sinh con ở TYT xã rất thấp do đường giao thông tốt hơn dễ dàng có thể chuyển các bà mẹ đến các bệnh viện huyện [64], [68].

Tổ chức Cứu trợ Trẻ em quốc tế trong vòng 10 năm qua cũng đã có những nghiên cứu về mô hình đảm bảo chăm sóc bà mẹ và trẻ em từ hộ gia đình đến bệnh viện tại các tỉnh khó khăn cũng cho các kết quả tương tự như nghiên cứu của chúng tôi [54], [55], [56], [57]. Tuy nhiên, với một số huyện quá khó khăn như Trạm Tấu, Lục Yên thì cơ sở hạ tầng của những TYT xã vẫn còn chưa đáp ứng được yêu cầu về số phòng cho CSSKSS [112].

Qua các hoạt động can thiệp chúng tôi nhận thấy, trong khi nguồn lực còn nhiều khó khăn, tài chính chi cho đầu tư cơ sở hạ tầng còn hạn chế thì việc tổ chức, sửa chữa nhỏ hoặc bố trí lại các phòng phục vụ cho việc cung ứng dịch vụ CSSKSS nói riêng và công tác khám chữa bệnh tại TYT xã nói chung là một trong những giải pháp phù hợp, phát huy hiệu quả ngay và chi phí thấp.

Ngoài số lượng phòng cho CSSKSS thì vấn đề cung cấp nước sạch và vệ sinh môi trường của các trạm y tế xã cũng đóng góp vai trò rất quan trọng trong cung ứng dịch vụ CSSKSS. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ các TYT xã có nhà tiêu hợp vệ sinh, vệ sinh xung quanh phòng sạch sẽ, có nước sạch rửa tay, có nguồn nước uống sạch, có thùng đựng rác đạt tiêu chuẩn theo Hướng dẫn quốc gia về CSSKSS ban hành năm 2009 là khá cao trên 90%. Trong những năm gần đây do điều kiện kinh tế xã hội phát triển, đời sống của người dân được nâng cao cùng với sự đầu tư của nhà nước, những điều kiện cung cấp nước sạch và vệ sinh môi trường ở các TYT xã khá tốt. Kết quả nghiên cứu của Vụ SKSS, báo cáo của Bộ Y tế, UNFPA và Tổ

chức Cứu trợ trẻ em cũng cho kết quả tương tự [108]. Ở nhiều vùng núi, vùng khó khăn các TYT xã được trợ giúp của các chương trình xây dựng nông thôn mới, chương trình hỗ trợ cho 62 huyện quá nghèo của chính phủ và đầu tư của một số tổ chức quốc tế và phi chính phủ, tình trạng cung cấp nước sạch và vệ sinh môi trường cho TYT xã là khá tốt.

Việc công khai về quyền của khách hàng, bảng giá cung ứng dịch vụ cũng như bảng giới thiệu các loại dịch vụ CSSKSS cũng là những yếu tố thúc đẩy việc sử dụng các dịch vụ CSSKSS của người dân. Một số nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy việc niêm yết quyền khách hàng, giá và các loại dịch vụ được cung ứng sẽ giúp cho người dân hiểu biết hơn về dịch vụ về những quyền mà người dân được hưởng và có lựa chọn hợp lý về nơi sẽ sử dụng dịch vụ [121], [122]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ các TYT xã có quy định về quyền khách hàng thấp chỉ chiếm 35,7%, có bảng giá cung ứng dịch vụ chiếm 61,9% và có bảng giới thiệu các loại dịch vụ chiếm 38,6%. Các nghiên cứu khác tại Việt Nam trong giai đoạn từ 2008-2013 cũng cho kết quả tương tự, dao động từ 1/3-2/3 số TYT xã có những quy định này [86], [112], [113]. Nghiên cứu của Lê Văn Thanh cũng cho thấy có tỷ lệ khá lớn các TYT có khu vực ngồi chờ cho khách hàng (83,3%); tuy nhiên, còn có ít TYT có nước uống phục vụ khách hàng ở khu vực chờ đợi (43,3%). Có 66,7% số TYT có đủ chỗ ngồi cho khách hàng và có 65,6% số TYT có tài liệu truyền thông cho khách hàng tại khu vực chờ đợi [50].

4.1.3. Trang thiết bị thiết yếu cung ứng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã

Theo Hướng dẫn quốc gia về CSSKSS do Bộ Y tế ban hành năm 2009, trang thiết bị y tế thiết yếu đều được quy định cho từng tuyến từ trung ương đến địa phương tùy theo sự phân tuyến kỹ thuật. Các TYT xã đều được trang bị những trang thiết bị y tế chủ yếu phục vụ cho hoạt động CSSKSS như khám thai, đỡ đẻ, chăm sóc sơ sinh, khám các bệnh sản phụ khoa thông

thường và cung ứng dịch vụ kế hoạch hoá gia đình [12]. Tuy rằng có quy định bắt buộc của Bộ Y tế nhưng không phải tất cả các TYT xã đều có đủ các trang thiết bị y tế cho CSSKSS. Các nghiên cứu trong giai đoạn gần đây tại các TYT xã cho thấy có sự khác biệt khá lớn về số lượng và chất lượng trang thiết bị CSSKSS. Thông thường ở các TYT xã có không đủ số loại và cơ số trang thiết bị [20], [83]. Kết quả của những nghiên cứu trên hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại 3 huyện nghiên cứu là Đông Triều, Tiên Yên và Đầm Hà. Tỷ lệ TYT xã có 2 bộ đỡ đẻ còn được sử dụng chiếm 19,0%. Tỷ lệ các TYT xã có một bộ khâu cắt tầng sinh môn chiếm 85,7 % nhưng tỷ lệ TYT xã không có bộ khâu cắt tầng sinh môn chiếm 9,5%. Tỷ lệ TYT xã có 1 bộ kiểm tra cổ tử cung chiếm 61,9% và đặc biệt tỷ lệ TYT xã không có bộ kiểm tra cổ tử cung chiếm 33,3%. Tỷ lệ TYT xã có bộ hồi sức sơ sinh chiếm 71,4%. Tỷ lệ TYT xã có từ 3 bộ tháo đặt dụng cụ tử cung chiếm 9,5%. Tỷ lệ TYT xã có từ 3 bộ khám phụ khoa chiếm 42,8%. Tỷ lệ TYT xã có bộ bơm hút Karrman 1 van chiếm 9,5%. Theo báo cáo của UNFPA và vụ SKSS, Bộ Y tế, trong thời gian gần đây do điều kiện đường giao thông tốt, phương tiện giao thông thuận tiện và tình trạng kinh tế hộ gia đình khá giả lên rất nhiều nên nhiều phụ nữ sử dụng một số dịch vụ CSSKSS như sinh đẻ, kế hoạch hoá gia đình ở các phòng khám đa khoa hoặc bệnh viện tuyến trên [21], [38], [39]. Các trang thiết bị y tế ở TYT xã có thể không được sử dụng thường xuyên nhưng cần thiết phải có phòng những trường hợp cấp cứu. Tuy nhiên, không phải tất cả các TYT xã đều có tình trạng như trên. Ở những vùng núi, vùng sâu và vùng xa vẫn cần có các TYT xã hoạt động tốt để đón tiếp những khách hàng không có điều kiện tiếp cận với y tế tuyến trên như huyện và tỉnh. Theo Hướng dẫn quốc gia về CSSKSS, các trạm y tế xã phải làm tốt chức năng cấp cứu sản khoa cơ bản, đó là: tiêm truyền kháng sinh, tiêm oxitoxin tĩnh mạch, tiêm tĩnh mạch các loại thuốc chống co giật, kiểm tra âm đạo, đỡ đẻ đường

dưới và bóc rau nhân tạo. Để thực hiện được những kỹ thuật này, ngoài kỹ năng của cán bộ y tế thì trang thiết bị, thuốc thiết yếu là rất cần thiết để đảm bảo cho các kỹ thuật được thực hiện an toàn và thành công. Mặt khác, theo Tổ chức Y tế thế giới và Quỹ Dân số Liên hiệp quốc khả năng tiếp cận với dịch vụ CSSK nói chung cũng như CSSKSS, phụ thuộc vào 3 yếu tố khả năng tiếp cận: về địa lý, về kinh tế và văn hoá [112]. Tiếp cận về địa lý có nghĩa rằng khách hàng sống ở gần hay không gần cơ sở y tế và phân bố của các cơ sở y tế. Tiếp cận kinh tế có nghĩa là người dân có khả năng chi trả cho việc sử dụng dịch vụ y tế. Tiếp cận về văn hoá là phong tục tập quán của người dân và của địa phương có cho phép khách hàng sử dụng hay không sử dụng dịch vụ y tế. Địa bàn của 3 huyện nghiên cứu tại Quảng Ninh chủ yếu là người dân tộc, đường giao thông chưa thật tốt nên kết quả nghiên cứu của chúng tôi là hoàn toàn hợp lý.

4.1.4. Thuốc thiết yếu cung ứng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã

Thuốc thiết yếu là một trong những cấu phần không thể thiếu được trong công tác CSSKSS cho người dân tại tất cả các tuyến y tế. Ngay từ năm 2003, Bộ Y tế đã ban hành Chuẩn quốc gia về CSSKSS, trong đó cũng đã quy định danh mục thuốc thiết yếu cho CSSKSS cho TYT xã. Đến năm 2009, Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn quốc gia về CSSKSS đã được bổ sung và cập nhật những loại thuốc thiết yếu cho CSSKSS [13]. Mặc dù đã có hướng dẫn quốc gia nhưng trên thực tế không phải tất cả các TYT xã đã có đủ các loại thuốc thiết yếu cho CSSKSS. Nguyên nhân dẫn đến không đủ thuốc thiết yếu thì rất nhiều, trong đó do thiếu kinh phí, thiếu cán bộ cũng như là thiếu sự giám sát của tuyến trên đồng thời có một số TYT xã không có các bà mẹ đến sinh [122], [123]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các cán bộ nghiên cứu đến tận các TYT xã để kiểm kê các loại thuốc thiết yếu sử dụng cho CSSKSS đánh giá theo tiêu chí: Có hoặc không có tại 21 TYT xã nghiên cứu. Kết quả

nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số lượng TYT xã cung ứng đủ thuốc thiết yếu cho CSSKSS chỉ chiếm 14,3%. Các nghiên cứu khác ở một số tỉnh thành cũng cho kết quả tương tự. Trong nghiên cứu tại 15 xã tỉnh Đắk Lắk năm 2013 trong số 12 loại thuốc thiết yếu cho chăm sóc sơ sinh thì không có một TYT xã nào có đủ cả 12 loại thuốc thiết yếu [34]. Không chỉ vậy, UNFPA điều tra trên 7 tỉnh là Phú Thọ, Hà Giang, Hoà Bình, Tiền Giang Bến Tre, Ninh Thuận và Kon Tum cũng cho thấy tại TYT xã chỉ có 1 tỉnh là Ninh Thuận có đủ thuốc Oxytoxin và Vitamin K1, các tỉnh còn lại chỉ có đủ 2 loại thuốc này chiếm từ 40% trở lên [67]. Một cuộc điều tra thực trạng cung ứng dịch vụ CSSKSS của Bộ Y tế năm 2013, cũng cho thấy tỷ lệ TYT xã có đủ oxytoxin tiêm (92,7%) và MgSO₄ tiêm trong xử trí ban đầu tiền sản giật, sản giật chiếm chưa cao (61,7%) [21]. Nghiên cứu của Lê Văn Thanh cũng cho thấy trong 10 nhóm thuốc thiết yếu theo quy định, cao nhất cũng chỉ có khoảng 50-59% số TYT xã có đủ thuốc và thuốc còn hạn dùng. Các nhóm thuốc kháng sinh, thuốc sát khuẩn/khử khuẩn và nhóm vitamin/chất khoáng có số lượng đủ và còn hạn dùng chỉ ở dưới 10% số TYT xã [50]. Khi chúng tôi phỏng vấn sâu các CBYT của các TYT xã cũng cho những kết quả tương tự. Nhiều CBYT cho rằng, đến các trang thiết bị đơn giản, rẻ tiền còn thiếu thì thiếu các loại thuốc phục vụ các dịch vụ CSSKSS là điều không thể tránh khỏi. Do vậy, việc đảm bảo cho TYT xã có đủ thuốc thiết yếu cho CSSKSS là rất quan trọng để có thể cấp cứu ban đầu cho người dân.

4.1.5. Dịch vụ CSSKSS thiết yếu được cung ứng tại TYT xã theo Hướng dẫn quốc gia về CSSKSS

Trong nghiên cứu của chúng tôi, so với các tiêu chí của Hướng dẫn quốc gia về CSSKSS năm 2009 do Bộ Y tế ban hành [12], một số dịch vụ CSSKSS cơ bản và thiết yếu đã và đang được cung ứng. Mặc dù không trực tiếp quan sát việc thực hành các kỹ thuật, thủ thuật của dịch vụ CSSKSS nhưng qua

phỏng vấn người cung ứng dịch vụ CSSKSS bằng bộ câu hỏi cũng phần nào biết được khả năng thực hành về một số nội dung chủ yếu trong chăm sóc sức khoẻ sinh sản như làm mẹ an toàn, cấp cứu tai biến sản khoa, kế hoạch hoá gia đình và phá thai, các bệnh viêm nhiễm đường sinh sản và bệnh lây truyền qua đường tình dục... Tỷ lệ TYT xã thực hiện được kỹ thuật tiêm truyền kháng sinh chiếm 90,5%, kỹ thuật tiêm thuốc co hồi tử cung sau khi sinh chiếm 71,4%, kỹ thuật tiêm thuốc chống co giật chiếm 71,4%. Tỷ lệ TYT xã thực hiện được kỹ thuật bóc rau nhân tạo sau sinh chiếm 47,6%, kỹ thuật nạo hút tử cung chiếm 19%, kỹ thuật hỗ trợ đỡ đẻ đường dưới chiếm 100% và kỹ thuật cấp cứu ngạt sơ sinh chiếm 76,2%.

Kết quả của một nghiên cứu tại tỉnh Đắk Lắk năm 2012 cho thấy chỉ có khoảng 11/15 TYT xã cung ứng đủ 8 dịch vụ CSSKSS theo Hướng dẫn quốc gia về CSSKSS năm 2009 của Bộ Y tế [35]. Cũng theo nghiên cứu này trong số 13 dịch vụ cần được cung ứng tại TYT xã theo Hướng dẫn quốc gia về CSSKSS, đã có 12/15 TYT xã cung ứng đủ. Riêng 3 loại dịch vụ phức tạp hơn đó là hỗ trợ hô hấp trong cấp cứu ngạt của trẻ sơ sinh bằng Am-bu bóp bóng, hỗ trợ hô hấp bằng máy và chẩn đoán và xử trí các bệnh nhiễm khuẩn nặng là chỉ có từ 8-10 TYT xã cung ứng được sau can thiệp [35]. Một nghiên cứu khác cũng cho thấy, tỷ lệ TYT xã cung ứng đầy đủ dịch vụ CSSKSS năm 2010 chỉ vào khoảng 40% tại các tỉnh miền núi khó khăn [67]. Theo báo cáo cập nhật của Vụ sức khoẻ sinh sản, Bộ Y tế năm 2013, hầu hết các TYT xã đều cũng cấp các dịch vụ cơ bản trong CSSKSS như khám và quản lý thai; tư vấn, hướng dẫn sử dụng sắt/folic/đa vi chất cho phụ nữ mang thai, tiêm vắc xin phòng uốn ván cho phụ nữ mang thai; khám và xử trí các bệnh thường gặp ở trẻ em; khám và xử trí NKĐSS thông thường; cấp BCS, thuốc viên tránh thai....Tuy nhiên, bên cạnh những dịch vụ mà hầu hết các trạm đã cung ứng, vẫn còn một số dịch vụ chỉ số ít trạm cung ứng được như: bóc rau nhân tạo;

hút thai đến hết 7 tuần; nghiệm pháp VIA/VILI; lấy bệnh phẩm làm Pap smear; siêu âm sản phụ khoa; xét nghiệm huyết sắc tố [19].

4.1.6. Ý kiến của cán bộ y tế về việc thu và chi trả phí dịch vụ CSSKSS tại TYT xã

Việc cung ứng dịch vụ CSSKSS trong giai đoạn trước kia có nhiều dịch vụ được miễn phí như các dịch vụ KHHGD: đặt vòng, hút thai, bao cao su, thuốc tránh thai, tiêm phòng uốn ván, khám thai trước trong và sau khi sinh. Tuy nhiên, trong giai đoạn gần đây việc cung ứng các dịch vụ CSSKSS đã thay đổi do điều kiện kinh tế xã hội đã được nâng cao hơn trước. Các dịch vụ CSSKSS trước kia không thu tiền nay đã thu một phần phí dịch vụ, nhà nước cũng chi trả một phần. Thêm vào đó, nhiều khu vực khó khăn vùng dân tộc và người nghèo cũng vẫn được nhà nước hỗ trợ thêm. Theo kết quả của một số nghiên cứu gần đây cho biết phí dịch vụ của cùng một kỹ thuật nhưng có sự thu phí khác nhau giữa các tỉnh/thành phố [33], [44]. Khung giá viện phí cũng có khung cứng của Bộ Y tế nhưng có sự thay đổi theo quyết định của Hội đồng Nhân dân tỉnh/thành phố. Những căn cứ của Hội đồng Nhân dân tỉnh/thành phố để quyết định giá dịch vụ hoàn toàn phụ thuộc vào tình trạng kinh tế xã hội của địa phương.

Theo niên giám Thống kê Y tế năm 2013, chi tiêu cho ngân sách sự nghiệp y tế là trên 120.000 tỷ đồng [8]. Mặc dầu ngân sách chi tiêu cho y tế hàng năm đều tăng khoảng 20.000 tỷ đồng (từ 80.000 tỷ năm 2011 lên 100.000 tỷ năm 2012 và 120.000 tỷ năm 2013 [8]). Tuy nhiên, ngân sách y tế được chi cho rất nhiều lĩnh vực. So với các quốc gia khác cùng khu vực như Thái Lan, Malaysia hoặc một số nước phát triển hơn như Hàn Quốc và Singapore chi phí y tế/dầu người thấp hơn rất nhiều lần [8]. Do vậy, giá thành cho CSSK nói chung cũng như cho CSSKSS/KHHGD nói riêng không đủ và nhà nước phải bù.

Để đảm bảo chất lượng cung ứng dịch vụ CSSKSS thì nguồn lực tài chính là rất quan trọng, đặc biệt là ở tuyến xã. Nguồn kinh phí này dùng để chi trả cho nâng cấp trang thiết bị, thuốc và tiêu hao khác. Việc thu phí dịch vụ có thể ảnh hưởng đến việc sử dụng dịch vụ của người dân trong giai đoạn đầu nhưng có thể sẽ khắc phục được trong giai đoạn sau này. Một số nghiên cứu về mong muốn chi trả và khả năng chi trả phí dịch vụ CSSK cho thấy một phần không nhỏ người dân mong muốn và có khả năng chi trả phí dịch vụ y tế [32], [42], [43].

Một nghiên cứu gần đây nhất năm 2016 tại Vĩnh Phúc của Nguyễn Khắc Lập cho biết chi phí khám chữa bệnh cho thấy giá thu khám chữa bệnh tại bệnh viện thị xã Vĩnh Yên hiện nay còn thiếu nhiều so với giá thực tế [44]. Giá thu thực tế thấp hơn rất nhiều so với giá chi phí thực và từ đó tạo gánh nặng tài chính cho ngân sách nhà nước. Dựa theo Thông tư liên bộ số 37/2015/TTLB-BYT-BTC ngày 29/10/2015 quy định về giá thống nhất khám chữa bệnh, nghiên cứu này cũng đề xuất cần thiết tính đúng giá dịch vụ y tế.

4.1.7. Khả năng chi trả phí một số dịch vụ CSSKSS của người dân

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ người dân cho rằng họ không có khả năng chi trả chiếm 26,8%, người dân có thói quen được bao cấp chiếm 32,3% và nếu thu phí người dân sẽ sử dụng dịch vụ CSSKSS ở tuyến trên chiếm 40,9%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy hình thức miễn phí cho các hoạt động khám chữa bệnh SKSS chiếm tỷ lệ cao (40,8%), bảo hiểm y tế (34,4%) và tự chi trả (24,8%). Điều này là hoàn toàn phù hợp do dịch vụ CSSKSS thường có tỷ trọng nghiêng nhiều về dự phòng do vậy nhà nước vẫn có bao cấp một phần cho các dịch vụ này. Theo Báo cáo tổng quan ngành y tế, việc đảm bảo ngân sách để thực hiện các chương trình cấp thẻ BHYT cho người nghèo, người dân tộc ít người, trẻ em dưới 6 tuổi và các đối tượng chính sách, cùng việc huy động trái phiếu chính phủ cho việc triển khai

một loạt các đề án đầu tư, nâng cấp mạng lưới y tế địa phương đã đẩy nguồn chi từ ngân sách nhà nước (NSNN) cho y tế tăng lên rõ rệt. Trên lộ trình thực hiện BHYT toàn dân, tỷ lệ bao phủ BHYT tăng lên qua các năm, đạt 60% dân số năm 2010 [5]. Việc mở rộng các nhóm đối tượng đã được thực hiện đúng tiến độ theo quy định của Luật BHYT và các văn bản dưới luật [1], [18], [29]. Về chi phí, tỷ lệ chi từ quỹ BHXH cho y tế trong tổng chi y tế tăng từ 13% năm 2006 lên 18,4% năm 2009 [5]. Trong tổng số người tham gia BHYT, nhóm được NSNN hỗ trợ hoàn toàn (bao gồm người nghèo và trẻ em dưới 6 tuổi) chiếm tới 42,7% [5]. Ngành y tế đã ưu tiên phân bổ NSNN cho y tế dự phòng (YTDP), y tế cơ sở, miền núi, vùng sâu, vùng xa và hỗ trợ các đối tượng chính sách xã hội, thực hiện mục tiêu công bằng trong CSSK. Tỷ lệ chi cho YTDP so với NSNN cho y tế vượt mức 30%. Tiêu chí đầu tư và định mức chi thường xuyên đều ưu tiên cho y tế cơ sở và miền núi, vùng sâu, vùng xa. Thực hiện Luật BHYT, chính sách hỗ trợ của nhà nước cho người nghèo, cận nghèo và trẻ em dưới 6 tuổi có BHYT tại các địa phương trên toàn quốc đều được đảm bảo nguồn kinh phí từ NSNN [29].

Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng chỉ có 34,9% phụ nữ có khả năng tự chi trả cho các hoạt động CSSKSS. Kết quả nghiên cứu này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu của Hoàng Văn Minh và cộng sự. Các tác giả đã chỉ ra rằng chỉ có 30% người phụ nữ muốn chi trả cho tiêm vắc xin với giá 350 đô la cho tổng liều và 68% muốn chi trả với giá 6 đô la cho tổng liều [102]. Một nghiên cứu khác cũng cho thấy chỉ có 48,4% đối tượng nghiên cứu trả lời rằng họ mong muốn mua bảo hiểm y tế [103]. Cũng theo nghiên cứu này người dân chỉ mong muốn mua bảo hiểm y tế 51.000 đồng/năm (tương đương 2,5 đô la Mỹ) [76]. Các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng chi trả bao gồm giới tính (nam muốn chi trả cao hơn nữ), trình độ học vấn, kinh tế hộ gia đình và những người mắc bệnh mãn tính [102]. Giá thành mong muốn chi trả cho sức

khoẻ nói chung dao động trong khoảng từ 13 triệu đến 20 triệu đồng tại huyện Ba Vì, thành phố Hà Nội [90]. Kết quả nghiên cứu năm 2012 cũng cho thấy gánh nặng chi phí cho y tế của người dân Việt Nam là quá lớn, họ phải chi trả từ 50-70% chi phí y tế từ túi tiền của họ [90]. Do vậy, chính phủ Việt Nam cần có chính sách đúng đắn để huy động nguồn lực từ người dân cho bảo hiểm y tế.

4.2. Hiệu quả giải pháp đảm bảo cung ứng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã

4.2.1. Hiệu quả về cung ứng dịch vụ tại TYT xã

Tại Việt Nam với khoảng 20 triệu phụ nữ đang trong độ tuổi sinh đẻ thì công tác CSSKSS càng có tầm quan trọng trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng và là một trong những nội dung quan trọng nhất của Chiến lược quốc gia về CSSKSS giai đoạn 2001–2010 do Thủ tướng Chính phủ phê duyệt ngày 28/11/2000 [24]. Để thực hiện thành công các mục tiêu về CSSKSS của chiến lược, ngày 5/11/2003, Bộ trưởng Bộ Y tế đã ký Quyết định 5792/2003/QĐ-BYT về việc phê duyệt “*Kế hoạch quốc gia về Làm mẹ an toàn tại Việt Nam giai đoạn 2003–2010*”, với mục tiêu nhằm bảo đảm chất lượng chăm sóc sản khoa, chất lượng chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh, đạt được 3 chỉ tiêu đến năm 2010: Giảm 50% tỷ suất tử vong mẹ; Giảm 20% tỷ lệ chết chu sinh; Giảm 25% tỷ lệ trẻ sinh nhẹ cân. Tuy nhiên, việc thực hiện chiến lược còn rất nhiều hạn chế do nguồn lực rất có hạn.

Để có thể đảm bảo thực hiện thành công chiến lược, hai mô hình thành công của tổ chức Cứu trợ Trẻ em Mỹ và của UNFPA về giảm tỷ lệ tử vong mẹ và giảm tử vong sơ sinh cũng đã được thực hiện. Một là chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh liên tục từ gia đình đến cơ sở y tế và hai là làm mẹ an toàn. Các dự án cung ứng dịch vụ cho phụ nữ mang thai tại nhà hay cơ sở y tế và CSSKSS, bao gồm cả dịch vụ chuyển tuyến nếu cần thiết. Hai mô hình này được đánh giá là có hiệu quả trong tăng cường chất lượng dịch vụ

CSSKBMTE, tăng sự tiếp cận, hiểu biết và thực hành cho bà mẹ, gia đình và cộng đồng [59], [112], [125].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hiệu quả can thiệp tại 21 TYT xã về cơ sở hạ tầng, trang thiết bị và các dịch vụ CSSKSS đã được tăng cao rõ rệt so với trước khi can thiệp đồng thời người dân sử dụng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã nhiều hơn và hài lòng hơn về chất lượng dịch vụ CSSKSS. Một số nghiên cứu gần đây ở trong và ngoài nước cho thấy do điều kiện hiện tại nguồn lực tại các TYT xã thiếu và kém chất lượng do vậy việc can thiệp đã làm nâng cao chất lượng khá nhanh và có hiệu quả. Năm 2010, Bộ Y tế cùng UNFPA đã tiến hành cuộc đánh giá tại 7 tỉnh và năm 2012, Tổ chức Cứu trợ Trẻ em quốc tế cũng đã tiến hành đánh giá kết quả can thiệp tại 3 tỉnh cũng cho kết quả tương tự [112], [125]. Tại các TYT xã và các khoa sản và nhi bệnh viện huyện, các dịch vụ CSSKSS đã được nâng cao cả về số lượng và chất lượng. Tỷ lệ người dân đến khám chữa bệnh tại TYT xã và bệnh viện huyện tăng cao đồng thời số lượng bệnh nhân được chuyển tuyến giảm so với trước can thiệp. Kết quả nghiên cứu định tính của Lương Ngọc Trương (2008) về “*Kiến thức, thực hành chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh tại 2 huyện Ngọc Lặc, Như Thanh tỉnh Thanh Hoá*” cũng đã đưa ra được rằng người dân tin tưởng các dịch vụ ở tuyến xã và tuyến huyện hơn đồng thời các cán bộ ở TYT xã và bệnh viện huyện cũng phấn khởi và trình độ chuyên môn được cải thiện nhiều [60].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hiệu quả can thiệp đảm bảo về nhân lực tại TYT xã về CSSKSS theo Hướng dẫn quốc gia về CSSKSS. Tỷ lệ TYT xã có đủ biên chế cán bộ y tế chung thực hiện công tác CSSKSS tăng từ 81% trước can thiệp lên 95,2% sau can thiệp với CSHQ tăng 17,7%. Tỷ lệ TYT xã có đủ biên chế y sỹ sản nhi thực hiện công tác CSSKSS tăng từ 59,5% trước can thiệp lên 81% sau can thiệp với CSHQ tăng 36,1%. Tỷ lệ

TYT xã có đủ nữ hộ sinh cao đẳng, trung học tăng từ 71,4 trước can thiệp lên 85,7 sau can thiệp với CSHQ tăng 20%. Một nghiên cứu ở 1 tỉnh miền núi phía đông của thủ đô Viêng Chăn, Lào năm 2013 cũng cho thấy kết quả tương tự [40]. Mặc dù có nhiều khó khăn về nhân lực, nhưng khi có sự bàn bạc với ngành y tế huyện và tỉnh, các TYT xã đã tích cực bồi dưỡng, cử cán bộ ngay tại TYT xã đi học chuyên môn, đồng thời y tế huyện tỉnh cũng đã bổ xung kịp thời một số cán bộ y tế cho các TYT xã. Khi nhận được những phản hồi từ TYT xã, y tế huyện đã có những rà soát kịp thời về tỷ số từng loại cán bộ y tế theo dân số xã và từ đó có kế hoạch bổ xung kịp thời. Thêm vào đó, cũng có những UBND xã đã vận động và ký hợp đồng với một số cán bộ y tế đã nghỉ hưu để bổ xung lực lượng cho TYT xã. Đây là những điểm mới của can thiệp và sáng kiến này có thể được chia sẻ cho các nơi khác.

Không chỉ số lượng và chất lượng cán bộ y tế được cải thiện mà hiệu quả can thiệp đảm bảo số lượng và chất lượng các trang thiết bị cơ bản cho CSSKSS theo Hướng dẫn quốc gia cũng được cải thiện ở các xã can thiệp. Tỷ lệ TYT xã có đủ 3 bộ đỡ đẻ tăng từ 23,8% trước can thiệp lên 76,2% sau can thiệp với CSHQ tăng 220,2%, tỷ lệ TYT xã có đủ 2 bộ khâu cắt tầng sinh môn tăng từ 4,8% trước can thiệp lên 47,6% sau can thiệp với CSHQ tăng 891,7%, tỷ lệ TYT xã có đủ 2 bộ kiểm tra cổ tử cung tăng từ 4,8% trước can thiệp lên 9,5% sau can thiệp với CSHQ tăng 97,9%, tỷ lệ TYT xã có bộ hồi sức sơ sinh tăng từ 71,4% trước can thiệp lên 83,3% sau can thiệp với CSHQ tăng 16,7%. Tỷ lệ TYT xã có đủ từ 3 bộ đặt và tháo dụng cụ tử cung tăng từ 9,5% trước can thiệp lên 47,6% sau can thiệp với CSHQ tăng 401,1%, tỷ lệ TYT xã có từ 3 bộ khám phụ khoa trở lên tăng từ 47,6% trước can thiệp lên 83,3% sau can thiệp với CSHQ tăng 70%, tỷ lệ TYT xã có bộ hút thai chân không bằng van 1 tay tăng từ 9,5% trước can thiệp lên 47,6% sau can thiệp với CSHQ tăng 401%. Nghiên cứu của UNFPA và Tổ chức cứu trợ trẻ em quốc tế năm 2010

và 2012 cũng cho kết quả tương tự [112], [125]. Giống như các sáng kiến của 2 tổ chức này, trang thiết bị được mua mới rất ít nhưng ngành y tế huyện đã có những điều chỉnh trang thiết bị y tế từ các TYT xã, từ nơi thừa sang nơi thiếu và có nguồn kinh phí sửa chữa các trang thiết bị y tế bị hỏng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tại các TYT xã các phòng dịch vụ cũng sẵn sàng phục vụ khách hàng hơn. Tỷ lệ TYT xã có phòng khám thai tăng từ 90,5% trước can thiệp lên 95,2% sau can thiệp với CSHQ tăng 5,2%, tỷ lệ TYT xã có phòng khám phụ khoa tăng từ 90,5% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp với CSHQ tăng 10,5%, tỷ lệ TYT xã có phòng kỹ thuật KHHGD tăng từ 90,5% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp với CSHQ tăng 10,5%, tỷ lệ TYT xã có phòng đẻ tăng từ 85,7% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp với CSHQ tăng 16,7%. Tỷ lệ TYT xã có phòng nằm của sản phụ tăng từ 90,5% trước can thiệp lên 95,2% sau can thiệp với CSHQ tăng 5,2%. Tỷ lệ TYT xã có phòng/góc truyền thông tăng từ 45,2% trước can thiệp lên 97,6% sau can thiệp với CSHQ tăng 110,6%. Tỷ lệ TYT xã có các phòng dịch vụ sạch sẽ hợp vệ sinh tăng từ 90,5% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp với CSHQ tăng 10,5%, tỷ lệ TYT xã có dụng cụ đựng rác hợp vệ sinh tăng từ 90,5% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp với CSHQ tăng 10,5%. Trong quá trình can thiệp, với sự hướng dẫn của cán bộ y tế huyện và nghiên cứu sinh, các TYT xã đã tiến hành rà soát việc sử dụng các phòng, sắp xếp lại các phòng cung ứng dịch vụ tại trạm cho hợp lý chứ không có nghĩa phải xây mới hoặc xây thêm các phòng dịch vụ CSSKSS. Đây cũng chính là việc thực hiện theo phương châm phát huy nguồn lực tại chỗ để với chi phí thấp nhất cho hiệu quả cao nhất. Kết quả nghiên cứu can thiệp tại hai dự án của UNFPA và Tổ chức Cứu trợ trẻ em quốc tế cũng như nghiên cứu tại Lào cũng cho kết quả tương tự [43], [112], [125].

Thuốc thiết yếu cho CSSKSS là một cấu phần rất quan trọng tại các cơ sở y tế. Theo hướng dẫn quốc gia về CSSKSS của Bộ Y tế, các TYT xã cần phải có đủ chủng loại, số lượng thuốc thiết yếu và điều quan trọng hơn là hạn dùng của các loại thuốc này. Trong nghiên cứu của chúng tôi trước can thiệp, chỉ có 3 TYT xã (14,2%) đủ thuốc yếu cho CSSKSS theo Quyết định số 05/2008/QĐ-BYT ngày 01/02/2008 của Bộ Y tế nhưng sau can thiệp đã có 20 TYT xã (95,2%) có đủ thuốc thiết yếu và 01 xã đang hoàn thành các thủ tục với nhà cung ứng. Qua nghiên cứu chúng tôi cũng nhận thấy mặc dù theo Hướng dẫn quốc gia về CSSKSS thì thuốc thiết yếu tại TYT xã là bắt buộc phải đủ về số lượng, chủng loại và chất lượng. Nhưng thực tế khi phỏng vấn sâu nhiều trạm trường TYT cho rằng có nhiều loại mua rồi để hết hạn không dùng tới rất lãng phí nên cắt giảm hoặc không bổ sung hàng năm. Để cho việc đảm bảo thuốc thiết yếu được thực hiện nghiêm túc, đúng quy định đề nghị lãnh đạo TTYT huyện tăng cường công tác kiểm tra, giám sát việc mua sắm, sử dụng cũng như bảo quản thuốc thiết yếu nói chung và thuốc thiết yếu phục vụ CSSKSS nói riêng tại TYT xã một cách thường xuyên và kịp thời bổ sung hàng tháng, hàng năm. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Lê Văn Thanh, trong số các TYT xã được điều tra, cao nhất cũng chỉ có khoảng 50-60% số trạm có đủ thuốc và thuốc còn hạn dùng và chỉ ở bốn nhóm sau: thuốc chống co thắt, thuốc co bóp tử cung, thuốc an thần và dịch truyền (nhóm thuốc khác). Đáng lưu ý là thuốc kháng sinh, thuốc sát khuẩn/khử khuẩn và nhóm vitamin/chất khoáng có số lượng đủ và còn hạn dùng chỉ ở dưới 10% số TYT xã [50].

Kết quả nghiên cứu tại bệnh viện huyện và TYT xã, tỉnh Đắk Lắk 2013-2016 cho thấy hiệu quả của nâng cao cơ sở vật chất, trang thiết bị và thuốc thiết yếu cho CSSS được cải thiện nhiều. Khi các bệnh viện huyện và TYT xã được nâng cấp cơ sở hạ tầng, trang thiết bị và thuốc thiết yếu thì tỷ lệ

các TYT xã cung ứng thêm được nhiều dịch vụ chăm sóc sơ sinh ngay tại TYT xã. Trước can thiệp, chỉ có 11 TYT xã cung ứng đủ 8 dịch vụ chăm sóc sơ sinh nhưng sau can thiệp tất cả các TYT xã đã cung ứng đủ 8 dịch vụ chăm sóc sơ sinh. Trước can thiệp, không có một TYT xã nào cung ứng đủ các dịch vụ nhưng sau can thiệp đã có 12/15 TYT xã cung ứng đủ 13 dịch vụ chăm sóc sơ sinh [34]. Một số nghiên cứu gần đây tại Việt Nam đã nêu được hiệu quả cung ứng dịch vụ chăm sóc sơ sinh sau khi có các hoạt động can thiệp. Kết quả đánh giá hiệu quả can thiệp tại 7 tỉnh của Bộ Y tế và Quỹ Dân số Liên hiệp quốc giai đoạn 2006-2010 cho thấy sau can thiệp tỷ lệ TYT xã đạt Chuẩn quốc gia về CSSKSS trong đó có chăm sóc sơ sinh và cấp cứu sơ sinh thiết yếu tại thời điểm cuối kỳ can thiệp là 40%, tăng gấp đôi so với đầu kỳ [34]. Trên cơ sở đó, tỷ lệ sử dụng dịch vụ chăm sóc sơ sinh cũng tăng gấp 1,4 lần ở tuyến cơ sở bao gồm bệnh viện huyện và TYT xã [34]. Kết quả đánh giá của UNFPA cũng cho thấy sự cải thiện về chất lượng dịch vụ cũng thể hiện rất rõ qua sự gia tăng có ý nghĩa về tỷ lệ khách hàng hài lòng với dịch vụ chăm sóc sơ sinh tại TYT xã (75,3% - 85,6%) và bệnh viện huyện (76,8%-88,2%) [35]. Trên thế giới ở các nước đang phát triển cũng áp dụng các mô hình này để nâng cao sức khỏe bà mẹ trẻ sơ sinh và cũng đã có những thành công nhất định làm giảm tử vong mẹ và trẻ sơ sinh như ở Ấn Độ, Bangladesh, và một số quốc gia khác ở khu vực Châu Á thái bình dương [71], [72], [70], [74], [76]. Các chương trình can thiệp khác nữa với mục tiêu giảm tỷ lệ chết sơ sinh dựa vào mô hình làm mẹ an toàn cũng cho thấy các hứa hẹn trong việc làm giảm 13‰ của tỉ lệ tử vong sơ sinh tại các tỉnh miền núi hưởng can thiệp [82], [84].

Từ chỗ đảm bảo được cơ sở hạ tầng, thuốc và nâng cao trình độ cán bộ y tế, hiệu quả can thiệp đảm bảo các loại hình dịch vụ sẵn sàng CSSKSS thiết yếu được cung ứng tại TYT xã theo Hướng dẫn quốc gia đã được tăng cao trong nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ TYT xã tiêm truyền thuốc kháng sinh

tăng từ 90,5% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp với CSHQ tăng 10,5%, tỷ lệ TYT xã tiêm truyền thuốc gây co tử cung tăng từ 71,4% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp với CSHQ tăng 40,1%. Tỷ lệ TYT xã có bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung sau đẻ tăng từ 47,6% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp với CSHQ tăng 110,1%. Tỷ lệ TYT xã có khả năng nạo/hút buồng tử cung tăng từ 19% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp với CSHQ tăng 426,2%, tỷ lệ TYT xã có khả năng cấp cứu ngạt sơ sinh tăng từ 76,2% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp với CSHQ tăng 31,2%. Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy, khi nguồn lực và thời gian có hạn thì nên lựa chọn, tập trung đào tạo lại cho cán bộ cung ứng dịch vụ CSSKSS những kỹ thuật cần thiết, hay sử dụng mà cán bộ y tế còn thực hiện chưa tốt, tránh việc đào tạo lan man, chú trọng số lượng, không hiệu quả. Ngoài ra, phải có kế hoạch thường xuyên cập nhật, bổ túc kiến thức, kỹ năng cho cán bộ TYT xã cung ứng dịch vụ CSSKSS vì không phải kỹ thuật nào họ cũng thường xuyên được làm nên họ rất dễ quên hoặc không đủ tự tin khi phải thực hiện.

Tại Việt Nam và trên thế giới ở một số nước đang phát triển đã có một số nghiên cứu can thiệp nhằm nâng cao chất lượng và số lượng cung ứng dịch vụ CSSKSS được triển khai trong giai đoạn 2000-2016 [87], [88], [112]. Ba chiến lược chính được chọn cho các can thiệp này là (1) Cung cấp chương trình và đào tạo để tăng cường năng lực cho cán bộ y tế làm công tác CSSKSS. Chiến lược can thiệp này chiếm 4/5 trong tổng số các dự án; (2) Nâng cấp cơ sở vật chất cho các cơ sở hộ sinh: cung cấp các trang thiết bị y tế, nâng cấp cơ sở vật chất và thuốc thiết yếu cho cơ sở CSSKBMTE; (3) Triển khai các hoạt động truyền thông cung cấp thông tin về CSSKSS. Cách làm này được sử dụng trong khoảng 60% các nghiên cứu can thiệp. Các hoạt động can thiệp của các nghiên cứu này khá giống với can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả của các nghiên cứu đều cho thấy sau can thiệp đại

đa số các cơ sở y tế có bố trí đủ số phòng, đủ trang thiết bị, thuốc thiết yếu để cung ứng dịch vụ cơ bản về CSSKSS. Việc đào tạo sử dụng TTBYT cũng như các công tác như kiểm kê bảo dưỡng và điều chuyển TTBYT có tác dụng tốt đối với các cơ sở y tế trong việc cung ứng dịch vụ CSSKSS tại các bệnh viện huyện và TYT xã [112], [125]. Các cán bộ được đào tạo nâng cao trình độ về các lĩnh vực CSSKSS. Những người cung ứng dịch vụ CSSKSS tại các cơ sở y tế đã xác nhận rằng họ được tham gia nhiều lớp tập huấn nâng cao năng lực theo Hướng dẫn quốc gia về dịch vụ CSSKSS [125]. Kết quả một nghiên cứu khác ở Lào năm 2012 cũng cho thấy sau can thiệp tỷ lệ các bà mẹ ở nhóm can thiệp có hiểu biết về khám thai ít nhất 3 lần (≥ 3 lần) trong thai kỳ là 100% cao hơn so với 88,5% bà mẹ ở nhóm đối chứng. Tỷ lệ các bà mẹ ở nhóm can thiệp có thực hành chăm sóc trước sinh về đã khám thai ≥ 3 lần là 92,0% cao hơn so với 45,0% bà mẹ ở nhóm đối chứng [35].

Kết quả nghiên cứu của các can thiệp tại Việt Nam cũng cho thấy tỷ lệ người dân tiếp cận với cơ sở y tế tốt hơn, sử dụng dịch vụ CSSKSS nhiều hơn và tác động chính của các can thiệp này làm giảm tỷ lệ tử vong mẹ và trẻ sơ sinh cũng như giảm các tai biến sản khoa [41]. Một ví dụ điển hình của can thiệp tại bệnh viện huyện Thanh Sơn, Phú Thọ, trong những năm triển khai can thiệp không có ca tử vong mẹ và tai biến sản khoa. Điều này có thể cho thấy được những thành công của can thiệp trong việc giảm tỷ lệ tai biến sản khoa và tử vong mẹ. Số ca tử vong sơ sinh tại bệnh viện và cộng đồng rất thấp ở Phú Thọ và Bến Tre [125]. Điều này được giải thích rằng khi bệnh viện có thành công trong điều trị giữ thai thì người dân ít sinh con non tháng, tỷ lệ trẻ đẻ non tháng và số ca điều trị sơ sinh đã giảm đi. Những kết quả trên cho thấy rằng can thiệp bước đầu đã có hiệu quả trong việc giảm tai biến sản khoa, tử vong mẹ và sơ sinh ở các tỉnh can thiệp. Do điều kiện Kon Tum có khó khăn nhiều hơn cho nên hiệu quả trong giảm tai biến sản khoa, tử vong mẹ và sơ

sinh còn chưa thấy rõ nét. Có lẽ cần phải tiếp tục nỗ lực hơn trong các dự án can thiệp tại những địa bàn khó khăn có nhiều đồng bào dân tộc sinh sống.

4.2.2. Hiệu quả về sử dụng dịch vụ của khách hàng

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ khách hàng hài lòng với việc cung ứng dịch vụ CSSKSS tăng từ 94,5% trước can thiệp lên 98,8% sau can thiệp với CSHQ là 4,5%.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy hiệu quả nâng cao một số dịch vụ CSSKSS cơ bản được thực hiện ở các TYT xã can thiệp. Tổng các dịch vụ mà khách hàng sử dụng tăng từ 6027 lượt khách hàng trước can thiệp lên 7019 lượt khách hàng (tăng được 1052 lượt khách hàng). Tăng mạnh nhất là dịch vụ cung ứng bao cao su (237 lượt) và khám phụ khoa (232 lượt) và thấp nhất là dịch vụ tiêm thuốc tránh thai (48 lượt).

Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nạo hút thai so với số đẻ giảm từ 56,47% trước can thiệp xuống 42,04% sau can thiệp với CSHQ giảm 25,6%. Hiện nay, tình trạng nạo phá thai đang là vấn đề quan tâm của nhiều quốc gia trên thế giới. Theo Tổ chức Y tế Thế giới và viện Alan Guttmacher, năm 2008 có khoảng 43,8 triệu ca nạo phá thai, tương đương 28 ca nạo phá thai trên 1000 phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Gần một nửa các ca nạo phá thai trên toàn thế giới là không an toàn và 98% ca nạo phá thai không an toàn xảy ra ở các nước đang phát triển [85]. Các biến chứng do nạo phá thai không an toàn chiếm khoảng 13% của tất cả các ca tử vong mẹ trên toàn thế giới trong năm 2008 [129]. Ở các nước đang phát triển, nguyên nhân gây tử vong mẹ do các tai biến từ nạo phá thai chiếm 7 - 27%. Theo Hội Kế hoạch hóa gia đình Việt Nam (2011), tỷ lệ nạo phá thai ở Việt Nam đang dẫn đầu khu vực Đông Nam Á và đứng thứ 5 thế giới. Trong 9 tháng đầu năm 2010, toàn quốc có 300.251 ca nạo phá thai trên tổng số 1.027.907 ca trẻ đẻ sống. Tỷ số phá thai so với số đẻ chung của toàn quốc ước tính của năm 2010 là 0,28 [4]. Hà Nội có số ca

ngạo phá thai là 64.858, cao thứ hai trong cả nước sau thành phố Hồ Chí Minh [7]. Tuy nhiên, con số thực tế còn cao hơn nhiều vì hàng năm cả nước có khoảng 1/3 đến 1/2 trường hợp ngạo phá thai tại những cơ sở y tế tư nhân không thể kiểm soát và thống kê được [40].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, tỷ lệ phụ nữ có thai được thăm khám từ 3 lần trở lên tăng từ 92,96% trước can thiệp lên 97,37% sau can thiệp với CSHQ tăng 4,7%. Theo báo cáo ban đầu về thực trạng cung ứng dịch vụ và chăm sóc sức khỏe sinh sản tại 7 tỉnh do UNFPA tài trợ năm 2005 có 84,6% thai phụ khám thai từ 3 lần trở lên, trong đó cao nhất là vùng đồng bằng Sông Hồng 97,7%, thấp nhất là vùng Tây Nguyên 64,6% [67]. Cũng theo báo cáo này 77,2% phụ nữ được phỏng vấn cho biết rằng bản thân mình đã khám thai từ 3 lần trở lên trong lần mang thai gần đây nhất, nhưng còn 5,7% số phụ nữ được phỏng vấn đã không đi khám thai trong lần mang thai vừa qua [67]. Báo cáo điều tra cơ bản tại 14 tỉnh thực hiện Chương trình giảm tử vong mẹ và tử vong trẻ sơ sinh năm 2009 cho thấy, tỷ lệ phụ nữ biết số lần cần khám thai trong kỳ mang thai chênh lệch nhiều giữa các tỉnh. Nhóm các tỉnh mà kiến thức của phụ nữ khá tốt là Cao Bằng (95%), Bắc Giang và Lâm Đồng (cùng 92,1%); Các tỉnh mà có phụ nữ có kiến thức yếu là Lai Châu, Điện Biên, Lào Cai và Gia Lai, báo cáo cũng chỉ ra rằng số lần đi khám thai của phụ nữ phụ thuộc vào trình độ, nhận thức, nơi ở và tôn giáo...[19].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, tỷ lệ phụ nữ đẻ và trẻ sơ sinh được chăm sóc sau sinh tăng từ 75,06% trước can thiệp lên 82,37% sau can thiệp với CSHQ tăng 9,7%. Sinh đẻ là một công việc nặng nhọc, khiến người phụ nữ phải gắng sức và mất rất nhiều năng lượng. Vì vậy, thời kỳ sau sinh hay còn gọi là thời kỳ hậu sản, người phụ nữ cần phải được chăm sóc tốt để đảm bảo sức khỏe cho cả mẹ và con. Báo cáo Chiến lược quốc gia

về CSSKSS tại Hội nghị quốc gia về dân số và phát triển bền vững năm 2012 cho thấy tỷ lệ các bà mẹ được khám thai và khi đẻ được cán bộ chuyên môn giúp còn thấp, việc chăm sóc sau sinh, việc hướng dẫn cho bú và cách nuôi con chưa được chú ý làm tốt. Nguyên nhân là do sự yếu kém của hệ thống cung ứng các dịch vụ CSSKSS và sự thiếu hiểu biết của người dân trong cộng đồng, đặc biệt là ở một số vùng khó khăn. Do đó, tỷ lệ tử vong mẹ do những nguyên nhân liên quan tới quá trình sinh đẻ, mà chủ yếu là các tai biến sản khoa, cũng như tỷ lệ tử vong chu sinh còn cao, năm 2003 tỷ lệ tử vong mẹ là 85 trên 100.000 trẻ đẻ sống, tỷ lệ tử vong sơ sinh là 21‰ [2]. Trên thế giới, theo ước tính có khoảng 3,9 triệu ca tử vong sơ sinh, trong đó tập trung chủ yếu ở các nước có thu nhập thấp [64]. Tử vong sơ sinh thường xảy ra ở những người nghèo khổ, những người không được tiếp cận với các dịch vụ y tế. Tại Việt Nam, tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh đã giảm được hơn một nửa từ năm 1990 đến năm 2009, tuy nhiên tỷ lệ tử vong sơ sinh trong năm 2009 vẫn còn cao với 16 ca sơ sinh tử vong/ 1000 ca đẻ sống.

Tỷ lệ tỷ lệ cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ áp dụng các biện pháp tránh thai hiện đại này là chỉ tiêu cơ bản đánh giá tình hình thực hiện chính sách dân số và kế hoạch hoá gia đình; đồng thời còn là chỉ tiêu đầu vào quan trọng để đánh giá, ước lượng mức sinh của cả nước và từng địa phương. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ này tăng từ 67,77% trước can thiệp lên 75,46% sau can thiệp với CSHQ tăng 11,3%. Kết quả này trong nghiên cứu của Hoàng Thị Tâm (2011) tại Thừa Thiên Huế là 81%, tỷ lệ người không sử dụng là 19,0%. tỷ lệ người có nhu cầu sử dụng BPTT là 57.0% trong đó: Đặt vòng tránh thai là 38.8%, bao cao su là 32,6%, thuốc tránh thai là 6,1% và triệt sản nam, nữ là 4,1% [50]

Theo Báo cáo tổng kết 5 năm công tác DS-KHHGD 2011-2015 của Tổng cục Dân số Bộ Y tế, trong giai đoạn 2011-2015, tỷ lệ sử dụng các biện

pháp tránh thai ở mức mức cao, cơ cấu sử dụng các biện pháp tránh thai thay đổi theo xu hướng tích cực. Tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai ở Việt Nam luôn trên 76%, trong đó các biện pháp tránh thai hiện đại (sử dụng bao cao su, viên uống tránh thai, thuốc tránh thai khẩn cấp) luôn trên 66%. Người dân vốn quen với việc sử dụng phương tiện tránh thai và dịch vụ DS-KHHGD được cấp phát miễn phí. Trong khi đó, nguồn vốn về phương tiện tránh thai còn hạn chế, thực tế những năm qua cho thấy ngân sách Trung ương chỉ đáp ứng chủ yếu cho đối tượng cấp miễn phí theo quy định, chưa tính đến phương tiện tránh thai cho tiếp thị xã hội. Vì thế, việc tiếp thị xã hội và xã hội hóa phương tiện tránh thai chậm sẽ dẫn đến thị trường thương mại chưa phát triển, chưa đáp ứng nhu cầu sử dụng với chi phí thấp cho đông đảo người dân có thu nhập dưới mức trung bình. Từ đó, dễ ảnh hưởng đến tình trạng sử dụng biện pháp tránh thai với các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ, ảnh hưởng đến mục tiêu duy trì mức sinh và chiến lược DS-KHHGD giai đoạn tới. [3].

Trong các hoạt động can thiệp để tăng cường hiệu quả sử dụng dịch vụ CSSKSS của đối tượng nghiên cứu, ngoài việc bổ sung biên chế, cơ sở hạ tầng trang thiết bị, nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ của cán bộ cung ứng dịch vụ. Chúng tôi thành lập 197 nhóm CSSKSS tại 21 xã nghiên cứu đồng thời triển khai đào tạo và phát huy vai trò của nhóm CSSKSS thôn/bản trong việc đăng ký thai nghén và khám thai định kỳ; Chăm sóc sản phụ và trẻ sơ sinh tại nhà; Phát hiện và xử trí kỳ đầu nhiễm độc thai nghén; Hướng dẫn các biện pháp tránh thai tại cộng đồng. Đặc biệt công tác tư vấn phòng bệnh và phát hiện phụ nữ mắc một số bệnh phụ khoa thường gặp, tư vấn giáo dục sức khỏe cho phụ nữ có thai, tư vấn chăm sóc phụ nữ mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục... Thành viên trong nhóm (Hội trưởng hội Phụ nữ thôn và nhân viên y tế thôn/bản) luôn gần gũi với người dân, sẵn sàng được người dân chia sẻ những khó khăn gặp phải hay các vấn đề về SKSS, đồng thời họ cũng thường

xuyên được người dân yêu cầu giúp đỡ, xin ý kiến về các biện pháp xử trí. Theo chúng tôi, trong điều kiện địa lý, kinh tế, văn hóa còn khó khăn thì việc tổ chức và phát huy vai trò của nhóm CSSKSS thôn/bản là một trong những giải pháp hiệu quả để vừa tăng tính tiếp cận dịch vụ đồng thời tuyên truyền, tư vấn giáo dục sức khỏe cho người dân cách phòng, chống và xử trí ban đầu các vấn đề liên quan đến SKSS đặc biệt với vùng sâu, vùng xa, đồng bào dân tộc thiểu số. Tuy nhiên chúng tôi cũng thấy rằng, để động viên và nâng cao tinh thần trách nhiệm của nhóm CSSKSS thì chính quyền địa phương nên có một phần kinh phí hỗ trợ họ trong quá trình thực hiện công việc. Ngoài ra TYT xã cũng thường xuyên cập nhật, bổ sung kiến thức, kỹ năng về CSSKSS cho nhóm.

Tuy nhiên, hiệu quả về việc sử dụng dịch vụ y tế nói chung cũng như dịch vụ CSSKSS còn phụ thuộc vào một số yếu tố khác như khả năng tiếp cận đến dịch vụ y tế. Mô hình Dalhgren và Whiethead về sử dụng dịch vụ y tế đã được tổng kết dựa trên hàng loạt các nghiên cứu ở cả các quốc gia đang phát triển và các quốc gia phát triển [98] Mô hình này chỉ rõ khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế bao gồm 3 nhóm yếu tố. Nhóm thứ nhất là nhóm yếu tố cá nhân của khách hàng bao gồm tuổi, giới, nghề nghiệp, trình độ văn hoá, kiến thức thái độ và thực hành... Nhóm yếu tố thứ hai bao gồm sự sẵn có của dịch vụ y tế, điều kiện kinh tế, các chính sách về y tế và phúc lợi xã hội. Nhóm yếu tố thứ ba là nhóm yếu tố vĩ mô như chiến tranh và hoà bình [95].

Dựa trên mô hình trên, một số nghiên cứu đã được tiến hành ở Việt Nam. Một nghiên cứu gần đây cho thấy việc sử dụng dịch vụ CSSKSS phụ thuộc vào khả năng tiếp cận đến cơ sở y tế. Khả năng tiếp cận đến cơ sở y tế của khách hàng bao gồm 3 loại tiếp cận [63], [121] là tiếp cận về địa lý, về kinh tế và về văn hóa.

Khả năng tiếp cận của khách hàng về địa lý: Theo UNFPA, tiếp cận địa lý không chỉ bao gồm khoảng cách từ nhà đến cơ sở y tế mà còn là chất lượng

của đường xá, sự sẵn có của các loại phương tiện giao thông. Trên thế giới các nghiên cứu về tiếp cận với các cơ sở y tế thường đưa ra khoảng thời gian từ nhà đến cơ sở y tế hơn là khoảng cách bằng km từ nhà đến cơ sở y tế. Điều này hoàn toàn đúng vì có thể nhà gần cơ sở y tế nhưng chất lượng đường xá và sự khan hiếm về phương tiện giao thông. Sự khan hiếm của các phương tiện đi lại, đặc biệt ở những vùng sâu vùng xa và điều kiện đường xá không đảm bảo đã ảnh hưởng đến việc tiếp cận cơ sở y tế của phụ nữ. Ở nhiều nơi khó khăn, phụ nữ thường đi bộ đến cơ sở y tế là việc thường gặp. Theo UNFPA và một số tổ chức quốc tế các yếu tố ảnh hưởng đến việc tìm kiếm dịch vụ chăm sóc trước sinh là địa điểm của cơ sở y tế và sự sẵn có của phương tiện đi lại. Nếu thời gian đến cơ sở y tế trên 30 phút bằng các phương tiện đi lại thông thường tại địa phương thì nhìn chung các bà mẹ sẽ không đến cơ sở y tế mặc dù họ ốm nặng, đặc biệt là cho những trường hợp cấp cứu sản khoa và cấp cứu sơ sinh [126], [127], [128]. Điều này được giải thích bởi vấn đề tài chính và chi phí cơ hội quá cao. Thêm vào đó người phụ nữ phải bỏ thời gian để đi một quãng đường quá dài mà có thể cán bộ y tế lại không có mặt tại cơ sở y tế. Yếu tố địa lý có ảnh hưởng trực tiếp tới tiếp cận dịch vụ. Tại Bình Định có những địa bàn từ thôn đi tới trạm y tế xã xa nhất phải mất 4 tiếng đi bộ; các xã càng xa trung tâm, tỷ lệ bà con tiếp cận tới cơ sở y tế, đặc biệt là dịch vụ đẻ tại trạm càng thấp vì không thể vận chuyển sản phụ đến trạm vì điều kiện đường xá, đi lại khó khăn [125]. Nhưng ngược lại tại các tỉnh Đồng bằng sông Cửu Long như Bến Tre, Tiền Giang và Đồng Tháp phương tiện đi lại tốt cùng với đường xá có chất lượng tốt thì khoảng cách từ nhà đến TYT xã xa nhưng thời gian đi ngắn, do vậy phụ nữ mang thai thường sinh tại các bệnh viện nhiều hơn [125]. Như vậy, để nâng cao khả năng tiếp cận về địa lý cho những vùng thành phố và đồng bằng thì việc nâng cao chất lượng phòng khám đa khoa và bệnh viện huyện thì phù hợp hơn.

Ngược lại, đối với những vùng khó khăn thì việc nâng cao chất lượng cho TYT xã lại phù hợp hơn nhằm nâng cao khả năng tiếp cận dịch vụ CSSKSS. Điều này đã được Bộ Y tế và UNFPA khuyến cáo trong đánh giá cuối kỳ năm 2010 tại 7 tỉnh vùng núi khó khăn [125].

Khả năng tiếp cận về kinh tế: Theo khuyến cáo của tổ chức quốc tế và một số tác giả, để nâng cao khả năng tiếp cận của người dân đến các dịch vụ CSSKSS không chỉ nâng cao khả năng tiếp cận về địa lý mà còn phải nâng cao khả năng tiếp cận về kinh tế [129], [130], [131]. Đó chính là khả năng chi trả các loại chi phí trực tiếp cho dịch vụ CSSKSS cũng như các dịch vụ y tế khác (bằng tiền túi của cá nhân) để được chăm sóc y tế (gồm các loại chi phí chính thức và không chính thức, phí vận chuyển, ăn ở, chi phí cho người chăm sóc...). Nghiên cứu ở một số quốc gia cho thấy chi phí là một yếu tố cản trở hầu hết phụ nữ ở đây sử dụng dịch vụ chăm sóc CSSKSS và những những người nghèo hơn thì thường tìm đến những cơ sở kém chất lượng hơn. Điều đó cũng có nghĩa là những người có thu nhập cao thì đến những cơ sở y tế có chất lượng chăm sóc tốt cho dù khoảng cách có xa hơn [136], [137], [138].

Tại Việt Nam hiện nay, chi phí cho y tế của người dân/đầu người còn rất thấp và chủ yếu là chi phí từ tiền túi của người dân. Chính phủ đã có những phương pháp đảm bảo hỗ trợ kinh phí cho người dân. Năm 2002 Thủ tướng ban hành Quyết định 139/2002/QĐ-TTg bảo đảm kinh phí từ ngân sách trung ương để thành lập Quỹ KCB người nghèo tại các tỉnh, tiếp theo là Nghị định 63/2005/NĐ-CP về việc cấp thẻ BHYT cho người nghèo. Mức trợ cấp mua bảo hiểm y tế cho người nghèo cũng liên tục được điều chỉnh theo hướng tăng dần. Theo Luật BHYT, đến 01/01/2010 mức đóng góp mua BHYT người nghèo tăng lên tương đương 4,5% lương tối thiểu. Đối với đối tượng cận nghèo, từ năm 2008, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số

117/2008/QĐ-TTg quy định NSNN hỗ trợ tối thiểu 50% mức phí đóng BHYT. Theo Thông tư liên tịch số 09/2009/TTLT-BYT-BTC ngày 14/8/2009 của liên Bộ Y tế và Tài chính, căn cứ vào khả năng ngân sách địa phương và huy động từ các nguồn khác, Ủy ban Nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương có thể quyết định mức hỗ trợ tiền đóng BHYT cho các đối tượng cao hơn mức hỗ trợ tối thiểu (50%). Cũng theo Luật BHYT, từ 1/1/2010 việc thực hiện khám chữa bệnh miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi theo Nghị định 36/2005/NĐ-CP của Chính phủ được chuyển từ hình thức cấp phát thẻ KCB miễn phí và thanh toán theo thực tế cho các cơ sở y tế nhà nước sang cấp thẻ BHYT miễn phí và khám chữa bệnh theo chế độ BHYT.

Những người phụ nữ nghèo thường ở nhà và tự điều trị bằng những thuốc y học cổ truyền hoặc đến các y tá tư gần nhà hoặc ở nhà không đi khám chữa bệnh ở các cơ sở y tế khác. Ở nhiều vùng của châu Phi, điều kiện kinh tế là yếu tố ảnh hưởng quan trọng tới việc tiếp cận dịch vụ y tế. Bên cạnh đó, mùa màng và vụ thu hoạch cũng phần nào ảnh hưởng tới việc sử dụng dịch vụ y tế. Điều này không chỉ đúng cho các nước châu Phi mà còn đúng cho các quốc gia đang phát triển khác, trong đó có Việt Nam [90], [96], [104], [105], [116].. Khác với các quốc gia khác, Việt Nam trong những năm vừa qua để khắc phục tình trạng này bằng cách tổ chức sử dụng tiền ngân sách nhà nước mua thẻ BHYT cho người nghèo người dân tộc ở những vùng rất khó khăn như ở 61 huyện nghèo [29]. Điều này đã cải thiện được khả năng tiếp cận tới dịch vụ chăm sóc sức khoẻ của người dân.

Kết quả của một số nghiên cứu định tính tiến hành tại Việt Nam cho thấy “nghèo” ảnh hưởng trực tiếp tới quyết định sử dụng dịch vụ y tế của người dân tộc thiểu số [100], [101], [107]. Mặc dù họ đã được miễn viện phí thông qua thẻ BHYT người nghèo, tuy nhiên để đến được bệnh viện họ phải tự bỏ tiền trả cho việc đi lại từ nhà tới bệnh viện và các chi phí ăn ở cho người

vận chuyển bệnh nhân và cho người nuôi dưỡng bệnh nhân. Tại cơ sở y tế, họ còn phải trả tiền cho việc mua các hàng hoá thiết yếu cho bệnh nhân điều mà họ không phải làm khi nằm tại nhà.

Khả năng tiếp cận về văn hoá: Văn hoá không chỉ tác động đến tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong của người dân mà còn tác động đến khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế. Người phụ nữ thường bị tác động bởi hủ tục truyền thống và văn hóa thường cản trở những phụ nữ có được sự chăm sóc sức khỏe trước trong và sau sinh [42]. Sự tiếp cận văn hóa được đo lường chủ yếu bằng phong tục tập quán và sự hiểu biết cũng như bằng sự phù hợp về văn hoá và khả năng giao tiếp với các nhóm thiểu số không nói được ngôn ngữ phổ thông. Niềm tin văn hoá, cấu trúc xã hội và đặc tính của mỗi cá nhân cũng rất quan trọng. Một cuộc điều tra ở Ấn Độ và Kenyacho thấy khoảng 60% phụ nữ cảm thấy chăm sóc thai nghén là không cần thiết [108], [110]. Ở một số nơi, mang thai được xem như vấn đề sức khoẻ bình thường không cần phải chăm sóc y tế, hoặc sự chăm sóc chỉ cần thiết khi người phụ nữ mang thai cảm thấy có vấn đề. Sự thiếu hiểu biết của phụ nữ về thai sản là một vấn đề chính. Sự mang thai ngoài ý muốn cũng là lý do làm cho các bà mẹ không đi khám thai. Từ đó dẫn đến tỷ lệ người mang thai ngoài ý muốn không nhận được chăm sóc thai nghén là 60% [65].

Theo Nguyễn Thị Phương Mai, một số yếu tố kinh tế-xã hội được kể đến như học vấn thấp, tuổi trẻ, tín ngưỡng (thiên chúa giáo), dân tộc thiểu số và thu nhập thấp của bà mẹ có tác động rõ rệt đến các thực hành sau sinh [41]. Theo Trương Việt Dũng khi nghiên cứu tính công bằng trong sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh qua điều tra y tế hộ gia đình năm 2004 thì một số yếu tố khác có thể cản trở phụ nữ tiếp cận chăm sóc trước sinh và sau sinh như hiểu biết kém, khoảng cách mỗi lần sinh, xấu hổ khi tiếp cận với dịch vụ và yếu tố về di cư [37].

Yếu tố bình đẳng giới cũng là một vấn đề quan trọng ở nhiều vùng trên thế giới. Việc quyết định sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khoẻ cho bà mẹ nhiều khi được quyết định bởi mẹ chồng, chồng hoặc các thành viên khác trong gia đình, còn tiếng nói của bản thân người phụ nữ lại rất ít trọng lượng. Ở nhiều nơi trên thế giới, phụ nữ thích sinh con ở nhà với sự giúp đỡ của các bà mẹ vườn hoặc người thân. Một trong những nguyên nhân đó là do yếu tố văn hoá. Bên cạnh đó, theo Đinh Hữu Dung khi nghiên cứu *“Tình hình ô nhiễm vi khuẩn ở môi trường trong và ngoài bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh, năm 2002”* còn có một vài lý do khác như môi trường chăm sóc y tế không thân thiện hoặc sự thiếu cảm thông của nhân viên y tế. Ở một vài nơi khác sự có mặt của các nam nhân viên y tế là điều không thể chấp nhận được đối với nền văn hoá của một số dân tộc [36], [58]. Một trong những can thiệp trong thời gian vừa qua của ngành y tế đã mang lại hiệu quả rất lớn nhằm nâng cao khả năng sử dụng dịch vụ y tế của những phụ nữ dân tộc. Đó chính là việc đào tạo nữ hộ sinh xã và cô đỡ thôn bản và trang bị cho họ những dụng cụ tối thiểu ở những vùng khó khăn vùng đồng bào dân tộc để họ có thể đỡ đẻ và sơ cứu cho những phụ nữ dân tộc [5], [9], [11], [125].

Chất lượng dịch vụ CSSKSS thấp cũng là rào cản đối với tiếp cận của thai phụ. Phụ nữ có chăm sóc trước sinh tốt sẽ có thực hành tốt hơn khi sinh và phụ nữ có chăm sóc trước sinh và khi sinh tốt sẽ có hành vi chăm sóc sau sinh tốt hơn. Với các tập quán chăm sóc sau sinh truyền thống, các thực hành này được tạo ra do văn hóa và các yếu tố xã hội. Niềm tin tại địa phương, tập quán, phụ nữ có quan hệ thân thuộc có ảnh hưởng quyết định việc các bà mẹ tuân thủ những hành vi này. Các yếu tố ảnh hưởng bao gồm cả việc thiếu nhân lực, do khoảng cách xa, đường xá khó đi hay thiếu các phương tiện vận chuyển (đặc biệt ở vùng sâu và vùng xa) và thói quen, phong tục của người

dân địa phương trong việc chăm sóc bà mẹ tại nhà. Thêm vào đó, văn hóa, truyền thống, gia đình và các yếu tố kinh tế cũng là yếu tố thuận lợi cản trở sự tiếp cận của phụ nữ đến dịch vụ CSSKSS. Quyết định về địa điểm sinh bị chi phối bởi nhiều yếu tố khác nhau như truyền thống đẻ tại nhà, đường đến các cơ sở y tế xa, thiếu người trông coi gia đình khi phụ nữ sinh tại cơ sở y tế, chi phí và quan niệm về dịch vụ y tế còn kém tại trạm y tế xã. Nghiên cứu của UNFPA năm 2008 về tình hình sức khỏe sinh sản của đồng bào dân tộc H'mông tỉnh Hà Giang cho thấy sau khi sinh tại các cơ sở y tế, các bà mẹ trở về nhà và phải tuân theo rất nhiều các phong tục truyền thống theo thiết chế gia đình và cộng đồng [68], [108]. Nhiều nghiên cứu định tính và định lượng về các tập quán truyền thống chăm sóc sau sinh đã được thực hiện. Tập quán này bao gồm rất nhiều các thực hành như chế độ ăn, vệ sinh, nghỉ ngơi và chăm sóc... Nhiều các tập quán này được thực hiện với niềm tin là “tránh gió” như ngồi hơi lửa, tránh ra khỏi nhà, không tắm sau sinh. Thời gian cho mỗi tập quán theo mô tả có thể từ 7 đến 100 ngày. Các thực hành sau khi sinh có khác biệt giữa các dân tộc. Một số thực hành được xếp là có lợi, tuy thế, rất nhiều các tập quán khác là trung tính hoặc có hại [119].

Kết quả nghiên cứu *“Đánh giá hành vi tìm kiếm và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của phụ nữ dân tộc thiểu số tại Việt Nam”* cho thấy kiến thức, hiểu biết của phụ nữ dân tộc thiểu số về chăm sóc sức khỏe trước, trong và sau sinh còn rất hạn chế, mơ hồ, thậm chí còn hiểu sai [68], [125]. Mô hình hành vi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe còn mang tính bị động. Tại đây còn tồn tại nhiều phong tục tập quán, thói quen có ảnh hưởng xấu đến hành vi chăm sóc sức khỏe, coi việc sinh nở là chuyện kín đáo, cúng bái, tin vào các bà đỡ. Bên cạnh đó khoảng cách địa lý, điều kiện kinh tế xã hội của địa phương, năng lực kinh tế của gia đình, trình độ học vấn, ngôn ngữ cũng ảnh hưởng rất lớn đến nhận thức, thái độ và hành vi tìm kiếm dịch vụ CSSK bà

mẹ của phụ nữ dân tộc thiểu số. Ngoài ra, sự tham gia của cộng đồng như chồng, người thân đối với hoạt động chăm sóc sức khỏe bà mẹ, chưa khuyến khích được phụ nữ tiếp cận nhiều hơn với các dịch vụ y tế.

4.3. Bàn luận về phương pháp nghiên cứu

Mặt mạnh của nghiên cứu của chúng tôi là đã sử dụng bộ công cụ được phát triển dựa vào các bộ công cụ của UNFPA và của Tổ chức Cứu trợ Trẻ em Quốc tế đã được áp dụng ở nhiều quốc gia, do vậy đảm bảo tính thống nhất về nội dung cũng như cách thức thu thập số liệu. Mặt khác bộ công cụ của chúng tôi đã được cập nhật và chỉnh sửa cho phù hợp với điều kiện ở các vùng núi vùng sâu vùng xa của Việt Nam. Thêm vào đó, các điều tra viên được đào tạo rất cẩn thận và kỹ lưỡng trong đó có thời gian tập huấn trên lớp (2 ngày) cũng như có thời gian làm thử nghiệm tại cộng đồng (1 ngày) [62], [63]. Điều này giúp cho việc thống nhất cách thức phỏng vấn nhằm hạn chế các sai số hệ thống thường gặp trong các nghiên cứu cộng đồng. Nghiên cứu sinh và các giám sát viên tại tuyến tỉnh đã thực hiện quy trình giám sát can thiệp và thu thập số liệu rất sát sao. Giai đoạn nghiên cứu cắt ngang các giám sát viên đi cùng với điều tra viên ngay từ những ngày đầu để tránh các sai số khi thu thập thông tin và hướng dẫn trực tiếp điều tra viên. Chế độ kiểm tra phiếu điều tra phụ nữ hàng ngày được thực hiện đều đặn.

Việc lựa chọn phần mềm nhập liệu trên Epidata cũng giúp cho hạn chế sai số khi nhập liệu. Việc nhập số liệu được thực hiện 2 lần do 2 nhóm cán bộ khác nhau nhằm hạn chế các sai sót khi nhập số liệu cũng làm tăng thêm chất lượng số liệu [111].

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi cũng còn một số mặt hạn chế. Khi nghiên cứu về thực hành cần có kỹ thuật quan sát và bảng kiểm, ví dụ

khi quan sát thực hành thì cần quan sát cán bộ y tế xã thực hiện các kỹ thuật CSSKSS nhưng do khó khăn về thời gian, số khách hàng thực hiện kỹ thuật cũng như nhân lực chúng tôi chỉ phỏng vấn thực hành của cán bộ y tế về kỹ thuật.

Chúng tôi sử dụng thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng so sánh trước sau không đối chứng, nếu như có nhóm chứng khảo sát song song với nhóm can thiệp sau đó so sánh nhóm chứng với nhau, nhóm trước - sau can thiệp và nhóm chứng - nhóm can thiệp thì độ tin cậy trong nghiên cứu sẽ cao hơn và đánh giá được hiệu quả thực sự của các hoạt động can thiệp.

Nghiên cứu mới tập trung vào một số kỹ thuật chính chứ chưa đề cập đến toàn bộ nội dung cung ứng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã theo Thông tư 43/2013/TT-BYT ngày 11/12/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế Quy định chi tiết phân tuyến kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở khám chữa bệnh.

Nghiên cứu cũng chưa đề cập tới các nguồn kinh phí đảm bảo cho việc cung ứng dịch vụ CSSKSS (ngân sách TƯ thuộc chương trình mục tiêu Quốc gia, ngân sách của địa phương, BHYT...)

Mặt khác do nguồn lực có hạn nghiên cứu mới chỉ thực hiện trong phạm vi hẹp của 21/197 TYT xã của tỉnh Quảng Ninh đồng thời chưa đề cập đến việc cung ứng dịch vụ CSSKSS của các đơn vị khác như y tế tư nhân, y tế ngành trên địa bàn...

Mặc dù vẫn có một số hạn chế đã nêu trên nhưng kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã đảm bảo được tính giá trị và tính đúng của số liệu. Kết quả này có thể sẽ được áp dụng trong các huyện có hoàn cảnh tương tự như 3 huyện nghiên cứu.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng cung ứng dịch vụ CSSKSS tại tuyến xã và khả năng chi trả phí một số dịch vụ CSSKSS

Cơ sở hạ tầng về CSSKSS tại các TYT xã được nghiên cứu khá tốt trên các trên khía cạnh: phòng dịch vụ và các dịch vụ khác phục vụ công tác chuyên môn CSSKSS. Trang thiết bị y tế phục vụ công tác CSSKSS thiếu và không đồng bộ (dao động từ 9,5-92,9%). Thuốc thiết yếu cho CSSKSS rất thiếu, chỉ có 14,2% TYT xã có đủ thuốc thiết yếu cho CSSKSS. Nhân lực cho CSSKSS tại TYT xã còn thiếu (chỉ 83,3% TYT xã đảm bảo đủ biên chế theo qui định của Hướng dẫn quốc gia và phân bố không đều);

Các dịch vụ CSSKSS thiết yếu được cung ứng tại TYT xã tương đối tốt, dao động từ 19% cho kỹ thuật nạo hút tử cung đến kỹ thuật hỗ trợ đỡ đẻ đường dưới 100%%;

Chỉ có 34,9% phụ nữ có khả năng tự chi trả cho các hoạt động CSSKSS;

81% cán bộ y tế cho rằng người dân có nhu cầu cao về sử dụng dịch vụ CSSKSS, 12% cán bộ y tế cho rằng nhu cầu này của người dân ở mức trung bình và chỉ có 7% số cán bộ y tế cho rằng nhu cầu người dân sử dụng dịch vụ CSSKSS ở mức thấp;

2. Hiệu quả giải pháp đảm bảo cung ứng dịch vụ CSSKSS tại TYT xã

Các giải pháp can thiệp tại TYT xã tỏ ra khá hiệu quả, đã cải thiện cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, thuốc thiết yếu và khả năng cung ứng dịch vụ CSSKSS đã được tăng cao rõ rệt so với trước khi can thiệp.

Tỷ lệ khách hàng đánh giá chất lượng dịch vụ CSSKSS đạt yêu cầu tăng từ 46,3% trước can thiệp lên 53,6% sau can thiệp với CSHQ tăng 15,6%. Tỷ lệ khách hàng có khả năng chi trả toàn bộ dịch vụ tăng từ 34% (trước can thiệp) lên 47,1% (sau can thiệp) với CSHQ tăng 38,5%. Đặc biệt, tỷ lệ khách

hàng hài lòng với việc cung ứng dịch vụ CSSKSS tăng từ 94,5% trước can thiệp lên 98,8% sau can thiệp với CSHQ là 4,5%.

Tỷ lệ nạo hút thai so với số đẻ giảm từ 56,47% trước can thiệp xuống 42,04% sau can thiệp với CSHQ giảm 25,6% tương đương với ước tính toàn quốc (trên 30% cộng thêm $\frac{1}{2}$ đến $\frac{1}{3}$ số nạo hút thai thực hiện ở cơ sở y tế tư nhân). Tỷ lệ phụ nữ có thai được thăm khám từ 3 lần trở lên tăng từ 92,96% trước can thiệp lên 97,37% sau can thiệp với CSHQ tăng 4,7%, tỷ lệ này cao hơn trung bình cả nước và tương đương với vùng cao nhất là Đồng bằng sông Hồng. Tỷ lệ phụ nữ đẻ và trẻ sơ sinh được chăm sóc sau sinh tăng từ 75,06% trước can thiệp lên 82,37% sau can thiệp với CSHQ tăng 9,7%. Tỷ lệ cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ áp dụng các biện pháp tránh thai hiện đại tăng từ 67,77% trước can thiệp lên 75,46% sau can thiệp với CSHQ tăng 11,3%, tỷ lệ này cao hơn so với trung bình cả nước (62%).

Việc triển khai đồng bộ các giải pháp từ cải thiện cơ sở hạ tầng, trang thiết bị y tế đến việc nâng cao trình độ chuyên môn cùng với công tác tuyên truyền vận động người dân đã làm cho người dân đến TYT xã sử dụng dịch vụ CSSKSS nhiều hơn, người dân tin tưởng hơn việc cung ứng dịch vụ CSSKSS ở TYT xã. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, để can thiệp hiệu quả tất cả các nội dung của CSSKSS với tất cả các đối tượng thì cần phải có sự vào cuộc của nhiều thành phần, nhiều cơ quan ban ngành địa phương (tổ chức Đảng, đoàn thể, chính quyền, cơ quan tài chính, truyền thông...) chứ không chỉ riêng cơ quan y tế.

KIẾN NGHỊ

1. Sở Y tế cần có kế hoạch đầu tư trang thiết bị y tế và nguồn thuốc, có kế hoạch đào tạo lại cho cán bộ y tế phục vụ công tác CSSKSS tại trạm y tế xã.

3. CSSKSS là lĩnh vực tương đối rộng gồm 10 nội dung vì thế nên tiến hành nghiên cứu chuyên sâu một vài lĩnh vực cụ thể đặc biệt nên hướng tới một số lĩnh vực chưa có nhiều nghiên cứu như vô sinh, SKSS vị thành niên, giáo dục giới tính và tình dục...

3. Trong hoạt động can thiệp cần chú trọng hơn nữa công tác truyền thông thay đổi kiến thức, thái độ hành vi về SKSS cho người dân nhất là đối với đồng bào dân tộc thiểu số ở vùng sâu vùng xa.

**CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ
LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. Khả năng và mong muốn chi trả phí dịch vụ CSSKSS và KHHGD của phụ nữ từ 15 – 49 tuổi tại 3 xã tỉnh Quảng Ninh, năm 2013 (tạp chí YHDP, tập XXV, số 8 (168), 2015)
2. Đánh giá hiệu quả một số giải pháp đảm bảo cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tại trạm y tế xã, tỉnh Quảng Ninh.(tạp chí YHDP, tập XXVI, số 7 (180), 2016.

TÀI LIỆU THAM KHẢO
Tiếng Việt

1. Bộ Tài chính - Y tế (2008), Thông tư liên tịch số 32/2008/TTLT-BTC-BYT ngày 17 tháng 4 năm 2008 về hướng dẫn quản lý và sử dụng kinh phí thực hiện chương trình mục tiêu quốc gia dân số và KHHGD giai đoạn 2006-2010.
2. Bộ Y tế (2012), Báo cáo chiến lược Quốc gia về Chăm sóc sức khỏe sinh sản tại Hội nghị Quốc gia về dân số và phát triển bền vững.
3. Bộ Y tế (2015), Báo cáo tổng kết 5 năm công tác DS-KHHGD 2011-2015.
4. Bộ Y tế (2011), Báo cáo tổng quan ngành y tế năm 2011(JAHR).
5. Bộ Y tế (2014), Báo cáo tổng quan ngành y tế năm 2013. Nhà Xuất bản Y học.
6. Bộ Y tế (2014) - Dự án tăng cường năng lực hệ thống y tế cơ sở một số tỉnh trọng điểm, Báo cáo thực trạng cung ứng dịch vụ của trạm y tế xã ở một số vùng/miền và các yếu tố ảnh hưởng.
7. Bộ Y tế (2011). Niên giám thống kê y tế 2010, Nhà xuất bản in và sản xuất bao bì Hà Nội, tr 133 - 135.
8. Bộ Y tế (2014), Niên giám thống kê y tế 2014. Nhà Xuất bản Y học. Hà Nội, Việt Nam 2015.
9. Bộ Y tế (2014), Quyết định số 342/QĐ-BYT ngày 24 tháng 1 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Chuẩn cơ bản hộ sinh Việt Nam
10. Bộ Y tế (2011) Quyết định 1142/QĐ-BYT ngày 18/4/2011 của về phê duyệt tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn tổ chức thực hiện

đơn nguyên sơ sinh và góc sơ sinh tại các tuyến y tế”.

11. Bộ Y tế/Vụ Sức khỏe sinh sản (2009), Báo cáo tình hình thực hiện Dự án mục tiêu Quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản. Bộ Y tế.
12. Bộ Y tế (2009), Quyết định 4620/QĐ-BYT về việc ban hành “Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản”.
13. Bộ Y tế (2009), Thông tư số 06/2009/TT-BYT quy định về định mức thuốc thiết yếu và các vật tư tiêu hao trong các dịch vụ, thủ thuật chăm sóc sức khỏe sinh sản.
14. Bộ Y tế (2011), CV 93/TCDS-KHTC Hướng dẫn chi tiết chỉ tiêu, nhiệm vụ, Chương trình mục tiêu Quốc gia DS-KHHGD năm 2011
15. Bộ Y tế (2012), Quyết định 3447/QĐ-BYT Ban hành Bộ tiêu chí Quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011-2020.
16. Bộ Y tế (2001), Quyết định số 385/2001/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ y tế về việc ban hành Quy định nhiệm vụ kỹ thuật trong lĩnh vực CSSKSS tại các cơ sở y tế, Văn bản quy phạm hiện hành trong lĩnh vực CSSKSS, Vụ BVSKBMTE/KHHGD, Bộ Y tế.
17. Bộ Y tế, Bộ Tài chính (2009), Thông tư liên tịch số 09/2009/TTLT-BYT-BTC ngày 14/8/2009 về việc hướng dẫn thực hiện một số điều của Luật bảo hiểm y tế.
18. Bộ Y tế - Bộ Tài chính (2012), Thông tư liên tịch số 04/2012/TTLT-BYT-BTC Ban hành mức tối đa khung giá dịch vụ khám chữa bệnh trong các cơ sở khám chữa bệnh Nhà nước
19. Bộ Y tế (2009), Báo cáo kết quả điều tra cơ bản Chương trình giảm tử vong mẹ và tử vong sơ sinh tại 14 tỉnh Dự án. Hà Nội.

20. Bộ Y tế, Vụ Sức khỏe sinh sản (2010), Báo cáo kết quả khảo sát thực trạng mạng lưới và năng lực cung cấp dịch vụ CSSKSS Việt Nam 2010. Hà Nội. 2010.
21. Bộ Y tế, Vụ Sức khỏe sinh sản (2014), Báo cáo khảo sát cập nhật tình hình mạng lưới CSSKSS Việt Nam 2014. Hà Nội. 2014.
22. Bộ Y tế, Vụ Sức khỏe Bà mẹ trẻ em- Bộ Y tế (2014), Báo cáo Tổng kết công tác Chăm sóc Sức khỏe Sinh sản 2014- Phương hướng nhiệm vụ 2015.
23. Bộ Y tế - Tổ chức y tế thế giới, chủ biên (2001), *Quản lý y tế*, Nhà xuất bản y học Hà Nội.
24. Chính phủ nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2001), Quyết định 35/2001/QĐ-TTg ngày 19 tháng 3 năm 2001 về việc phê duyệt Chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001-2010.
25. Chính phủ (2006), Quyết định số 153/2006/QĐ-TTg về việc phê duyệt Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020.
26. Chính phủ nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2011), Quyết định Phê duyệt Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản giai đoạn 2011-2020. Số 2013/QĐ-TTg.
27. Chính phủ nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2002), Quyết định 139/2002/QĐ-TTg về việc khám chữa bệnh cho người nghèo.
28. Chính phủ nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2005), Nghị định 63/2005/NĐ-CP về việc ban hành điều lệ bảo hiểm y tế.

29. Chính phủ nước Cộng hoà Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2008), Quyết định số 117/2008/QĐ-TTg về điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế đối với các đối tượng thuộc diện chính sách xã hội.
30. Chủ tịch nước Cộng hoà Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2014), Luật BHYT số 58/2014/QH13 ngày 20/11/2014.
31. Chính phủ nước Cộng hoà Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2005), Nghị định số 36/2005/NĐ-CP ngày 17 tháng 3 năm 2005 về Quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật bảo vệ, Chăm sóc và Giáo dục trẻ em.
32. Trần An Dương và CS (2016), Nghiên cứu khả năng và mong muốn chi trả dịch vụ CSSKSS/KHHGD của phụ nữ 15-49 tuổi tại 3 huyện tỉnh Quảng Ninh năm 2013. Manuscript.
33. Trần An Dương và CS (2016), Đánh giá hiệu quả một số giải pháp đảm bảo cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tại trạm y tế xã tỉnh Quảng Ninh. Manuscript.
34. Tạ Như Đỉnh, Ngô Toàn Anh, Chu Hùng Cường, Ngô Văn Toàn, Nguyễn Anh Dũng (2016), Đánh giá hiệu quả nâng cao cơ sở vật chất, trang thiết bị và thuốc thiết yếu cho chăm sóc sơ sinh của bệnh viện huyện và trạm y tế xã tỉnh Đăk Lăk 2013-2016. Tạp chí Y học dự phòng số 4, 2016.
35. Tạ Như Đỉnh, Ngô Toàn Anh, Chu Hùng Cường, Ngô Văn Toàn, Nguyễn Anh Dũng (2016), Đánh giá hiệu quả nâng cao cơ sở vật chất, trang thiết bị và thuốc thiết yếu cho chăm sóc sơ sinh của bệnh viện huyện và trạm y tế xã tỉnh Đăk Lăk 2013-2016.
36. Đinh Hữu Dung, Nguyễn Thị Tuyền (2002), “Tình hình ô nhiễm vi khuẩn ở môi trường trong và ngoài bệnh viện tại 6 bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh”, Tạp chí Nghiên cứu Y học, Phụ bản 20 (4),

tr. 250-254.

37. Trương Việt Dũng và cs. (2004), “Nghiên cứu tính công bằng trong sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh qua điều tra y tế hộ gia đình”, Tạp chí Nghiên cứu Y học, Số 27, tr. 140-146.
38. Nguyễn Thanh Hà, Phạm Quỳnh Nga và cs. (2007), “Thực trạng CCDV chăm sóc sức khỏe bà mẹ trước và trong khi sinh tại trạm y tế xã một số tỉnh Tây nguyên 2004”, Tạp chí Y tế Công cộng, Số 7/2007, tr. 45-50.
39. Đinh Thanh Huệ (2004), “Nghiên cứu tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ có chồng trong độ tuổi sinh đẻ xã Hương Long, thành phố Huế”, Tạp chí Nghiên cứu Y học, Số 27, tr. 127-132.
40. Vũ Thị Hương (2006). Nghiên cứu tình hình phá thai đến 12 tuần và đánh giá sự hiểu biết về các biện pháp tránh thai của phụ nữ đến phá thai tại bệnh viện phụ sản trung ương năm 2006, Luận án thạc sĩ y tế công cộng, Thư viện trường Đại học Y Hà Nội, Tr 31 – 38.
41. Trần Thị Phương Mai (2004), “Nguyên nhân và một số yếu tố ảnh hưởng đến nạo hút thai tại 7 cơ sở y tế ở Việt Nam”, Tạp chí Nghiên cứu Y học, Phụ trương số 5/2004, tr. 83-88.
42. Khamphanh Prabouasone, Ngô Văn Toàn, Lê Anh Tuấn, Bùi Văn Nhơn (2013), Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức và thực hành về làm mẹ an toàn cho các bà mẹ 15-49 tuổi tại tỉnh Bo Li Khăm Xay, Lào năm 2011. Tạp chí Y học Thực hành, Vol. 859, N^o2.

43. Phạm Phương Lan, Vương Tiến Hòa, Nguyễn Thị Thùy Dương, Lê Anh Tuấn (2012), “Hiệu quả mô hình chăm sóc sau sinh tại nhà cho các bà mẹ đến sinh con tại Bệnh viện Phụ sản trung ương và Bệnh viện Ba Vì”, *Tạp chí Y học dự phòng*, tập XXII, số 6 (133), Tr.124-132.
44. Nguyễn Khắc Lập (2016). Thực trạng thu chi tài chính và chi phí đầy đủ một số dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện đa khoa thị xã Phúc Yên tỉnh Vĩnh Phúc. Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp 2. Trường Đại học Y Hà Nội, trang 58-59.
45. Trần Thị Kim Lý (2008), Nghiên cứu tình hình sử dụng các dịch vụ khám chữa bệnh của người dân tại xã Iakhroi, xã IaPhi, xã Hịa Phú, huyện Chupah tỉnh Gia Lai, Luận văn chuyên khoa cấp I, Đại học Y dược Huế, Huế.
46. Hải Ninh (2012) Hiệu quả từ chiến dịch: Tăng cường tuyên truyền lồng ghép dịch vụ CSSKSS-KHHGD tại Quảng Ninh, Sức khỏe Quảng Ninh, số 7/2012.
47. Sở Y tế Quảng Ninh (2013). Quy hoạch tổng thể phát triển ngành y tế Quảng Ninh đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030.
48. Hoàng Thị Tâm (2011), Đánh giá tình hình sử dụng biện pháp tránh thai của các cặp vợ chồng từ 15-49 tuổi tại tỉnh Thừa Thiên Huế
49. Nguyễn Thị Thanh Tâm (2014), “Đánh giá kết quả can thiệp làm mẹ an toàn ở các bà mẹ có con dưới 2 tuổi tại 5 tỉnh Việt Nam giai đoạn 2006-2012. Luận án tiến sỹ Y tế công cộng. Viện Vệ sinh Dịch tễ.

50. Lê Văn Thanh (2008), Nghiên cứu thực trạng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản theo Chuẩn Quốc gia tuyến xã tại 3 tỉnh phía Bắc, thử nghiệm một số giải pháp can thiệp. Luận án tiến sĩ Y tế công cộng. ĐH Y Dược Thái Bình.
51. Lê Thị Kim Thoa, Lê Thị Thanh Xuân (2006), “Mô hình sử dụng dịch vụ y tế của vị thành niên tại một số tỉnh miền Bắc năm 2004”, Tạp chí Nghiên cứu Y học, Số 46, tr. 90-96.
52. Ngô Văn Toàn (2006), “Thực hành chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh tại tỉnh Khánh Hòa năm 2005”, Tạp chí Nghiên cứu Y học, Số 41, tr. 76-78.
53. Ngô Văn Toàn (2006), "Nghiên cứu ủ ấm da kề da và nuôi con bằng sữa mẹ trong vòng một giờ đầu sau đẻ tại 4 bệnh viện tại Hà Nội năm 2006", Tạp chí thông tin Y Dược. (7), tr. 22-26.
54. Ngô Văn Toàn (2007), "Phân tích đa biến mối liên quan giữa các yếu tố ảnh hưởng và thực hành chăm sóc trước và trong khi sinh tại tỉnh Quảng Trị năm 2005", Tạp chí Y học thực hành. 1, tr. 25-27.
55. Lê Thiện Thái, Ngô Văn Toàn (2012), Đánh giá hiệu quả các biện pháp can thiệp nhằm nâng cao kiến thức và thực hành chăm sóc sơ sinh của các bà mẹ tại 3 tỉnh Thái Nguyên, Thừa thiên-Huế, Vĩnh Long giai đoạn 2008- 2011, Tạp chí Y học Thực hành, 2012, tr 16-21.
56. Ngô Văn Toàn, Bùi Văn Nhơn, Lê Anh Tuấn, Khamphanh Prabouasone (2012), *Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức và thực hành về làm mẹ an toàn cho các bà mẹ 15-49 tuổi tỉnh Bo li khăm xay, Lào năm 2011*, Tạp chí Y học Thực hành số năm 2012.

57. Lương Ngọc Trương (2007), Nghiên cứu tỷ lệ tử vong sơ sinh và một số yếu tố liên quan tại Thanh Hoá, Tạp chí Y học Thực hành số 8/2007, tr 28-31.
58. Lương Ngọc Trương (2008), *Kiến thức, thực hành chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh tại 2 huyện Ngọc Lặc, Như Thanh tỉnh Thanh Hoá*, Hội nghị Sản Phụ khoa Việt – Pháp - Châu Á - Thái Bình Dương lần thứ VIII- Chuyên ngành sơ sinh-ngày 15-16 tháng 5 năm 2008.
59. Trường Đại học Y Hà Nội (2010), Phương pháp nghiên cứu khoa học. Nhà Xuất bản Y học.
60. Ngô Văn Toàn (2001), Mẫu và chọn mẫu trong nghiên cứu y học. Nhà xuất bản y học 2001.
61. Nguyễn Thị Như Tú (2009), Nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng đến sử dụng dịch vụ chăm sóc trước, trong và sau sinh của các bà mẹ tại tỉnh Bình Định năm 2008-2009, Luận văn Thạc sĩ Y tế Công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
62. Lê Anh Tuấn, Ngô Văn Toàn và CS (2009), Mối liên quan giữa một số yếu tố ảnh hưởng và thực hành khám lại sau sinh của bà mẹ tại tỉnh Bình Định năm 2008, Tạp chí nghiên cứu y học, số 64 (5).
63. Đào Quang Vinh, Trần Thị Phương Mai, Vũ Diễm (2007), “Thực trạng tai biến sản khoa tại cộng đồng ở một số xã của huyện Hoài Đức, tỉnh Hà Tây”, Tạp chí Nghiên cứu Y học, Số 52, tr. 57-62.
64. UNFPA (2009), Sinh đẻ của người dân tộc thiểu số tại Bình Định. Tr 6
65. UNFPA (2011), Sự thay đổi về chất lượng cung cấp và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản giai đoạn 2006-2010 tại 7

tính tham gia chương trình quốc gia 7.

66. UNFPA (2008), Sức khỏe sinh sản của đồng bào dân tộc Hmông tỉnh Hà Giang, Hà Nội.
67. UNICEF (2008), "Báo cáo của Quỹ Nhi đồng Liên Hiệp quốc nhân mạnh nguy cơ tử vong bà mẹ ở các nước đang phát triển," *Dân số và phát triển*, 11(92): tr. 25-26.

Tiếng Anh

68. Agarwal S., Srivastava K., Sethi V (2007). Maternal and newborn care practices among the Urban poor in Indore, India: Gaps, Reasons and Possible Program Options. Urban Health Resource Center (New Delhi). pp: 42
69. Abhishek Singh et al (2012), "Socio-economic inequalities in the use of postnatal care in India", *journal.pone.0037037*. 7 (5), pp. 12-21.
70. Abdullhah H Baqui, et al (2009), Effect of timing of first postnatal care home visit on neonatal mortality in Bangladesh: a observational cohort study. *British Medical Journal*.
71. Amardeep Thind et al (2008), "Research artical where to delivery? Analasis of choice of delivery location from a national survey in India", *BMC Public Health*. 8 (29), pp. 1741-2458.
72. Anwar I, S.M Akhtar N, Chowdhury ME et al (2008), "Inequity in maternal health-care services: evidence from home-based skilled-birth-attendant programmes in Bangladesh", *Bull World Health Organ*, 86(4)252-259.
73. Berer M. (2004), "National laws and unsafe abortion: the parameters of change", *Reprod Health Matters*, Vol 12 (suppl 24), pp. 1-8.

74. Boighi J, Sabina N, Ronsmans C et al (2010), Comparison of cost of home and facility based basic obstetric care in rural Bangladesh. *Health Population Nutrition* 2010 June 28 (3): 286-293.
75. Christine Poulos, Jui-Chen Yang, Carol Levin, Hoang Van Minh, Kim Bao Giang, Diep Nguyen (2015), Mothers' preferences and willingness to pay for HPV vaccines in Vinh Long Province, Vietnam. Manuscript (2015).
76. Dana Dovey (2015), Maternal Mortality In 2015: We Succeeded And Still Have Room For Improvement In Protecting Mothers' Lives. <http://www.medicaldaily.com/maternal-mor>.
77. Dat V Duong et al (2004), "Utilization of delivery services at the primary health care level in rural Vietnam", *Social Sciences & Medicine*. 59 (12), pp. 2585-2595.
78. David A Grimes, Janie Benson, Susheela Singh (2006), Sexual and Reproductive Health Series, Unsafe abortion: the preventablepandemic, http://www.Who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet_4.pdf, 2 - 3.
79. Dhaher E, Mikolajczyk RT, Maxwell AE et al (2007), "Factors associated with lack of postnatal care among Palestinian women: a cross-sectional study of three clinics in the West Bank", *BMC Pregnancy Childbirth*, 7(19)180.
80. Dhakal S et al (2007), "Utilisation of postnatal care among rural women in Nepal", *BMC Pregnancy Childbirth*. 7 (19), pp. 138.

81. Duong, D.V., Colin W. Binns, and Andy H. Lee (2004), "Utilization of Delivery Services at the Primary Health Care Level in Rural Vietnam," *Social Science and Medicine*: p. 59.
82. Farhana Yousuf et al (2010), "Factors for inaccessibility of antenatal care by women in Sindh", *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 22(4), pp. 187-189.
83. Guttmacher Institute (2012). Facts on induced Abortion Worldwide, http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.html
84. Hanoi School of Public Health (2004), Assessment of Service Provision and Client's Needs in 3 Provinces: HaTay, Quang Tri and Kien Giang, in *Safe motherhood*. 2004, Hanoi School of Public Health.
85. Hou Z, Jie Chang, Yue D (2014), Determinants of willingness to pay for self-paid vaccines in China. *Vaccine* 31; 32 (35):4471-7.
86. Hoyo C et al (2011), "Folic acid supplementation before and during pregnancy in the Newborn Epigenetics Study (NEST)", *BMC Public Health*. 11 (46), pp. 1471-2458.
87. Doan Thi Thu Huyen, Hoang Van Minh (2014), Willingness to pay for health insurance among informal sector workers: A case study from Hanoi capital Vietnam. *Vietnam Journal of Public Health*. Vol. 2 Iss. 2.
88. John Zarcostas (2004), "Progress in antenatal care but more services needed", *The Lancet* 363 (9415), pp. 1123.
89. 1. Jun A Liu, Qi Wang và Zu X Lu (2010), "Job satisfaction and its modeling among township health center employees: a quantitative study in poor rural China", *BMC Health Services Research*

90. Ishtiaq Mannan et al (2008), Can early postpartum home visit by trained community Health workers improve breastfeeding of newborns? National Institute of Health. *J Perinatol*.
91. Kassebaum et al, (2014), Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013, Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*.
92. Katarina Johansson, Clara AArts, Elizabeth Darj (2010), First-time parent's experiences on home based postnatal care in Sweden. *Upsala Journal of Medical Sciences*, No.115, pp.131-137.
93. Kerber, K.J., et al.,(2007), Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *Lancet*, 2007. 370(9595): p. 1358-69.
94. Khan K.S., Wojdyla D., et al. (2006), "WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review", *Lancet*, Vol 367, pp. 1066-1074.
95. Lawn, JE, et al. (2014), "Every Newborn: Progress, Priorities, and Potential beyond Survival", *The Lancet*, 384(9938), pp.189-205.
96. Linda J Kvist and Eva K Persson (2009), Evaluation of changes in postnatal care using the "Parents" postnatal sense of security instrument and an assessment of the instrument's reliability and validity. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2009. 9:35.
97. Luong L H (2006), "Situation of Home Delivery and Influenced Factors in Yen Mo, Ninh Binh in 2006", *Hanoi School of Public Health*, pp. 56-59.

98. Mai T.T.P (2005), *Maternal Mortality in Vietnam 2000 - 2001 - An In Depth Analysis of Causes and Determinants*. 2005, Maternal and Child Health and Family Planning Department (MCH/FP), Ministry of Health, Vietnam; World Health Organization (WHO). p. 80.
99. Man N V et al (2005), "Accessibility, Utility and Quality of Prenatal Care in Tay Nguyen Region in 2004", *Research On Reproductive Health In Vietnam*, pp. 11-14.
100. Marston C. (2003), "Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence", *Int Fam Plan Perspect*, Vol 29, pp. 6-13.
101. Hoang Van Minh, Nguyen Thi Kim Phuong, Priyanka Saksena, Chris D. James, Ke Xu (2012), Financial burden of household out-of pocket health expenditure in Viet Nam: Findings from the National Living Standard Survey 2002. *Social Science & Medicine*.
102. Mrisho M, O.B. Armstrong - Schellenberg J, Haws RA et al (2009), "The use of antenatal and postnatal care: perspectives and experiences of women and health care providers in rural southern Tanzania", *BMC Pregnancy Childbirth*, 9(1)10.
103. Mugweni E et al (2008), "Factors contributing to low institutional deliveries in the Marondera district of Zimbabwe", *Curationis*. 31(2), pp. 5-13.
104. Mullick S., et al. (2005), "Sexually transmitted infections in pregnancy: prevalence, impact on pregnancy outcomes, and approach to treatment in developing countries", *Sex Transm Infect*, Vol 81, pp. 294-302.

105. Bui Cam Nhung, Kim Bao Giang, Nguyen Hoang Thanh, Doan Thu Huyen, Nguyen Hoang Long, Hoang Van Minh (2014), Willingness to pay for a Quality Adjusted Life Year in Bavi district, Vietnam Journal of Public Health. Vol. 2 Iss. 2.
106. Outavong Phathamavong et al (2010), "Antenatal care among ethnic populations in Louang Namtha Province, Lao PDR., LAO PDR", *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 41 (3), pp. 705-10.
107. Papia Raj (2005), "Health-seeking Behavior among Pregnant Women in Uttar Pradesh Indi", *Research and Practice in Social Sciences*. 1 (1), pp. 48-63.
108. Peter O Ouma et al (2010), "Antenatal and delivery care in rural western Kenya: the effect of training health care workers to provide "focused antenatal care" ", *Reproductive Health* 7 (1), pp. 1742-4755.
109. Ross Steven M. and Morrison Gary R (2002), Experimental research methods. Research Design and Statistical Analysis in Christian Ministry.
110. Save the Children International (2013), MCH report in three provinces in Vietnam. Hanoi, Vietnam.
111. Save the children (2008), Effects of Household to Hospital Continuum care intervention in some Asian countries, project report. Regional office. Bangkok, Thailand.
112. Sauvarin J (2006), "Maternal and Neonatal Health in East and South-East Asia", *UNFPA Country Technical Services Team*, pp. 1-21.

113. Simkhada B, Van Teijlingen ER, Porter M et al (2008), "Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: Systematic review of the literature", *Journal of Advanced Nursing*, 61(3)244-260.
114. The Health System Assessment Approach (2012), *The Health System Assessment Approach: A How to Manual*, truy cập ngày 21-2-2014, tại trang web http://www.healthsystems2020.org/userfiles/file/Chapter_8.pdf.
115. *The Lancet* (June 2014), *Midwifery An Executive Summary for The Lancet's Series*, page 3.
116. Tambor M, Pavlova M, Rechel B et al (2014), *Willingness to pay for publicly financed health care services in Central and Eastern Europe*. *Soc Sci Med*;116:193-201.
117. Thuy TT (2006), *Utilization of Antenatal, during Delivery and Postnatal Care among Women in Chililab DSS: Situation and Influenced Factors in public health*, Thesis of master of public health, Hanoi School of Public Health, Hanoi.
118. Thind A, Mohani A, Banerjee K et al (2008), "Where to deliver? Analysis of choice of delivery location from a national survey in India", *BMC Public Health*, (8)29.
119. Ngo Van Toan (2001), *Utilization of health services in transition period*, PhD thesis, Karolonska Institute, Stockholm, Sweden.
120. Toan, N.V. and A. Rosenbloom (2006), *The Capacity and Use of Maternal and Neonatal Health Services in Khanh Hoa, Vietnam: Results of the Baseline Situational Assessment for the Household to Hospital Continuum of Care Project*. Save the Children. p. 84.

121. Toan K Tran et al (2011), "Urban-rural disparities in antenatal care utilization: a study of two cohorts of pregnant women in Vietnam", *BMC Health Services Research*. 11 (120), pp. 2-7.
122. Trinh, L., M. Dibley, and J. Byles (2005), Factor Related to Antenatal Care Utilization in Three Provinces of Vietnam: Long An, Ben Tre and Quang Ngai. in 3rd Asia Pacific Conference on Sexual and Reproductive Health. 2005. Kuala Lumpur, Malaysia.
123. UNFPA (2010), Changes in quality of provision and utilization of reproductive health care services in seven provinces. 2006-2010 Project report, Hanoi, Vietnam.
124. UNFPA (2005), Programme Manager's Planning Monitoring & Evaluation Toolkit (Tool 6b). United Nation Population's Fund. New York.
125. UNICEF, WHO (2012), World Bank and United Nation. Levels and trends in Child mortality. The Report 2012 – Estimates developed by the UN inter-group for Child mortality Estimation.
126. UNICEF (2007), "Percentage of women aged 15-49 years attended at least once during pregnancy by skilled health personnel (doctor, nurse, midwife), 2000-2007. Project report.
127. UNITED NATIONS (2015), Report on MDG in 2015. The Millennium Development Goals Report 2015
128. Uzma Syed et al (2006), Immediate and Early Postnatal Care for Mothers and Newborns in Rural Bangladesh. *J Health Population Nutrition* 2006; 24 (4): 508-518

129. Wali Mohammad Wyar (2009), "Factors Afecting ANC Utilization in Afghanistan", *3rd International Conference on Reproductive Health and Social Sciences Research*, pp. 249-257.
130. WHO (2010), *Ten Facts on Maternal Health, Fact File*, Wold Health Organization. Geneva.
131. WHO and Save the Children (2013), *Surviving the First Day: State of the World's Mother 2013*.
132. World Health Organization (2011). *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*.
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/index.html
133. World Health Organization. *The work of WHO in the Western Pacific region 1 July 2000 -30 June 2001 Fifty-second Regional Office for the Western Pacific, Manila, Philippines, 2001*.
134. Widström E, Seppälä T, Willingness and ability to pay for unexpected dental expenses by Finnish adults. *BMC Oral Health* (2012). 30;12;35.
135. Wu Z, Viisainen K, Li X et al (2008), "Maternal care in rural China: a case study from Anhui province." *BMC Health Serv Res*, (8) 55.
136. Ye Y và Yoshida et al (2010), "Factors affecting the utilization of antenatal care services among women in Kham District, Xiengkhouang province, Lao PDR", *Nagoya J. Med. Sci.* 72 (1-2), pp. 23-33.