



TỔNG BIÊN TẬP

GS. TS. Lê Quang Cường

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

ThS. Vũ Thị Minh Hạnh

BAN BIÊN TẬP

TS. Trần Thị Mai Oanh
TS. Nguyễn Khánh Phương
TS. Khương Anh Tuấn
TS. Trần Văn Tiến

TÒA SOẠN

Viện Chiến lược và Chính sách Y tế
Ngõ A36 Hồ Tùng Mậu - Mai Dịch
Cầu Giấy - Hà Nội
Tel: (04) 3846 1590
(04) 3823 4167
Fax: (04) 3823 2448

Email: tapchichinhhsachyte@hspi.org.vn

Giấy phép xuất bản số:

03/GP-SĐBS cấp ngày 25/1/2006
In 2400 cuốn khổ 20,5x29,5

Chế bản in tại:
LAM-SABACU PRINTING

MỤC LỤC

Trang

NGHIÊN CỨU VỀ MÔ HÌNH TỔ CHỨC CSYT

- Nghiên cứu xây dựng mô hình, lộ trình và cách thức triển khai thực hiện nghị quyết Trung ương 6 (Khóa X) về chuyển giao, tiếp nhận các tổ chức cơ sở Đảng của Bộ Y tế 3
ThS. Vũ Thị Minh Hạnh và Cộng sự
- Đánh giá thực trạng tổ chức mạng lưới của chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống đại tháo đường 12
TS. Khương Anh Tuấn, TS. Nguyễn Thị Minh Hiếu, ThS. Trịnh Ngọc Thành và Cộng sự
- Thực trạng mạng lưới tổ chức bộ máy công tác dân số - KHHGD, chăm sóc sức khỏe sinh sản ở khu vực biển đảo, ven biển 18
TS. Nguyễn Đức Mạnh
- Giải pháp nâng cao hiệu quả hoạt động y tế trường học tại các trường tiểu học và trung học cơ sở công lập ở Hà Nội 25
TS. Nguyễn Đức Mạnh, ThS. Nguyễn Văn Hùng
- Hoàn thiện pháp luật về dân số ở Việt Nam hiện nay 31
ThS. Trần Thị Ngọc Bích

DIỄN ĐÀN CHÍNH SÁCH Y TẾ

- Nghiên cứu cung cấp bằng chứng hoạch định chính sách - kinh nghiệm bước đầu của Viện CL&CSYT, Bộ Y tế 40
ThS. Vũ Thị Minh Hạnh
- Một số vấn đề về quan điểm, định hướng và giải pháp trong cải cách tiền lương cho cán bộ, công chức, viên chức, người lao động ngành y tế 45
ThS. Vũ Văn Hoàn
- Hệ thống thông tin y tế: một số khái niệm và khung tiêu chuẩn của một hệ thống thông tin y tế quốc gia 49
TS. Khương Anh Tuấn
- Thực trạng hoạt động của y tế cơ sở trong chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Việt Nam 55
TS. Trần Thị Mai Oanh và Cộng sự

- Một số giải pháp nhằm tăng cường năng lực của hệ thống y tế cơ sở 64

TS. Lưu Hoài Chuẩn

- Khái niệm về mức sinh thay thế và mức sinh thay thế ở Việt Nam 67

TS. Nguyễn Thị Thu Nam, Trần Chiến Thắng

NHÌN RA NƯỚC NGOÀI

- Chính sách hưu trí đối với cán bộ y tế trên thế giới và bài học kinh nghiệm đối với Việt Nam 72

TS. Lê Thị Hòa Bình và cộng sự

TIN TỨC

- Hội thảo chăm sóc sức khỏe người di cư ở Việt Nam thực trạng và giải pháp 80

Trần Thị Hồng Cẩm

- Hội thảo “Tăng cường chăm sóc sức khỏe ban đầu và củng cố mạng lưới y tế cơ sở” 82

BS. Ong Thế Duệ

- Thư mời 84

NGHIÊN CỨU XÂY DỰNG MÔ HÌNH, LỘ TRÌNH VÀ CÁCH THỨC TRIỂN KHAI THỰC HIỆN NGHỊ QUYẾT TRUNG ƯƠNG 6 (KHÓA X) VỀ CHUYỂN GIAO, TIẾP NHẬN CÁC TỔ CHỨC CƠ SỞ ĐẢNG CỦA BỘ Y TẾ

Ths Vũ Thị Minh Hạnh¹ và cộng sự

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày 30/01/2008, Ban chấp hành Trung ương Đảng đã ban hành Nghị quyết số 22-NQ/TW thông qua Nghị quyết Hội nghị lần thứ 6 (khóa X) về nâng cao năng lực lãnh đạo, sức chiến đấu của tổ chức cơ sở đảng và chất lượng đội ngũ cán bộ, đảng viên. Triển khai thực hiện Nghị quyết trên, ngày 05/3/2008, Đảng ủy Khối các cơ quan Trung ương đã xây dựng Kế hoạch số 12-KH/ĐUK về Triển khai thực hiện Nghị quyết Hội nghị lần thứ 6 Ban Chấp hành Trung ương Đảng khóa X “Về nâng cao năng lực lãnh đạo, sức chiến đấu của tổ chức cơ sở đảng và chất lượng đội ngũ cán bộ, đảng viên” và Kế hoạch số 67-KH/BTCĐUK ngày 04/9/2009 về “chuyển giao, tiếp nhận tổ chức đảng trong Đảng bộ Khối các cơ quan Trung ương theo tinh thần Nghị quyết Trung ương 6 (khóa X)”.

Đảng bộ Bộ Y tế là đảng bộ cấp trên cơ sở trực thuộc Đảng ủy Khối các cơ quan Trung ương. Hiện Đảng bộ đã có 31 chi bộ, đảng bộ trực thuộc với hơn 800 đảng viên, trong đó có 4 tổ chức cơ sở đảng (TCCSD) của các đơn vị sự nghiệp trực thuộc. Nếu triển khai thực hiện Nghị quyết 6 khóa X trong phạm vi toàn ngành thì Đảng bộ Bộ Y tế sẽ có tổng số hơn 100 TCCSD. Đây thực sự là một khó khăn, thách thức đối với Đảng bộ Bộ Y tế do số lượng cán bộ chuyên trách còn thiếu, địa bàn quản lý rộng với nhiều đơn vị trực thuộc đóng tại miền Trung, Tây Nguyên, miền Nam gây khó khăn trong

công tác chỉ đạo triển khai, giám sát, đánh giá. Hơn thế nữa nhiều tổ chức cơ sở đảng hiện đang trực thuộc các thành ủy, quận ủy, thị ủy,... nên việc theo dõi, quản lý các thông tin về công tác đảng tại những đơn vị này còn chưa kịp thời.

Chính vì vậy, việc tiến hành nghiên cứu “Xây dựng mô hình, lộ trình và cách thức để triển khai thực hiện Nghị quyết Trung ương 6 lần 2 (khóa X) về chuyển giao, tiếp nhận các tổ chức cơ sở đảng của Đảng bộ Bộ Y tế” sẽ góp phần cung cấp bằng chứng thực tiễn giúp Đảng bộ Bộ Y tế trong việc thực hiện thành công Nghị quyết số 22 Hội nghị lần thứ 6 Ban chấp hành trung ương khóa X của Đảng và Kế hoạch số 12-KH/ĐUK của Đảng ủy Khối các cơ quan Trung ương.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:

(1) Đánh giá thực trạng mô hình tổ chức của đảng bộ, chi bộ cơ sở trong các cơ quan, đơn vị trực thuộc Bộ Y tế. (2) Phân tích mối quan hệ lãnh đạo giữa Đảng bộ Bộ Y tế với cấp ủy cấp trên của các đơn vị trực thuộc. (3) Đề xuất mô hình, lộ trình và cách thức để triển khai thực hiện Nghị quyết trung ương 6 (khóa X) của đảng bộ Bộ Y tế. (4) Xây dựng bộ tiêu chí đánh giá kết quả hoạt động hàng năm của các TCCSD.

¹ Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Bộ Y tế.

ĐỐI TƯỢNG, ĐỊA BÀN VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu: (1) *Nhóm chỉ đạo thực hiện*: Vụ Tổ chức - Điều lệ, Ban Tổ chức TW; Đảng ủy Khối các cơ quan TW. (2) *Nhóm triển khai thực hiện*: Đảng ủy Bộ Y tế, Đảng ủy và chi ủy của các TCCSĐ. (3) *Nhóm liên quan*: Cấp ủy địa phương; Lãnh đạo đơn vị trong diện chuyển giao tiếp nhận; Đảng viên trong đơn vị; Quân chủng trong đơn vị.
- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 8/2011 đến tháng 6/2013
- Địa bàn nghiên cứu: *Biểu mẫu thống kê được thu thập từ 73 đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ Y tế và 23 Tổng cục/Cục/Vụ/Viện thuộc Bộ Y tế.*

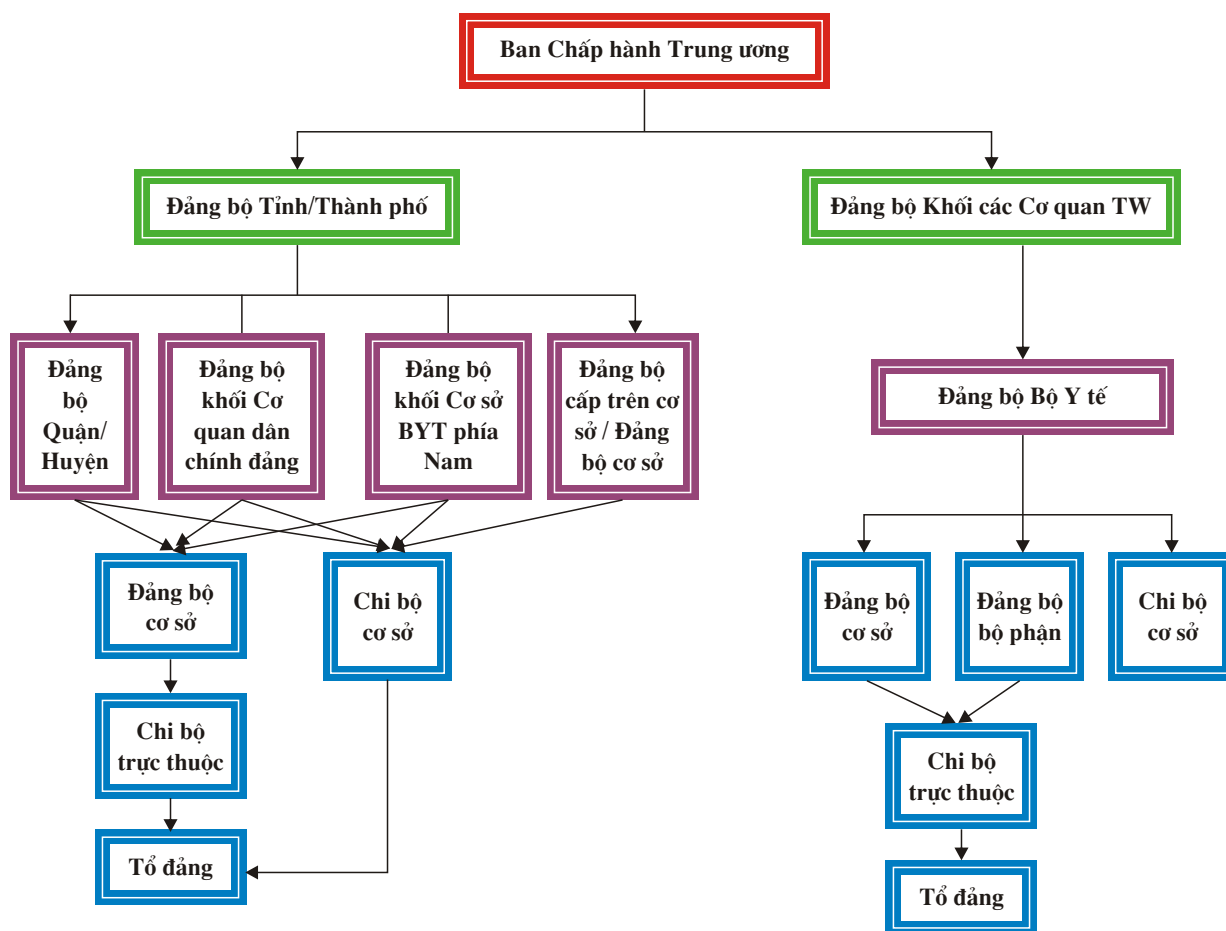
Địa bàn tiến hành khảo sát tại 5 Cục/Vụ; 5 Viện/Trung tâm nghiên cứu; 7 Bệnh viện; 3 Cơ sở đào tạo.

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

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Thực trạng mô hình tổ chức, nhân lực của TCCSĐ trong các đơn vị thuộc, trực thuộc Bộ Y tế và mối quan hệ với Đảng bộ Bộ Y tế.

- Về mô hình tổ chức: Đảng bộ Bộ Y tế là Đảng bộ cấp trên cơ sở trực thuộc Đảng ủy Khối các cơ quan TW với 31 TCCSĐ trực thuộc (xem sơ đồ 1).



Sơ đồ 1: Mô hình tổ chức của TCCSĐ trong các đơn vị thuộc và trực thuộc Bộ Y tế

- Đảng bộ Bộ Y tế có Văn phòng Đảng ủy với 6 cán bộ chuyên trách quản lý (đã đủ định biên theo quy định). Hầu hết các đảng bộ cơ sở đều đã có bộ phận thường trực giúp việc song phổ biến là hoạt động kiêm nhiệm. Các chi bộ cơ sở thường có 01 đồng chí cấp ủy chịu trách nhiệm về đảng vụ.

- Nhân lực tham gia cấp ủy đa số là nam giới, độ tuổi trung niên, có trình độ chuyên môn cao (sau đại học và đại học). Đây là những yếu tố tiền đề quan trọng trong hợp thành năng lực lãnh đạo của cấp ủy trong các TCCSĐ.

- Đa số đảng viên thuộc lứa tuổi trung niên (30 tuổi-45 tuổi chiếm 44,1% và 46 tuổi - 55 tuổi chiếm 33,7%). Đảng viên chiếm hơn 43% trong nhóm cán bộ y tế có trình độ sau đại học và gần 25% những người có trình độ đại học. Đáng chú ý, đảng viên chiếm đa số trong nhóm có trình độ lý luận ở bậc cao (Cử nhân: 76,9%; Cao cấp: 73,9%).

- Nhìn chung Đảng bộ Bộ Y tế hiện mới chỉ phát huy được vai trò lãnh đạo toàn diện với tổ chức đảng của các đơn vị thuộc Bộ. Đối với TCCSĐ trong các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế đã chuyển giao về sinh hoạt tại Đảng bộ, vai trò lãnh đạo của Đảng bộ Bộ Y tế hiện vẫn chưa phát huy được một cách đầy đủ.

2. Ảnh hưởng của mô hình tổ chức đảng trong các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế do các cấp ủy địa phương quản lý đối với năng lực lãnh đạo của TCCSĐ

- Mô hình TCCSĐ trực thuộc cấp ủy địa phương đã giúp cho tổ chức đảng trong các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế thực hiện tốt và rất tốt nhiệm vụ lãnh đạo chính trị tư tưởng, theo dõi giám sát diễn biến tư tưởng của các nhóm đối tượng trong diện quản lý (>81%) và triển khai các phong trào thi đua (>78%). Tuy nhiên, mô hình tổ chức hiện nay chưa giúp TCCSĐ trong các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế khẳng định tốt được vai trò của mình nhất là trong các đơn vị khám chữa bệnh và dự phòng.

- Hình thức phổ biến quán triệt đường lối chủ

trương của Đảng, chính sách pháp luật của Nhà nước là sao gửi văn bản (>70%) và giới thiệu lồng ghép trong các hoạt động khác (50%). Việc chăm lo đời sống vật chất, tinh thần cho cán bộ viên chức đã được cấp ủy tại nhiều đơn vị xác định là một trong những nhiệm vụ chính trị quan trọng và được cụ thể hóa trong Nghị quyết thường kỳ của TCCSĐ. Việc củng cố, kiện toàn mô hình tổ chức và các đoàn thể trong đơn vị đã được cụ thể hóa trong Nghị quyết thường kỳ của TCCSĐ.

- Kết quả đạt được

+ Với khối bệnh viện: Các chỉ tiêu về nâng cao chất lượng, hiệu quả của hoạt động khám chữa bệnh đã được đề cập chi tiết, cụ thể trong Nghị quyết thường kỳ của tổ chức Đảng trong các bệnh viện. Nhờ vậy mà các điều kiện về cơ sở vật chất, trang thiết bị trong các bệnh viện nhìn chung đều đã được cải thiện một cách đáng kể. Danh mục các dịch vụ kỹ thuật cũng đã ngày càng được mở rộng.

+ Với khối trường học: hàng năm những chỉ tiêu về hoạt động đào tạo của các trường cũng đã được xác định cụ thể trong Nghị quyết của cấp ủy đơn vị. Hoạt động đào tạo của các trường đã được thực hiện ngày càng đa dạng cả về trình độ, mã ngành, loại hình cũng như phương thức tiến hành. Năng lực, chất lượng đào tạo của các trường đã từng bước được nâng lên, sản phẩm được đào tạo từ mạng lưới các trường Y Dược trong cả nước nhìn chung đã nhận được sự chấp thuận của xã hội.

+ Với khối các Viện / Trung tâm nghiên cứu: việc thực hiện nhiệm vụ chính trị của các Viện / Trung tâm nghiên cứu thuộc Ngành cũng đã đạt được nhiều kết quả đáng ghi nhận trong một số lĩnh vực cụ thể như: dự phòng, nghiên cứu khoa học, chỉ đạo tuyến, đào tạo □

+ Có 92,8% đảng viên nhận xét TCCSĐ đã hoàn thành tốt và xuất sắc nhiệm vụ lãnh đạo về chính trị tư tưởng. Hơn 83% đại diện cấp ủy của các TCCSĐ cho biết đơn vị đã được Đảng bộ cấp trên đánh giá hoàn thành nhiệm vụ tốt hơn so với

trước. Tỷ lệ TCCSD trong các đơn vị thuộc và trực thuộc Bộ Y tế đạt được danh hiệu thi đua ở mức cao nhất đã ngày càng tăng qua các năm (2008: 26,9%; 2009: 30,9%; 2010: 42,1%).

3. Quá trình triển khai thực hiện Nghị quyết TW 6 (khóa X) về chuyển giao, tiếp nhận TCCSD trong các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế về Đảng bộ Bộ.

- Đảng bộ Bộ Y tế đã thành lập Tổ công tác giúp Đảng ủy Bộ trong việc tiếp nhận một số TCCSD trong các đơn vị trực thuộc về Đảng bộ Bộ. Tháng 7/2011, Đảng ủy Bộ Y tế cũng đã ban hành Đề án Sắp xếp kiện toàn TCCSD trong các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế theo tinh thần Nghị quyết TW 6, Khóa X.

- TCCSD trực thuộc các cấp ủy ở địa phương đã phổ biến chủ trương chuyển giao, tiếp nhận TCCSD. Tuy nhiên đa số đảng viên kể cả lãnh đạo của các đơn vị trực thuộc Bộ đều chưa có tâm thế sẵn sàng đối với việc triển khai thực hiện chuyển giao.

4. Thuận lợi và khó khăn, bất cập trong thực hiện chuyển giao, tiếp nhận TCCSD trong các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế về sinh hoạt tại Đảng bộ Bộ

- **Thuận lợi:** Đảng bộ Bộ Y tế đã nghiêm túc quán triệt và phổ biến chủ trương này đến với các đơn vị trong diện quản lý nhằm tạo nên sự đồng thuận và quyết tâm cao trong triển khai thực hiện. Việc tiến hành chuyển giao, tiếp nhận các TCCSD trong những đơn vị trực thuộc Bộ về Đảng bộ Bộ sẽ giúp tăng cường sự lãnh đạo của Đảng đối với từng lĩnh vực hoạt động chuyên môn trọng yếu của Ngành như: Dự phòng, Khám chữa bệnh, Dược và mỹ phẩm, Vệ sinh an toàn thực phẩm. Các TCCSD trong những đơn vị trực thuộc Bộ Y tế khi chuyển giao về sinh hoạt tại Đảng bộ Bộ có thể sẽ đem lại nhiều lợi ích trực tiếp cho cơ sở bởi đây là cơ hội thuận lợi để tổ chức đảng trong đơn vị phát huy vai trò là cầu nối của giữa cán bộ đảng viên, viên chức, người lao động với Đảng bộ Bộ và lãnh đạo Bộ.

- **Khó khăn, bất cập:** Đối với Đảng bộ Bộ Y tế, cơ cấu tổ chức và nhân lực chuyên trách của Văn phòng Đảng ủy hiện nay chưa đủ điều kiện để có thể đáp ứng được vai trò là đầu mối quản lý khoảng 121 TCCSD. Đảng bộ Bộ Y tế còn gặp nhiều khó khăn, lúng túng do thiếu sự giám sát, đôn đốc và hướng dẫn tổ chức thực hiện của Đảng bộ cấp trên cũng như không được chia sẻ, tham khảo kinh nghiệm từ các bộ, ngành khác. Đối với các TCCSD trong những đơn vị trực thuộc Bộ Y tế, đa số cấp uỷ (70%) cho rằng TCCSD sẽ gặp khó khăn trong lãnh đạo về công tác chính trị tư tưởng.

5. Mô hình tổ chức; lộ trình và cách thức triển khai thực hiện chuyển giao, tiếp nhận TCCSD theo tinh thần Nghị quyết Trung ương 6 (khóa XI) của Đảng bộ Bộ Y tế

- **Mô hình tổ chức của tổ chức Đảng trong những đơn vị trực thuộc Bộ Y tế có thể được kiện toàn theo tinh thần Nghị quyết TW 6 (khóa X) theo 3 phương án.**

+ Phương án 1:

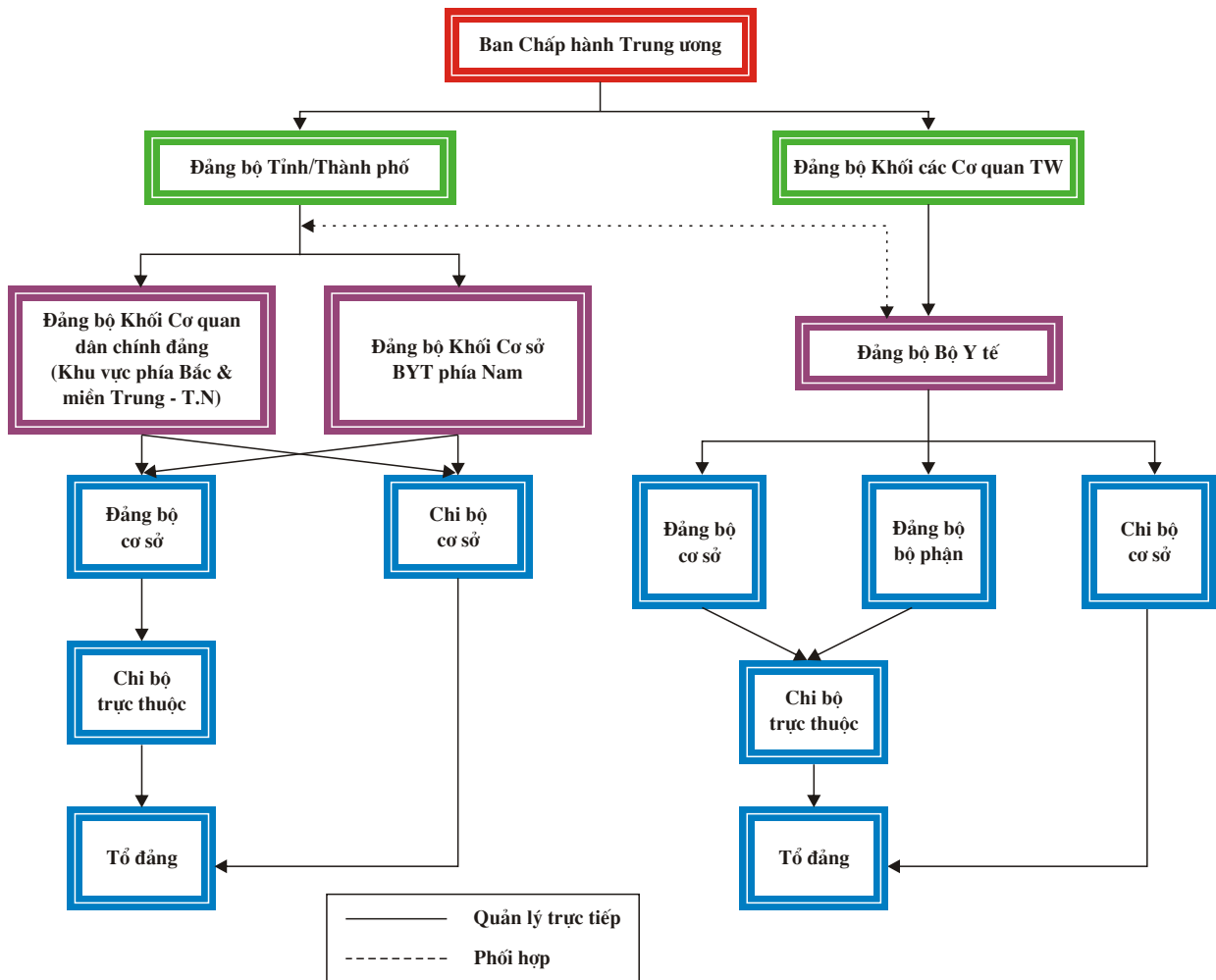
▪ Chuyển giao tiếp nhận tổ chức cơ sở đảng trong các đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ Y tế đóng quân trên địa bàn Hà Nội về Đảng bộ Bộ, trước hết là với các viện nghiên cứu, sau đó sẽ đến các đơn vị sự nghiệp y tế công khác

▪ Tổ chức đảng trong các đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ tại khu vực phía Bắc, miền Trung Tây Nguyên và khu vực phía Nam vẫn trực thuộc sự quản lý của cấp ủy địa phương.

▪ Kiện toàn mô hình tổ chức Đảng bộ Khối cơ sở Bộ Y tế tại phía Nam, tiếp nhận thêm tổ chức đảng của 2 đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ tại Cần Thơ và đặt dưới sự quản lý của Đảng bộ TP. HCM.

▪ Kiện toàn mô hình tổ chức theo hướng tổ chức đảng trong các đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ Y tế tại các tỉnh/TP sẽ chỉ cùng trực thuộc một đầu mối đảng bộ cấp trên ở các địa phương, đó là Đảng bộ Khối cơ quan dân chính đảng thuộc tỉnh Đảng bộ.

- Tăng cường sự phối hợp giữa cấp ủy cấp trên tại địa phương với Đảng bộ Bộ Y tế trong thực hiện vai trò lãnh đạo toàn diện đối với tổ chức đảng trong các đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ.



Sơ đồ 2: Mô hình kiện toàn TCCSD trong các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế theo tinh thần Nghị quyết TW 6 (khóa X) theo phương án 1

+ Phương án 2:

- Chuyển giao tiếp nhận tổ chức cơ sở đảng trong các đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ Y tế đóng quân trên địa bàn Hà Nội và khu vực các tỉnh/TP phía bắc về Đảng bộ Bộ, trước hết là với các viện nghiên cứu, sau đó sẽ đến các đơn vị sự nghiệp y tế công khác.
- Tổ chức đảng trong các đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ tại khu vực miền Trung - Tây Nguyên và khu vực phía Nam vẫn trực thuộc sự quản lý của cấp ủy địa phương.
- Kiện toàn mô hình tổ chức Đảng bộ Khối

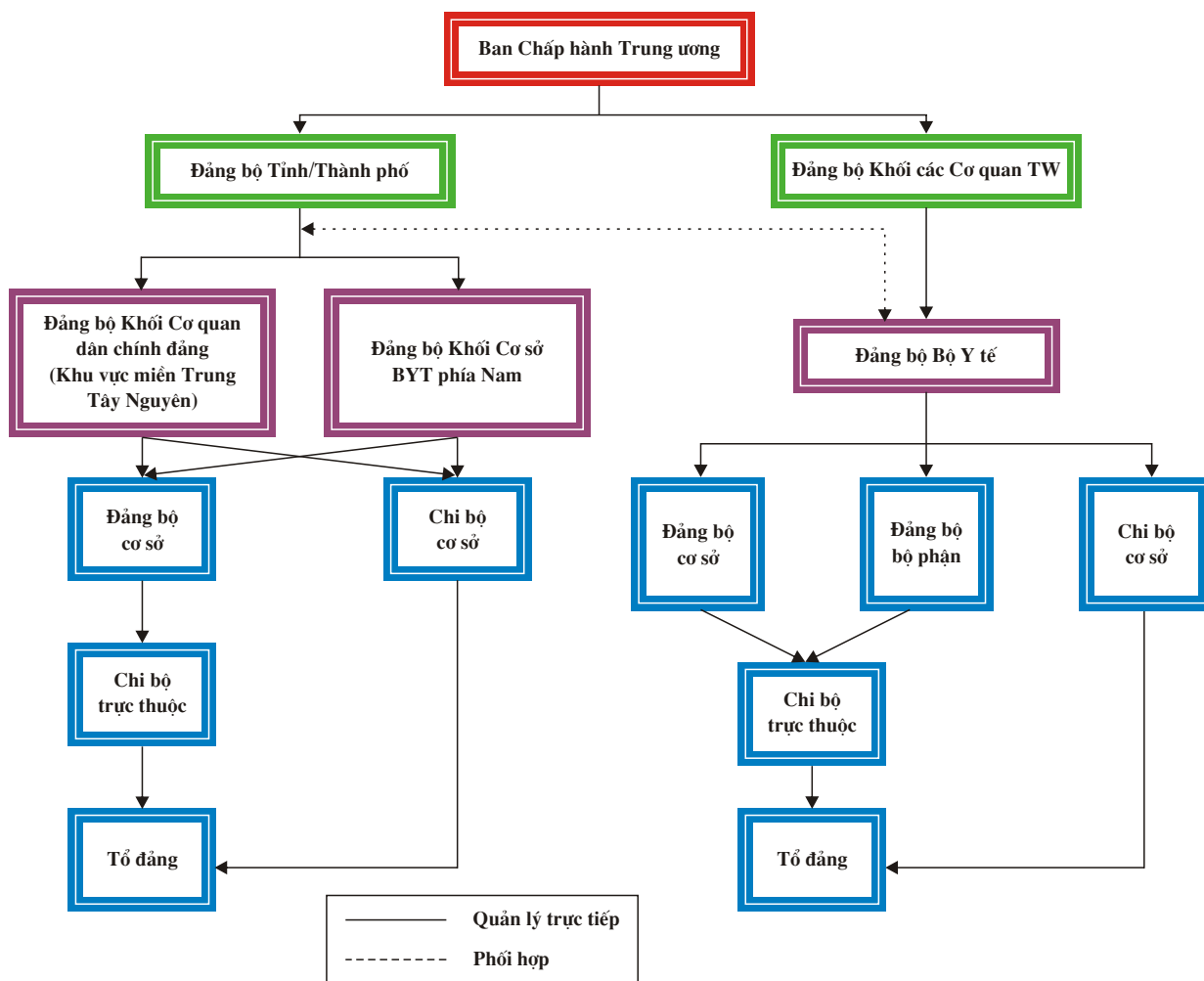
cơ sở Bộ Y tế tại phía Nam, tiếp nhận thêm tổ chức đảng của 2 đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ tại Cần Thơ và đặt dưới sự quản lý của Đảng bộ TP.HCM.

- Kiện toàn mô hình tổ chức theo hướng tổ chức đảng trong các đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ Y tế tại các tỉnh/TP ở khu vực miền Trung - Tây Nguyên và khu vực phía Nam sẽ chỉ cùng trực thuộc một đầu mối đảng bộ cấp trên ở các địa phương, đó là Đảng bộ Khối cơ quan dân chính đảng hoặc Đảng bộ Khối cơ sở Bộ Y tế phía Nam thuộc Đảng bộ các địa phương.

- Tăng cường sự phối hợp giữa cấp ủy cấp

trên tại địa phương với Đảng bộ Bộ Y tế trong thực hiện vai trò lãnh đạo toàn diện đối với tổ

chức đảng trong các đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ.



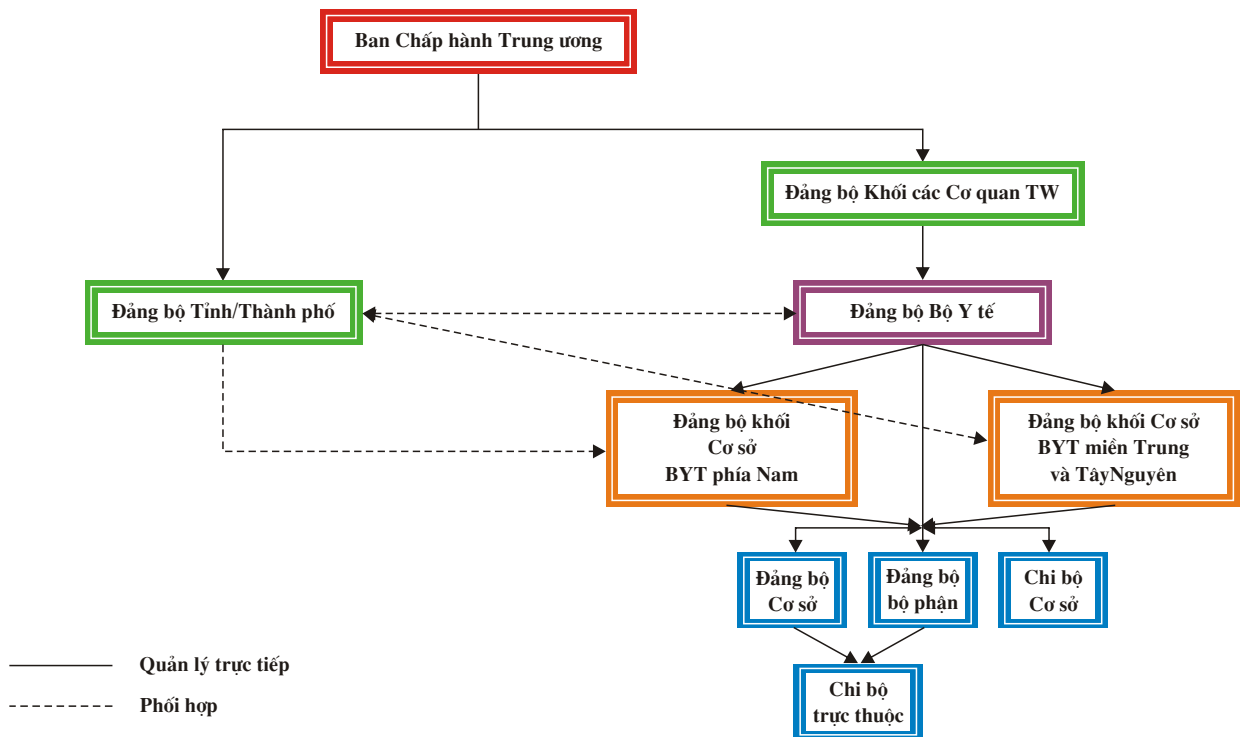
Sơ đồ 3: Kịch bản mô hình tổ chức của tổ chức đảng trong các đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ Y tế theo phương án 2

+ Phương án 3:

- Chuyển giao tiếp nhận tổ chức cơ sở đảng trong các đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ Y tế đóng quân trên địa bàn Hà Nội và khu vực các tỉnh/TP phía bắc về Đảng bộ Bộ, trước hết là với các viện nghiên cứu, sau đó sẽ đến các đơn vị sự nghiệp y tế công khác.
- Kịch bản mô hình tổ chức Đảng bộ Khối cơ sở Bộ Y tế tại phía Nam, tiếp nhận thêm tổ chức đảng của 2 đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ

tại Cần Thơ và chuyển giao về Đảng bộ Bộ.

- Thành lập Đảng bộ Khối cơ sở Bộ Y tế khu vực miền Trung - Tây Nguyên và chuyển giao về trực thuộc sự quản lý của Đảng bộ Bộ.
- Tăng cường sự phối hợp giữa Đảng bộ các địa phương với Đảng bộ Bộ Y tế nhằm tranh thủ sự hỗ trợ tại chỗ của cấp ủy ở địa phương trong lãnh đạo toàn diện đối với tổ chức đảng trong các đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ.



Sơ đồ 4: Kiện toàn mô hình tổ chức của tổ chức đảng trong các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế theo phương án 3

Lộ trình và cách thức triển khai thực hiện

+ Lộ trình thực hiện nên chia thành nhiều bước theo các thời điểm khác nhau với phương châm từ địa bàn gần đến địa bàn xa, từ đơn giản đến phức tạp, từ thử nghiệm đến nhân rộng gắn liền với việc không ngừng kiện toàn và nâng cao năng lực quản lý của Văn phòng Đảng bộ Bộ.

+ Quy trình triển khai chuyển giao, tiếp nhận TCCSĐ như sau: Đảng bộ Bộ Y tế thông báo chủ trương chuyển giao, tiếp nhận và dự kiến lộ trình thực hiện đến cấp ủy của các đơn vị trực thuộc Bộ. Đảng bộ Bộ Y tế triệu tập phiên họp với Bí thư của tổ chức đảng trong các đơn vị trực thuộc Bộ thuộc diện chuyển giao, tiếp nhận để hướng dẫn triển khai thực hiện chủ trương trên. Sau đó Đảng bộ Bộ Y tế trực tiếp làm việc với Đảng bộ cấp trên tại các địa phương để bàn bạc và đi đến thống nhất về kế hoạch thời điểm chuyển giao, tiếp nhận TCCSĐ của những đơn vị trực thuộc Bộ. Đảng bộ cấp trên tại địa phương gửi văn bản phúc đáp đối với những đề

xuất của Đảng bộ Bộ Y tế. Đảng bộ Bộ Y tế tổng hợp ý kiến của Đảng bộ cấp trên tại các địa phương gửi Đảng bộ Khối các cơ quan TW. Đảng bộ Khối các cơ quan TW trình Ban Tổ chức TW thẩm định. Sau khi có văn bản chấp thuận của Ban Tổ chức TW, Đảng ủy Bộ Y tế đề nghị Đảng bộ Khối các cơ quan TW thực hiện các thủ tục chuyển giao, tiếp nhận.

6. Bộ tiêu chí đánh giá kết quả hoạt động hàng năm của TCCSĐ

- Nội dung đánh giá của bộ tiêu chí bao quát đầy đủ, chi tiết cả 5 nhiệm vụ cơ bản với những tiêu chí chung theo quy định, bao gồm: Lãnh đạo thực hiện nhiệm vụ chính trị, đảm bảo an ninh quốc phòng; Lãnh đạo công tác chính trị tư tưởng; Lãnh đạo xây dựng chính quyền, các tổ chức chính trị-xã hội; Lãnh đạo xây dựng TCCSĐ; Lãnh đạo thực hiện học tập tư tưởng và làm theo tấm gương đạo đức Hồ Chí Minh.

- Việc đánh giá kết quả hoạt động hàng năm của TCCSĐ phải căn cứ chủ yếu vào mức độ

hoàn thành nhiệm vụ của tổ chức đảng; sự vững mạnh của chính quyền và các tổ chức đoàn thể trong đơn vị cũng như chất lượng đội ngũ cán bộ, đảng viên.

- Các tiêu chí đánh giá đều dựa trên cơ sở quy định chung về những nội dung mà bộ tiêu chí đánh giá cần đề cập, có thể cụ thể hóa để phù hợp với những đặc thù về nhiệm vụ chính trị của các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế trong từng lĩnh vực hoạt động.

KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

1. Kết luận

- Việc chuyển giao, tiếp nhận TCCSD theo tinh thần Nghị quyết TW 6 (khóa X) là một chủ trương lớn để hoàn thiện mô hình tổ chức của các loại hình TCCSD theo hướng gắn TCCSD với trách nhiệm lãnh đạo thực hiện nhiệm vụ chính trị và lãnh đạo xây dựng chính quyền cùng các tổ chức đoàn thể nhằm nâng cao sức chiến đấu, năng lực lãnh đạo toàn diện của tổ chức đảng trong từng đơn vị.

- Mô hình tổ chức của TCCSD trong các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế hiện đang rất đa dạng về loại hình TCCSD, số lượng đảng viên, địa bàn đóng quân cũng như lĩnh vực hoạt động và chịu sự quản lý phân tán bởi nhiều đầu mối thuộc các cấp khác nhau tại nhiều Đảng bộ địa phương trong cả nước.

- Để gắn TCCSD với việc lãnh đạo thực hiện nhiệm vụ chính trị và lãnh đạo xây dựng chính quyền, tổ chức đoàn thể cần thiết phải kiện toàn lại mô hình quản lý TCCSD theo ngành dọc.

- Lộ trình chuyển giao, tiếp nhận TCCSD trong các đơn vị trực thuộc về Đảng bộ Bộ cần thiết phải thực hiện thận trọng theo các bước và phân chia theo nhiều thời điểm thích hợp với phương châm từ gần đến xa, từ đơn giản đến phức tạp.

- Trong thời gian trước mắt khi các điều kiện tiếp nhận, chuyển giao chưa chín muồi, Đảng bộ Bộ Y tế cần phải chú trọng phối hợp chặt chẽ với Đảng bộ địa phương trong lãnh đạo cũng như

kiểm tra giám sát hoạt động thường kỳ của TCCSD trong những đơn vị trực thuộc Bộ

2. Khuyến nghị

- **Với các TCCSD trong những đơn vị trực thuộc Bộ Y tế:** Kiện toàn cơ cấu tổ chức và nhân lực chuyên trách của bộ phận thường trực TCCSD. Tiếp tục phổ biến quán triệt sâu rộng chủ trương chuyển giao, tiếp nhận TCCSD theo tinh thần Nghị quyết TW 6 (khóa X). Lãnh đạo cấp ủy và đảng viên chủ động trao đổi, thảo luận về những khó khăn, vướng mắc có thể phát sinh để đề xuất các giải pháp khắc phục. Trước mắt từng đơn vị cần phải cụ thể hóa quy định về một số ưu đãi dành cho nhóm đối tượng này trong Quy chế Chi tiêu nội bộ của cơ quan.

- **Với Ban Cán sự đảng và Đảng bộ Bộ Y tế:** Tiếp tục tăng cường lãnh đạo đối với hoạt động phổ biến quán triệt chủ trương chuyển giao, tiếp nhận TCCSD trong các đơn vị trực thuộc nhằm tạo sự đồng thuận trong tổ chức thực hiện của toàn Ngành. Cần khẩn trương xây dựng đề trình các cấp có thẩm quyền phê duyệt cơ chế phối kết hợp giữa Đảng bộ Bộ Y tế với Đảng bộ các địa phương trong một số lĩnh vực hoạt động. Xây dựng kế hoạch chi tiết triển khai thực hiện lộ trình chuyển giao, tiếp nhận TCCSD. Tiếp tục xúc tiến các thủ tục cần thiết để tiếp nhận TCCSD trong những đơn vị trực thuộc Bộ. Chú trọng hơn nữa việc phối hợp với các cấp ủy cấp trên tại địa phương trong thực hiện kiểm tra giám sát hoạt động của các TCCSD trong những đơn vị trực thuộc Bộ. Không ngừng củng cố, kiện toàn Văn phòng Đảng ủy Bộ Y tế trên mọi phương diện.

- **Với Đảng bộ Khối các cơ quan TW và Ban Tổ chức TW:** Ban hành văn bản hướng dẫn cơ chế phối hợp giữa Đảng bộ các Bộ, ngành với Đảng bộ địa phương trong lãnh đạo các TCCSD của các cơ quan TW có trụ sở đóng trên địa bàn. Tiến hành đánh giá kết quả triển khai thực hiện chuyển giao tiếp nhận TCCSD theo tinh thần Nghị quyết TW 6 (khóa X) trong phạm vi cả nước để đúc rút các bài học kinh nghiệm phổ biến cho các Bộ, ngành, địa phương cùng tham

khảo. Tăng cường hoạt động kiểm tra giám sát, đôn đốc và hỗ trợ có hiệu quả đối với Đảng bộ các Bộ, ngành cũng như với Đảng bộ các địa phương trong quá trình triển khai thực hiện chủ

trương chuyển giao tiếp nhận TCCSD theo tinh thần Nghị quyết TW 6 (khóa X). Ban hành chế độ phụ cấp ưu đãi dành cho cán bộ chuyên trách Đảng trong các TCCSD thuộc các Bộ, ngành.

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG TỔ CHỨC MẠNG LƯỚI CỦA CHƯƠNG TRÌNH MỤC TIÊU QUỐC GIA PHÒNG CHỐNG ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

*TS. Khương Anh Tuấn¹, TS. Nguyễn Thị Minh Hiếu²,
ThS. Trịnh Ngọc Thành³ và cs.*

Tóm tắt: Nghiên cứu “Đánh giá một số kết quả hoạt động của Chương trình phòng chống đái tháo đường(PCĐTĐ) giai đoạn 2009 - 2011” được thực hiện từ tháng 8 đến tháng 12/2012, là nghiên cứu cắt ngang sử dụng kết hợp phương pháp nghiên cứu định lượng và định tính. Nghiên cứu sử dụng số liệu sẵn có về mạng lưới, tổ chức, nhân lực, hoạt động của chương trình tại 63 tỉnh và điều tra thực địa tại 3 tỉnh Phú Yên, Hà Nội, Lào Cai. Kết quả cho thấy Chương trình đã tổ chức được mạng lưới từ trung ương đến xã. Tuy nhiên vẫn còn bất cập về mạng lưới tổ chức bao gồm: (i) Mạng lưới tổ chức quản lý của chương trình PCĐTĐ tuy đã được hình thành ở các cấp từ trung ương tới địa phương nhưng chưa thống nhất và thiếu cơ chế phối kết hợp giữa các đơn vị hệ thống dự phòng và điều trị; (ii) Mạng lưới cung ứng dịch vụ thiếu sự lồng ghép, phối hợp, không đảm bảo được tính toàn diện, liên tục và kịp thời; (iii) Sự bất cập trong tổ chức mạng lưới chương trình đã ảnh hưởng tới việc triển khai thực hiện một số hoạt động chuyên môn không đạt được mục tiêu đề ra như phát hiện và quản lý đối tượng nguy cơ, sàng lọc và quản lý bệnh nhân.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam đang phải đối mặt với những thách thức về sự thay đổi mô hình bệnh tật. Bệnh không lây truyền, trong đó có bệnh Đái tháo đường (ĐTĐ), đang trở thành những bệnh có gánh nặng bệnh tật cao nhất. Theo ước tính của

tổ chức Y tế thế giới, năm 2010 có 243 triệu người mắc ĐTĐ trong đó 183 triệu người mắc ĐTĐ chưa được chẩn đoán, chủ yếu tập trung tại các nước thu nhập thấp hoặc thu nhập trung bình (chiếm 70%). Năm 2011, có 4,6 triệu người chết do bệnh ĐTĐ gây ra. Chi phí cho điều trị ĐTĐ toàn cầu năm 2011 là 465 tỷ USD, chiếm 11% tổng chi phí chăm sóc sức khỏe cho đối tượng 20-79 tuổi[1].

Tại Việt Nam, mô hình bệnh tật có thay đổi lớn trong những thập kỷ gần đây với nguyên nhân tử vong do các bệnh không lây nhiễm và tai nạn thương tích đã thay thế các bệnh lây truyền (73% nguyên nhân tử vong do các bệnh này gây ra và có thể phòng chống được)[2]. Theo tính toán sơ bộ kết quả điều tra y tế quốc gia năm 2008, tỷ lệ người mắc ĐTĐ trong lứa tuổi từ 30-64 chiếm 5,7% dân số[3].

Chương trình Phòng chống ĐTĐ được đưa vào chương trình mục tiêu y tế quốc gia từ năm 2007 theo Quyết định số 108/2007/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ; nhưng chương trình chỉ thực sự bắt đầu được triển khai trên toàn quốc từ giữa năm 2010. Nghiên cứu “Đánh giá một số kết quả hoạt động của Chương trình PCĐTĐ giai đoạn 2009 - 2011” được Viện CLCS Y tế phối hợp cùng BV Nội tiết Trung

¹ Phó Viện trưởng, Viện Chiến lược và Chính sách y tế

² Phó trưởng khoa, Khoa Quản lý Dịch vụ y tế thuộc Viện CL&CSYT

³ Nghiên cứu viên, Khoa Quản lý Dịch vụ y tế thuộc Viện CL&CSYT

ương thực hiện đã cung cấp các thông tin triển khai thực hiện, kết quả và những khó khăn bất cập trong triển khai một số hoạt động chính của Chương trình Quốc gia phòng chống ĐTD giúp xây dựng Kế hoạch của chương trình giai đoạn 2013-2015, trong đó có điều chỉnh nội dung, mục tiêu của dự án phù hợp với thực tế và có tính khả thi.

Bài báo này trình bày một phần kết quả của nghiên cứu trong đó tập trung vào đánh giá thực trạng tổ chức mạng lưới và phân tích những bất cập của tổ chức mạng lưới với việc triển khai thực hiện một số hoạt động chuyên môn của chương trình.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp phương pháp nghiên cứu định tính và định lượng. Nội dung của nghiên cứu tập trung vào đánh giá thực hiện các mục tiêu về củng cố mạng lưới, các hoạt động quản lý, chuyên môn và quản lý các nhóm đối tượng, thực hiện các hoạt động của Chương trình PCĐTD và phòng ngừa nguy cơ tại các tuyến. Nghiên cứu đã thu thập số liệu sẵn có tại 63 tỉnh/thành phố và tiến hành khảo sát thực tế tại 03 tỉnh (Hà Nội, Lào Cai, Phú Yên) và các đơn vị quản lý tuyến TW. Tổng số có 6 huyện, 12 xã đã được lựa chọn để nghiên cứu. Ngoài số liệu định lượng sẵn có về hoạt động của chương trình, nghiên cứu đã sử dụng bảng hỏi để phỏng vấn các cán bộ chương trình, phiếu hỏi điều tra KAP với các nhóm đối tượng hưởng lợi và thu thập các thông tin định tính từ các cuộc phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm với các cán bộ chương trình, cán bộ chuyên môn ở các đơn vị y tế các tuyến. Nhóm nghiên cứu đã sử dụng phần mềm Epi-data, STATA để nhập và phân tích số liệu định lượng. Số liệu định tính được phân nhóm xác định xu thế và trích dẫn trong báo cáo. Nghiên cứu có thực hiện những biện pháp để hạn chế sai số. Vấn đề đạo đức

cũng đã được xem xét trong quá trình thu thập số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Một trong những mục tiêu cần đạt được của Chương trình PCĐTD giai đoạn 2009-2011 là phấn đấu 70% các bệnh viện tuyến tỉnh có khoa Nội tiết và thống nhất xây dựng khoa Nội tiết-ĐTD tại các Trung tâm YTDP tỉnh, vừa làm nhiệm vụ phòng chống thiếu I-ốt, ĐTD, tiền ĐTD và rối loạn chuyển hóa đồng thời tham gia chẩn đoán điều trị theo hướng dẫn của BHYT tại các tuyến cơ sở. Đến thời điểm điều tra vào năm 2012, chương trình về cơ bản đã thiết lập được mạng lưới đơn vị đầu mối quản lý chương trình ở các tuyến trên toàn quốc, cụ thể là:

3.1. Thực trạng tổ chức các đơn vị đầu mối quản lý chương trình

Tại tuyến trung ương, Ban điều hành dự án PCĐTD chịu sự chỉ đạo của Ban Chủ nhiệm Chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống bệnh không lây nhiễm trong đó bệnh viện Nội tiết TW là đơn vị thường trực, chịu trách nhiệm về toàn bộ hoạt động của dự án. Tại các địa phương, Sở Y tế các tỉnh là cơ quan quản lý và chịu trách nhiệm trước Bộ Y tế và UBND tỉnh/thành phố về mọi hoạt động của dự án, trong khi các cơ quan đầu mối thường trực chịu trách nhiệm triển khai mọi hoạt động của dự án tại địa phương có thể là TT YTDP tỉnh, Bệnh viện nội tiết tỉnh, Trung tâm nội tiết, Trung tâm dinh dưỡng tùy theo từng địa phương và theo sự phân công của Sở Y tế các tỉnh. Tại tuyến huyện, về cơ bản TTYT huyện là cơ quan đầu mối chịu trách nhiệm triển khai dự án trên địa bàn và Trạm y tế xã (TYTX) là đơn vị tổ chức triển khai thực hiện dự án. Kết quả thống kê số liệu báo cáo từ các địa phương cho thấy, 45 tỉnh giao cho Trung tâm YTDP tỉnh làm đầu mối quản lý, 5 tỉnh giao cho TT nội tiết tỉnh, 5 tỉnh giao cho BV nội tiết, 5 tỉnh giao cho TT Sốt rét - Bướu cổ và 1 tỉnh giao cho TT dinh dưỡng (Bảng 1).

Bảng 1: Các đơn vị đầu mối của chương trình

Đơn vị đầu mối	SL	%
TT YTDP tỉnh	45	71,4
BV Nội tiết tỉnh	5	7,9
TT PC các bệnh XH	2	3,2
TT Nội tiết	5	7,9
TT Sốt rét - Bướu cổ	5	7,9
Trung tâm Dinh dưỡng	1	1,6

3.2. Thực trạng mạng lưới đơn vị thực hiện hoạt động chuyên môn của Dự án

Tại tuyến tỉnh, các đơn vị đầu mối chương trình cũng chính là những đơn vị trực tiếp triển khai các hoạt động chuyên môn chính. Tại tuyến huyện, 45/63 tỉnh (71,4%) giao TTYT huyện làm đầu mối quản lý chương trình ở tuyến huyện nhưng cũng là đơn vị trực tiếp chỉ đạo và thực hiện triển khai các hoạt động chuyên môn của chương trình PCĐTĐ như truyền thông trực tiếp, phối hợp với các TYT tổ chức các hoạt động sàng lọc và phát hiện đối

tượng, trực tiếp lập hồ sơ quản lý và tư vấn... TYT là đơn vị trực tiếp triển khai các hoạt động tuyên truyền trực tiếp, phát hiện đối tượng và phối hợp với các TTYT huyện và cơ quan đầu mối tuyến tỉnh để triển khai hoạt động sàng lọc (51/63 tỉnh đã triển khai ở tuyến xã). Ngoài ra các đơn vị khám chữa bệnh khác như BV ĐK tỉnh, BV ĐK huyện cũng tham gia vào một số hoạt động của chương trình nhưng ở các mức độ khác nhau, 10 tỉnh có sự tham gia của BVĐK tỉnh, 9 tỉnh có sự kết hợp tham gia của BVĐK huyện (Bảng 2).

Bảng 2: Thực trạng các đơn vị tham gia vào hoạt động của chương trình PCĐTĐ

Đơn vị tham gia chương trình	MN phía Bắc n=14	ĐB sông Hồng n=11	Miền Trung n=14	Tây Nguyên n=5	Đông Nam Bộ n=6	ĐB sông CL n=13	Toàn quốc n=63
BV ĐK tỉnh	1 7.1%	2 18.2%	1 7.1%	0	3 50.0%	3 23.1%	10 15.9%
BV huyện	2 14,3%	1 9,1%	2 14,3%	0	1 16,6%	3 23,1%	9 14,3%
TTYT huyện	10 71,4%	8 17,9%	9 64,3%	3 60,0%	5 83,4%	10 76,8%	45 71,4%
PK ĐKKV	2 14,3%	0	1 7,4%	0	1 16,6%	1 7,7%	5 7,9%
TYTX	11 78,5%	8 72,7%	10 71,4%	5 100%	5 83,3%	12 92,3%	51 80,9%

Qua điều tra thực tế tại địa phương cho thấy sự tham gia của đơn vị thuộc hệ KCB vào các hoạt động của Chương trình PCĐTĐ rất hạn chế

và không được phân định rõ ràng. Mặc dù trong thành phần Ban Điều hành dự án PCĐTĐ ở các địa phương đều có thành viên là đại diện các

BVĐK tỉnh nhưng các hoạt động KCB, tư vấn cho bệnh nhân ĐTĐ tại các BV này là hoàn toàn độc lập và không gắn kết được với các hoạt động chung của Chương trình. Trong khi đó mục tiêu 70% số BV tỉnh thành lập được Khoa Nội tiết và các TT YTDP tỉnh phải có Khoa Sốt rét-Nội tiết chưa đạt được vì việc thành lập được các khoa này theo như kế hoạch của chương trình hoàn toàn phụ thuộc vào khả năng thực tế và chủ trương phát triển mạng lưới đơn vị y tế của địa phương và điều này nằm ngoài khả năng của Chương trình.

3.3. Những bất cập chủ yếu của mạng lưới quản lý, chỉ đạo và ảnh hưởng tới triển khai một số hoạt động chuyên môn của chương trình PCĐTĐ.

Tìm hiểu về những bất cập trong tổ chức mạng lưới và ảnh hưởng tới triển khai hoạt động của chương trình qua các cuộc phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm với các lãnh đạo đơn vị đầu mối, cán bộ quản lý và chuyên môn của chương trình PCĐTĐ cho thấy:

- Bất cập lớn nhất là không có sự thống nhất trong đầu mối quản lý tại địa phương trên toàn quốc cho chương trình ĐTĐ. ở cấp Trung ương đang quản lý theo hệ KCB trong khi về địa phương lại thường giao cho cả TT YTDP tỉnh, BV nội tiết, Trung tâm Nội tiết, TT Dinh dưỡng trong khi tại TT YTDP các tỉnh thì cơ cấu tổ chức các khoa có chuyên môn nội tiết lại cũng không thống nhất. Hơn nữa, về mặt tổ chức hệ thống y tế ở tuyến huyện cũng chưa thống nhất và còn nhiều bất cập nên sự không thống nhất về đầu mối quản lý, chỉ đạo đã làm cho việc chỉ đạo thực hiện triển khai chương trình tại các địa phương gặp rất nhiều khó khăn, đặc biệt là chỉ đạo các hoạt động cần sự phối hợp giữa các đơn vị KCB và YTDP.
- Thiếu các văn bản quy định chức năng nhiệm vụ và cơ chế phối hợp giữa các đơn vị thuộc hệ y tế dự phòng với các đơn vị thuộc hệ KCB, giữa đơn vị y tế đầu mối ở các tuyến trong triển khai thực hiện các hoạt động để đạt được mục tiêu chung của chương trình bao gồm các hoạt động

trao đổi thông tin, phát hiện sàng lọc và quản lý đối tượng, cung cấp dịch vụ tư vấn, xét nghiệm, theo dõi điều trị cho bệnh nhân một cách liên tục và toàn diện ở tất cả các tuyến tới tận cộng đồng.

- Do sự không thống nhất trong quản lý, chỉ đạo và thiếu sự lồng ghép, phối hợp giữa các đơn vị y tế các tuyến, giữa đơn vị YTDP và KCB nên các đối tượng tiên tiến đường, bệnh nhân ĐTĐ được phát hiện từ bệnh viện các tuyến chưa được đưa vào hệ thống quản lý của chương trình như phát hiện các nhóm đối tượng nguy cơ, sàng lọc và quản lý các nhóm đối tượng bệnh nhân.

- Chương trình PCĐTĐ được tổ chức theo chương trình dọc với thiết kế mạng lưới quản lý chỉ đạo riêng, việc triển khai các hoạt động chuyên môn tại cộng đồng lại do các TTYT huyện, TYTX thực hiện trong khi đó lại thiếu sự chỉ đạo chung trong lồng ghép các hoạt động tuyên thông, tư vấn, quản lý nhóm đối tượng nguy cơ với các chương trình PC các bệnh không lây truyền khác như PC tăng huyết áp, PC ung thư do các chương trình này cũng được tổ chức quản lý theo hình thức tương tự. Điều này dẫn đến việc thiếu hiệu quả trong triển khai các hoạt động của các chương trình có chung những can thiệp phòng chống nguy cơ, tư vấn sức khỏe và quản lý đối tượng tại cộng đồng.

IV. BÀN LUẬN

Từ đánh giá thực trạng tổ chức mạng lưới quản lý chỉ đạo cũng như mạng lưới đơn vị triển khai thực hiện các hoạt động của chương trình PCĐTĐ cho thấy, mặc dù Chương trình PCĐTĐ đã thiết lập được mạng lưới ở các tuyến và trên toàn quốc nhưng vẫn còn rất nhiều bất cập ảnh hưởng tới thực hiện mục tiêu của Chương trình.

Về quản lý, do tổ chức mạng lưới quản lý theo chương trình dọc nhưng lại giao cho các đầu mối khác nhau bao gồm các đầu mối thuộc hệ YTDP và các đơn vị thuộc hệ KCB, trong đó các đơn vị KCB là đơn vị cung ứng dịch vụ chứ không có chức năng quản lý chỉ đạo các đơn vị tuyến dưới của chương trình (chủ yếu là các đơn

vị thuộc hệ YTDP) nên các hoạt động thông tin, báo cáo và chỉ đạo thực hiện, phối hợp các đơn vị ở các tuyến tham gia thực hiện các hoạt động của chương trình luôn gặp khó khăn và không đảm bảo tính liên tục, chặt chẽ. Việc phân công thực hiện chức năng quản lý cho từng cơ quan tham gia mạng lưới cũng chưa cụ thể dẫn đến nhiều chồng chéo và bất cập. Ví dụ như việc quản lý đối tượng được phát hiện sau khi sàng lọc thụ động cũng chưa có quy định cụ thể nên có những tỉnh giao cho huyện quản lý (Phú Yên), có những tỉnh lại giao cho TT YTDP (Hà Nội), có những tỉnh do Trung tâm Nội tiết tỉnh trực tiếp quản lý (Lào Cai). Qua tổng quan kinh nghiệm của Australia, Mỹ, Ấn Độ và một số nước Đông Nam Á cho thấy việc quản lý chương trình Phòng chống và Kiểm soát ĐTĐ đều nằm trong sự quản lý một cách thống nhất với các chương trình phòng chống các bệnh không lây nhiễm khác và được điều hành bởi một đơn vị quản lý các chương trình dự phòng. Không có quốc gia nào cơ quan quản lý chương trình là đơn vị điều trị [4].

Việc tổ chức mạng lưới thực hiện các hoạt động can thiệp phòng chống ĐTĐ hiện nay cũng bị phân mảnh và thiếu sự liên kết, lồng ghép giữa các tuyến, giữa các đơn vị dự phòng và cơ sở KCB. Sự thiếu thống nhất đó sẽ không thể đảm bảo được nguyên tắc dự phòng và chăm sóc toàn diện cho các nhóm đối tượng nguy cơ và bệnh nhân ĐTĐ. Cụ thể là thiếu sự quản lý, thông tin, theo dõi và cung cấp dịch vụ cho các đối tượng nguy cơ, bệnh nhân ĐTĐ trong suốt quá trình từ lúc phát hiện yếu tố nguy cơ đến phát triển thành bệnh, tư vấn, dự phòng cấp 1, dự phòng cấp 2, điều trị tai biến và phục hồi chức năng. Kinh nghiệm ở các quốc gia đang phát triển cho thấy mô hình PCĐTĐ được tổ chức khá chặt chẽ trong đó phân định rõ trách nhiệm và vai trò của từng tuyến y tế, các tổ chức xã hội, cộng đồng trong phòng chống ĐTĐ từ phòng ngừa nguy cơ tới phục hồi chức năng và mang

tính liên ngành và lồng ghép rất cao.

Việc thiếu các quy định và cơ chế phối hợp, lồng ghép trong mạng lưới trong đó vai trò của các BV tuyến tỉnh, huyện chưa được đề cao làm cho rất khó đạt mục tiêu phát hiện, quản lý các nhóm nguy cơ, bệnh nhân ĐTĐ. Hiện nay việc phát hiện đối tượng nguy cơ, khám sàng lọc đang được thực hiện thụ động và không có hiệu quả trong khi một lượng lớn người có yếu tố nguy cơ, bệnh nhân đến KCB tại các cơ sở KCB, bệnh viện được làm xét nghiệm đường huyết lại không được giám sát theo dõi và tư vấn. Nếu xây dựng được hệ thống thu thập thông tin từ các cơ sở KCB thì chương trình sẽ có thêm một kênh và cơ sở dữ liệu rất đáng tin cậy về nhóm đối tượng đích của chương trình. Vì vậy việc triển khai các hoạt động dự phòng cấp 2 chỉ mới dừng lại tại nhóm bệnh nhân do dự án sàng lọc phát hiện. Tại nhiều quốc gia đã có kinh nghiệm triển khai chương trình PCĐTĐ như Mỹ, Trung Quốc hay Ấn Độ cho thấy, Chương trình chủ yếu chỉ thực hiện những hoạt động giám sát dịch bệnh và cung ứng dự phòng (tư vấn thay đổi lối sống, trợ giá thực phẩm an toàn ...). Những dịch vụ điều trị được triển khai giống như các bệnh khác và được BHYT chi trả[5].

Thiếu sự phối kết hợp với các Bộ ngành và dự án không lây nhiễm khác. Mặc dù nhiều hoạt động dự phòng và tư vấn thay đổi lối sống của Chương trình PCĐTĐ cũng giống như Tim Mạch, Ung thư, nhưng các Chương trình chưa có sự phối hợp ngay cả với những hoạt động giống nhau (cùng các yếu tố nguy cơ tới thay đổi hành vi lối sống và phát triển kinh tế xã hội) [6]. Việc kiểm soát thực phẩm, thể lực liên quan đến phòng bệnh cũng không chỉ ngành Y tế thực hiện được. Hiện nay, cũng chưa có sự phối hợp với các Bộ ngành khác có liên quan như Bộ Nông nghiệp và Phát triển Nông thôn (kiểm soát nguồn thực phẩm), Bộ Văn hóa - Thể thao - Du Lịch (hoạt động thể lực và tuyên truyền)[7].

V. KẾT LUẬN

1. Mạng lưới đơn vị quản lý của chương trình PCĐTĐ tuy đã được hình thành từ Trung ương tới địa phương nhưng chưa có sự thống nhất trong quản lý và thiếu cơ chế phối kết hợp giữa hệ thống dự phòng và điều trị trong thực hiện các mục tiêu của Chương trình (phát hiện, quản lý đối tượng, hệ thống thông tin báo cáo□.).

2. Mạng lưới cung ứng dịch vụ và thực hiện nội dung chuyên môn của chương trình thiếu sự lồng ghép, phối hợp trong cung cấp dịch vụ và quản lý các nhóm đối tượng và không đảm bảo được tính toàn diện, liên tục và kịp thời. Đồng thời còn thiếu sự lồng ghép giữa các chương trình PC bệnh không lây truyền khác có chung các yếu tố nguy cơ như PC tăng huyết áp, ung thư.

3. Sự bất cập trong tổ chức mạng lưới chương trình đã ảnh hưởng tới việc triển khai thực hiện một số hoạt động chuyên môn không đạt được mục tiêu đề ra (phát hiện và quản lý đối

tượng nguy cơ, sàng lọc và quản lý bệnh nhân).

VI. KIẾN NGHỊ

1. Cần rà soát lại sự phân công trách nhiệm của các đơn vị trong toàn bộ Chương trình quốc gia Phòng chống các bệnh không lây nhiễm, trong đó cần làm rõ chức năng của các đơn vị y tế các cấp, ở từng lĩnh vực về giám sát bệnh và cung cấp dịch vụ để tiến tới xây dựng một mô hình quản lý thống nhất, đảm bảo tính chuyên nghiệp và có sự lồng ghép hiệu quả trong PC các bệnh không lây truyền.

2. Xây dựng cơ chế phối hợp giữa các cơ sở KCB với đơn vị quản lý chương trình trong thông tin, phát hiện, quản lý và cung cấp dịch vụ cho các nhóm đối tượng một cách toàn diện, liên tục và kịp thời. Mặt khác cần xây dựng mô hình nhằm nâng cao vai trò của các tổ chức xã hội, của từng cá nhân trong phòng chống nguy cơ, tàn tật và chăm sóc bệnh nhân ĐTĐ tại cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Centers for Disease Control and Prevention, *CDC Organization, Office of Noncommunicable Diseases, Injury and Environmental Health*. <http://www.cdc.gov/about/organization/cio.htm>. 2012.
- VINE project, Vietnam MOH, and University of Queensland Australia, *Buden of deasease in Vietnam*, <http://www.sph.uq.edu.au/vine>. 2008.
- Dự án Phòng chống ĐTĐ Quốc gia, *Chiến lược phòng chống ĐTĐ giai đoạn 2013 -2020*. 2011.
- Michael K. Baker, et al., *Behavioral strategies in diabetes prevention programs: A systematic review of randomized controlled trials*. Diabetes Research and Clinical Practice. 2010.
- Jim Bishop AO, *DISEASE CONTROL and PREVENTION IN AUSTRALIA*. 2011.
- National diabetes prevention program, *“Let’s prevent diabetes” the case for a national diabetes prevention program for the high risk*. 2007.
- Ramesh Verma, et al., *National programme on prevention and control of diabetes in India: Need to focus*. Australasian Medical Journal [AMJ 2012, 5, 6, 3109315]. 2012.

THỰC TRẠNG MẠNG LƯỚI TỔ CHỨC BỘ MÁY CÔNG TÁC DÂN SỐ - KHHGĐ, CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN Ở KHU VỰC ĐẢO, VEN BIỂN

TS. Nguyễn Đức Mạnh¹

TÓM TẮT:

Trong thời gian qua mạng lưới tổ chức bộ máy công tác Dân số-Kế hoạch hóa gia đình và chăm sóc sức khỏe sinh sản tại các khu vực đảo, ven biển đã bộc lộ nhiều điểm không phù hợp với thực tiễn, đặc biệt tại tuyến huyện; đội ngũ cán bộ làm công tác DS-KHHGĐ ở các khu vực trên biển, âu thuyền, cảng cá, vịnh chài còn thiếu và còn yếu về năng lực; chế độ đãi ngộ đối với cán bộ và công tác viên dân số ở các vùng khó khăn còn rất khiêm tốn, chưa tương xứng với sự đóng góp công sức của họ; hệ thống quản lý thông tin dữ liệu nội bộ về DS-KHHGĐ chưa hoàn thiện, phương tiện công nghệ tin học còn thiếu; kiến nghị Bộ Y tế một số giải pháp cần thiết hoàn thiện mạng lưới tổ chức bộ máy công tác DS-KHHGĐ, chăm sóc SKSS ở khu vực đảo, ven biển để đáp ứng yêu cầu của thực tiễn.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mạng lưới tổ chức bộ máy công tác Dân số - Kế hoạch hóa gia đình (DS-KHHGĐ), chăm sóc sức khỏe sinh sản (CS.SKSS) ở khu vực đảo, ven biển có vai trò quan trọng trong việc bảo vệ và chăm sóc sức khỏe của nhân dân và là một bộ phận hữu cơ trong mạng lưới Y tế - Dân số ở nước ta hiện nay. Việc cung cấp các bằng chứng liên quan đến hoạt động của mạng lưới này có vai trò quan trọng góp phần xây dựng Đề án “Phát triển y tế biển, đảo Việt Nam đến năm 2020, tầm nhìn 2030”.

Trên cơ sở nguồn thông tin từ các hoạt động trong công tác của ngành DS-KHHGĐ, kết quả của một số nghiên cứu khảo sát phục vụ Đề án kiểm soát dân số các vùng biển đảo và ven biển

(theo quyết định số 52/2009/QĐ-TTg ngày 9/4/2009 của Thủ tướng Chính phủ) gọi tắt là đề án 52; đặc biệt là những thông tin do Viện Chiến lược và Chính sách y tế tiến hành khảo sát tại một số địa phương có đảo và ven biển thuộc 5 tỉnh Kiên Giang, Bà Rịa-Vũng Tàu, Quảng Ngãi, Quảng Trị và Quảng Ninh, chúng tôi xin giới thiệu một số thực trạng hoạt động DS - KHHGĐ, chăm sóc sức khỏe sinh sản ở khu vực đảo, ven biển ở nước ta hiện nay.

Cuộc khảo sát nghiên cứu được thực hiện tại 05 khu vực đặc thù gồm: (1) Khu vực ven biển; (2) Khu vực đầm phá, ngập mặn; (3) Khu vực trên biển, âu thuyền, cảng cá, làng vịnh chài; (4) Khu vực đảo (huyện đảo, xã đảo); (5) Khu kinh tế ven biển (công nghiệp, khu chế xuất, khu du lịch). Các địa bàn trên đại diện cho 5 vùng: Vùng biển phía Bắc; vùng biển Bắc Trung bộ; vùng biển duyên hải Nam Trung bộ; vùng biển Đông Nam Trung bộ; vùng biển Tây Nam bộ.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu đã kết hợp sử dụng phương pháp thu thập, phân tích thông tin định lượng và định tính:

- Phương pháp thu thập, phân tích tổng hợp thông tin thứ cấp: Thông tin thống kê từ 28 tỉnh/thành phố thuộc Đề án 52; các báo cáo về công tác Truyền thông - Giáo dục DS/SKSS/KHHGĐ tại các địa bàn điều tra; các kết quả khảo sát liên quan khác.

- Phương pháp thu thập thông tin định

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

lượng: Sử dụng 2.590 bảng hỏi với các đối tượng khảo sát ở 3 cấp tỉnh, huyện, xã;

- Phương pháp thu thập thông tin định tính: Tiến hành 88 Phỏng vấn sâu và 48 hội thảo nhóm với các đối tượng khảo sát.

- Phương pháp chuyên gia: Lấy ý kiến các chuyên gia, có kinh nghiệm trong ngành.

3. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU.

- Đối tượng nghiên cứu: Là mạng lưới tổ chức công tác DS-KHHGĐ, chăm sóc sức khỏe sinh sản khu vực đảo, ven biển.

- Đối tượng khảo sát trực tiếp gồm: (1) Cán bộ quản lý ở 3 cấp tỉnh, huyện, xã; (2) Những người đang có vợ, có chồng trong độ tuổi sinh đẻ; (3) Người làm dịch vụ DS/CS.SKSS/KHHGĐ; (4) Vị thành niên, thanh niên.

4. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng mạng lưới bộ máy tổ chức và nhân lực.

a) Về mạng lưới bộ máy.

Theo thông tư số 05/TT-BYT ngày 14/5/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn chức năng nhiệm vụ và cơ cấu tổ chức bộ máy DS-KHHGĐ ở địa phương (sau đây gọi tắt là Thông tư 05), mạng lưới bộ máy tổ chức làm công tác DS-KHHGĐ có 3 cấp gồm tuyến tỉnh (Chi cục DS-KHHGĐ), tuyến huyện (Trung tâm DS-KHHGĐ), tuyến xã (chỉ có 01 Cán bộ chuyên trách), ngoài ra còn có đội ngũ cộng tác viên DS-KHHGĐ thôn/bản.

Đối với khu vực biển, đảo và ven biển mạng lưới này đã được thiết lập tại 28 tỉnh/TP ven biển với 28 Chi cục DS-KHHGĐ, 151 Trung tâm DS-KHHGĐ quận/huyện (gồm 9 quận, 114 huyện, trong đó có 12 huyện đảo, 10 thị xã và 18 đơn vị thành phố thuộc tỉnh), có cán bộ làm công tác chuyên trách DS-KHHGĐ trong biên chế tại 2.390 xã, trong đó có 1.025 xã đảo, ven biển, đầm phá, ngập mặn, âu thuyền, cảng cá, cửa sông, cửa biển, vịnh chài... và 1.365 xã còn lại không giáp biển (xem bảng 1). Ngoài ra, còn có đội ngũ cộng tác viên dân số- KHHGĐ đông đảo tại các thôn/khóm/ấp/tổ dân cư.

Bảng 1: Mạng lưới tổ chức bộ máy công tác DS/CS.SKSS/KHHGĐ tuyến tỉnh và tuyến cơ sở vùng biển, đảo.

TT	Các tuyến địa phương	Số lượng
I	Đơn vị tuyến tỉnh/TP ven biển	28
II	Đơn vị tuyến quận/huyện ven biển, đảo	151
1	Đơn vị Quận	9
2	Đơn vị Huyện	114
3	Đơn vị Thị Xã	10
4	Đơn vị Thành phố (Thuộc tỉnh)	18
III	Đơn vị tuyến xã loại 1	
1	Xã Ven biển	709
2	Xã Đảo	65
3	Xã Ngập mặn	141
4	Xã Đầm phá	49
5	Xã Âu thuyền, Cảng cá	15
6	Xã Cửa sông cửa biển	46
IV	Đơn vị tuyến xã loại 2	1.365
	Cộng đơn vị tuyến xã	2.390

Ngoài mô hình tổ chức bộ máy như hướng dẫn trong Thông tư 05, mạng lưới làm công tác DS/CS.SKSS/KHHGD còn có sự phối hợp chặt chẽ của các Trung tâm y tế huyện, Khoa sản thuộc các Bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh/huyện. Hiện nay tại các địa phương vùng biển đảo, ven biển đã thử nghiệm thêm mô hình Đội cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khoẻ BMTE/KHHGD lưu động tại các khu vực đảo, ven biển, đầm phá, ngập mặn, vạn chài. Tính đến tháng 5/2010 trong số 28 tỉnh, thành phố ven biển trực thuộc trung ương đã có 138 Đội lưu động được thành lập; 20/28 tỉnh, thành phố (71,4%) đã thành lập đủ các Đội lưu động cho các huyện thuộc địa bàn Đề án 52 của tỉnh. Các thành viên tham gia Đội lưu động là các cán bộ được lựa chọn từ các Trung tâm DS - KHHGD, bệnh viện huyện (chủ yếu từ Khoa Sản của Bệnh viện huyện), Trung tâm Y tế huyện và có sự tham gia của một số Trạm Y tế xã trong địa bàn Đề án 52. Tổng số có 1.041 người đã được huy động tham gia vào 138 Đội lưu động (trung bình 8 người/đội lưu động). Số lượng cán bộ mỗi Đội lưu động có độ dao động từ 4 người (tỉnh Phú Yên) đến 15 người (tỉnh Nam Định).

Tại mỗi tỉnh còn có Ban chỉ đạo công tác DS-KHHGD từ cấp tỉnh tới cấp xã. Thành phần Ban chỉ đạo cấp tỉnh, hầu hết do 01 Phó Chủ tịch UBND tỉnh làm trưởng ban; Giám đốc Sở Y tế và Chi cục trưởng làm Phó ban, hoặc Chi cục trưởng làm Ủy viên thường trực; thành viên gồm

các Sở: Kế hoạch và Đầu tư, Tài chính, Tư pháp, Giáo dục và Đào tạo, Lao động Thương binh và xã hội; Cục Thống kê; đại diện các tổ chức chính trị, xã hội, xã hội nghề nghiệp trong tỉnh tham gia như: Liên đoàn lao động, Hội Liên hiệp Phụ Nữ, Đoàn TNCS Hồ Chí Minh, Hội Nông dân, Hội CCB ... Kết quả Điều tra tổng thể hệ thống Dân số-KHHGD năm 2011 khẳng định rằng, ở cả 3 cấp (tỉnh, huyện và xã), việc thành lập Ban Chỉ đạo công tác DS-KHHGD là cần thiết (trên 97%). Về thành phần Ban Chỉ đạo, trên 93% ý kiến cho là phù hợp.

b) Đội ngũ nhân lực

- Cán bộ biên chế: Đến năm 2011, bình quân mỗi Chi cục chỉ có 17,8 cán bộ (kể cả hợp đồng) và mỗi Trung tâm chỉ có 5,2 cán bộ (kể cả hợp đồng). Như vậy so với quy định theo Thông tư 05 thì nhân lực cho công tác dân số chưa được đáp ứng đầy đủ (Chi cục DS-KHHGD có ít nhất 20 biên chế không kể hợp đồng và Trung tâm DS-KHHGD có ít nhất 6 biên chế không kể hợp đồng).

- Cán bộ tin học: Đến năm 2011, 80% cán bộ các Chi cục DS- KHHGD và 76% cán bộ các Trung tâm DS-KHHGD có trình độ tin học văn phòng trở lên.

- Cán bộ truyền thông: Số lượng ít ỏi, bố trí thiếu cân đối. Tỷ lệ cán bộ truyền thông DS-KHHGD ở cấp huyện thấp (xem bảng 2)

Bảng 2: Thực trạng cán bộ truyền thông dân số cấp quận, huyện

TT	Tên tỉnh	Số quận, huyện	Số lượng CB TT	Tỷ lệ CBTT/ quận,huyện
	28 tỉnh / TP	148	224	1,5
1	Quảng Nam	6	20	33,3
2	Hải Phòng	8	20	2,5
3	Thanh Hóa	7	16	2,293
4	Hà Tĩnh	4	9	2,253
5	TP. Hồ Chí Minh	2	2	2
6	Quảng Bình	5	10	2
7	Phú Yên	4	8	2

TT	Tên tỉnh	Số quận, huyện	Số lượng CB TT	Tỷ lệ CBTT/ quận, huyện
8	Sóc Trăng	4	7	1,758
9	Nghệ An	4	7	1,758
10	Nam Định	3	5	1,67
11	Bình Định	5	8	1,6
12	Cà Mau	7	11	1,576
13	Tiền Giang	4	6	1,5
14	Thừa Thiên Huế	7	10	1,43
15	Trà Vinh	5	7	1,4
16	Bình Thuận	7	9	1,283
17	Ninh Thuận	5	6	1,2
18	Bà Rịa - Vũng Tàu	7	9	1,283
	10 tỉnh còn lại			1

(10 tỉnh còn lại là : Quảng Ninh, Thái Bình, Ninh Bình, Quảng Trị, Thừa Thiên Huế, Đà Nẵng, Quảng Ngãi, Khánh Hòa, Bến Tre, Kiên Giang)

Nguồn: Tổng hợp báo cáo thống kê từ 28 tỉnh thuộc Đề án 52.

Trình độ học vấn của đội ngũ cán bộ truyền chưa đáp ứng được yêu cầu (xem bảng 3) thông DS-KHHGD ở cả 03 cấp tỉnh, huyện, xã

Bảng 3: Thống kê học vấn của cán bộ TT-GD ở 03 cấp tỉnh, huyện, xã

TT	Học vấn	CB cấp tỉnh		CB cấp huyện		CB cấp xã		CTV ở xã, phường	
		SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
1	Đại học, trên ĐH	85	78,0	111	49,6	-		-	
2	Cao đẳng	7	6,4	21	9,4	-		-	
3	Trung cấp	17	15,6	86	38,4	-		-	
4	Khác	0	0	6	2,6	-		-	
Tổng cộng		109	100	224	100	1.170		15.299	

Nguồn: Tổng hợp báo cáo thống kê từ 28 tỉnh thuộc Đề án 52

4.2. Thực trạng cơ sở vật chất và trang thiết bị công nghệ thông tin

a) Trụ sở làm việc

- *Tại cấp tỉnh:* Bình quân mỗi Chi cục DS-KHHGD tỉnh/thành phố được cấp 1.135 m² đất để xây dựng trụ sở làm việc. Bình quân diện tích xây dựng của mỗi Chi cục DS-KHHGD vào khoảng 605 m². Bình quân kinh phí xây dựng cho trụ sở của mỗi Chi cục DS-KHHGD vào

khoảng 2.238 triệu đồng.

- *Tại cấp huyện:* Bình quân mỗi Trung tâm DS-KHHGD huyện/quận/thị xã được cấp 364 m² đất để xây dựng trụ sở làm việc. Bình quân diện tích xây dựng của mỗi Trung tâm DS-KHHGD vào khoảng 148 m². Bình quân kinh phí xây dựng cho trụ sở của mỗi Trung tâm DS-KHHGD vào khoảng 295 triệu đồng.

b) Trang thiết bị công nghệ thông tin

- *Tại cấp tỉnh:* Bình quân mỗi Chi cục DS-KHHGD cấp tỉnh có 13,8 máy vi tính còn hoạt động, trung bình khoảng 4 người mới có 3 máy. Hầu hết các Chi cục DS-KHHGD cấp tỉnh đã có mạng nội bộ và kết nối Internet.

- *Tại cấp huyện:* Bình quân mỗi Trung tâm DS-KHHGD cấp huyện có 3,5 máy vi tính còn hoạt động. Trung bình khoảng 3 người mới có 2 máy. Khoảng 79% các trung tâm DS-KHHGD cấp huyện có mạng nội bộ và 92% có kết nối Internet.

4.3. Những bất cập trong tổ chức mạng lưới công tác DS-KHHGD, CS. SKSS

a) Một số bất cập trong mô hình bộ máy tổ chức DS-KHHGD

(1) Tổ chức bộ máy và hoạt động Trung tâm DS-KHHGD được cơ cấu trực thuộc Chi cục dân số - KHHGD, vô tình đã làm cho nó bị tách rời với cấp ủy và chính quyền ở cấp huyện. Do thiếu sự lãnh đạo trực tiếp của cấp ủy Đảng và Chính quyền cấp huyện, Trung tâm DS-KHHGD gặp nhiều khó khăn trong việc phối, kết hợp với các ban, ngành và Tổ chức chính trị xã hội ở cấp huyện mỗi khi triển khai các hoạt động của mình. Thậm chí ngay cả việc phối hợp với Phòng Y tế huyện và Trung tâm Y tế huyện cũng có những vướng mắc về nguyên tắc tổ chức. Đây chính là điều đã làm giảm vai trò của Trung tâm DS-KHHGD cũng như kết quả thực hiện trong công tác DS-KHHGD ở tuyến huyện trong nhiều năm qua.

(2) Cơ cấu tổ chức bộ máy không được thực hiện như Thông tư 05/2008 của Bộ Y tế, Thông tư này quy định ở Chi cục DS-KHHGD phải có 3 phòng; Trung tâm DS-KHHGD huyện phải có 2 ban nhưng trên thực tế Chi cục DS-KHHGD chỉ có 2-3 phòng, còn Trung tâm DS-KHHGD huyện hầu như không thành lập ban.

(3) Một số tỉnh đang thí điểm đưa Đội Sinh để có kế hoạch về Trung tâm DS-KHHGD để kết hợp tuyên truyền vận động và cung cấp dịch vụ lâm sàng. Tuy nhiên trên thực tế cũng gặp nhiều khó khăn do thiếu cơ sở vật chất trang

thiết bị và cán bộ chuyên môn.

(4) Thiếu các qui định cụ thể trong phối hợp với Trung tâm Y tế và Phòng Y tế huyện nên khó khăn trong tổ chức thực hiện các nhiệm vụ ở tuyến cơ sở (huyện, xã), mặc dù đã thành lập Ban Chỉ đạo công tác DS-KHHGD.

b) Một số bất cập về nguồn nhân lực

(1) Bình quân mỗi Chi cục chỉ có 17,8 cán bộ, kể cả hợp đồng và mỗi Trung tâm chỉ có 5,2 cán bộ, kể cả hợp đồng.

(2) Cán bộ làm công tác DS-KHHGD/CS.SKSS tuyến cơ sở mới tuyển phần lớn có chuyên môn ngành y. Theo Thông tư 05, cán bộ DS-KHHGD xã là nhân viên của Trạm y tế và Trạm y tế là đơn vị sự nghiệp của Trung tâm Y tế huyện và do Trung tâm Y tế huyện trực tiếp quản lý và trả lương. Tuy nhiên cán bộ chuyên trách dân số lại không thuộc biên chế cứng của TYTX nên điều này cũng gây khó khăn cho Trung tâm DS-KHHGD trong việc tổ chức thực hiện công tác của mình ở tuyến cơ sở.

(3) Phần lớn Chi cục trưởng hiện nay là Phó Giám đốc Sở Y tế kiêm nhiệm.

(4) Đội ngũ cán bộ truyền thông DS-KHHGD, CS.SKSS ở các vùng biển, đảo và ven biển còn thiếu về số lượng, đặc biệt tại các khu vực như trên đảo và trên biển/cảng cá, âu thuyền, vịnh chài; Học vấn thấp, trình độ chuyên môn của cán bộ yếu kém: yếu cả về kỹ năng truyền thông, kỹ năng tư vấn, kỹ năng truyền đạt thông tin và cả công tác tổ chức. Tỷ lệ cán bộ chuyên trách và CTV dân số là nam giới tại các cấp xã/phường vùng biển, đảo, ven biển thấp so với nữ giới, chưa phù hợp điều kiện địa lý môi trường tự nhiên khắc nghiệt và phức tạp.

(5) Nhu cầu nâng cao năng lực của đội ngũ cán bộ làm công tác DS-KHHGD, CS. SKSS ở các huyện ven biển và trên đảo, đặc biệt là tại các khu vực trên biển, âu thuyền, cảng cá, vịnh chài là rất lớn.

(6) Chế độ đãi ngộ cho đội ngũ cán bộ này còn chưa đáp ứng những đóng góp của họ cho công tác DS-KHHGD tại cơ sở.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

5.1. Kết luận

a) Bộ máy tổ chức hoạt động DS-KHHGD tại cấp huyện đã bộc lộ nhiều điểm không phù hợp với thực tiễn: Do tách rời sự chỉ đạo trực tiếp của cấp ủy và chính quyền cấp huyện, sự phối hợp công tác của Trung tâm DS-KHHGD gặp nhiều khó khăn không chỉ với các ban, ngành, đoàn thể trong huyện mà ngay cả với hệ thống y tế ở tuyến huyện; Vì vậy rất cần một quy định mới về tổ chức bộ máy và cơ chế phối hợp trong công tác DS-KHHGD ở cấp huyện.

b) Đội ngũ cán bộ làm công tác DS-KHHGD, đặc biệt là ở các khu vực trên biển, âu thuyền, cảng cá, vạn chài còn thiếu và còn yếu về năng lực; Chế độ đãi ngộ đối với cán bộ và công tác viên dân số ở các vùng khó khăn còn rất khiêm tốn, chưa tương xứng với sự đóng góp công sức của họ.

c) Hệ thống quản lý thông tin dữ liệu nội bộ về DS-KHHGD chưa hoàn thiện, phương tiện công nghệ tin học còn thiếu, đặc biệt tại các huyện đảo, xã đảo.

5.2. Khuyến nghị

a). Về mô hình bộ máy tổ chức và nguồn nhân lực

(1) Bộ Y tế cần sớm ban hành văn bản hướng dẫn các qui định cụ thể cơ chế phối hợp, chịu trách nhiệm giữa các đơn vị quản lý và sự nghiệp trong lĩnh vực Y tế - DS-KHHGD ở tuyến cơ sở, để tránh những khó khăn do bất hợp lý và sự chồng chéo kém hiệu quả trong công tác DS/CS. SKSS/KHHGD.

(2) Đề nghị UBND các cấp ở các địa phương ven biển, đảo tạo điều kiện cho các Chi cục, Trung tâm DS-KHHGD có đủ các thành phần cơ cấu bộ máy tổ chức và biên chế nhân lực theo như qui định trong thông tư 05 của Bộ Y tế.

(3) Đề nghị Bộ Y tế, Tổng cục DS-KHHGD tăng cường đào tạo, bồi dưỡng, tập huấn về kiến thức, kỹ năng thực hành, tư vấn cho cán bộ làm công tác DS/CS. SKSS/KHHGD tại các địa

phương ven biển, trên đảo, trên biển, đặc biệt là ở cấp xã/phường; về lâu dài cần phối hợp với các trường đại học thuộc ngành y để đào tạo cử nhân y tế cộng đồng theo định hướng làm công tác Y tế - Dân số.

(4) Tăng cường tỷ lệ nam giới làm công tác DS-KHHGD, CS.SKSS phù hợp với đặc thù về điều kiện tự nhiên và công tác về DS-KHHGD ở các vùng biển, đảo; khuyến khích và đãi ngộ xứng đáng cho cán bộ và CTV dân số tại cấp cơ sở.

(5) Đề nghị Bộ Y tế, Tổng cục DS-KHHGD xem xét cơ cấu lại tổ chức Trung tâm DS-KHHGD trực thuộc vào Ủy ban nhân dân cấp huyện/thị trấn. Như vậy sự chỉ đạo của cấp ủy Đảng và lãnh đạo Chính quyền cũng như việc phối hợp thực hiện giữa các ban ngành đoàn thể trong công tác DS-KHHGD ở tuyến huyện, xã sẽ có hiệu quả hơn.

b) Về cơ sở vật chất và trang thiết bị công nghệ

(1) Việc xây dựng cơ sở vật chất, cung cấp các trang thiết bị cho mạng lưới cung cấp dịch vụ CS.SKSS/KHHGD cần phải tính tới các yếu tố dễ bị hao mòn và tính bền vững của các công trình, các trang thiết bị phù hợp với đặc thù biển đảo.

(2) Tăng cường điều kiện bảo quản các phương tiện tránh thai, thuốc men và dụng cụ y tế. Chưa nên trang bị các trang thiết bị y tế và các phương tiện công nghệ đắt tiền, gây lãng phí không cần thiết nếu cơ sở chưa có đủ điều kiện tiếp nhận, sử dụng.

c) Về tổ chức mạng lưới thông tin dữ liệu

(1) Cung cấp, lắp đặt, duy trì hệ thống máy vi tính và mạng nội bộ cho các Chi cục DS-KHHGD, Trung tâm DS-KHHGD, các Trạm y tế xã tại các địa phương ven biển và trên đảo; Nâng cao năng lực thu thập, thống kê, phân tích thông tin dữ liệu về DS/CS. SKSS/ KHHGD cán bộ của các Chi cục DS-KHHGD, Trung tâm DS-KHHGD và Trạm Y tế xã/phường.

(2) Trước mắt cần phủ kín hệ thông tin quản

lý DS-KHHGD tại các huyện đảo, xã đảo, nhằm được cho việc hoạch định chính sách kinh tế - xã
đáp ứng các yêu cầu về cung cấp thông tin hỗ trợ hội tại vùng biển, đảo./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1) Thông tư số 05/TT-BYT ngày 14/5/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế về *hướng dẫn chức năng nhiệm vụ và cơ cấu tổ chức bộ máy Dân số-Kế hoạch hóa gia đình địa phương*.
- 2) Đỗ Ngọc Tấn - *Đề án Kiểm soát dân số các vùng biển, đảo và ven biển (2010)*.
- 3) Đoàn Minh Lộc - “*Điều tra tổng thể hệ thống Dân số-Kế hoạch hóa gia đình*”. Tổng cục DS-KHHGD (2011).
- 4) Nguyễn Đức Mạnh - *Khảo sát, đánh giá công tác truyền thông - giáo dục về dân số, sức khỏe sinh sản và KHHGD đặc thù vùng biển, đảo và ven biển*. Tổng cục DS-KHHGD- Bộ Y tế (2010).

GIẢI PHÁP NÂNG CAO HIỆU QUẢ HOẠT ĐỘNG Y TẾ TRƯỜNG HỌC TẠI CÁC TRƯỜNG TIỂU HỌC VÀ TRUNG HỌC CƠ SỞ CÔNG LẬP Ở HÀ NỘI

TS. Nguyễn Đức Mạnh¹
ThS. Nguyễn Văn Hùng²

TÓM TẮT:

Nghiên cứu đã cho biết: Công tác y tế trường học ở Hà Nội hiện đang còn nhiều vấn đề bức xúc, trong đó có vấn đề thiếu thống nhất trong tổ chức bộ máy, thiếu nhân viên y tế theo đúng yêu cầu về bảo vệ chăm sóc sức khỏe học sinh. Đã đến lúc cần có các giải pháp cho các vấn đề trên. Để làm điều này rất cần sự thống nhất của các Bộ, ngành liên quan đặc biệt là Bộ GD-ĐT và Bộ Y tế trong việc tổ chức mô hình y tế trường học tại các trường phổ thông các cấp. Công tác kiểm tra, giám sát cần được tăng cường để đưa công tác YTTH vào chuẩn mực. Đây là yếu tố quan trọng có tính quyết định đến hiệu quả công tác chăm sóc sức khỏe học sinh hiện nay tại các trường học phổ thông trong địa bàn thành phố Hà Nội.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo số liệu báo cáo của ngành Giáo dục và Đào tạo cho biết: Năm 2006, cả nước có 36.000 trường học các cấp khác nhau, nhưng trên 80% số trường học chưa có cán bộ y tế chuyên trách. Thủ đô Hà Nội có 2.502 trường học với trên 1,5 triệu học sinh của tất cả các cấp học, là địa phương cũng nằm trong tình trạng trên của cả nước. Trước tình trạng bức xúc này, UBND thành phố Hà Nội, cụ thể là Sở Khoa học và Công nghệ Hà Nội đã cho triển khai “Đánh giá hoạt động y tế trường học và đề xuất các giải pháp nhằm nâng cao hiệu quả công tác y tế trường học tại các trường Tiểu học và Trung học

cơ sở công lập trên địa bàn thành phố Hà Nội”. Kết quả khảo sát, đánh giá đã cho biết bức tranh thực trạng tổ chức bộ máy và nhân lực trong công tác y tế trường học tại các trường Tiểu học (TH) và Trung học cơ sở (THCS) công lập ở Hà Nội. Trong đó có nhiều vấn đề khiến chúng ta phải suy nghĩ và cần phải có các giải pháp phù hợp.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đề tài được thực hiện theo thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp giữa nghiên cứu định tính và định lượng.

- Sử dụng phương pháp phân tích số liệu thứ cấp (nghiên cứu báo cáo công tác YTTH, số liệu báo cáo hàng năm của Sở GD-ĐT Hà Nội giai đoạn 2009-2011; Thu thập phân tích số liệu thống kê báo cáo của 1.024 trường TH và THCS công lập trên địa bàn Hà Nội về công tác y tế trường học trong năm học (2011-2012).

- Thu thập phân tích thông tin định lượng tại 28 trường TH và 28 trường THCS công lập trên địa bàn Hà Nội; kết hợp lựa chọn mẫu thực địa ngẫu nhiên và có chủ đích chia theo khu vực nội, ngoại thành, đô thị và nông thôn.

- Sử dụng các máy đo đặc âm thanh để đo

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

² Phó trưởng khoa Dân số và Phát triển, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

tiếng ồn, máy đo ánh sáng, thước đo độ cao, thấp của bàn ghế.

3. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU.

- Cơ sở vật chất của các trường TH và THCS (trường, lớp, bảng, bàn, ghế, thiết bị, môi trường không gian).

- Cán bộ quản lý y tế trường học tại các cấp Sở GD-ĐT thành phố Hà Nội, Phòng GD-ĐT quận/huyện, Lãnh đạo trường TH, trường THCS.

- Cán bộ quản lý y tế trường học thuộc Trung tâm y tế quận/huyện.

- Cán bộ chuyên trách y tế trường học tại các trường TH và THCS.

- Đại diện ban phụ huynh học sinh.

- Ban Chăm sóc sức khỏe học sinh của các trường TH và THCS.

4. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

4.1. Một số thực trạng tổ chức bộ máy và nhân sự trong hoạt động y tế trường học công lập tại Hà Nội

Cuộc khảo sát, đánh giá trên do Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (Bộ Y tế) thực hiện đối với 1.024 trường TH và THCS, trong đó tiến hành thực địa tại 28 trường TH và 28 trường THCS trong thời gian từ tháng 10 đến tháng 12/2013 ở Hà Nội. Kết quả cho biết một số nội dung sau đây:

4.1.1. Thực trạng bộ máy, thành phần và tên gọi

a) Hình thức tổ chức bộ máy

Trong số 1.024 trường TH và THCS công lập trong cuộc khảo sát đánh giá này có 906 trường (88,5%) có Ban chăm sóc sức khỏe học sinh (SKHS), 987 trường (97,1%) có cán bộ chuyên trách y tế trường học; 29 trường (2,9%) có cán bộ kiêm nhiệm y tế trường học. Trong đó 87,8% trường thuộc khối TH có Ban chăm sóc SKHS, 95,7% trường có cán bộ chuyên trách y tế

trường học, còn 4,3% trường có cán bộ kiêm nhiệm y tế trường học. Khối trường THCS có 89,3% trường có Ban chăm sóc SKHS, 98,9% trường có cán bộ chuyên trách y tế trường học, chỉ có 1,1% trường có cán bộ kiêm nhiệm y tế trường học. Khối trường THCS có Ban chăm sóc SKHS và cán bộ chuyên trách y tế trường học cao hơn khối trường TH.

Chỉ có 89,3% số trường đạt chuẩn quốc gia có Ban chăm sóc SKHS, còn 10,7% trường đã đạt chuẩn quốc gia nhưng lại không có Ban chăm sóc SKHS. 97,4% số trường đã đạt chuẩn quốc gia có cán bộ chuyên trách chăm sóc SKHS, còn lại 2,6% trường chuẩn có cán bộ kiêm nhiệm công tác y tế trường học. Đối với các trường chưa đạt chuẩn quốc gia chỉ có 87,8% trường có Ban chăm sóc SKHS, 97% cán bộ chuyên trách và 3% trường có cán bộ kiêm nhiệm chăm sóc SKHS.

b) Về thành phần Ban chăm sóc sức khỏe học sinh.

- Ở cấp nhà trường TH và THCS: Không có sự thống nhất thành phần Ban chăm sóc SKHS trong các trường TH và THCS

+ Hầu hết các trường thành lập Ban chỉ đạo chăm sóc SKHS thì Hiệu trưởng giữ vai trò là trưởng ban, phó hiệu trưởng làm phó ban, cán bộ y tế trường học là thư ký ban, thành viên của ban là tổng phụ trách đội, các tổ trưởng chuyên môn, giáo viên chủ nhiệm các lớp, thủ quỹ, chủ tịch công đoàn trường.

+ Tuy nhiên có hiện tượng: Một số trường có Trường trạm y tế xã, phường làm phó ban chỉ đạo; Một số trường có cán bộ y tế trường học làm phó ban.

Trường có thành lập Ban Chỉ đạo chăm sóc sức khỏe học sinh/Ban Phòng chống Tai nạn thương tích học sinh/Ban chỉ đạo chăm sóc y tế. Trưởng ban là Hiệu trưởng, Phó ban là Phó hiệu trưởng và 1 phó ban là Trạm trưởng trạm y tế Thị trấn. Ban chỉ đạo họp một tháng một lần và có tổ chức kiểm tra công tác y tế học đường thường kỳ. (TLN- THCS huyện Từ Liêm).

- Ở cấp quận/ huyện: Một số quận, huyện thành lập “Ban chỉ đạo chương trình y tế học đường” hoặc “Ban chỉ đạo y tế học đường”. Thành phần Ban chỉ đạo (BCĐ) cấp huyện có Phó chủ tịch UBND huyện làm trưởng ban, Giám đốc Trung tâm Y tế huyện làm phó ban thường trực; Trưởng phòng Giáo dục-Đào tạo và Phó trưởng phòng y tế làm phó ban; Trưởng khoa Y tế công cộng thuộc Trung tâm Y tế huyện làm ủy viên thư ký.

Thành viên BCĐ gồm Trưởng phòng Tài chính-Kế hoạch, Phó giám đốc Bảo hiểm xã hội, Phó chủ tịch Hội Chữ thập đỏ, Chuyên viên Phòng GD-ĐT. Ban chỉ đạo cấp quận/huyện được duy trì họp giao ban đánh giá kết quả và triển khai hoạt động công tác y tế học đường

hàng quý.

“Huyện đã thành lập Ban chỉ đạo công tác y tế học đường ngay từ đầu năm học. Ban chỉ đạo có tổ chức giao ban định kỳ, kiểm tra giám sát hoạt động công tác y tế học đường của các trường. Hàng năm đều có lịch tổ chức khám sức khỏe định kỳ cho học sinh các trường. Cuối năm có tổng kết đánh giá kết quả hoạt động của các trường và khối trường”. (PVSCBYT trường học Trung tâm Y tế huyện).

c) Về tên gọi của các Ban chăm sóc sức khỏe học sinh tại các trường

Tại các trường TH và THCS, tên gọi của các Ban chăm sóc sức khỏe học sinh không thống nhất (xem bảng)

Bảng 1. Tình trạng tên gọi của Ban CSSK học sinh tại các trường TH và THCS ở Hà Nội

STT	Tên gọi	Tại các trường thuộc quận/huyện
1	Ban Chỉ đạo y tế học đường	Long Biên, Đông Anh
2	Ban Chỉ đạo chăm sóc sức khỏe ban đầu	Thanh Xuân, Cầu Giấy, Chương Mỹ, Phú Xuyên
	Ban Chăm sóc sức khỏe ban đầu	Sóc Sơn
	Ban Chỉ đạo y tế học đường	
3	Ban Chỉ đạo phòng chống dịch bệnh	
4	Ban Sức khỏe	Mỹ Đức
5	Ban Chỉ đạo công tác y tế, chữ thập đỏ	Từ Liêm
	Ban Chăm sóc sức khỏe ban đầu	Ba Vì
6	Ban Chỉ đạo phòng chống tai nạn thương tích	
	Ban Chăm sóc sức khỏe ban đầu	
7	Ban Chỉ đạo vệ sinh y tế học đường	
8	Ban Chỉ đạo vệ sinh học đường	Thanh Trì
9	Không thành lập Ban Chỉ đạo chăm sóc sức khỏe học sinh	Mê Linh

Như bảng 1 cho biết trong số 56 trường TH và THCS ở Hà Nội đã có 8 nhóm tên khác nhau về Ban chăm sóc sức khỏe trong trường học.

4.1.2. Thực trạng nhân lực y tế tại các trường Tiểu học và Trung học cơ sở

Theo số liệu thống kê, hiện có 916 cán bộ y tế

chuyên trách (89,5%) và 108 cán bộ kiêm nhiệm (10,5%). Trong số 108 cán bộ kiêm nhiệm, có 21 cán bộ là nhân viên của nhà trường kiêm nhiệm cán bộ y tế mà không có nghiệp vụ y tế. 87 cán bộ có nghiệp vụ y tế nhưng được lãnh đạo nhà trường giao thêm phụ

trách một số việc khác như: văn phòng, thủ quỹ, phụ trách đoàn đội, □

Huyện có nhiều cán bộ kiêm nhiệm nhất là Đông Anh (14 cán bộ) trong đó 12 cán bộ không có nghiệp vụ y, tiếp đó là Chương Mỹ (10 cán bộ), Từ Liêm (7 cán bộ).

Về biên chế: trong 1.024 trường có 955 (93,3%) cán bộ được biên chế và 69 (6,7%) cán bộ hợp đồng. Số lượng cán bộ chuyên trách tăng

nhanh trong 5 năm gần đây. Tuy nhiên, chất lượng của cán bộ y tế chưa thực sự đồng đều, tỷ lệ cán bộ y tế là bác sỹ rất ít chủ yếu là tốt nghiệp trung cấp y.

Kết quả thống kê 1.022 trường cho biết 52,7% cán bộ YTTH là trung cấp điều dưỡng; 34,9% là Y sỹ; 9,5% là Y tá; Bác sỹ 0,8%; ngoài ra có 2,1% cán bộ y tế học đường nhưng không có chuyên môn y tế (xem bảng 2).

Bảng 2. Thống kê nhân lực y tế theo khối trường và thời gian làm việc

Trình độ chuyên môn	Tiểu học		THCS		Chung 2 khối		Làm việc 100% thời gian		Làm việc bán thời gian	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Bác sỹ	3	0,5	5	1,1	8	0,8	8	100,0	0	0
Y sỹ	206	36,7	151	32,8	357	34,9	335	93,8	21	5,9
Điều dưỡng	284	50,5	255	55,4	539	52,7	518	96,1	21	3,9
Y tá	53	9,4	44	9,6	97	9,5	94	96,9	3	3,1
Khác	16	2,8	5	1,1	21	2,1	9	42,9	12	57,1
Cộng	562	100,0	460	100,0	1.022	100,0	964	94,3	57	5,6

- Số lượng cán bộ YTTH ở các trường là như nhau, nhưng số học sinh tại mỗi trường khác nhau. Có trường có số học sinh gấp nhiều lần nhưng chỉ được phép tuyển một cán bộ y tế. Ví dụ Trường tiểu học Nguyễn Hiền, quận Hoàn Kiếm với 82 học sinh và trường THCS Giảng Võ, quận Đống Đa với 3.469 học sinh nhiều gấp hơn 42 lần cũng chỉ có 1 cán bộ y tế như nhau. Đây là điều bất hợp lý.

4.2. Một số giải pháp nâng cao hiệu quả của công tác y tế trường học tại các trường Tiểu học và Trung học cơ sở công lập ở Hà Nội.

Để công tác YTTH hoạt động có hiệu quả, bảo đảm mục tiêu bảo vệ và chăm sóc sức khỏe học sinh trong các trường TH và THCS trong điều kiện hiện nay, chúng tôi đề xuất một số giải pháp đối với việc tổ chức bộ máy và nhân lực y tế trường học sau đây:

4.2.1. Giải pháp về tổ chức bộ máy y tế

trường học

a) Thống nhất về tên gọi

Tên gọi rất quan trọng. Tên gọi một tổ chức dù nhỏ đến đâu cũng nên phải gọi lên nội hàm cụ thể về tổ chức bộ máy, về đối tượng liên quan.

- Bộ Giáo dục-Đào tạo và Bộ y tế cần xem xét sửa đổi và thống nhất tên gọi của *Ban sức khỏe* (như Thông tư Liên tịch số 18/2011-TTLT-BGDĐT-BYT ngày 28/4/2011 của Bộ Giáo dục-Đào tạo và Bộ Y tế quy định tại khoản 1. Điều 17) sao cho tên gọi có nội hàm rõ ràng hơn. Ví dụ: *Ban chăm sóc sức khỏe trường học*.

- Cần kiểm tra và yêu cầu tất cả các trường đều thống nhất tổ chức và lấy tên gọi là "*Ban chăm sóc sức khỏe trường học*".

- Yêu cầu bắt buộc các trường học có cơ cấu thành phần *Ban chăm sóc sức khỏe trường học* như quy định tại khoản 1. Điều 17 Thông tư Liên tịch số 18/2011-TTLT-BGDĐT-BYT ngày

28/4/2011 của Bộ Giáo dục-Đào tạo và Bộ Y tế: “Đại diện Ban Giám hiệu là trưởng ban, phó ban là đại diện lãnh đạo ngành y tế địa phương, thường trực là cán bộ y tế trường học, các thành viên khác bao gồm giáo viên, Hội chữ thập đỏ, Đoàn thanh niên, Ban đại diện cha mẹ học sinh”.

b) Xây dựng mô hình phối hợp liên ngành

- Thành lập Ban chỉ đạo về công tác YTTH cấp tỉnh, cấp huyện với một tên gọi thống nhất. Ví dụ *Ban chỉ đạo chăm sóc sức khỏe trường học* (cấp huyện, cấp tỉnh)

- Đảm bảo sự lãnh đạo, chỉ đạo của các cấp ủy Đảng ở địa phương và trong trường học; Các cấp chính quyền có trách nhiệm thực hiện phối hợp liên ngành, liên tổ chức về công tác YTTH.

- Kiện toàn bộ máy tổ chức và cán bộ làm công tác YTTH trong hệ thống các trường học; Tăng cường công tác kiểm tra giám sát, đánh giá khen thưởng và phê bình trong công tác YTTH.

- Phối hợp chặt chẽ với chính quyền các cấp, các ngành, các đoàn thể nhân dân, hội phụ huynh và các chủ thể khác trong việc chăm lo, bảo vệ sức khỏe cho học sinh.

c) Thực hiện mô hình tổ chức y tế trường học là tuyến y tế cơ sở

- Mô hình y tế trường học hiện nay là: Mỗi trường học có một BCD chăm sóc SKHS do hiệu trưởng làm trưởng ban, các phó ban có thể là lãnh đạo hoặc nhân viên trạm y tế, trong đó nhân viên y tế trường học là chức danh sự nghiệp của ngành GD-ĐT. *Thuận lợi của mô hình này là:* Hiệu trưởng là trưởng ban huy động được sự hỗ trợ về nhân lực, tài lực của nhà trường và sự hỗ trợ của cộng đồng, trong đó có 20% kinh phí từ việc mua bảo hiểm tự nguyện của học sinh để trả lương và mua sắm trang thiết bị, thuốc thiết yếu phụ trách công tác y tế trường học. Hạn chế của mô hình này là: Phòng GD-ĐT và Nhà trường quản lý về định biên, con người và các chế độ lương, phụ cấp và điều chuyển. Trung tâm Y tế huyện/quận là đơn vị kiểm tra, giám sát, đánh

giá hoạt động y tế của các trường. Với sự đan xen thế sẽ rất khó khăn trong chỉ đạo, điều hành nếu không có sự phối hợp tốt giữa hai ngành.

Đề xuất: Nâng cấp y tế trường học thành tuyến y tế cơ sở trực thuộc Trung tâm Y tế quận/huyện. Mô hình này tương đối toàn diện, nếu y tế trường học là tuyến y tế cơ sở thì về quy mô cán bộ, số trang thiết bị và trình độ chuyên môn của cán bộ y tế sẽ được cải thiện và nâng cấp nhiều hơn. Như vậy y tế trường học có thể mở rộng phòng làm việc, tuyển dụng thêm người (tùy theo quy mô số lượng học sinh) và đầu tư thêm trang thiết bị. Nếu thực hiện theo mô hình này sẽ phù hợp hơn.

4.2.2. Giải pháp về nhân lực Y tế trường học

- Tăng cường cán bộ phụ trách công tác YTTH chuyên trách tại các Sở GD-ĐT. Bộ GD-ĐT đề xuất với Bộ Nội vụ nghiên cứu thêm định biên về cán bộ y tế chuyên trách tại các Sở, Phòng GD-ĐT.

- Việc định biên nhân viên YTTH cho các trường học cần được xây dựng trên các tiêu chí cụ thể phù hợp. Ví dụ bao nhiêu học sinh cần có 1 nhân viên y tế/trường học. Cần có các ngoại lệ để phù hợp thực tế.

- Bộ GD-ĐT và Bộ Y tế cần thống nhất đưa ra các tiêu chuẩn cần thiết đối với nhân viên y tế trong trường học. Trong đó có các tiêu chuẩn cứng về chuyên môn đào tạo phù hợp với công tác y tế trong trường học. Ví dụ nhân viên y tế trong trường học phải có trình độ từ y sĩ trở lên, chuyên môn là y sĩ đa khoa hoặc y sĩ điều dưỡng trở lên.

- Bộ GD-ĐT, Bộ Y tế và Bộ Nội vụ cần thống nhất các vấn đề pháp lý liên quan đến nhân lực YTTH

+ Ví dụ: Trong Quy định 73/2007 thì “*cán bộ YTTH phải có trình độ trung cấp y*” nhưng theo quy định của Bộ Nội vụ thì y sĩ đa khoa mới được xếp ngạch lương của cán bộ YTTH; các chuyên ngành khác như nữ hộ sinh, trung cấp

điều dưỡng có thể làm công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu cho học sinh nhưng không thể xếp mã ngạch phù hợp. Nếu muốn sử dụng thì những cán bộ đó phải bổ sung một số chứng chỉ. Còn trung cấp dược và một số chuyên ngành kỹ thuật y tế khác không thích hợp để tuyển dụng làm công tác YTTH (hiện nay nếu không có Ban chỉ đạo YTTH cấp tỉnh thì việc thực hiện tuyển cán bộ YTTH cho các trường theo Thông tư 35 là không thể thực hiện được).

+ Bổ sung các nội dung kiến thức cho nhân viên YTTH như: nghiệp vụ tâm lý sư phạm, kỹ năng truyền thông, phương pháp giáo dục vị thành niên.

- Bổ sung, sửa đổi các văn bản pháp luật và dưới luật liên quan đến chế độ, chính sách cho cán bộ làm công tác y tế trường học.

- Về nguồn cung cấp nhân lực

+ Đào tạo cán bộ YTTH tại các trường Cao đẳng, Trung cấp y tế tại mỗi địa phương để cung cấp nguồn cán bộ chuyên trách công tác YTTH.

+ Đào tạo giáo viên kiêm nhiệm công tác YTTH trở thành cán bộ YTTH ở những địa phương chưa có khả năng tuyển biên chế cán bộ YTTH chuyên trách (do Sở Y tế đào tạo). Đào tạo lại cho các cán bộ YTTH chưa đạt chuẩn theo quy định của Bộ Nội vụ.

+ Hợp đồng cán bộ y tế đã nghỉ hưu hoặc nghỉ mất sức để bổ sung đội ngũ công tác YTTH.

- Bộ GD-ĐT cần cho phép các trường Cao đẳng, Trung cấp y dược đào tạo, bổ túc, cấp chứng chỉ công tác YTTH cho cán bộ y tế, sinh viên tốt nghiệp các trường trên trước khi tuyển vào biên chế làm cán bộ YTTH.

5. KẾT LUẬN

Công tác YTTH hiện đang còn nhiều vấn đề bức xúc trong đó có vấn đề tổ chức bộ máy và nhân lực. Thực tế khảo sát tại 1.024 trường TH và THCS ở Hà Nội cho thấy thiếu sự thống nhất trong việc tổ chức bộ máy, thiếu nhân viên y tế theo đúng yêu cầu về bảo vệ chăm sóc sức khỏe học sinh. Đã đến lúc cần có các giải pháp cho các vấn đề trên. Chính vì vậy rất cần sự thống nhất của các Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Y tế, Bộ Nội vụ và chính quyền các địa phương trong việc tổ chức mô hình YTTH tại các trường phổ thông các cấp. Sở GD-ĐT Hà Nội cần tăng cường công tác kiểm tra và từng bước đưa công tác YTTH vào chuẩn mực. Đây là yếu tố quan trọng có tính quyết định đến hiệu quả trong công tác chăm sóc sức khỏe học sinh hiện nay trong các trường học phổ thông trong địa bàn thành phố Hà Nội./.

HOÀN THIỆN PHÁP LUẬT VỀ DÂN SỐ Ở VIỆT NAM HIỆN NAY

ThS. Trần Thị Ngọc Bích¹

TÓM TẮT:

Chính sách dân số là một công cụ quan trọng của Chính phủ để điều tiết quá trình tái sản xuất dân số, là tiền đề quan trọng nhất để đảm bảo sự thành công của Chương trình DS-KHHGD và Chăm sóc sức khỏe sinh sản. Trong những năm qua, việc đánh giá chính sách dân số ở Việt Nam luôn được chú ý ở các cấp độ khác nhau để nhìn nhận lại kết quả, tác động của chính sách DS-KHHGD, đồng thời đặt cơ sở cho các mục tiêu, giải pháp trong giai đoạn tiếp theo. Tuy nhiên, các nghiên cứu được thực hiện chỉ tập trung nghiên cứu, đánh giá về “chính sách dân số” và thường tiếp cận dưới góc độ nhận thức, thái độ của các nhóm đối tượng đối với chính sách dân số. Đề tài “Hoàn thiện pháp luật về dân số ở Việt Nam hiện nay” đã đánh giá thực trạng thực hiện pháp luật về dân số và đưa ra các đề xuất, luận giải một số quan điểm, giải pháp nhằm hoàn thiện pháp luật về dân số ở nước ta hiện nay.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm qua, Đảng và Nhà nước ta đã ban hành nhiều văn bản chính sách, pháp luật về dân số nhằm điều chỉnh toàn diện vấn đề dân số, bao gồm quy mô, cơ cấu, chất lượng dân số, phân bố dân cư, đảm bảo cơ sở pháp lý vững chắc để thực hiện thắng lợi Chiến lược Dân số Việt Nam, góp phần vào sự nghiệp công nghiệp hoá, hiện đại hoá đất nước. Tháng 1 năm 1993, Hội nghị lần IV Ban Chấp hành Trung ương Đảng khoá VII đã ban hành Nghị quyết về chính

sách DS-KHHGD nhằm giải quyết cơ bản vấn đề dân số, tiến tới ổn định quy mô dân số của nước ta. Ngày 9/1/2003, Ủy ban thường vụ Quốc hội khóa XI thông qua Pháp lệnh Dân số và có hiệu lực thi hành từ ngày 1/5/2003. Đây là văn bản pháp lý cao nhất của Nhà nước ta trong lĩnh vực dân số, đã khắc phục được tình trạng tản mạn, phân tán việc điều chỉnh dân số ở nhiều văn bản trước đây. Pháp lệnh Dân số năm 2003 quy định phạm vi điều chỉnh khá rộng, và toàn diện bao gồm những vấn đề liên quan đến kết quả của dân số (quy mô, cơ cấu, phân bố và chất lượng dân số), và đến quá trình dân số (quá trình sinh, tử, di dân, phát triển về thể chất, trí tuệ và tinh thần của con người), quy định các nội dung quản lý nhà nước về dân số và công tác dân số.

Pháp lệnh Dân số năm 2003 đã góp phần quan trọng trong việc nâng cao trách nhiệm của công dân, góp phần bảo vệ quyền và lợi ích hợp pháp của công dân trong việc kiểm soát sinh sản, lựa chọn nơi cư trú, thực hiện các biện pháp nâng cao chất lượng dân số. Trên thực tế hầu như không còn tình trạng cản trở hay cưỡng bức thực hiện KHHGD, vi phạm quyền phát triển toàn diện của con người.

Tuy nhiên, sau 9 năm thi hành, Pháp lệnh Dân số năm 2003 đã bộc lộ một số hạn chế và công tác quản lý dân số vẫn còn vướng phải nhiều những bất cập và vướng mắc như: nhiều

¹ Nghiên cứu viên Viện Chiến lược và Chính sách y tế - Trích Luận văn Thạc sỹ Luật học năm 2012.

quy định của Pháp lệnh Dân số khó áp dụng vào thực tiễn, thiếu các quy định điều chỉnh về quyền và trách nhiệm của các chủ thể, một số vấn đề mới phát sinh trong đời sống xã hội liên quan đến chất lượng dân số chưa được Pháp lệnh Dân số điều chỉnh... Mặt khác, trong thời gian qua, nhiều nghiên cứu được thực hiện chỉ tập trung nghiên cứu, đánh giá về “chính sách dân số” và thường tiếp cận dưới góc độ nhận thức, thái độ của các nhóm đối tượng đối với chính sách dân số. Trong những năm gần đây, các nghiên cứu được thực hiện đã trên cơ sở phân tích, đánh giá các chính sách dân số hiện hành (bao gồm cả pháp luật về dân số). Tuy nhiên, đối tượng nghiên cứu, đánh giá trực tiếp không phải là pháp luật về dân số và cách tiếp cận nghiên cứu không đứng trên cơ sở lý luận nhà nước và pháp luật. Do đó, việc nghiên cứu hoàn thiện pháp luật về dân số là hết sức cần thiết trong giai đoạn hiện nay để tạo cơ sở hành lang pháp lý vững chắc cho việc quản lý dân số và công tác dân số được hiệu quả hơn, góp phần thúc đẩy phát triển KT - XH của đất nước.

Mục tiêu nghiên cứu: Từ việc nghiên cứu những vấn đề lý luận, trên cơ sở đánh giá thực trạng thực hiện pháp luật về dân số, đề xuất và luận giải một số quan điểm, giải pháp nhằm hoàn thiện pháp luật về dân số ở nước ta hiện nay.

2. CƠ SỞ PHƯƠNG PHÁP LUẬN VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Cơ sở phương pháp luận: nghiên cứu thực hiện trên cơ sở phương pháp luận chủ nghĩa Mác - Lênin, tư tưởng Hồ Chí Minh, quan điểm của Đảng và Nhà nước ta về xây dựng và hoàn thiện pháp luật nói chung, pháp luật về dân số nói riêng giai đoạn hiện nay.

- Phương pháp nghiên cứu: sử dụng các phương pháp nghiên cứu cụ thể như phương pháp lịch sử, phương pháp luật học so sánh, phương pháp phân tích, tổng hợp, phương pháp thống kê, tổng kết thực tiễn □

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU CỦA LUẬN VĂN

3.1. Quá trình hình thành và phát triển của pháp luật về dân số ở Việt Nam

- Giai đoạn từ năm 1961 - 1975

Nhận thức được tác động của gia tăng dân số nhanh ảnh hưởng tới phát triển KT - XH, ngày 26/12/1961 Hội đồng Chính phủ đã ra Quyết định 216 - CP về việc sinh đẻ có hướng dẫn. Quyết định này trở thành mốc lịch sử quan trọng của Việt Nam về công tác DS - KHHGD. Theo đó, cuộc vận động sinh đẻ có kế hoạch chính thức được phát động. ở giai đoạn này, chính sách, pháp luật về dân số mới chỉ triển khai ở các tỉnh miền Bắc, với những nội dung chủ yếu được Chính phủ ban hành trong ba văn bản quan trọng. Chính sách, pháp luật về dân số được đề ra cho giai đoạn này với mong muốn chủ quan nhằm sớm kiềm chế sự bùng nổ dân số nhưng dường như chưa phù hợp với quy luật nhân khẩu học.

- Giai đoạn từ năm 1976 - 1990

Trong giai đoạn này, công tác DS - KHHGD được triển khai trong phạm vi cả nước với mục đích nhằm đẩy mạnh hơn nữa cuộc vận động sinh đẻ có kế hoạch thông qua năm văn bản quan trọng của Chính phủ liên quan đến chính sách dân số. Nhìn chung chính sách DS - KHHGD giai đoạn này là dựa trên cơ sở vận động, tự nguyện, tự giác có kết hợp với các biện pháp khuyến khích “thưởng” cho các cặp vợ chồng thực hiện KHHGD thông qua các chương trình phúc lợi công cộng. Nhà nước cung cấp miễn phí hoặc bán trợ giá các phương tiện tránh thai như vòng, bao cao su, thuốc tránh thai cũng như các dịch vụ y tế kèm theo các đối tượng ưu tiên có đăng ký thực hiện KHHGD. Nhà nước cũng đầu tư xây dựng một mạng lưới gồm các trạm sinh đẻ kế hoạch từ trung ương tới các địa phương.

- Giai đoạn từ năm 1991 - 2000

Từ năm 1993 đến năm 2000, công tác DS -

KHHGD có bước phát triển với việc ban hành nhiều văn bản pháp luật về dân số trong giai đoạn này. Có thể khẳng định rằng chính sách, chiến lược DS - KHHGD trong giai đoạn này đánh dấu sự biến đổi cơ bản của công tác DS - KHHGD cả về nội dung, cách làm, kinh phí và tổ chức bộ máy. Kết quả thực hiện chính sách, chiến lược cũng đạt được những kết quả quan trọng.

- Giai đoạn từ năm 2001 đến nay

Chính sách pháp luật về dân số trong giai đoạn này được chuyển hướng nhằm giải quyết toàn diện các vấn đề dân số. Pháp luật về giai đoạn này thể hiện trong nhiều văn bản quan trọng mà cao nhất là Pháp lệnh Dân số điều chỉnh mọi quan hệ liên quan đến dân số. Các chính sách pháp luật về DS-KHHGD đã được ban hành khá đầy đủ từ Trung ương đến địa phương, tạo môi trường pháp lý cũng như những động lực và điều kiện để thu hút được sự tham gia hưởng ứng của toàn xã hội.

3.2. Những ưu điểm của pháp luật về dân số và những kết quả đạt được trong tổ chức thực hiện pháp luật về dân số

Trải qua 50 năm xây dựng và phát triển, công tác DS-KHHGD Việt Nam đã đạt được những thành tựu, kết quả to lớn. Thành tựu đạt được của công tác DS-KHHGD khẳng định tính đúng đắn, sáng suốt của Đảng và Nhà nước đã đưa ra hệ thống các chính sách, giải pháp thống nhất, đồng bộ; thể hiện những nỗ lực bền bỉ của cả hệ thống chính trị và thể hiện sự đóng góp rất lớn của hệ thống văn bản pháp luật về dân số. Có thể khái quát các ưu điểm của pháp luật dân số trong các nội dung sau:

- Pháp luật về dân số đã được ban hành tương đối toàn diện để đáp ứng yêu cầu điều chỉnh các quan hệ xã hội trong lĩnh vực dân số.

- Pháp luật về dân số cơ bản đã đáp ứng được yêu cầu về tính phù hợp: pháp luật về dân số phù hợp với đường lối, chủ trương, chính sách của Đảng; pháp luật về dân số đã cơ bản phản ánh được nguyện vọng, nhu cầu và thực sự đem

lại lợi ích cho nhân dân; pháp luật về dân số đã phản ánh được yêu cầu khách quan và xu hướng phát triển KT -XH của đất nước.

- Pháp luật về dân số nhìn chung đã bảo đảm được tính thống nhất.

- Pháp luật về dân số đã thể hiện được những tiến bộ trong kỹ thuật xây dựng pháp luật: các yếu tố về dân số được quy định riêng trong một văn bản quy phạm pháp luật là Pháp lệnh Dân số năm 2003; các văn bản quy phạm pháp luật về dân số nói chung có kết cấu chặt chẽ, bố cục rõ ràng hợp lý.

Những kết quả đạt được trong tổ chức thực hiện pháp luật về dân số

Pháp luật về dân số ra đời phản ánh nhu cầu của xã hội và là kết quả tất yếu của quá trình xây dựng, hoàn thiện hệ thống pháp luật Việt Nam. Việc triển khai thực hiện các văn bản quy phạm pháp luật trên thực tế đã tạo ra những thay đổi tích cực trong công tác dân số.

Việc triển khai thực hiện các văn bản pháp luật về dân số đã được thực hiện tương đối đồng bộ: các văn bản quy phạm pháp luật về dân số sau khi được ban hành và có hiệu lực đã được tổ chức thực hiện tương đối đồng bộ từ trung ương đến địa phương trong phạm vi cả nước. Mặc dù có sự khác biệt về điều kiện KT -XH, nhưng các địa phương vẫn đảm bảo thực hiện theo đúng các quy định pháp luật tại địa phương mình.

Quyền và nghĩa vụ của công dân về công tác dân số đã được đảm bảo: Pháp lệnh Dân số quy định công dân có bốn quyền, trong đó có quyền được cung cấp thông tin về dân số và quyền được cung cấp các dịch vụ dân số có chất lượng, thuận tiện, an toàn và được giữ bí mật theo quy định của pháp luật được coi là *quyền điều kiện* để thực hiện hai *quyền mục đích* là lựa chọn các biện pháp chăm sóc SKSS - KHHGD, nâng cao chất lượng dân số và lựa chọn nơi cư trú phù hợp với quy định của pháp luật, đồng thời là điều kiện để thực hiện các nghĩa vụ của công dân. Do đó, hai *quyền điều kiện* đã trở thành trách nhiệm của Nhà nước, cơ quan, tổ chức nhằm đáp ứng

quyền này cho công dân. Việc cung cấp đầy đủ thông tin và các dịch vụ về dân số đã giúp người dân thực hiện được các nghĩa vụ về thực hiện KHHGĐ, xây dựng quy mô gia đình ít con, tôn trọng lợi ích của Nhà nước, xã hội, cộng đồng trong việc điều chỉnh quy mô dân số, cơ cấu dân số, phân bố dân cư, nâng cao chất lượng dân số. Tỷ lệ sinh con thứ 3 trở lên giảm từ 21,7% (năm 2002) xuống còn 15,1% (năm 2010). Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai tăng từ 73,9% (năm 2001) lên 78% (năm 2010), là mức cao, tương đương với mức của các nước phát triển (bình quân là 75%) (Nguồn: Tổng cục DS - KHHGĐ, *Công tác DS - KHHGĐ Việt Nam 50 năm xây dựng và phát triển*).

Vai trò của Nhà nước, cơ quan, tổ chức, Mặt trận Tổ quốc Việt Nam và các đoàn thể nhân dân trong công tác dân số được khẳng định: Các hoạt động phối hợp với các bộ, ban ngành, Mặt trận tổ quốc và các đoàn thể đã được thực hiện một cách rõ nét và đạt được nhiều kết quả, là cơ sở quan trọng để thực hiện mục tiêu chương trình, kế hoạch về dân số cho cả giai đoạn, đặc biệt là đã phát huy được tính chủ động lồng ghép các nhiệm vụ của từng bộ, ban, ngành, Mặt trận Tổ quốc và các đoàn thể với các nhiệm vụ về dân số. Các nội dung về mục tiêu, nhiệm vụ và cơ chế phối hợp đã được ký kết cũng được cụ thể hóa hơn qua các hoạt động triển khai chương trình phối hợp.

Các chính sách pháp luật về dân số đã chú trọng bảo vệ dân tộc thiểu số: Đối với các dân tộc thiểu số Nhà nước luôn dành những quy định có tính ưu tiên nhằm tạo điều kiện cho đồng bào các dân tộc thiểu số phát triển, nhanh chóng hòa nhập với sự phát triển của toàn xã hội.

3.3. Những hạn chế trong xây dựng các văn bản pháp luật về dân số và những hạn chế, bất cập trong thực hiện pháp luật về dân số

Mặc dù đã đạt được những tiến bộ đáng kể trong thời gian qua nhưng pháp luật về dân số vẫn còn bộc lộ nhiều hạn chế, bất cập so nhu cầu của quản lý nhà nước và yêu cầu phát triển KT -

XH. Trong quá trình xây dựng các văn bản pháp luật về dân số, còn nhiều nội dung quan trọng của pháp luật về dân số vẫn còn thiếu hoặc chưa được quy định một cách cụ thể. Bên cạnh đó, xét dưới góc độ kỹ thuật xây dựng pháp luật về dân số còn bộc lộ những hạn chế cơ bản sau: pháp luật về dân số hiện nay vẫn chủ yếu là các quy phạm được quy định trong văn bản quy phạm pháp luật do cơ quan hành chính ban hành; các văn bản quy phạm pháp luật về dân số có độ ổn định thấp, thường xuyên bị sửa đổi, bổ sung hoặc thay thế; các văn bản quy phạm pháp luật quy định chi tiết, hướng dẫn thi hành chậm được ban hành.

Những hạn chế, bất cập trong thực hiện pháp luật về dân số

Bên cạnh những thành tựu của công tác DS - KHHGĐ đã đạt được thông qua việc triển khai có hiệu quả pháp luật về dân số trong thời gian qua, thì việc thực hiện pháp luật về dân số vẫn còn nhiều hạn chế, bất cập.

Việc xử lý các vi phạm hành chính về dân số đối với các hành vi bị nghiêm cấm còn nhiều hạn chế. Một số hành vi vi phạm hành chính về dân số được áp dụng theo quy định của Bộ luật Hình sự, Pháp lệnh xử lý vi phạm hành chính, Nghị định xử phạt vi phạm hành chính trong các lĩnh vực liên quan, song một số hành vi vi phạm các quy định này vẫn chưa có chế tài để thực hiện do chưa có văn bản quy phạm pháp luật quy định cụ thể biện pháp xử lý. Chính phủ đã ban hành Nghị định 114/2006/NĐ-CP quy định xử lý vi phạm hành chính về Dân số và Trẻ em nhưng việc xử lý vi phạm hành chính về Dân số trên thực tế rất ít. Nguyên nhân của những hạn chế này là một số hành vi quy định không rõ ràng, cụ thể nên khó áp dụng xử phạt; việc tuyên truyền, giải thích pháp luật còn nhiều hạn chế nên người dân không nắm rõ được các quy định của pháp luật; cùng với đó, các hành vi vi phạm hành chính trong lĩnh vực dân số rất khó thu thập được chứng cứ để có cơ sở xử lý.

Ngoài ra, việc thực hiện các quy định pháp

luật về dân số như cung cấp dịch vụ KHHGĐ, cơ cấu dân số, chất lượng dân số và phân bố dân cư cũng còn nhiều bất cập, tồn tại. Việc khuyến khích lợi ích vật chất và tinh thần, thực hiện các chính sách bảo hiểm để tạo động lực thúc đẩy việc thực hiện KHHGĐ trong nhân dân còn hạn chế, chưa được thực hiện trên toàn quốc mà phụ thuộc vào chính sách của mỗi địa phương nên việc áp dụng chưa thống nhất, thiếu ổn định. Về cơ cấu dân số, Pháp lệnh Dân số quy định Nhà nước có chính sách, cơ quan, tổ chức có biện pháp phát triển dịch vụ xã hội phù hợp với cơ cấu dân số già trong tương lai. Song, các chính sách khuyến khích và bảo vệ các cơ sở dịch vụ xã hội, các chính sách ưu đãi về đất đai, thuế, cơ sở vật chất và kinh phí cho việc tổ chức thực hiện các hoạt động này hầu như chưa được thực hiện. Về phân bố dân cư, việc thực hiện các quy định về phân bố dân cư hợp lý, phân bố dân cư nông thôn, phân bố dân cư đô thị, di cư trong nước và di cư quốc tế còn hết sức hạn chế.

Bên cạnh đó, sự thay đổi về tổ chức bộ máy làm công tác quản lý nhà nước về dân số đã có những tác động hạn chế đến công tác quản lý của nhà nước về dân số. Do tổ chức bộ máy làm công tác dân số luôn thay đổi, không ổn định nên đội ngũ cán bộ làm công tác DS - KHHGĐ cũng có biến động lớn, đặc biệt là tuyển huyện, tuyển xã.

Kinh phí đầu tư cho chương trình DS - KHHGĐ còn thiếu so với nhu cầu, nhiệm vụ được giao. Việc quản lý dân số phân tán ở nhiều bộ, ngành đã gây khó khăn phiền phức cho người dân trong các giao dịch dân sự và quản lý xã hội. Thông tin số liệu về dân số của các bộ, ngành còn khác nhau, không sẵn có tại mọi thời điểm và không đáp ứng nhu cầu sử dụng khác nhau của các cơ quan, tổ chức trong xã hội để phục vụ yêu cầu hoạch định chính sách và lồng ghép dân số với kế hoạch phát triển KT - XH.

3.4. Nguyên nhân những hạn chế, bất cập của pháp luật và thực hiện pháp luật về dân số

Những hạn chế của pháp luật, những bất cập

này sinh trong thực hiện pháp luật về dân số xuất phát từ nhiều nguyên nhân khác nhau, có cả những nguyên nhân khách quan và chủ quan.

Những nguyên nhân khách quan

DS - KHHGĐ là một vấn đề mang tính nhạy cảm và phức tạp. Tính nhạy cảm và phức tạp của công tác dân số đã có ảnh hưởng không tốt đến công tác tuyên truyền, giáo dục pháp luật về dân số, đến nhận thức của nhân dân và cộng đồng trong việc thực hiện mục tiêu giảm sinh. Việc chỉ chú trọng đến quyền mà không gắn liền với nghĩa vụ của công dân, cho rằng quyền sinh sản đồng nghĩa với thoải mái, tự do, không hạn chế đã ảnh hưởng xấu đến việc thực hiện pháp luật về dân số. Thêm vào đó, điều kiện kinh tế, văn hóa xã hội thấp, ảnh hưởng của tâm lý, tập quán của người dân trong xã hội nông nghiệp và của tư tưởng nho giáo về việc sinh con, muốn có đông con và phải có con trai để nối dõi tông đường vẫn còn rất nặng nề là nguyên nhân khó khăn, phức tạp và lâu dài trong việc thực hiện mục tiêu mỗi cặp vợ chồng có một hoặc hai con, bảo đảm cân bằng giới tính và nâng cao chất lượng dân số. Đồng thời, trình độ chuyên môn, nghiệp vụ, năng lực của đội ngũ cán bộ, công chức, viên chức làm công tác DS-KHHGĐ còn thấp và không đồng đều. Do trình độ chuyên môn hạn chế nên cán bộ, công chức chưa nắm bắt được đầy đủ, chính xác yêu cầu của thực tiễn để kịp thời đề xuất ban hành hoặc sửa đổi, bổ sung một văn bản pháp luật phù hợp với yêu cầu của thực tiễn. Sự hạn chế về năng lực cũng không cho phép cán bộ, công chức làm công tác xây dựng pháp luật xử lý thông tin chính xác, dự báo được xu hướng vận động khách quan qua đó xác định yêu cầu đối với pháp luật và truyền tải những nội dung cần thiết vào trong một văn bản quy phạm pháp luật phù hợp.

Những nguyên nhân chủ quan

Với những kết quả bước đầu trong việc khống chế tốc độ gia tăng dân số, từ sau năm 2000 đến trước khi ban hành Nghị quyết số 47-NQ/TW đã xuất hiện **tư tưởng chủ quan, thoả**

mãn, buông lỏng lãnh đạo, chỉ đạo công tác DS-KHHGD ở nhiều ngành, nhiều cấp, nhiều địa phương. Một số cấp uỷ và chính quyền chưa nhận thức đầy đủ tầm quan trọng, ý nghĩa chiến lược của công tác DS - KHHGD, từ đó dẫn tới sự quan tâm không đúng mức, đặc biệt khi có biến động về tổ chức thì dễ buông lỏng công tác này. Bên cạnh đó, tổ chức bộ máy làm công tác DS - KHHGD thiếu ổn định và chưa hoàn thiện. Sự thay đổi tổ chức bộ máy đã tác động không nhỏ đến việc tổ chức thực hiện chính sách pháp luật về dân số. Đồng thời, các giải pháp thực hiện chính sách pháp luật về dân số chưa đồng bộ và thống nhất. Mỗi Bộ, ngành, địa phương giải quyết theo từng lĩnh vực. Cơ quan DS-KHHGD thì còn quá tập trung vào thực hiện mục tiêu giảm sinh, mà chưa thực sự chú trọng đến các yếu tố dân số khác như cơ cấu dân số, chất lượng dân số và phân bố dân cư. Đầu tư nguồn lực chưa đáp ứng nhu cầu. Hơn nữa, việc tổ chức lấy ý kiến đóng góp của nhân dân, ý kiến phản biện của các tổ chức xã hội trong xây dựng và hoàn thiện pháp luật về dân số chưa được quan tâm thực hiện thường xuyên. Vì thế, pháp luật về dân số trong một số trường hợp vẫn chưa phản ánh được yêu cầu khách quan của thực tiễn, chưa phản ánh được nguyện vọng của nhân dân có nguyên nhân trực tiếp từ việc nhân dân không được bàn về những văn bản quy phạm liên quan đến lợi ích của mình.

4. KẾT LUẬN

Pháp luật về dân số ở Việt Nam hiện nay đã đáp ứng tương đối tốt nhu cầu điều chỉnh các yếu tố dân số bằng pháp luật. Phản ánh được một cách khách quan nhu cầu của thực tiễn, yêu cầu của xã hội và nhân dân về công tác dân số. Tuy nhiên, pháp luật về dân số cũng bộc lộ nhiều hạn chế. Để hoàn thiện pháp luật về dân số, các cơ quan nhà nước phải thực hiện đồng bộ nhiều giải pháp khác nhau mới có thể đáp ứng các yêu cầu phát triển của KT - XH trong xu thế hội nhập quốc tế theo định hướng xã hội chủ nghĩa, cũng như yêu cầu xây dựng nhà nước

pháp quyền của nhân dân, do nhân dân, vì nhân dân và yêu cầu phát triển khách quan của công tác dân số.

4.1. Các quan điểm chỉ đạo quá trình hoàn thiện pháp luật về dân số ở Việt Nam hiện nay

Hoàn thiện pháp luật về dân số phải đáp ứng yêu cầu nâng cao chất lượng chăm sóc sức khoẻ nhân dân và công tác DS - KHHGD, bảo vệ và chăm sóc sức khoẻ bà mẹ, trẻ em: Nhà nước phải xây dựng và hoàn thiện pháp luật về dân số và các thiết chế phù hợp đảm bảo thực hiện nghiêm chính sách và pháp luật về dân số, duy trì mức sinh hợp lý, quy mô gia đình ít con. Có chính sách cụ thể đảm bảo tỉ lệ cân bằng giới tính khi sinh. Tổ chức tuyên truyền nâng cao nhận thức và huy động sự tham gia của toàn xã hội vào công tác dân số.

Hoàn thiện pháp luật về dân số phải đáp ứng yêu cầu xây dựng nhà nước pháp quyền của nhân dân, do nhân dân, vì nhân dân: Hoàn thiện pháp luật về dân số nhìn dưới góc độ xây dựng nhà nước pháp quyền XHCN của nhân dân, do nhân dân, vì nhân dân có những yêu cầu riêng biệt; pháp luật về dân số phải đảm bảo nâng cao trách nhiệm của công dân, Nhà nước và xã hội trong công tác dân số; pháp luật về dân số phải có đầy đủ những nội dung cần tổ chức thực hiện trong công tác dân số; pháp luật về dân số chỉ phát huy được vai trò tối thượng của mình nếu hệ thống pháp luật đồng bộ, hoàn chỉnh, chất lượng cao thể hiện được ý chí, lợi ích và nguyện vọng của nhân dân, phù hợp với hiện thực khách quan, thúc đẩy tiến bộ xã hội.

Hoàn thiện pháp luật về dân số phải đáp ứng yêu cầu của hội nhập quốc tế: Việt Nam đã hội nhập quốc tế và khu vực sâu, rộng, toàn diện trên tất cả các lĩnh vực từ chính trị, kinh tế, văn hóa - xã hội, giáo dục, thể dục, thể thao. Chính sách pháp luật về dân số cần phải điều chỉnh thích ứng với những vấn đề mới đặt ra trong xu hướng hội nhập quốc tế. Hội nhập buộc chúng ta phải học tập, chọn lọc để tiếp thu những yếu tố

tiến bộ trong pháp luật của các nước phù hợp với điều kiện, hoàn cảnh của mình, cũng như đảm bảo sự hài hòa giữa pháp luật Việt Nam với pháp luật của các tổ chức quốc tế, tập quán, thông lệ quốc tế, các điều quốc tế mà Việt Nam ký kết hoặc tham gia liên quan đến vấn đề dân số.

Hoàn thiện pháp luật về dân số phải đảm bảo kế thừa những quy định hiện hành của pháp luật Việt Nam liên quan đến các vấn đề dân số, SKSS/KHHGD đang phát huy hiệu lực, hiệu quả trong thực tiễn: Trong giai đoạn tới, mục tiêu, định hướng chính sách về dân số có thể thay đổi không còn là duy trì mục tiêu giảm sinh thì các quy định này vẫn phát huy hiệu lực hiệu quả bởi việc quy định này sẽ là biện pháp góp phần nâng cao chất lượng dân số.

4.2. Các giải pháp hoàn thiện pháp luật về dân số

Nghiên cứu toàn diện về dân số và pháp luật về dân số: Để xây dựng và hoàn thiện pháp luật về dân số cần xem xét, phân tích các xu hướng dân số trong các giai đoạn trước, hiện nay và đòi hỏi phải nghiên cứu toàn diện về dân số. Nghiên cứu khoa học về dân số sẽ đánh giá sự ảnh hưởng của các quá trình dân số đối với sự phát triển KT - XH của đất nước để lựa chọn những quá trình dân số phù hợp nhất, thiết thực nhất trong việc hoạch định chính sách dân số trong tương lai. Nghiên cứu khoa học về pháp luật về dân số cũng sẽ làm nhiệm vụ tổng kết, đánh giá thực tiễn thực hiện pháp luật trong những giai đoạn nhất định gắn với những điều kiện chính trị, KT - XH cụ thể.

Hoạch định chính sách về dân số; xây dựng chương trình, kế hoạch xây dựng, hoàn thiện pháp luật về dân số: Mối quan hệ giữa chính sách với xây dựng, hoàn thiện pháp luật về dân số thể hiện ở chỗ: các chính sách sẽ là định hướng, giới hạn phạm vi văn bản, quy định nội dung các điều luật. Ngược lại, các văn bản quy phạm pháp luật phải thể hiện rõ ràng một hay một số các chính sách có liên quan. Trong xây dựng pháp luật, việc nhận diện các chính sách

và phân tích các chính sách đó giữ vai trò quyết định. Kế hoạch, chương trình xây dựng, hoàn thiện pháp luật cho phép các cơ quan nhà nước có thẩm quyền xác định được những nhiệm vụ cần được tiến hành, các mục tiêu cụ thể của từng nhiệm vụ, mục đích cuối cùng của toàn bộ kế hoạch, chương trình. Không chỉ giúp các cơ quan nhà nước chủ động trong xây dựng, ban hành pháp luật, kế hoạch, chương trình xây dựng, hoàn thiện pháp luật về dân số còn giúp hạn chế đến mức thấp nhất sự mâu thuẫn, chồng chéo giữa các quy định về dân số trong lĩnh vực công tác dân số và các lĩnh vực có liên quan.

Thường xuyên rà soát, hệ thống hóa pháp luật về dân số: Thực hiện rà soát thường xuyên không trực tiếp khắc phục những hạn chế, thiếu sót của pháp luật về dân số nhưng là cơ sở để đánh giá toàn diện, chính xác pháp luật hiện hành nhằm đề ra biện pháp thích hợp hoàn thiện pháp luật.

Xây dựng, ban hành Luật Dân số: Ban hành luật để điều chỉnh những vấn đề mới đặt ra trong mối tương quan giữa dân số và phát triển nhằm bảo đảm chất lượng cuộc sống của mọi người dân, ổn định và phát triển bền vững đất nước. Việc ban hành Luật Dân số được thực hiện trên cơ sở kế thừa những nội dung còn phù hợp của Pháp lệnh Dân số và Pháp lệnh sửa đổi điều 10 Pháp lệnh Dân số và khắc phục những hạn chế của Pháp lệnh Dân số, cũng như xử lý những vấn đề còn bất cập trong thi hành công tác quản lý nhà nước về dân số. Bên cạnh đó, Luật Dân số sẽ mở rộng đối tượng điều chỉnh theo hướng cụ thể hóa quy định về điều kiện đối với một số nhóm đối tượng dân số đặc thù bảo đảm thi hành quyền và nghĩa vụ trong công tác dân số; mở rộng phạm vi điều chỉnh trên cơ sở bổ sung các quy định về tiêu chuẩn, điều kiện, quy trình thực hiện các dịch vụ dân số, sức khỏe sinh sản, chính sách ưu tiên đối với việc sử dụng biện pháp tránh thai.

4.3. Các giải pháp liên quan đến tổ chức thực hiện pháp luật về dân số

Thực hiện việc tuyên truyền, phổ biến, giáo dục tri thức, pháp luật về dân số. Các kết quả nghiên cứu khoa học về dân số, những đặc trưng, yêu cầu, tác động của dân số và phát triển trong điều kiện Việt Nam cần phải công bố rộng rãi để mọi cơ quan, tổ chức, cá nhân có nhận thức đúng đắn về dân số và chuyển những nhận thức đó thành pháp luật, hành vi thực hiện pháp luật. Trong công tác tuyên truyền, phổ biến pháp luật về dân số cần đa dạng các hình thức Ngoài ra, các cơ quan, tổ chức thực hiện công tác dân số và cung cấp dịch vụ chăm sóc SKSS - KHHGĐ phải bố trí nhân lực để hướng dẫn, giải thích, giải đáp thắc mắc cho cá nhân, tổ chức về những nội dung cụ thể của pháp luật về dân số. Nhất là thời gian đầu mới triển khai một văn bản quy phạm pháp luật mới tại những nơi dân trí còn thấp như vùng sâu, vùng xa, vùng đồng bào dân tộc thiểu số...

Ổn định bộ máy tổ chức làm công tác dân số và quy hoạch, bồi dưỡng nâng cao năng lực của đội ngũ cán bộ, công chức, viên chức, cá nhân trực tiếp thực hiện công tác dân số. Ổn định và

kiện toàn tổ chức bộ máy phù hợp với tính chất khó khăn, phức tạp và lâu dài của công tác quản lý nhà nước về dân số theo hướng chuyên nghiệp hóa, thực hiện phân công trách nhiệm, quyền hạn rõ ràng và xây dựng cơ chế phối hợp hiệu quả, đặc biệt là cấp cơ sở. Tập trung củng cố, kiện toàn tổ chức bộ máy làm công tác này ở cấp tỉnh, huyện đủ mạnh để quản lý, tổ chức thực hiện có hiệu quả công tác dân số ở địa phương.

Tăng cường công tác thanh tra, kiểm tra xử lý vi phạm pháp luật. Các cơ quan quản lý nhà nước cần xây dựng kế hoạch thanh tra và thực hiện thanh tra định kỳ đối với các cơ quan, tổ chức thực hiện công tác dân số và cung cấp các dịch vụ chăm sóc SKSS / KHHGĐ. Các hình thức giám sát của công dân, của các tổ chức xã hội phải được các cơ quan nhà nước tạo điều kiện thực hiện theo đúng quy định của pháp luật. Các cơ quan nhà nước cũng phối hợp với các hội nghề nghiệp thực hiện các hoạt động kiểm tra nội bộ nhằm đảm bảo sự tuân thủ pháp luật thường xuyên của các cơ quan, tổ chức cung cấp dịch vụ chăm sóc SKSS / KHHGĐ./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế - Tổng cục DS - KHHGĐ, *Chiến lược DS- SKSS giai đoạn 2011-2020*, Hà Nội - 2011
2. Bộ Y tế - Tổng cục DS - KHHGĐ, *Dân số là một trong những yếu tố quyết định sự phát triển bền vững của đất nước*, Hà Nội - 2011
3. Bộ Y tế - Tổng cục DS - KHHGĐ, *Công tác DS - KHHGĐ Việt Nam 50 năm xây dựng và phát triển (1961 - 2011)*, Hà Nội - 2011
4. UNFPA, *Quá độ dân số và tăng trưởng kinh tế xã hội*, Hà Nội - 2009.
5. Nguyễn Minh Đoan, *Xây dựng và hoàn thiện hệ thống pháp luật Việt Nam trong bối cảnh xây dựng Nhà nước pháp quyền xã hội chủ nghĩa*, NXB Chính trị quốc gia, Hà Nội - 2011
6. Nguyễn Minh Đoan, Bùi Thị Đào, Trần Ngọc Định, Trần Thị Hiền, Lê Vương Long, Nguyễn Văn Năm, Bùi Xuân Phái, *Một số vấn đề về tổ chức thực hiện quyền lực nhà nước*, NXB Chính trị quốc gia, Hà Nội - 2009
7. Lê Minh Tâm, *Xây dựng và hoàn thiện hệ thống pháp luật Việt Nam - Những vấn đề lý luận và thực tiễn*, NXB Công an nhân dân, Hà Nội - 2003.
8. Đào Trí úc, *Những nội dung cơ bản của khái niệm hệ thống pháp luật nước ta và các nguyên tắc lập pháp*, Tạp chí Nghiên cứu lập pháp số 10, tháng 11/2001.

9. Võ Khánh Vinh, *Một số vấn đề chung về kỹ thuật lập pháp*, Tạp chí Nhà nước và Pháp luật số 8, 2001.
10. Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em, *Những nội dung chính của Pháp lệnh Dân số*, NXB Lao động - Xã hội, Hà Nội - 2004.
11. Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em, *Hệ thống hóa chính sách pháp luật hiện hành về dân số*, Hà Nội - 2006.
12. Ủy ban Thường vụ Quốc hội, *Pháp lệnh Dân số 06/2003/PL-UBTVQH11 ngày 9/1/2003*.
13. Ủy ban Quốc gia DS - KHHGD, *Dân số và Phát triển - Một số vấn đề cơ bản*, NXB Chính trị Quốc gia Hồ Chí Minh, Hà Nội - 2000.
14. Ủy ban quốc gia DS - KHHGD, *Chiến lược Dân số Việt Nam giai đoạn 2001-2010*, Hà Nội - 2000.
15. Ủy ban quốc gia DS - KHHGD - Quỹ hoạt động dân số liên hiệp quốc tại Việt Nam, *Đánh giá chính sách dân số Việt Nam giai đoạn 1993-2000*, Dự án VIE/97/P16, Hà Nội 2001.
16. UNFPA, *Tình trạng dân số thế giới năm 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010*.

NGHIÊN CỨU CUNG CẤP BẰNG CHỨNG HOẠCH ĐỊNH CHÍNH SÁCH - KINH NGHIỆM BƯỚC ĐẦU CỦA VIỆN CHIẾN LƯỢC CHÍNH SÁCH Y TẾ, BỘ Y TẾ

Vũ Thị Minh Hạnh¹

Trong những năm gần đây, thuật ngữ *xây dựng chính sách dựa trên bằng chứng (Evidence based)* đã được xuất hiện ngày càng nhiều trên các diễn đàn và thu hút được sự quan tâm đặc biệt của nhiều học giả cùng các nhà hoạch định chính sách.

Trong Y học, từ lâu đã có khái niệm *Y học thực chứng* hay còn gọi là *Y học dựa trên bằng chứng* bởi lẽ công việc chuyên môn luôn đòi hỏi người thầy thuốc phải dựa trên những bằng chứng từ cơ thể người bệnh, từ thực tiễn hành nghề để đưa ra những chỉ định phù hợp và hiệu quả.

Trong hoạch định chính sách bảo vệ chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân (BVCS&NCSKND) bằng chứng là công cụ hữu hiệu, có giá trị thuyết phục cao và hỗ trợ đắc lực cho quá trình vận động, ban hành cũng như triển khai thực hiện.

Để làm rõ vai trò của nghiên cứu cung cấp bằng chứng trong hoạch định chính sách trong đó chính sách BVCS&NCSKND, trước hết cần phải làm rõ một số khái niệm có liên quan.

Về **khái niệm bằng chứng**, hiện đang còn có nhiều định nghĩa khác nhau song từ góc độ lý thuyết phân tích chính sách (policy analysis), *bằng chứng* được xem là *những thông tin (dữ liệu có ý nghĩa) tác động đến quan điểm nhận thức của những người có vai trò quan trọng đối với vấn đề đang được xem xét và giúp định hướng cách thức giải quyết vấn đề* (Bardach 2000).

Các **loại hình bằng chứng** có thể được sử

dụng trong hoạch định chính sách (Bowen và Anthony 2012), bao gồm:

- *Kết quả nghiên cứu*: là những thông tin, số liệu thu được từ các nghiên cứu kiểm nghiệm (empirical evidence) thông qua các phương pháp nghiên cứu định tính và định lượng.

- *Thông tin sẵn có* từ nhiều nguồn khác nhau (qua tư vấn của các bên liên quan, internet, sách báo □).

- *Ý tưởng và đề xuất*: bao gồm các ý kiến và quan điểm dựa trên kinh nghiệm đã được tích lũy trong quá khứ của các chuyên gia; sự trải nghiệm cùng mối quan tâm của các nhóm xã hội □.

- *Chính trị*: là một phần của các chương trình nghị sự của Chính phủ hay các nguy cơ, cơ hội chính trị hoặc các dấu hiệu từ những cuộc khủng hoảng □

- *Kinh tế*: là sự cân nhắc về nguồn lực (vật lực, tài chính) và tính chi phí hiệu quả.

Xây dựng chính sách dựa trên bằng chứng (Evidence based policy-EBP) là thuật ngữ được xuất hiện ở một số nước phát triển từ những năm 90 của thế kỷ XX. Anh, Mỹ và Úc là những quốc gia đi tiên phong trong sử dụng các tiếp cận này. Tại Anh, hoạch định chính sách dựa trên bằng chứng đã trở thành phổ biến từ năm 1997, đánh dấu sự ra đời của chính phủ mới với nhiệm vụ

¹ Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Bộ Y tế.

hiện đại hóa đất nước và cam kết thay đổi động lực hoạt động chính trị theo ý thức hệ mới bằng việc ban hành những quyết định hợp lý. Hiện nay tại Anh, phương pháp này đã trở thành trọng tâm đối với việc xây dựng hệ thống các chính sách thuộc nhiều lĩnh vực khác nhau, cho dù đối tượng thực hiện là cơ quan chính phủ hay tổ chức phi chính phủ.

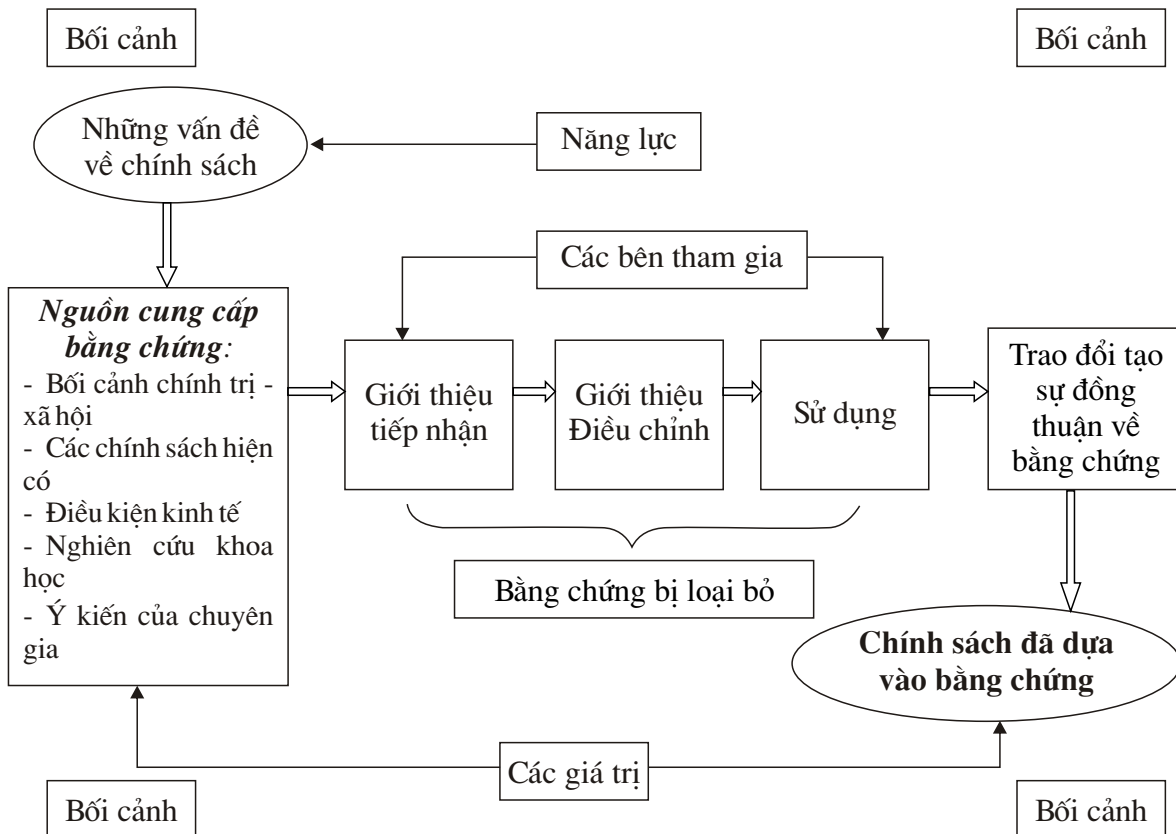
Theo tài liệu của Viện nghiên cứu phát triển ngoài nước (Oversea Development Institute-ODI) thuộc Vương quốc Anh: “□ Chính sách dựa trên bằng chứng là một cách tiếp cận giúp ban hành quyết định về các chính sách, chương trình và dự án với căn cứ xác đáng là những bằng chứng tốt nhất từ các công trình nghiên cứu hiện có...”

Bowen và Anthony cũng đã định nghĩa EIP như sau: *Xây dựng chính sách được thông tin bởi bằng chứng với nhiều hình thức và nguồn cung cấp khác nhau, nhằm phản ánh (reflective) để*

lựa chọn đáp ứng (responsive to) về chính sách phù hợp với thực tiễn.

Khi dùng thuật ngữ EBP, các học giả khuyến cáo hai vấn đề. Thứ nhất là cần sử dụng tốt nhất các nguồn bằng chứng sẵn có gồm bằng chứng từ các nghiên cứu và từ các nguồn khác nữa. Thứ hai là luôn phải quan tâm đến bối cảnh chính sách (policy context) khi phân tích bằng chứng để có thể đánh giá và quyết định có sử dụng bằng chứng đó hay không. Bối cảnh chính sách gồm môi trường hoặc địa điểm/không gian - mà tại đó chính sách được xây dựng và triển khai - cùng với bối cảnh lịch sử, văn hóa và nguồn lực đáp ứng. Các bối cảnh xã hội và chính trị và nhiều sức ép khác trong môi trường là những thách thức thường gặp phải khi đưa bằng chứng vào chính sách và triển khai thực hiện trong thực tế. Người nghiên cứu thường không nhận biết được những yếu tố này (Bowen và Anthony 2005).

Chu trình xây dựng chính sách dựa trên bằng chứng



Nguồn: Anthony Z 2012. *The building blocks for evidence informed policy- Key messages from research?*

Về phương thức cung cấp bằng chứng trong xây dựng chính sách, các nghiên cứu của ODI cho thấy những chương trình nghiên cứu mà ngay từ đầu đã có sự phối hợp chặt chẽ giữa ba đối tác (nhà nghiên cứu, nhà hoạch định chính sách và người triển khai thực hiện) thì các bằng chứng thu thập được sẽ được sử dụng nhiều hơn.

Bằng chứng thu được qua các nghiên cứu cùng nhiều nguồn cung cấp thông tin khác chỉ phát huy được tính hữu ích và vai trò tích cực đối với quá trình hoạch định chính sách khi đáp ứng được các tiêu chí dưới đây (John Young and Julius Court 2004):

- Phù hợp trong giới hạn về chính trị và thể chế cũng như áp lực đối với các nhà làm chính sách, phù hợp với khả năng nhận thức và sự chấp nhận của họ;

- Đảm bảo độ tin cậy và có tính thuyết phục, cung cấp các giải pháp thực tế để giải quyết những vấn đề nổi cộm và đề xuất sao cho hấp dẫn đối với quyền lợi của các nhà làm chính sách;

- Được kết nối trong mạng lưới thông tin với sự chia sẻ thường xuyên, tin cậy giữa người nghiên cứu và các nhà hoạch định chính sách.

Tuy nhiên, ba tiêu chí trên thường hiếm khi được đồng thời cùng đáp ứng trong thực tế. Mặc dù các nhà nghiên cứu và những người sử dụng kết quả nghiên cứu có thể kiểm soát được mức độ tin cậy của bằng chứng đã được cung cấp và đảm bảo rằng họ thường xuyên kết nối, đối thoại tốt với các nhà hoạch định chính sách song họ lại bị hạn chế về năng lực để có thể tác động tới bối cảnh chính trị mà họ đang làm việc. Nguồn lực luôn bị hạn chế nên các nhà nghiên cứu và những người sử dụng kết quả nghiên cứu cần phải lựa chọn vấn đề ưu tiên. Khi lựa chọn được đúng vấn đề phù hợp với mối quan tâm của các nhà hoạch định chính sách, các nhà nghiên cứu có thể tối đa hóa các cơ hội tác động đến chính sách.

Để các bằng chứng từ nghiên cứu được công

nhận và sử dụng trong hoạch định chính sách, các nhà nghiên cứu cần phải thực hiện thật tốt các yêu cầu như:

- Hiểu biết đầy đủ, chi tiết về quy trình hoạch định chính sách và tiên lượng được độ tin cậy, tính hữu ích, tính thực tiễn của những bằng chứng khi được sử dụng trong hoạch định chính sách cũng như vai trò của các đối tác trong ban hành chính sách.

- Xây dựng chiến lược cho hoạt động của bản thân trong cung cấp bằng chứng để vận động chính sách, tiên lượng được phản ứng của các đối tác đối với bằng chứng để chủ động tìm ra phương án đối phó.

- Chủ động tiếp cận với các nhà hoạch định chính sách để tìm hiểu mối quan tâm của họ trên cơ sở đó xây dựng các chương trình nghiên cứu trung hạn và dài hạn với sự tham gia rộng rãi của các nhóm xã hội đặc biệt là của nhóm có vai trò quyết định trong ban hành chính sách □

Những giải pháp tăng cường sử dụng bằng chứng để hoạch định chính sách ở Anh (ODI 2006) gồm có:

- *Tăng sức hút đối với bằng chứng* thông qua:

- + Yêu cầu công bố căn cứ, bằng chứng của các quyết định về chính sách.

- + Yêu cầu đầu thầu chi tiêu của các cơ quan chính phủ để lấy bằng chứng làm căn cứ hỗ trợ.

- + Công bố báo cáo phân tích tình hình của chính phủ (chẳng hạn như các mô hình dự báo) cho các chuyên gia phi chính phủ thẩm định.

- + Cung cấp thông tin một cách cởi mở - hướng đến các nhóm xã hội có trình độ học vấn và các nhóm xã hội chưa đồng thuận.

- *Tạo điều kiện thuận lợi để sử dụng tốt hơn bằng chứng:*

- + Khuyến khích sự cộng tác tốt hơn trong công việc của các chuyên gia thuộc nhiều lĩnh vực chuyên sâu (nhà nghiên cứu, nhà thống kê và nhà kinh tế).

+ Liên kết với tất cả các giai đoạn của quá trình hoạch định chính sách.

+ Kết nối các chiến lược nghiên cứu và phát triển (R&D) với kế hoạch làm việc của cơ quan chính phủ.

+ Ghi nhận vai trò của các nhà nghiên cứu trong quy trình hoạch định chính sách, coi họ như là cộng sự chứ không đơn thuần là người thực hiện hợp đồng công việc.

+ Điều động cán bộ các trường đại học, các viện nghiên cứu đến làm việc tại các cơ quan chính phủ

+ Tập huấn kiến thức, kỹ năng về sử dụng bằng chứng trong hoạch định chính sách.

Các hình thức để chuyển tải bằng chứng đến với nhà hoạch định chính sách (Bowen 2012) bao gồm:

- Chuyển tải báo cáo đến những với những đối tác có liên quan;

- Trình bày kết quả nghiên cứu tại các hội thảo mà người tham dự phần lớn không phải là nhà nghiên cứu;

- Trình bày kết quả nghiên cứu tại các cuộc họp do các nhà hoạch định chính sách hoặc những người giữ vai trò đề xuất chính sách (policy brief) tổ chức;

- Trình bày kết quả nghiên cứu tại các cuộc điều trần về những vấn đề phát sinh trong thực tiễn;

- Tham gia vào các ban chuyên gia/cố vấn.

Kinh nghiệm bước đầu của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế trong cung cấp bằng chứng cho xây dựng chính sách bảo vệ chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân:

Viện Chiến lược và Chính sách Y tế được thành lập theo Quyết định số 230/1998/QĐ-TTg ngày 30 tháng 11 năm 1998 của Thủ tướng Chính phủ. Viện có các chức năng: nghiên cứu khoa học cung cấp bằng chứng để xây dựng và hoàn thiện chiến lược, chính sách y tế, dân số; đánh giá quá trình triển khai thực hiện và tác

động của những chính sách về bảo vệ chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân đã được ban hành; tư vấn quy hoạch phát triển Ngành; đào tạo kiến thức, kỹ năng phát triển chính sách về hệ thống Y tế. Sau 14 năm hoạt động, Viện đã thực hiện được hơn 160 đề tài nghiên cứu khoa học trong đó có 1 đề tài cấp Nhà nước, 1 đề tài phối hợp với Cục Quân y, Bộ Quốc phòng được trao tặng Giải thưởng Hồ Chí Minh cùng hàng chục các đề tài cấp Bộ và tương đương. Viện cũng đã cung cấp bằng chứng cho việc ban hành 5 văn bản chỉ đạo của Đảng, 6 Luật của Quốc hội và hàng chục văn bản quy phạm pháp luật của Chính phủ, của Ngành về lĩnh vực bảo vệ chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân. Ngoài ra Viện còn thường xuyên tổ chức các hội thảo, diễn đàn tư vấn về chính sách y tế với sự tham gia của các cán bộ quản lý trong ngành Y tế, đại diện nhiều Bộ/ngành liên quan cùng các chuyên gia trong nước và quốc tế.

Những kinh nghiệm thành công bước đầu của Viện trong cung cấp bằng chứng cho hoạch định một số chính sách bảo vệ chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân, cụ thể như sau:

- *Chủ động tìm hiểu mối quan tâm của các nhà quản lý trong và ngoài ngành* đối với lĩnh vực vệ chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân thông qua việc tổ chức các hội thảo thường niên với sự tham gia của các thành viên trong Hội đồng cố vấn chuyên môn và các nhà quản lý thuộc nhiều lĩnh vực có liên quan để xác định những ưu tiên trong định hướng nghiên cứu của Viện.

- *Kịp thời nắm bắt các kế hoạch ban hành chính sách của Bộ Y tế cũng như các bộ ngành có liên quan* để đề xuất các nghiên cứu cung cấp bằng chứng.

- *Chủ động tiếp cận và “kích cầu” đối với các lãnh đạo chủ chốt của các cơ quan Trung ương, của Ngành, của các địa phương trong sử dụng các bằng chứng để ban hành các chính sách bằng cách:* cung cấp bằng chứng từ các nghiên cứu trong nước và quốc tế về những vấn

đề ưu tiên của sức khỏe cộng đồng cho đại biểu Quốc hội thông qua các phiên họp thường kỳ, mời chuyên gia quốc tế thuyết trình với lãnh đạo Bộ về kinh nghiệm của thế giới cũng như các nước trong khu vực đối với việc giải quyết những vấn đề mà Việt Nam hiện đang phải đương đầu.

- *Phối hợp chặt chẽ với các Vụ/Cục trong Bộ, các cơ quan hoạch định chính sách của Đảng, Chính phủ, Quốc hội và các địa phương* trong thiết kế, triển khai các nghiên cứu tạo tiền đề thuận lợi cho việc sử dụng kết quả nghiên cứu vào hoạch định và thực hiện các chính sách.

- *Liên kết với các chuyên gia thuộc nhiều chuyên ngành khác, nhiều đơn vị khác nhau*

trong nước và quốc tế cùng phối hợp tiến hành các nghiên cứu để đảm bảo chất lượng, độ tin cậy của các bằng chứng, góp phần tạo dựng uy tín chuyên môn, tăng giá trị thuyết phục của các bằng chứng do Viện cung cấp.

- *Phát huy việc quảng bá kết quả nghiên cứu của Viện* thông qua nhiều hình thức khác nhau như: tổ chức hội thảo công bố kết quả nghiên cứu, viết các đề xuất chính sách (policy brief), trình bày tại các hội thảo có chủ đề tương đồng do các đơn vị trong và ngoài ngành tổ chức, đăng tải trên tạp chí của Viện và các tạp chí trong nước, quốc tế, tham gia trong thành phần của Ban soạn thảo, tổ biên tập xây dựng các chính sách của Ngành □/.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bardach E (2000) A practical guide for policy analysis: The eightfold path to more effective problem solving. New York: Seven Bridges Press. 102 p.
2. John Young and Julius Court. 2004. Bridging Research and Policy in International Development: An Analytical and Practical Framework. Briefing paper.<http://www.odi.org.uk/publications/159-bridging-research-policy-international-development-analytical-practical-framework>.
3. John Young and Julius Court 2004. Cầu nối giữa Nghiên cứu và Chính sách trong Phát triển Quốc tế. Khuôn khổ Phân tích và Thực tiễn. Briefing paper.
4. ODI 2006. Chính sách dựa trên bằng chứng- Tâm quan trọng và những vấn đề mấu chốt. <http://www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/projects-documents/2.pdf>.
5. Shelley Bowen and Anthony B.Zwi (2005). Pathways to “evidence-informed” policy and practice: a framework for action. Policy forum. July 2005, volume 2, issue 7.
6. Ajoy Datta and Arnaldo Pellini (2011). Communicating Research :A beginner's guide for researchers in Vietnam.

MỘT SỐ VẤN ĐỀ VỀ QUAN ĐIỂM, ĐỊNH HƯỚNG VÀ GIẢI PHÁP TRONG CẢI CÁCH TIỀN LƯƠNG CHO CÁN BỘ, CÔNG CHỨC, VIÊN CHỨC, NGƯỜI LAO ĐỘNG NGÀNH Y TẾ

ThS. Vũ Văn Hoàn¹

1. Về tính cấp thiết của việc cải cách tiền lương cho cán bộ, công chức, viên chức, người lao động ngành Y tế

Các bất hợp lý trong hệ thống thang bảng lương cùng các cơ chế chính sách liên quan đã tồn tại từ lâu trong hệ thống công lập nói chung và ngành y tế nói riêng và đã gây ra nhiều hệ lụy trong phát triển nguồn nhân lực. Việc cải cách hệ thống thang bảng lương, cơ chế chính sách tiền lương đã được thực hiện nhiều lần, tuy nhiên công tác này cũng sẽ gặp rất nhiều khó khăn do ngân sách Nhà nước còn hạn hẹp và việc điều chỉnh sẽ liên quan tới nhiều ngành, nghề, nhiều nhóm lợi ích khác nhau. Hiện nay, Bộ Nội vụ đang xây dựng đề án “Định hướng cải cách chính sách tiền lương đối với cán bộ, công chức, viên chức giai đoạn 2013-2020”. Đây là tín hiệu mừng đối với cán bộ, công chức, viên chức và người lao động trong công lập nói chung và Ngành Y tế nói riêng.

Tuy nhiên, để chính sách tiền lương sửa đổi phù hợp với thực tế, việc cải cách cần tổng kết thực tiễn, bám sát các quan điểm của Đảng về chính sách ưu đãi phù hợp với đặc thù của các ngành, nghề, lĩnh vực nhằm phát triển nguồn nhân lực phù hợp với xu thế phát triển của xã hội trong xu thế hội nhập trong giai đoạn tới.

Đối với Ngành Y tế, Nghị quyết 46-NQ/TW, ngày 23/02/2005 của Bộ Chính trị đã khẳng định: “Nghề y là một nghề đặc biệt, cần được tuyển chọn, đào tạo, sử dụng và đãi ngộ đặc biệt”. Tuy nhiên, cho đến nay, mặc dù qua nhiều lần điều chỉnh, các chế độ chính sách lương và phụ cấp dành cho cán bộ y tế chưa thể hiện được

sự ưu đãi “đặc thù” của nghề y. Vì vậy việc cải cách tiền lương cho cán bộ, công chức, viên chức, người lao động Ngành Y tế là rất cần thiết.

2. Về định hướng, quan điểm và giải pháp cần chú ý trong công tác cải cách tiền lương cho cán bộ, công chức, viên chức, người lao động Ngành Y tế.

2.1. Về định hướng, quan điểm

Thứ nhất, để việc điều chỉnh chính sách lương phù hợp với Ngành Y tế cần xác định lại vị trí của Ngành Y tế trong các quan điểm về phát triển sự nghiệp bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân của Đảng, từ đó xây dựng chính sách đầu tư, chế độ lương và phụ cấp phù hợp với đặc thù của Ngành trong bối cảnh chung của đất nước và toàn cầu.

Nghị quyết Hội nghị lần thứ 2 Ban Chấp hành Trung ương Đảng (khóa VIII), ngày 24 tháng 12 năm 1996 về định hướng chiến lược phát triển khoa học và công nghệ trong thời kỳ công nghiệp hóa, hiện đại hóa và nhiệm vụ đến năm 2000 đã khẳng định “*giáo dục đào tạo và khoa học công nghệ là quốc sách hàng đầu*”. Điều này có nghĩa là giáo dục đào tạo và khoa học công nghệ có tầm quan trọng sống còn trong sự nghiệp bảo vệ và xây dựng đất nước, thực hiện mục tiêu dân giàu, nước mạnh, xã hội công bằng, văn minh.

¹ Phó trưởng khoa Tổ chức và Nhân lực y tế, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế.

Ngành Y tế là một ngành khoa học về sức khỏe và mang tính chất một khoa học liên ngành (y học, dược học, trang thiết bị y tế, sức khỏe cộng đồng, □). Vì vậy, vị trí của Ngành Y tế cần được nhìn nhận nằm trong phạm trù quốc sách hàng đầu đã được đề cập trong Nghị quyết của Đảng và cần được ưu tiên trong đầu tư phát triển. Hơn nữa, Đảng ta đã khẳng định sức khỏe là vốn quý nhất của xã hội, là điều kiện quyết định thắng lợi của sự nghiệp cách mạng. Vì vậy, công tác bảo vệ, chăm sóc sức khỏe nhân dân góp phần quan trọng trong phát triển giống nòi và phát triển thể lực và trí lực cho nguồn nhân lực của xã hội. Điều này được biểu hiện rõ ràng nhất khi chỉ số sức khỏe cùng với chỉ số kinh tế và giáo dục là 3 chỉ số hợp thành chỉ số phát triển con người (HDI) và gắn bó chặt chẽ với nhau. Như vậy, có thể nhìn nhận việc đầu tư cho lĩnh vực chăm sóc sức khỏe là đầu tư trực tiếp cho phát triển, khoa học sức khỏe là lực lượng sản xuất trực tiếp trong phát triển xã hội. Nếu luận điểm này được khẳng định chắc chắn sẽ là luận điểm nền tảng cho việc xây dựng chính sách tiền lương, đầu tư, cơ chế chính sách cho ngành y tế, giúp cho việc xác định các chế độ chính sách, đầu tư cho ngành y tế một cách rõ ràng hơn.

Thứ hai, cần làm rõ tính đặc thù của Ngành Y tế để làm cơ sở cho việc xây dựng chính sách lương, phụ cấp phù hợp với đặc thù nghề nghiệp của Ngành. Cải cách tiền lương cho cán bộ, công chức, viên chức, người lao động Ngành Y tế cần có sự công bằng so với các ngành khác do Ngành Y tế là một ngành “đặc biệt” so với các ngành khác. Điểm “đặc biệt” này đã được khẳng định trong Nghị quyết 46-NQ/TW, ngày 23/02/2005 của Bộ Chính trị và được khẳng định lại trong Kết luận số 43-KL/TW của Bộ Chính trị về 3 năm thực hiện Nghị quyết số 46-NQ/TW và 5 năm thực hiện Chỉ thị số 06-CT/TW, ngày 22-01-2002 của Ban Bí thư (khóa IX) về “Củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở”. Các văn bản này cũng đã nêu rõ quan điểm thứ năm của Nghị quyết số 46-NQ/TW “Nghề y là một nghề đặc biệt, cần được tuyển chọn, đào

tao, sử dụng và đãi ngộ đặc biệt” chưa được triển khai thành một nhóm chính sách tổng thể mang tính hệ thống.

Điểm “đặc biệt” của Ngành Y tế trước hết thể hiện trong công tác đào tạo. Thời gian đào tạo của Ngành Y cũng dài hơn các ngành khác, môi trường đào tạo cũng gắn chặt với công tác điều trị và phòng bệnh, vì vậy cần có thang bảng lương và các chế độ ưu đãi cần được thiết kế khác với các ngành khác. Do đó, nếu coi Ngành Y là một ngành cần đào tạo đặc biệt thì cần đầu tư đủ hoặc có cơ chế tài chính trong đào tạo để khối đào tạo chuyên ngành y được đủ chi phí cho công tác đào tạo đảm bảo chất lượng. Trước đây, đã có chính sách cho bác sĩ ra trường được hưởng ngay lương bậc 2 nhưng nay chính sách này đã bị bãi bỏ. Sự không công bằng trong chính sách ưu đãi cũng thể hiện giữa sinh viên y tại các trường dân sự và trong các trường quân y, trong đó, các sinh viên học tại các trường dân sự đơn thuần là sinh viên, còn bên quân y được tính 6 năm học là 6 năm công tác.

Ngành y cũng là ngành có môi trường làm việc “đặc biệt”: Do tính chất nghề nghiệp, nhân viên y tế phải làm việc trong các điều kiện môi trường khác nhau với nhiều yếu tố bất lợi cho sức khỏe như: các yếu tố vật lý (tiếng ồn, bức xạ,...), các yếu tố hoá học (các hoá chất dùng trong y tế), các yếu tố sinh học (nấm và các vi sinh vật khác gây bệnh...), môi trường kín (phòng mổ, phòng xét nghiệm...), môi trường tối (chuyên khoa mắt),... Nhiều yếu tố độc hại cũng đã được tính tới một phần trong các chế độ phụ cấp nhưng cũng có nhiều yếu tố độc hại tích tụ qua năm tháng công tác và chỉ phát tác khi cán bộ y tế đã nghỉ hưu. Chế độ độc hại này nên được đưa vào chế độ phụ cấp thâm niên nghề.

Mặt khác, lao động của cán bộ y tế là loại lao động phức tạp, đòi hỏi phải hội tụ đủ các yêu cầu cả về thể lực cũng như trí tuệ để đảm bảo an toàn tính mạng con người. Cường độ công việc trong ngành y tế luôn ở mức cao, có khi làm việc liên tục trong 24 giờ trong những ca trực. Các cán bộ y tế cũng luôn phải chịu áp lực công việc cao khi

phải ra y lệnh liên quan tới mạng sống con người trong một khoảng thời gian cấp thiết. Với trách nhiệm cao trong công việc như vậy, các cán bộ y tế xứng đáng được hưởng chế độ phụ cấp trách nhiệm trong công việc. Tuy nhiên, hiện nay chỉ một số đối tượng được hưởng chế độ này như các cán bộ y tế làm công tác bảo vệ sức khỏe cán bộ, đồn đ, ... Tính trách nhiệm này cần được xem xét và bổ sung những cán bộ y tế xứng đáng được hưởng vào nhóm đối tượng hưởng chế độ phụ cấp trách nhiệm công việc.

Đối tượng phục vụ của ngành y cũng “đặc biệt”: Trong lĩnh vực điều trị, các đối tượng này là bệnh nhân và người nhà bệnh nhân là những người luôn trong hoàn cảnh đặc biệt nhạy cảm về sức khỏe thể chất và tâm thần. Cán bộ y tế luôn vừa phải làm việc với trách nhiệm cao nhất để cứu chữa và đảm bảo tính mạng con người vừa phải đảm bảo ứng xử đúng mực với bệnh nhân và người nhà bệnh nhân - những người đang ở trong tâm trạng đặc biệt nhạy cảm. Trong công tác phòng bệnh cũng vậy, các cán bộ y tế là những người đi đầu trong các hoạt động nghiệp vụ hàng ngày có tính nguy hiểm cao trong phòng, chống dịch bệnh như giám sát dịch, xác định dịch, dập dịch, □ Họ luôn phải đối mặt với các nguy cơ phơi nhiễm các tác nhân gây bệnh nguy hiểm như vi khuẩn, vi rút, hóa chất độc hại, □ Sự phơi nhiễm này không chỉ khiến cán bộ y tế đối mặt với việc nhiễm bệnh nguy hiểm tới tính mạng ngay trong khi làm công việc mà còn tích tụ và phát bệnh trong giai đoạn sau đó. Trong khi đó, sự “đặc thù” trong công việc này mới chỉ được bù đắp bằng chế độ phụ cấp phòng chống dịch là 150.000 đồng/ngày tham gia chống dịch đối với nhóm bệnh truyền nhiễm nguy hiểm nhất. Cuộc sống của cán bộ y tế trong lĩnh vực này còn khó khăn hơn khi không thể phát triển các dịch vụ để có các nguồn thu tăng thêm, vì vậy, đời sống của cán bộ y tế thuần túy dựa vào lương và phụ cấp. Như vậy, mặc dù đã khẳng định vai trò quyết định của công tác phòng bệnh trong công tác bảo vệ, chăm sóc sức khỏe nhân dân nhưng sự đầu tư phát triển nguồn nhân lực của lĩnh vực này chưa được đúng mức.

Đây cũng là lý do khiến lĩnh vực y tế dự phòng trong thời gian qua không chỉ khó khăn trong thu hút nhân lực có trình độ cao mà còn bị mất một số lượng lớn cán bộ y tế có trình độ cao chuyển sang lĩnh vực khác, chuyển ra y tế tư nhân để có thu nhập cao hơn.

Như vậy, tính “đặc biệt” của Ngành Y tế được thể hiện từ công tác đào tạo, môi trường làm việc, trách nhiệm công việc và đối tượng phục vụ. So với Ngành Giáo dục - Đào tạo, mức độ nặng nhọc, độc hại, nguy hiểm và mức độ áp lực trong công việc của cán bộ, công chức, viên chức và người lao động Ngành Y tế cao hơn nhiều Ngành Giáo dục - Đào tạo. Tuy nhiên, các chế độ chính sách về lương, phụ cấp của Ngành Y tế kém hơn nhiều so với Ngành Giáo dục - Đào tạo, một số chế độ phụ cấp Ngành Y tế cũng chưa được hưởng như Ngành Giáo dục - Đào tạo như chế độ phụ cấp thâm niên.

Việc xác định lại những điểm “đặc biệt” của nghề y nêu trên sẽ là căn cứ để xây dựng chính sách tiền lương và chính sách ưu đãi khác đối với cán bộ, công chức, viên chức và người lao động trong Ngành Y tế. Chế độ lương và phụ cấp đối với cán bộ, công chức, viên chức và người lao động trong Ngành Y tế cần thể hiện được sự ưu đãi phù hợp với tính “đặc biệt” này.

Thứ ba, cần khẳng định cải cách tiền lương cần đảm bảo tiền lương đủ chi phí để người lao động tái sản xuất sức lao động, khuyến khích người lao động. Tinh thần này đã được khẳng định trong Nghị quyết Hội nghị lần thứ 7 Ban Chấp hành Trung ương Đảng (khoá VIII) ngày 16/8/1999 về một số vấn đề về tổ chức, bộ máy và tiền lương, trợ cấp xã hội thuộc ngân sách nhà nước, Nghị quyết đã nêu rõ chính sách tiền lương phải quán triệt quan điểm: tiền lương gắn liền với sự phát triển kinh tế xã hội của đất nước, trả lương đúng cho người lao động chính là thực hiện đầu tư cho phát triển; góp phần quan trọng làm lành mạnh, trong sạch đội ngũ cán bộ, nâng cao tinh thần trách nhiệm và hiệu suất công tác. Bảo đảm giá trị thực của tiền lương và từng bước cải thiện theo sự phát triển của kinh tế xã hội.

Đối với Ngành Y tế, thực hiện được điều này là nền tảng để giải quyết căn bản các vấn đề nổi cộm khác như việc vi phạm y đức để tìm kiếm các thu nhập ngoài lương để kiếm sống, □ Cán bộ, công chức, viên chức và người lao động sẽ toàn tâm toàn ý tập trung cho công việc.

Tuy nhiên, trong bối cảnh đất nước còn khó khăn nên cần có giải pháp đầu tư trọng điểm vào các khu vực Nhà nước cần đảm bảo, bao cấp. Để chọn lọc các khu vực cần ưu tiên đầu tư, cần xác định rõ những phần nào Nhà nước cần bao cấp, phần nào vận hành theo cơ chế thị trường, từ đó tập trung ngân sách ưu đãi cho các lĩnh vực, khu vực mà Nhà nước cần bao cấp, đầu tư để thực hiện công bằng trong thu nhập giữa các nhóm cán bộ y tế ở các lĩnh vực, vùng, miền khác nhau. Hiện tại Nghị định số 85/2012/NĐ-CP ngày 15/10/2012 của Chính phủ đã đưa ra các nguyên tắc phân loại được cơ bản các nhóm cơ sở y tế tiếp tục được Chính phủ bao cấp toàn phần, một phần hay tự cân đối kinh phí thu từ dịch vụ để hoạt động. Tuy nhiên, cần tiếp tục có sự chỉ đạo xác định rõ hơn vai trò và trách nhiệm của Chính phủ, Nhà nước trong việc đảm bảo các chế độ ưu đãi, các chính sách tài chính nhằm duy trì, phát triển nguồn nhân lực y tế ở các khu vực mà Nhà nước cần bao cấp để đảm bảo định hướng xã hội chủ nghĩa trong công tác bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân, đặc biệt là duy trì và phát triển nhân lực y tế làm việc ở lĩnh vực y tế dự phòng, các lĩnh vực khó thu hút nhân lực, ở các khu vực nông thôn, miền núi, vùng sâu, vùng xa.

2.2. Về giải pháp

Giải pháp lâu dài: Cần xây dựng chính sách lương và phụ cấp chi trả theo vị trí việc làm của Ngành Y tế, trong đó, mỗi vị trí việc làm cần xác định rõ tính “đặc thù” của công việc và có định mức tiền lương và phụ cấp phù hợp với tính “đặc thù” của vị trí việc làm đó.

Giải pháp trước mắt: Việc xây dựng hệ thống vị trí việc làm và thang bảng lương mới cần nhiều thời gian nghiên cứu, xây dựng và thuyết phục, vì vậy trong giai đoạn trước mắt, Chính phủ vẫn nên sử dụng các chế độ phụ cấp để cải thiện các chế độ ưu đãi cho cán bộ, công chức, viên chức và người lao động cho ngành y tế. Cụ thể là:

- Cần xây dựng sớm một số chế độ phụ cấp mà ngành y tế cần được hưởng mà chưa được hưởng như chế độ phụ cấp thâm niên, phụ cấp trách nhiệm công việc, □

- Điều chỉnh các chế độ phụ cấp khác nhằm khuyến khích, thu hút và giữ chân cán bộ y tế ở vùng núi, vùng sâu, vùng xa, các lĩnh vực khó thu hút nhân lực y tế.

Các chế độ chính sách, cơ chế đầu tư cho lĩnh vực đào tạo trong Ngành Y tế cũng cần được điều chỉnh sớm để tăng cường chất lượng đào tạo, đáp ứng nhu cầu xã hội.

Ngoài ra, cũng cần điều chỉnh chính sách lương để các bác sĩ mới ra trường được hưởng ngay lương bậc 2 để phù hợp với đặc thù về thời gian đào tạo dài của Ngành Y tế./.

HỆ THỐNG THÔNG TIN Y TẾ: MỘT SỐ KHÁI NIỆM VÀ KHUNG TIÊU CHUẨN CỦA HỆ THỐNG THÔNG TIN Y TẾ QUỐC GIA

TS. Khuong Anh Tuấn¹

KHÁI NIỆM VÀ NỘI DUNG CỦA HỆ THỐNG THÔNG TIN Y TẾ

Thông tin y tế là một trong 6 chức năng cơ bản của hệ thống y tế. Thông tin y tế giúp cho các nhà quản lý đưa ra các quyết định một cách minh bạch dựa trên bằng chứng vì vậy mục tiêu của thông tin y tế là nhằm có được các thông tin có chất lượng và phù hợp nhằm hỗ trợ việc ra quyết định đúng đắn trong quản lý hệ thống y tế (*Health Metrics Network 2006*). Có nhiều định nghĩa về thông tin y tế nhưng có định nghĩa thường được nhắc đến là: Thông tin y tế là một nhóm các cấu phần và quy trình được tổ chức với mục tiêu là tạo ra các thông tin nhằm hoàn thiện các quyết định trong quản lý ở tất cả các cấp của hệ thống y tế (*Lippeveld, Sauerborn, and Bodart 2000*).

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), hệ thống thông tin y tế được mô tả là “*một nỗ lực mang tính tích hợp để thu thập, xử lý, báo cáo, sử dụng các thông tin y tế và kiến thức để tác động đến việc xây dựng chính sách, chương trình hành động và nghiên cứu*”². Khái niệm này cần được phân biệt với *E-health* trong đó *E-health* chỉ là các hoạt động chăm sóc sức khỏe được hỗ trợ bằng các quy trình công nghệ thông tin điện tử.

Mục tiêu của hệ thống thông tin y tế là có được các thông tin chính xác, kịp thời và được phân tích một cách khách quan giúp đưa ra quyết định hành động trong lĩnh vực y tế. Thành quả hoạt động của hệ thống thông tin y tế không chỉ được đo lường bằng chất lượng các số liệu cơ bản thu được mà còn phải được đo lường bằng việc các thông tin, số liệu đó có được tiếp tục

dùng để hoàn thiện hoạt động của hệ thống y tế và cải thiện sức khỏe hay không³.

Hệ thống thông tin y tế của một quốc gia luôn phải đảm bảo thông tin bao phủ được các khía cạnh sau:

- Các thông tin liên quan đến các yếu tố tác động tới sức khỏe bao gồm các yếu tố về môi trường, khí hậu, kinh tế xã hội, văn hóa, phong tục tập quán□

- Các thông tin liên quan đến đầu vào và quá trình hoạt động của hệ thống y tế như cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, nhân lực, tài chính, các chính sách và cơ cấu tổ chức□

- Các thông tin về hoạt động và kết quả hoạt động đầu ra của hệ thống y tế

- Các kết quả đầu ra về sức khỏe (VD: tỉ lệ tử vong, mắc bệnh, tàn tật, sống khỏe và các chỉ số sức khỏe khác□.)

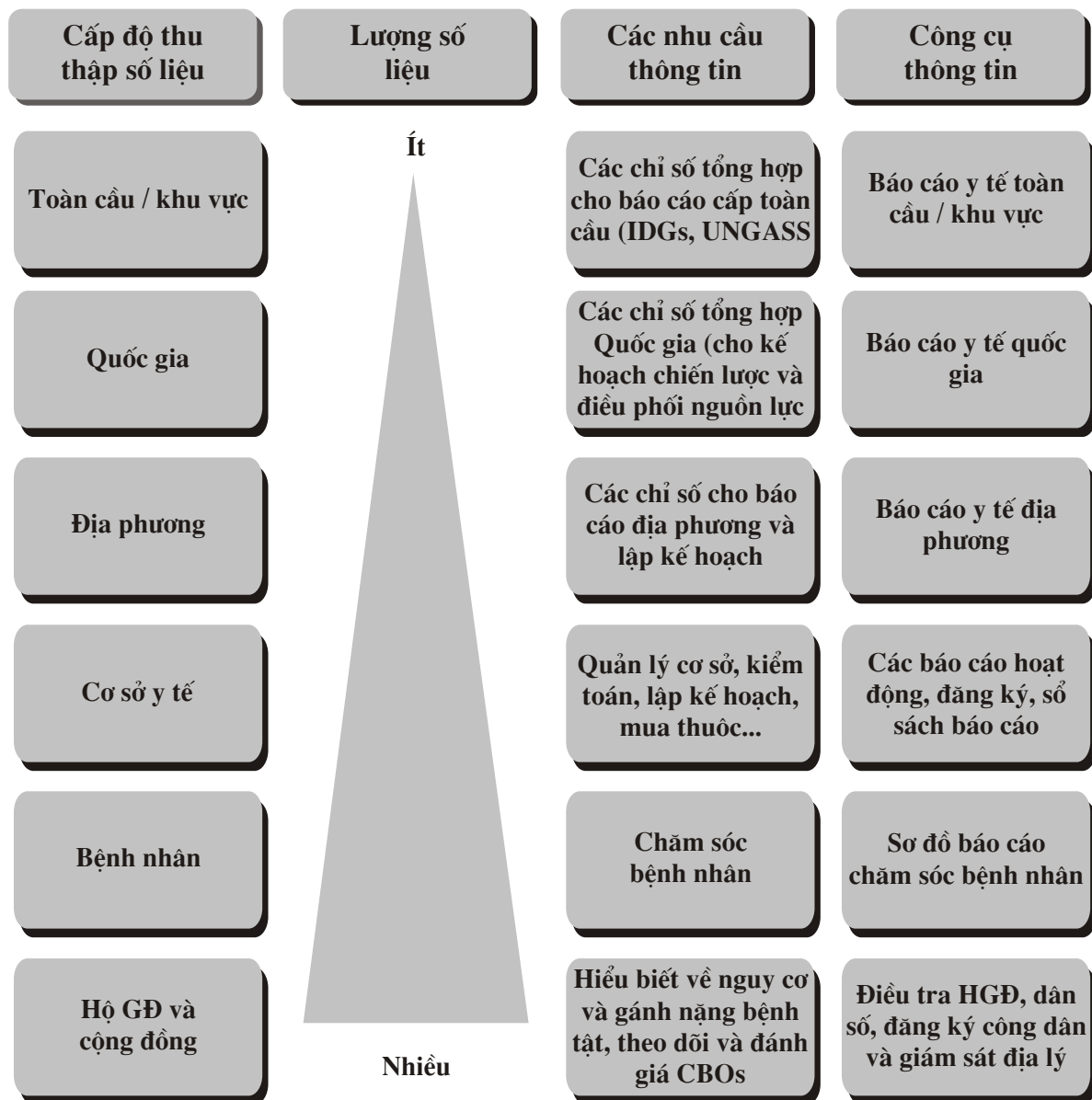
- Các thông tin về yếu tố công bằng trong chăm sóc sức khỏe (VD: sự bao phủ và tiếp cận sử dụng dịch vụ tính theo giới, tình trạng kinh tế xã hội, dân tộc và vị trí địa lý v.v□)

Việc thu thập các thông tin y tế được phân thành nhiều cấp độ thông tin về loại thông tin, cấp độ thu thập và sử dụng thông tin cho từng cấp, từng tuyến (xem Sơ đồ)

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

² WHO 2000. *Guidance on Needs Assessment for National Health Information Systems Development*.

³ RHINO (2003). *The Prism: Workshop paper September/October*.



Nguồn: WHO 2008

Hoạt động của hệ thống thông tin y tế không chỉ đơn thuần là thực hiện các kỹ thuật để thu thập các thông tin có chất lượng hoặc sử dụng thông tin một cách phù hợp mà còn cần có sự tham gia của các tổ chức xã hội liên quan đến văn hóa thông tin đặc trưng của một quốc gia, cấu trúc tổ chức của hệ thống thông tin, vai trò và trách nhiệm của từng cơ quan, đơn vị tham gia trong hệ thống, các yếu tố môi trường và cũng như các nguồn lực cho hoạt động của hệ thống thông tin y tế. Ngoài ra cũng cần quan tâm đến các yếu tố hành vi ứng xử như kiến thức, kỹ

năng, thái độ và sự vận động của những người tham gia trong các công đoạn quản lý thông tin từ tìm kiếm, thu thập, tổng hợp, phân tích xử lý và công bố thông tin (Lafond and Field 2003).

Để một hệ thống thông tin y tế hoạt động có hiệu quả thì hệ thống đó phải đạt được các yêu cầu sau:

- Có các chính sách về thông tin và các chính sách đó phải đề cập đến khung pháp lý và quy định hiện hành đối với cả các cơ quan/đơn vị y tế công lẫn các cơ sở y tế tư nhân và phải dựa

trên việc áp dụng các bộ tiêu chuẩn được xác định.

- Phải có nguồn lực tài chính thích đáng trong đó nguồn lực tài chính phải được đầu tư cho quá trình hình thành và quản lý thông tin y tế (VD: thu thập thông tin, tổng hợp, phân tích, phổ biến và sử dụng thông tin).

- Phải có đủ nhân lực và các nhân viên phải được đào tạo một cách phù hợp ở tất cả các cấp độ.

- Phải có cơ sở hạ tầng thông tin liên lạc đảm bảo tiêu chí kỹ thuật và có chính sách trung chuyển và quản lý, lưu trữ thông tin phù hợp.

- Trong điều hành hệ thống thông tin y tế, đặc biệt phải có sự lãnh đạo điều hành và phối hợp chặt chẽ, thống nhất trong đó cơ chế lãnh đạo phải rõ ràng và hiệu quả⁴.

Khung tiêu chuẩn hệ thống thông tin y tế quốc gia theo WHO

Tổ chức Y tế Thế giới đã xây dựng một khung hướng dẫn các quốc gia xây dựng hệ thống thông tin y tế trong đó hệ thống thông tin y tế của một Quốc gia luôn có 6 thành phần chính và được đặt trong 3 nhóm cấu phần⁵:

Nhóm cấu phần đầu vào (Input)

1) Nguồn lực cho hệ thống thông tin y tế bao gồm các cơ quan lập pháp, quy định và khuôn khổ kế hoạch cần thiết để đảm bảo hệ thống thông tin y tế thực hiện được đầy đủ các chức năng của nó và các nguồn lực này là điều kiện tiên quyết cho một hệ thống thông tin y tế hoạt động đúng chức năng. Những nguồn lực này bao gồm nhân lực, tài chính, hỗ trợ hậu cần, thông tin và công nghệ truyền thông (ICT), và cơ chế phối hợp bên trong mỗi thành phần và giữa sáu thành phần của hệ thống thông tin y tế.

Nhóm cấu phần quá trình (Process)

2) Các chỉ số là một tập hợp các chỉ số cốt lõi và các chỉ tiêu liên quan cho ba nhóm thông tin y tế là: (i) thông tin về các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe, (ii) thông tin về hoạt động của hệ thống y tế và (iii) thông tin về tình trạng sức khỏe làm cơ sở cho quản lý, xây dựng kế hoạch

và chiến lược hệ thống thông tin y tế. Các chỉ số phải bao gồm các yếu tố quyết định sức khỏe; đầu vào hệ thống y tế, kết quả đầu ra và chỉ số tình trạng sức khỏe.

3) Các nguồn dữ liệu có thể được chia thành hai loại chính: (1) số liệu tiếp cận dựa trên dân số (tổng điều tra dân số, đăng ký hộ tịch và các cuộc điều tra dân số giữa kỳ) và (2) dữ liệu dựa trên thu thập từ các cơ quan, đơn vị y tế (hồ sơ cá nhân, hồ sơ dịch vụ và bảng biểu, sổ sách). Cần lưu ý rằng một số phương pháp thu thập dữ liệu và các nguồn khác không được coi như một trong các thể loại chính trên nhưng có thể cung cấp thông tin quan trọng có thể không có ở nơi khác. Các nguồn này có thể thu thập từ các cuộc điều tra thường xuyên về tình trạng sức khỏe, từ các nghiên cứu và thông tin của các tổ chức xã hội hoặc từ cộng đồng.

4) Quản lý dữ liệu bao gồm tất cả các khía cạnh của dữ liệu được xử lý từ bộ dữ liệu được thu thập, lưu trữ, đảm bảo chất lượng và truyền tải thông tin đến quá trình xử lý, phân tích. Quản lý dữ liệu là quá trình cụ thể, mang tính định kỳ và kịp thời (VD: trong trường hợp của giám sát dịch bệnh).

Nhóm cấu phần đầu ra (output)

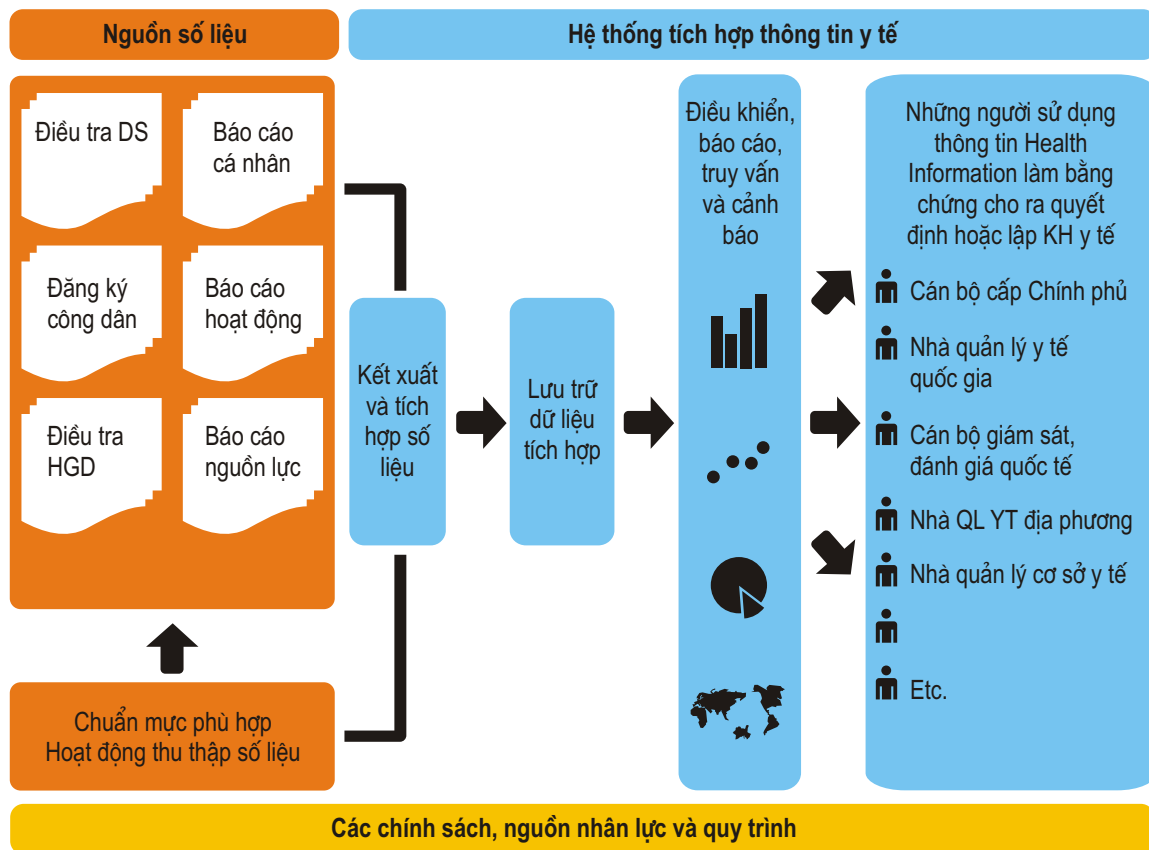
5) Sản phẩm thông tin các dữ liệu phải được xử lý và chuyển đổi thành thông tin và các thông tin này sẽ trở thành cơ sở bằng chứng và kiến thức để định hình các quyết định hành động y tế.

6) Phổ biến và sử dụng giá trị của thông tin y tế có thể được tăng cường bằng cách làm cho nó dễ dàng tiếp cận với người ra quyết định (sự chú ý đến sự bất cập do sự hạn chế về hành vi và tổ chức) và bằng các chính sách khuyến khích ưu đãi cho việc sử dụng thông tin.

Khung tiêu chuẩn của hệ thống thông tin y tế quốc gia được tóm tắt trong sơ đồ sau:

⁴ Issues in health information

⁵ Framework and Standards for Country Health Information Systems. WHO 2008



Nguồn: WHO 2008

Khung xây dựng, cải cách hệ thống thông tin y tế (HIS)

Theo WHO và từ kinh nghiệm các nước trên thế giới đã áp dụng hướng dẫn của WHO về kế hoạch xây dựng hệ thống thông tin y tế quốc gia thì quá trình xây dựng hệ thống thông tin y tế quốc gia cần phải qua 3 giai đoạn⁴.

1) Giai đoạn I: Xây dựng bộ máy lãnh đạo, tổ chức và đánh giá:

- Tổ chức các nhóm tư vấn, giám sát, quản lý và các nhóm công tác kỹ thuật
- Xây dựng lộ trình và tiến độ cho việc thiết kế các chiến lược và kế hoạch thực hiện
- Phân tích và đánh giá hệ thống y tế và quá trình lập kế hoạch? Phân tích và giải thích và nhận định các kết quả đánh giá hệ thống thông tin y tế.

2) Giai đoạn II: Xác định ưu tiên và lập kế hoạch

Chuẩn bị Modul 1: lên kế hoạch và thiết kế

hệ thống thông tin y tế

- Kết quả của việc đánh giá HIS (điểm trung bình của thành phần HIS và thể loại thông tin)
- Nghiên cứu các tài liệu thông tin cần thiết trong kế hoạch của Mô-đun II, đánh giá những ưu tiên hệ thống y tế và xác định những vấn đề HIS

- Nghiên cứu đánh giá những vấn đề đang diễn ra và lên kế hoạch cải tiến hệ thống

Chuẩn bị Modul 2: Xác định ưu tiên và thiết kế chiến lược

- Xác định các vấn đề ưu tiên của hệ thống thông tin y tế
- Xác định tầm nhìn của hệ thống thông tin y tế

⁴ Guidance for the Health Information Systems (HIS) Strategic Planning Process. WHO 2009

- Xem xét và mở rộng kế hoạch nhằm tăng cường HIS liên hệ với các thành phần và các vấn đề ưu tiên của HIS

- Xây dựng mục tiêu cải thiện HIS và can thiệp chiến lược

- Thực hiện sự can thiệp HIS từng giai đoạn và nhiệm vụ cụ thể

- Lộ trình điều chỉnh chiến lược của mình

Chuẩn bị Modul 3: Thiết kế chiến lược cụ thể, kế hoạch thực hiện và tính toán chi phí

- Lên chi tiết thiết kế chiến lược HIS và thông số kỹ thuật

- Lên kế hoạch thực hiện hoạt động HIS

- Tính toán chi phí cho chiến lược thực hiện HIS

- Xây dựng khung giám sát và đánh giá

- Tài liệu kế hoạch chiến lược HIS

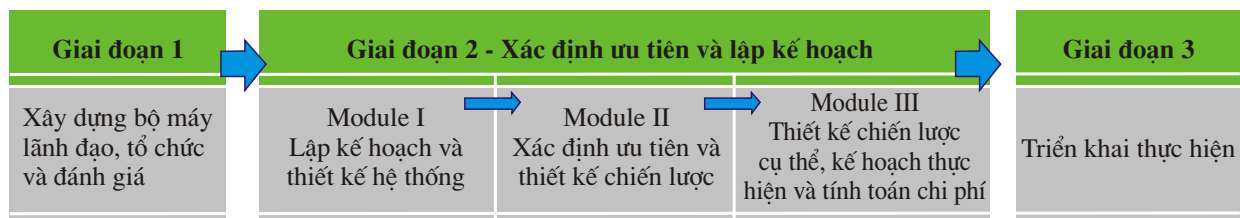
- Rà soát kế hoạch chiến lược và phê duyệt

3) Giai đoạn III: Triển khai thực hiện chiến lược HIS

- Thực hiện báo cáo giám sát định kỳ

- Sửa đổi Chiến lược và Kế hoạch

- Toàn bộ lộ trình cải cách hệ thống thông tin y tế có thể được tóm tắt trong sơ đồ sau:



Nguồn: WHO 2009

Nguyên tắc cải cách hệ thống thông tin y tế:

Có nhiều tài liệu tổng kết về nguyên tắc cải cách hệ thống thông tin y tế nhưng có một tài liệu tổng hợp khá rõ 3 nguyên tắc cơ bản là:

- Để tăng cường hệ thống thông tin y tế thì phải nhìn hệ thống thông tin y tế trong bối cảnh rộng hơn không chỉ là tăng cường năng lực thu thập thông tin, thống kê mà còn phải gắn kết được với tất cả các thông tin chung khác và thể hiện trong thông tin thống kê chính thức. Hệ thống thông tin phải có tính khách quan, tính khoa học hợp lý, đảm bảo được đạo đức chuyên môn, có tính minh bạch, nhất quán, hiệu quả, có tính phối hợp và hợp tác.

- Cải cách hệ thống thông tin y tế cần được lồng ghép vào các nỗ lực rộng lớn hơn để cải thiện hệ thống y tế bao gồm xóa đói giảm nghèo và lồng ghép vào chiến lược phát triển đất nước.

- Cải cách hệ thống nên bắt đầu với mục tiêu đơn giản và khả thi và chỉ tiếp tục tạo ra những thay đổi trong từng giai đoạn, nâng cao năng lực ở mỗi giai đoạn và đảm bảo có sự tham

gia chặt chẽ của tất cả các đối tác trong quá trình cải cách.

Việc cải cách hệ thống thông tin y tế phải trả lời được các câu hỏi quan trọng sau:

1) Ai/đơn vị nào là người có vai trò chính trong thu thập, xử lý, sử dụng thông tin, ai có vai trò trong thiết kế hệ thống?

2) Thu thập thông tin vì mục đích gì? để quản lý, tuyên truyền vận động, lập kế hoạch, giám sát đánh giá hay để nghiên cứu?

3) Làm thế nào để đạt được các mục đích đề ra? - Bằng cách sử dụng dữ liệu thu thập được, chế độ sử dụng công nghệ thông tin, sử dụng các tiêu chuẩn siêu dữ liệu, áp dụng cơ chế theo dõi số liệu và phản hồi thông tin.

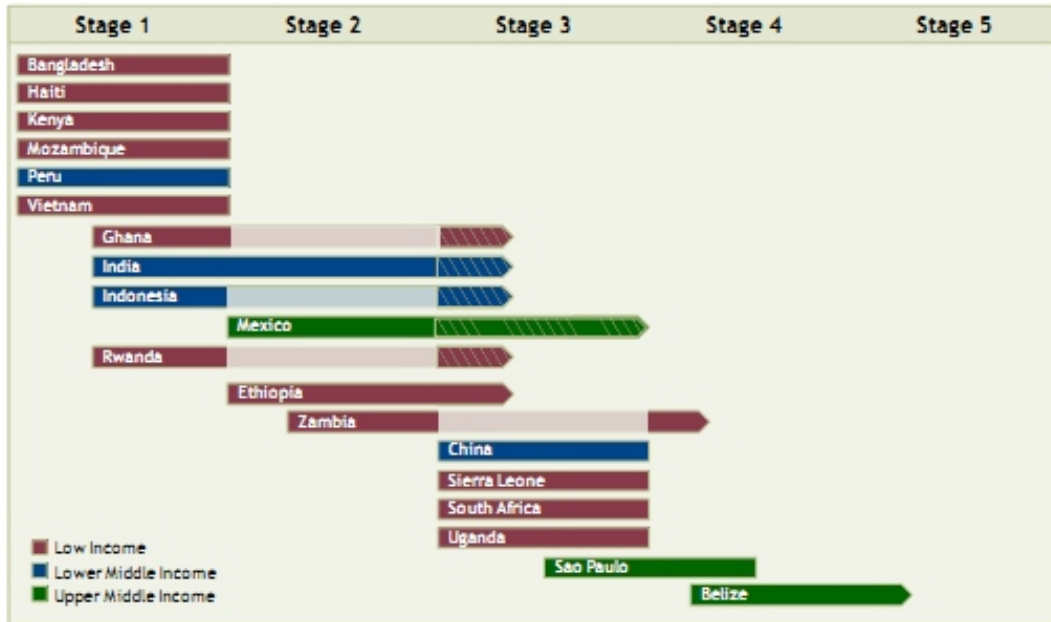
4) Khi nào và mức độ thường xuyên cần có được các thông tin cần thiết?

Một số vấn đề về phát triển hệ thống thông tin y tế ở Việt Nam

Theo đánh giá chung về hệ thống thông tin y tế thì Việt Nam nằm trong danh sách các nước

có hệ thống HIS kém phát triển nhất. Các nước này có hệ thống HIS rất phân tán và hoạt động chủ yếu dựa vào nhân viên y tế với việc thu thập và tổng hợp số liệu bằng các biểu mẫu, thiếu sự

thống nhất giữa các tuyến, hạn chế trong đảm bảo chất lượng thông tin và phân tích, sử dụng thông tin trong lập kế hoạch⁷.



Nghiên cứu đánh giá hệ thống y tế tại 6 tỉnh ở Việt Nam cho thấy trong 6 chức năng của hệ thống y tế thì việc thực hiện chức năng quản lý thông tin y tế ở các địa phương có một số bất cập như (i) các thông tin y tế chưa được quản lý thống nhất và đồng bộ, thiếu cơ chế trao đổi chia sẻ thông tin số liệu giữa các đơn vị ở các cấp, các lĩnh vực khác nhau; (ii) thiếu cơ chế và phản hồi và kiểm tra chất lượng thông tin; (iii) việc phân tích sử dụng thông tin trong lập kế hoạch yếu do hạn chế về năng lực; (iv) hạn chế trong ứng dụng công nghệ thông tin và thiếu hệ thống cơ sở dữ liệu một cách đồng bộ và thống nhất.

Trước nhu cầu đổi mới hệ thống y tế kết hợp với nhu cầu CSSK trong sự nghiệp phát triển kinh tế xã hội với những thông tin sơ bộ về thực trạng hệ thống thông tin y tế hiện nay, việc xây dựng được một hệ thống thông tin y tế hiệu quả là một trong những điều kiện tiên quyết giúp

cho Chính phủ và Bộ Y tế có đầy đủ thông tin một cách chính xác, đầy đủ và kịp thời trong xây dựng các chiến lược, kế hoạch y tế. Vì vậy, việc chuẩn bị một kế hoạch cải cách hệ thống thông tin y tế hiện đại, đáp ứng được với nhu cầu đổi mới hệ thống y tế cần phải được tổ chức một cách chặt chẽ với sự điều hành thống nhất và xác định được các lộ trình rất cụ thể. Mặt khác cũng cần có ngay những đánh giá mang tính toàn diện về hệ thống thông tin y tế hiện tại để xác định những vấn đề ưu tiên, cải cách./.

⁷ Health Information Systems in Developing Countries: A Landscape Analysis Research. Paper & Strategic Briefing 2009

⁸ Health System Assesment in 6 provinces in Vietnam Report, Health Strategy and Policy Institute MOH 2009

THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG CỦA Y TẾ CƠ SỞ TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU Ở VIỆT NAM

TS. Trần Thị Mai Oanh¹ và CS²

Sau 20 năm đổi mới, Việt Nam đã đạt được nhiều thành tựu trong ổn định chính trị và phát triển kinh tế - xã hội. Với nỗ lực của cả hệ thống y tế, đặc biệt là mạng lưới y tế cơ sở (YTCS), các chỉ số sức khỏe dân cư ở Việt Nam đã đạt được những thành tựu đáng kể. Đến năm 2012, tuổi thọ bình quân của nam giới là 70,4 tuổi và nữ giới là 75,8 tuổi [20]. Các chỉ số về chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em ngày càng được cải thiện. Tỷ số chết mẹ (MMR) năm 1990 là 233/100000 trẻ đẻ sống, đã giảm còn 130/100000 năm 2001 và đến năm 2010 đạt mức 60/100000 trẻ đẻ sống. Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi cũng giảm đáng kể qua các năm, năm 1990 là 44,4‰; năm 2001 là 30‰; năm 2012 là 15,4‰ [20]. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi của trẻ em dưới 5 tuổi từ 43,3% năm 2000 giảm xuống còn 29,3% năm 2010 [26]. Chương trình tiêm chủng mở rộng bắt đầu được triển khai ở trạm y tế (TYT) xã từ 1985, đến năm 1995 cả nước không còn xã trắng về tiêm chủng. Việt Nam đã thanh toán hoàn toàn bệnh Bại liệt năm 2000, và loại trừ Uốn ván sơ sinh năm 2005. So sánh năm 1985 và 2009, tỷ lệ mắc Ho gà giảm 543 lần, Bạch hầu giảm 433 lần, Uốn ván sơ sinh giảm 69 lần [27]. Đây là một thành công rất đáng ghi nhận của mạng lưới YTCS ở nước ta và luôn được bạn bè quốc tế đánh giá cao.

Y tế cơ sở (bao gồm tuyến huyện và xã) là tuyến y tế trực tiếp gần dân nhất có vai trò quan trọng trong cung ứng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ), thực hiện các chương trình mục tiêu y tế quốc gia, phòng chống các loại dịch bệnh, khám chữa bệnh, đảm bảo cho mọi người dân được chăm sóc sức khỏe. Trong những năm qua, mạng lưới y tế cơ sở nước ta đã

được quan tâm, đầu tư trên nhiều mặt. Mạng lưới y tế cơ sở nước ta bao phủ rộng khắp toàn quốc. Trên cả nước, 98,7% các xã/phường có trạm y tế, 70% TYT xã/phường có bác sĩ, 97,5% thôn/bản có nhân viên y tế hoạt động và khoảng 78,8% trạm y tế xã đã thực hiện khám chữa bệnh (KCB) bảo hiểm y tế (BHYT) [2]. Tất cả các huyện đều có Bệnh viện huyện, Trung tâm Y tế huyện thực hiện chức năng y tế dự phòng và Trung tâm Dân số - Kế hoạch hóa gia đình huyện. Y tế cơ sở có vai trò quan trọng trong cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh ban đầu. Tỷ lệ thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu tại TYT xã chiếm 41% và tại bệnh viện huyện chiếm 45% tổng số thẻ.

Với sự phát triển rộng khắp trên cả nước của mạng lưới YTCS tại Việt Nam, mọi người dân đều có cơ hội được tiếp cận với các dịch vụ CSSKBĐ và được hưởng lợi từ các chương trình y tế quốc gia. Tuy nhiên, trong những năm trở lại đây tuyến YTCS cũng đang phải đối mặt với nhiều vấn đề khó khăn, bất cập từ nhiều góc độ khác nhau như cơ cấu tổ chức và quản lý, nguồn nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị và thuốc, tài chính, hiệu quả triển khai chính sách ... Những hạn chế này đã tác động đáng kể đến khả năng thực hiện chức năng và nhiệm vụ tuyến YTCS trong thời gian qua.

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

² CN. Nguyễn Hoàng Giang, ThS. Nguyễn Thị Thắng, CN. Hoàng Thu Thủy, BS. Ong Thế Duệ - Khoa Y tế Công Cộng - Viện Chiến lược và Chính sách y tế.

1. Thực trạng cung ứng dịch vụ y tế tại tuyến huyện, xã

Tính trong tổng số lượt khám chữa bệnh của người dân trong năm 2011 là 186.005.784 lượt, 27,9% lượt bệnh nhân khám chữa bệnh tại các bệnh viện tuyến huyện và 47,2% lượt bệnh nhân khám chữa bệnh tại TYT xã. Đối với khám chữa bệnh bảo hiểm y tế, trong tổng số lượt khám chữa bệnh BHYT thì khoảng 41,9% số lượt KCB BHYT tại tuyến huyện và 29,9% số lượt KCB BHYT tại TYT xã. Trên thực tế, người nghèo có xu hướng sử dụng dịch vụ y tế tuyến huyện, xã trong khi người giàu lại thường sử dụng dịch vụ y tế cả ngoại trú và nội trú tại các bệnh viện tuyến tỉnh, trung ương.

Mặc dù việc sử dụng dịch vụ y tế tại tuyến huyện, xã chiếm tỷ trọng là 2/3 (72%) trong tổng số lượt khám chữa bệnh nhưng thực tế cho thấy khoảng 70% bệnh nhân vượt tuyến ở tuyến trung ương có thể điều trị được ở tuyến dưới; 81,8% bệnh nhân vượt tuyến ở bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh có thể điều trị được ở tuyến huyện, xã; 67,9% bệnh nhân vượt tuyến ở tuyến huyện có thể điều trị được ở tuyến xã [21].

Về cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, TYT xã có vai trò quan trọng trong cung ứng các dịch vụ chăm sóc trước sinh và sau sinh cũng như đỡ đẻ. Kết quả khảo sát từ nghiên cứu của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế tại 41 TYT xã thuộc 10 tỉnh [24] cho thấy 87,4% phụ nữ có thai được theo dõi tại TYT xã, tuy nhiên cũng có xã chỉ số này chỉ đạt 50% nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa TYT xã ở khu vực miền núi/hải đảo, đồng bằng/trung du và thành thị; 93,4% phụ nữ đẻ có cán bộ y tế đỡ/tổng số ca đẻ trong năm của xã (tuy nhiên tỷ lệ này ở khu vực miền núi, hải đảo chỉ đạt 87,1% và đặc biệt có xã chỉ đạt 38,8%); trong tổng số ca sinh tại CSYT có khoảng 44% ca sinh tại trạm y tế xã trong năm 2009 (tuy nhiên tỷ lệ này có sự dao động tương đối lớn trong số các TYT xã được khảo sát: có những TYT xã chỉ khoảng hơn 1% số ca sinh tại TYT xã, xảy ra ở khu vực miền núi và đồng bằng, trung du, nhưng cũng có xã

100% số ca sinh tại TYT xã). Nguyên nhân tỷ lệ sinh tại TYT xã thấp là do các xã ở khu vực miền núi có điều kiện đi lại khó khăn cũng như tập quán sinh tại nhà của người dân, hoặc xảy ra ở những TYT xã ở khu vực đồng bằng và thành thị có điều kiện đi lại thuận tiện trong khi người dân lại chưa tin tưởng vào chất lượng khám chữa bệnh của TYT xã. Tỷ lệ bà mẹ khám thai từ 3 lần trở lên trong 3 thời kỳ nói chung đạt 86,7% và tỷ lệ khám sau sinh đạt 87,2%³. Tuy nhiên, kết quả từ nghiên cứu tại một số địa bàn cho thấy tỷ lệ bà mẹ khám thai từ 3 lần trở lên tại TYT xã đạt khoảng 50% và tỷ lệ bà mẹ khám thai 3 lần đúng ba thai kỳ chỉ đạt khoảng 30% [31].

2. Bất cập trong quản trị và điều hành

Hiện nay, mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế phủ rộng nhưng thiếu cơ chế gắn kết và phối hợp hoạt động giữa các tuyến, giữa lĩnh vực y tế dự phòng và điều trị, giữa công và tư.

Mô hình tổ chức mạng lưới y tế địa phương đặc biệt là tổ chức các đơn vị chuyên môn thuộc hệ YTDP tuyến tỉnh và cơ cấu tổ chức của các đơn vị y tế trên địa bàn huyện chưa phù hợp, gây khó khăn trong công tác quản lý và chỉ đạo triển khai các hoạt động cung ứng dịch vụ CSSKBĐ và phòng chống bệnh tật tại tuyến cơ sở. Việc thay đổi mô hình tổ chức quản lý tuyến YTCS trong thời gian qua, nhất là đối với các đơn vị y tế tuyến huyện, đã tác động không nhỏ đến hoạt động của TYT xã [1]. Mô hình tổ chức y tế tuyến huyện chưa thống nhất giữa các tỉnh, thành phố, thậm chí giữa các huyện trong cùng một tỉnh. Cả nước có 697 huyện, trong đó 233 huyện thành lập trung tâm y tế (TTYT) huyện thực hiện cả hai chức năng là KCB và dự phòng, hơn 460 huyện có TTYT chỉ thực hiện chức năng YTDP và Bệnh viện đa khoa huyện độc lập [3]. Các nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng, sự thay đổi chính sách về cơ cấu tổ chức, quản lý và sự không nhất quán trong việc thực hiện cũng tạo

³ Niên giám thống kê y tế năm 2011

nên trở ngại không nhỏ đến vai trò chỉ đạo, điều hành của y tế tuyến huyện đối với y tế cơ sở nói chung và TYT xã nói riêng [1, 6, 9]. Đặc biệt ở những huyện có bệnh viện huyện và TTYT huyện tách riêng, TYT chịu sự quản lý của nhiều đầu mối: về nhân lực và hoạt động dự phòng của TYT xã do TTYT huyện quản lý; trong khi về điều trị và KCB BHYT thì TYT xã lại thực hiện dưới sự giám sát của bệnh viện huyện.

Mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế phủ rộng khắp nhưng thiếu cơ chế gắn kết và phối hợp hoạt động giữa lĩnh vực điều trị và y tế dự phòng, giữa cơ sở y tế các tuyến, giữa cơ sở y tế nhà nước và y tế tư nhân. Chức năng nhiệm vụ của các đơn vị y tế các tuyến như hiện tại đang tạo nên sự cắt đoạn, thiếu sự liên thông giữa các tuyến trong cung ứng dịch vụ y tế. Hiện tại hệ thống chuyển tuyến bao gồm cả chuyển bệnh nhân từ tuyến dưới lên tuyến trên và chuyển ngược lại từ tuyến trên xuống tuyến dưới bị phá vỡ đã gây nên tình trạng quá tải tuyến trên một cách trầm trọng. Nguyên nhân của sự thiếu gắn kết này là do sự chưa phù hợp về cơ cấu tổ chức của các đơn vị y tế trên địa bàn huyện, hình thức quản lý nhiều đầu mối của các chương trình mục tiêu quốc gia y tế cũng như cơ chế phân bổ ngân sách theo chiều dọc đã gây nên tình trạng thiếu lồng ghép trong quá trình triển khai thực hiện các chương trình y tế.

Với các hoạt động y tế dự phòng hiện nay, TYT xã phải chịu nhiều đầu mối chỉ đạo trong thực hiện đối với các dịch vụ y tế dự phòng. Mỗi chương trình y tế dự phòng là một dự án riêng lẻ, thực hiện song song tại tuyến xã, với nguồn tài chính và tổ chức hoạt động khác nhau. Các chương trình y tế thiếu sự lồng ghép trong triển khai thực hiện, điều này dẫn đến tình trạng phân tán về nguồn lực mà hiệu quả của các chương trình chưa cao cũng như tạo thêm gánh nặng về hành chính cho TYT do nhiều đầu mối báo cáo. Bên cạnh đó, mặc dù hệ thống y tế tư nhân phát triển tại cộng đồng, đóng vai trò không nhỏ trong cung ứng các dịch vụ khám chữa bệnh ban

đầu. Một số nghiên cứu đã cho thấy rằng, ngay cả những đối tượng yếu thế trong xã hội như người già, người nghèo, phụ nữ và trẻ em cũng tiếp cận và sử dụng các DVYT tư nhân trong CSSKBĐ[5, 16, 18]. Tuy nhiên, do thiếu cơ chế chính sách để gắn kết và phối hợp, sự hợp tác giữa y tế công và tư trong cung ứng các dịch vụ CSSKBĐ còn rất hạn chế.

3. Bất cập về nguồn nhân lực

Hạn chế về nguồn nhân lực đang được nhìn nhận là một trong những vấn đề tác động lớn nhất với sự phát triển của tuyến YTCS. Tuyến YTCS hướng về nông thôn là một trong những định hướng của ngành y tế, tuy nhiên thực trạng mất cân đối trong phân bổ nguồn nhân lực giữa nông thôn và thành thị đang diễn ra phổ biến. Nước ta có hơn 70% người dân sống ở khu vực nông thôn nhưng chỉ có 41% bác sỹ và 18% dược sỹ đang làm việc tại đây[25].

Khó khăn trong thu hút và duy trì nhân lực

Tình trạng khó thu hút và duy trì nhân lực y tế (NLYT) vùng nông thôn, miền núi, vùng sâu vùng xa, đặc biệt ở tuyến YTCS đang là vấn đề nổi cộm. Có nhiều yếu tố liên quan đến vấn đề này. Thu nhập thấp và chế độ phụ cấp, đãi ngộ không thỏa đáng là những nguyên nhân đã được chỉ ra ở nhiều nghiên cứu[11] [12] [14] [20]. Việc cán bộ y tế không muốn gắn bó tại tuyến YTCS xuất phát một phần từ điều kiện làm việc hạn chế về cơ sở vật chất, trang thiết bị để đáp ứng về thực hành, chuyên môn. Bên cạnh, những môi trường làm việc ô nhiễm, không đảm bảo an toàn nghề nghiệp cũng như khối lượng công việc lớn do thiếu nhân lực và áp lực từ phía người dân cũng tác động đến khả năng giữ chân các cán bộ làm việc tại YTCS [15] [20]. Một khía cạnh nữa khiến làm việc tại tuyến YTCS không thu hút được các cán bộ y tế về làm việc đó là ít cơ hội được đào tạo. Các bác sỹ, đặc biệt là những sinh viên mới ra trường, muốn có cơ hội được tham gia các khóa đào tạo dài hạn và ngắn hạn để nâng cao trình độ chuyên môn song song với việc học hỏi từ những đồng nghiệp có kinh nghiệm và trình độ cao hơn[11]. Đặc biệt,

bác sỹ tại TYT phải đảm nhiệm rất nhiều công việc hành chính, họp giao ban các ban ngành và ghi chép, tổng kết sổ sách báo cáo của các chương trình y tế nên thời gian dành cho hoạt động chuyên môn giảm [13]. Các nghiên cứu về sự hài lòng của cán bộ YTCS đã cho thấy, tỷ lệ CBYT hài lòng với công việc hiện tại rất thấp, khoảng 20-30%. Trong đó yếu tố khiến họ không hài lòng nhất là thu nhập, phúc lợi và điều kiện làm việc, đặc biệt là bác sỹ và những cán bộ

làm việc trong khối lâm sàng[12, 14, 23]. Sự hài lòng với công việc thấp cùng với những yếu tố khác dẫn đến tình trạng kém thu hút và duy trì nhân lực tại tuyến YTCS. Một nghiên cứu về tình hình biến động nhân lực tại tuyến YTCS cho thấy, trong vòng 5 năm ở tuyến huyện, số lượng NLYT chuyển đi hoặc nghỉ việc bằng khoảng 50% so với số tuyển dụng mới ở cả hai khối điều trị và dự phòng. Trong khi đó, tại tuyến xã, con số này là 30%[20].

Bảng 1: Tình hình biến động NLYT tại tuyến huyện trong 5 năm, 2007-2011

Tỉnh	BV huyện (8 cơ sở)		TTYT huyện/YTDP (8 cơ sở)	
	Số NL mới	Số nghỉ / chuyển đi	Số NL mới	Số nghỉ / chuyển đi
Bình Định	81	14	10	4
Điện Biên	128	69	31	20
Lâm Đồng	62	34	10	5
Bắc Giang	86	50	25	7
Chung	357	167	76	36

Nguồn: Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2012), Các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng thu hút và duy trì cán bộ y tế tuyến cơ sở ở một số tỉnh miền núi, Hà Nội.

Kiến thức và thực hành của NLYT tuyến cơ sở hạn chế

Bên cạnh sự thiếu hụt về số lượng, các nghiên cứu đánh giá về kiến thức và kỹ năng chuyên môn của đội ngũ CBYT cho thấy chất lượng của NLYT tuyến cơ sở cũng là một vấn đề đáng được quan tâm [8-10, 21]. Kết quả từ một số nghiên cứu, đối với những kiến thức và kỹ năng trong khám và xử trí thông thường, chỉ có 17,3% y, bác sỹ đang công tác tại TYT xã có kiến thức đúng về sơ cấp cứu ngộ độc; và chưa đến 50% trong số họ nắm được đúng các kiến thức cần thiết khác như điều trị tiêu chảy, chuẩn đoán nhiễm khuẩn hô hấp cấp ở trẻ em hay tăng huyết áp ở người lớn[8, 17, 21]. Về chuyên môn CSSK sinh sản, mặc dù đây là một trong những hoạt động CSSK thông thường và phổ biến tại tuyến xã nhưng kiến thức của CBYT ở mảng nội dung này còn tương đối yếu[17, 21]. Trong số 307

CBYT xã được khảo sát tại một nghiên cứu, chỉ có 16,9% y, bác sỹ nhận biết được các dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai[21].

Nghiên cứu tìm hiểu khả năng thực hiện chuyên môn theo phân tuyến kỹ thuật của TYT xã đã cho thấy, trung bình TYT chỉ thực hiện được 37/96 kỹ thuật theo phân tuyến. Ở nhiều phân nhóm kỹ thuật, các cán bộ y tế chưa thực hiện được một nửa số kỹ thuật theo phân tuyến ở nhiều nhóm kỹ thuật khác nhau như y học cổ truyền (4,1/13), ngoại khoa và gây mê hồi sức (4,1/14), phụ sản (4,4/13), mắt và tai-mũi-họng (3,1/11). Đặc biệt, riêng nhóm huyết học truyền máu, miễn dịch di truyền và hóa sinh-vi sinh-ký sinh trùng thì các cán bộ gần như không thực hiện được. Nguyên nhân của tình trạng này một phần do TYT thiếu trang thiết bị cũng như cán bộ có chuyên môn để thực hiện các nhóm kỹ

Vấn đề đào tạo nguồn nhân lực

Để đảm bảo chất lượng nguồn nhân lực YTCS, việc đào tạo đầu vào và đào tạo liên tục để bồi dưỡng cập nhật kiến thức cho đội ngũ CBYT là vô cùng quan trọng. Trong thời gian qua, Bộ Y tế đã có một số chính sách tuyển sinh đầu vào nhằm tăng số lượng nguồn nhân lực cho tuyến YTCS, đặc biệt vùng sâu vùng xa như chính sách đào tạo cử tuyển, đào tạo theo địa chỉ. Tuy nhiên, theo đánh giá của các bệnh viện huyện đã tiếp nhận các sinh viên này sau tốt nghiệp thì thấy rằng năng lực chuyên môn của đội ngũ này còn rất hạn chế, chưa thể đáp ứng được nhu cầu chuyên môn của tuyến YTCS mà vẫn phải qua quá trình đào tạo tiếp tục tại chỗ theo hướng “cầm tay chỉ việc” từ một đến hai năm mới có thể thực hành tốt được [20]. Một thực tế rằng những sinh viên này có trình độ đầu vào thấp nên việc học tập theo các giáo trình đào tạo y khoa thông thường là rất khó khăn [20]. Thêm vào đó, chương trình đào tạo y khoa hiện nay được đánh giá là thiếu thực hành chuyên môn, đặc biệt là về lâm sàng. Phương pháp dạy học phổ biến nhất tại các trường vẫn là học lý thuyết trên giảng đường (thời gian dành cho học lâm sàng chỉ chiếm 1/3 thời lượng giảng dạy)[7]. Cũng theo kết quả tự đánh giá của các cựu sinh viên sau ra trường, chỉ 45% cho biết có khả năng phát hiện sớm, xử trí hợp lý ban đầu các dịch bệnh, 50,9% cho biết có thể thực hiện được một số thủ thuật, kỹ thuật y khoa đơn giản, chỉ 37,6% cho biết có khả năng thực hiện việc theo dõi và quản lý đồng[7]. Như vậy, ngay cả đào tạo chính quy, năng lực của bác sỹ sau ra trường cũng còn nhiều hạn chế. Về đào tạo liên tục cho cán bộ YTCS, hàng năm các cán bộ tại TYT vẫn được tham gia các lớp đào tạo ngắn hạn thông qua các chương trình y tế khác nhau. Tuy nhiên, nội dung tập huấn chủ yếu chỉ chú trọng tới các chương trình mục tiêu y tế trong khi các nội

dung chuyên môn liên quan đến khám chữa bệnh thì gần như chưa được thực hiện [13].

4. Vấn đề thuốc và trang thiết bị

Để đảm bảo cho cung ứng dịch vụ CSSKBĐ tại tuyến cơ sở, Bộ Y tế đã ban hành các chính sách quy định về danh mục thuốc và trang thiết bị trạm y tế. Tuy nhiên, nhiều TYT vẫn ở trong tình trạng thiếu thuốc và trang thiết bị y tế so với quy định.

Tìm hiểu về tính sẵn có thuốc của 273 TYT xã tại 11 tỉnh cho thấy, có đến 33,2% TYT không đủ các loại thuốc theo danh mục thuốc thiết yếu và 38,5% TYT không có đủ cơ số thuốc dành cho phòng chống dịch. Đặc biệt, tình trạng này phổ biến nhất ở các TYT xã khu vực miền núi, nơi người dân vẫn còn khó khăn khi tiếp cận với dịch vụ y tế [21]. Một nghiên cứu về KCB BHYT tại tuyến xã cũng cho thấy, trong số bệnh nhân được cấp phát thuốc BHYT tại TYT, có 68% bệnh nhân bảo hiểm phải mua thuốc ngoài. Lý do người dân không sử dụng thẻ để KCB ban đầu tại TYT xã được đưa ra do hạn chế về TTB, thiếu thuốc hoặc hết thuốc chiếm 83,3%[4]. Một trong các nhiệm vụ của TYT là sơ cấp cứu ban đầu và các loại thuốc cấp cứu có vai trò quan trọng đối với hoạt động này của trạm. Tuy vậy, một nghiên cứu tại tất cả các TYT xã trên địa bàn tỉnh Trà Vinh cho thấy 41,6% TYT không có tủ thuốc cấp cứu.

Không chỉ hạn chế về nguồn thuốc, các TYT cũng đang trong tình trạng thiếu các trang thiết bị y tế. Theo khảo sát về tình hình TTB y tế tại một số TYT thuộc 4 tỉnh, trung bình số lượng trang thiết bị tại TYT chỉ đáp ứng được 44% theo danh mục quy định về trang thiết bị đối với TYT xã có bác sỹ. Hai nhóm trang thiết bị quan trọng là chẩn đoán-điều trị và sản-nhi thì các trạm y tế thiếu từ 30-50% so với quy định. Riêng nhóm trang thiết bị về xét nghiệm thì gần như rất ít trạm y tế có một loại thuộc nhóm này[19].

Bảng 2: Tình hình trang thiết bị tại trạm y tế xã so với qui định tại Quyết định 1020/QĐ-BYT ngày 22/3/2004

Trung bình số loại TTB tại TYT đủ theo qui định (TYT ít nhất - TYT nhiều nhất)	Hà Nam	Kiên Giang	Khánh Hòa	Gia Lai	Chung
Khám và điều trị (69 loại)	30 (18 - 38)	29 (15 - 43)	50 (46 - 56)	33 (29 - 36)	34 (15 - 56)
Y học cổ truyền (24 loại)	4 (0 - 12)	5 (2 - 11)	4 (0 - 11)	3 (1 - 4)	4 (0 - 12)
Chuyên khoa TMH-RHM-Mắt (17 loại)	6 (0 - 9)	2 (0 - 9)	3 (1 - 4)	4 (0 - 8)	4 (0 - 9)
Xét nghiệm (6 loại)	(0 - 1)	(0 - 1)	1	(0 - 1)	(0 - 1)
Khám điều trị sản phụ khoa - đỡ đẻ (35 loại)	24 (14 - 30)	25 (16 - 34)	27 (24 - 30)	18 (15 - 20)	24 (14 - 34)
Dụng cụ tiết khuẩn (9 loại)	4 (3 - 5)	5 (3 - 6)	4 (1 - 7)	3 (1 - 5)	4 (1 - 7)
Thiết bị thông dụng (16 loại)	6 (2 - 8)	7 (3 - 11)	9 (8 - 9)	7 (6 - 7)	7 (2 - 11)
Tất cả các thiết bị (175 loại)	73 (41 - 97)	72 (43 - 102)	97 (86 - 110)	67 (57 - 75)	77 (41 - 110)

Nguồn: Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2012), Bước đầu triển khai khám chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định của Luật Bảo hiểm Y tế

5. Vấn đề về tài chính y tế

Cơ chế tài chính cho y tế cơ sở như hiện nay là không phù hợp do phương thức cấp kinh phí hiện tại chưa đảm bảo cho việc triển khai các dịch vụ CSSKBĐ và cơ chế chi trả chưa tạo động cơ khuyến khích để tăng chất lượng dịch vụ. Việc thiếu kinh phí hoạt động và cơ chế chi trả đã làm cho TYT xã gặp nhiều khó khăn trong cung ứng dịch vụ y tế.

Kinh phí cấp cho BV huyện và TYT xã như hiện nay không đủ để đáp ứng yêu cầu hoạt động của y tế cơ sở. Tỷ trọng phân bổ ngân sách y tế cho tuyến huyện và xã là rất thấp, kinh phí cấp cho bệnh viện huyện chỉ chiếm tỷ trọng là 20,8% trong khi kinh phí cấp cho TYT xã chỉ chiếm 1,6% [24]. Theo quy định của Thông tư 119/2002/TTLT-BTC-BYT về hướng dẫn nội

dung thu, chi và mức chi thường xuyên của TYT xã thì mức chi thường xuyên (không kể chi lương, phụ cấp lương, các chế độ khác của cán bộ y tế xã trong định biên và các khoản chi từ Quỹ khám, chữa bệnh cho người nghèo) tối thiểu không dưới 10 triệu đồng/TYT xã/năm. Tuy nhiên trên thực tế, kết quả khảo sát của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế tại 273 xã thuộc 11 tỉnh cho thấy, có đến 26,5% TYT xã chưa được cấp đủ kinh phí cho hoạt động thường xuyên [21].

Bên cạnh đó, sự mất cân đối trong phân bổ nguồn lực giữa tuyến trên và tuyến YTCS cũng là một trong những nguyên nhân ảnh hưởng tới khả năng cung ứng dịch vụ y tế của BV huyện và TYT xã. Theo báo cáo của cơ quan BHXH Việt Nam, năm 2012, tỉ lệ sử dụng dịch vụ KCB của

bệnh nhân BHYT tại tuyến xã là 30% nhưng tỉ trọng sử dụng quỹ BHYT chỉ chiếm 5%; cũng tương tự, tỉ lệ sử dụng dịch vụ KCB của bệnh nhân BHYT tại BV huyện là 41,9% nhưng tỉ trọng sử dụng quỹ BHYT chỉ chiếm 26,7%.

Từ năm 2009 tới nay, phương thức thanh toán KCB BHYT áp dụng tại tuyến huyện và xã là khoán quỹ định suất. Tuy nhiên, một nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng phương thức này đang được thiết kế và triển khai không phù hợp so với nguyên tắc và thông lệ quốc tế[22]. Điều này dẫn đến tình trạng phân bổ nguồn lực cho tuyến cơ sở hạn chế, không tạo được động lực để tăng cường việc cung ứng các dịch vụ dự phòng và CSSKBĐ[22].

6. Vấn đề về hệ thống thông tin y tế

Hiện tại thông tin y tế phục vụ cho công tác quản lý ở TYT còn nhiều bất cập. Theo một khảo sát năm 2009, trung bình một trạm phải thực hiện khoảng 16 chương trình y tế khác nhau[21]. Số lượng chương trình tỉ lệ thuận với số lượng sổ sách mà TYT phải ghi chép. Một TYT trung bình có 42 quyển sổ để ghi chép và báo cáo trong một năm[21]. Kết quả khảo sát từ nghiên cứu cho thấy việc có quá nhiều sổ sách hành chính đã gây nên tình trạng quá tải công việc cho cán bộ TYT, đòi hỏi việc cần xem xét tới tính lồng ghép của các chương trình y tế để nâng cao hiệu quả trong triển khai thực hiện.

Kết luận

Một trong những nhiệm vụ ưu tiên của ngành trong giai đoạn hiện nay là củng cố hoàn thiện và nâng cao chất lượng hoạt động của y tế cơ sở. Đây được xem là giải pháp mang lại hiệu quả cao và cũng là điều kiện cần thiết để thực hiện tốt chức năng phòng bệnh, nâng cao sức khỏe, khám, chữa bệnh; góp phần bảo đảm công bằng xã hội. Do đó, nhận thức và xác định được những khó khăn và thách thức mà tuyến YTCS đang phải đối mặt là một trong những điều kiện quan trọng để đảm bảo tính phù hợp, khả thi và đầu ra tích cực của những giải pháp của ngành y tế. Nếu được đầu tư phù hợp về nguồn lực, tuyến YTCS sẽ phát huy tốt được vai trò trong chăm sóc sức khỏe ban đầu và là một trong những giải pháp quan trọng làm giảm tình trạng quá tải bệnh viện ở tuyến trên như hiện nay.

Mặc dù, bài báo được hoàn thành dựa trên tổng hợp kết quả của nhiều nghiên cứu khác nhau về tuyến YTCS, trọng tâm là tuyến xã, với mong muốn đưa một bức tranh chung về thực trạng của y tế tuyến xã hiện nay. Cần thiết phải có thêm nhiều nghiên cứu sâu hơn về tuyến y tế cơ sở, trong đó tập trung vào các nghiên cứu thử nghiệm giải pháp can thiệp nâng cao hiệu quả hoạt động tuyến YTCS trong CSSKBĐ cũng như các nghiên cứu liên quan đến theo dõi và đánh giá chính sách để cung cấp bằng chứng tốt hơn cho ngành y tế trong hoạch định chính sách phát triển YTCS và tăng cường CSSKBĐ trong thời gian tới./.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y tế, *Báo cáo tổng kết Y tế 2012*.
2. Bộ Y tế, *Niên giám thống kê Y tế 2011*, Hà Nội 2012.
3. Bộ Y tế, Nhóm đối tác y tế, *Báo cáo tổng quan ngành Y tế 2012*, Hà Nội 2012.
4. Cúc, T.T., *Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sử dụng thẻ bảo hiểm y tế tự nguyện của người dân tại Trạm y tế thị trấn Thanh Lãng, huyện Bình Xuyên, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2009*, luận văn thạc sỹ Y tế công cộng, Trường đại học Y tế công cộng, Hà Nội 2009.
5. Cương, Đ.V., T.T.M. Oanh, và cộng sự, *Báo cáo đánh giá tình hình chăm sóc sức khỏe người nghèo tại 5 tỉnh miền núi phía Bắc và Tây Nguyên*, Phái đoàn Ủy ban châu Âu tại Việt Nam, Hà Nội 2007.

6. Cương, Đ.V., K.A. Tuấn, cộng sự, *Thực trạng quản lý tuyến YTCS hiện nay tại một số địa phương*, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Bộ Y tế, Hà Nội 2006.
7. Đại học Y Hà Nội, *Nghiên cứu đánh giá thực trạng đào tạo nhân lực Y tế*, in *Hội thảo phổ biến kết quả nghiên cứu về thực trạng đào tạo nhân lực y tế*, Hà Nội 2013.
8. Hiếu, N.M., *Kiến thức, thực hành kê đơn kháng sinh của cán bộ TYT xã trong điều trị trẻ em dưới 5 tuổi mắc nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính tại huyện Bình Xuyên tỉnh Vĩnh Phúc năm 2003*, Luận văn Thạc sỹ, Trường đại học Y tế công cộng, Hà Nội 2003.
9. Hùng, V.V., T.P. Hùng, "Thực trạng chất lượng cán bộ quản lý của ngành y tế tỉnh Bà Rịa-Vũng Tàu năm 2009," *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 14(1), 71-76, (2010).
10. Liêm, T.T., Đ.T.P. Hoài, *Đánh giá kiến thức cán bộ y tế và trang thiết bị tại TYT xã về chăm sóc trẻ sơ sinh*, Hà Nội 2009.
11. Mark Vujicic, et al, *Attracting doctors and medical students to rural Vietnam - insight from a Discrete Choice Experiment*, World Bank 2010.
12. Nhuận, L.T., L.C. Linh, "Sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế tuyến cơ sở," *Tạp chí Y tế công cộng*, 13, 51-56, (2009).
13. Oanh, T.T.M., D.H. Lương, N.T. Thắng, H.T. Thủy, N.H. Giang, et al., *Đánh giá tình hình thực hiện chức năng nhiệm vụ của một số trạm y tế xã khu vực miền núi*, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Hà Nội 2010.
14. Phương, N.B., *Thực trạng nguồn nhân lực và sự hài lòng về công việc của bác sĩ hiện công tác tại các trạm y tế tỉnh Bình Dương 2010*, luận văn thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội 2010.
15. Tâm, T.T.M., C.V. Thăng, V. Diên, *Thực trạng quản lý, ảnh hưởng của chất thải y tế đối với môi trường trong các bệnh viện huyện tỉnh Hải Dương*, Trường Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương, Hải Dương 2013.
16. Thắng, N.T., *Nhiễm khuẩn hô hấp cấp ở trẻ dưới 5 tuổi trong thời gian bùng phát dịch cúm gia cầm tại huyện Ba Vì, Tỉnh Hà Tây, Việt Nam*, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường đại học Umea, Thụy Điển 2005.
17. Thêm, L.V., *Thực trạng hoạt động của bác sĩ tại trạm y tế xã và đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao chất lượng hoạt động của trạm y tế xã tỉnh Hải Dương*, Trường Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương, Hải Dương 2013.
18. Thom, L.T.H., *Tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế cho phụ nữ nông thôn*, Hà Nội 2006.
19. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, *Bước đầu triển khai khám chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định của Luật Bảo hiểm Y tế*, Hà Nội 2012.
20. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, *Các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng thu hút và duy trì cán bộ tuyến y tế cơ sở ở 4 tỉnh miền núi*, Bộ Y tế, Hà Nội 2012.
21. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, *Đánh giá tình hình thực hiện chức năng nhiệm vụ của trạm y tế các vùng miền*, Hà Nội 2012.
22. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, *Đánh giá thực trạng các phương thức thanh toán dịch vụ y tế tại Việt Nam* in *Hội thảo Tham vấn chính sách về thanh toán khám chữa bệnh Bảo hiểm Y tế theo định suất*, Hà Nội 2013.
23. Việt, V.H., *Đánh giá sự hài lòng đối với công việc của nhân viên bệnh viện huyện Tuy An và bệnh*

viện huyện Đông Hòa tỉnh Phú Yên năm 2010, luận văn thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội 2010.

24. Vụ Kế hoạch-Tài Chính- Bộ Y tế, *Tài khoản y tế quốc gia ở Việt Nam thời kỳ 2000-2010*, Nhà xuất bản Thống Kê, Hà Nội 2012.

25. Vụ Tổ chức Cán Bộ, Bộ Y tế, *Báo cáo lựa chọn chính sách về nguồn nhân lực y tế*. Hà Nội 2007.

MỘT SỐ GIẢI PHÁP NHẪM TĂNG CƯỜNG NĂNG LỰC HỆ THỐNG Y TẾ CƠ SỞ

TS. Lưu Hoài Chuẩn¹

Nâng cao năng lực hệ thống y tế cơ sở ở nước ta trong giai đoạn hiện nay và trước một thực trạng có nhiều khó khăn thách thức là một nhiệm vụ vô cùng khó khăn, phức tạp. Một vấn đề đặt ra là phải có những giải pháp nào, lộ trình như thế nào để nâng cao năng lực của hệ thống y tế cơ sở.

Các biện pháp để tăng cường năng lực hoạt động của hệ thống y tế cơ sở trong giai đoạn hiện nay đã được nhà nước, ngành y tế đề cập đến, đã được chỉ đạo chặt chẽ và nhiều địa phương đã thực hiện có nhiều kết quả. Tuy nhiên, những kết quả đó còn nhiều hạn chế và muốn khắc phục những hạn chế đó thì ngoài những giải pháp chung đã được đề cập đến từ trước đến nay tăng cường vai trò lãnh đạo của các cấp ủy Đảng, chính quyền, tăng cường đầu tư cho hệ thống y tế cơ sở, thực hiện xã hội hóa y tế, tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe... chúng ta cần suy nghĩ đến những giải pháp có tính đột phá.

Một là, xây dựng trạm y tế tuyến xã đúng tầm là một trạm y tế xã.

Có 4 nội dung đặt ra:

- Trạm y tế xã phải có các phòng làm việc, các phòng chuyên môn đủ đáp ứng cho nhu cầu làm việc văn phòng và nhu cầu thực hiện các nhiệm vụ chuyên môn. Hiện nay ở nhiều địa phương đã cơ bản đáp ứng được yêu cầu đó như các trạm y tế của tỉnh Khánh Hòa, ở nhiều huyện thuộc tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu, ở huyện Gia Lâm thuộc thành phố Hà Nội...ở đây mỗi trạm y tế có từ trên 10 đến gần 20 phòng làm việc, phòng chuyên môn được xây dựng kiên cố, có sân vườn, đường đi rộng rãi, sạch sẽ. Tiêu chí

Quốc gia trạm y tế xã trong giai đoạn mới đã đề cập đến vấn đề này, nhưng làm sao tổ chức chỉ đạo, đề ra các giải pháp, trách nhiệm cụ thể để các trạm y tế xã trong toàn quốc được xây dựng đạt được như tiêu chí đề ra. Ngành y tế, chính quyền các cấp phải xác định rõ trách nhiệm của mình là gì, đến đâu để chỉ đạo quyết liệt chính quyền các xã, phường bố trí đất đai, kinh phí, ưu tiên xây dựng trạm y tế của xã, phường mình.

- Trạm y tế xã phải có trang thiết bị phù hợp, theo Chuẩn về trang thiết bị của Bộ Y tế đề ra, trạm y tế xã có 167 trang thiết bị. Đã đề ra là phải có cách thực hiện. Thực tế hiện nay rất khó có thể thực hiện được tiêu chí này, nhưng ít nhất mỗi trạm y tế xã cũng cần phải có ít nhất 80% trang thiết bị theo qui định, trong đó phải có đủ những trang thiết bị thiết yếu cho khám chữa bệnh, chăm sóc sức khỏe sinh sản... Những trang thiết bị này cần được bảo dưỡng, cần được thay thế khi đã cũ, hỏng không sử dụng được. Nhất là trong tình hình hiện nay nhu cầu khám chữa bệnh BHYT rất lớn cho nên những trang thiết bị cho trạm y tế xã phục vụ cho công tác khám chữa bệnh là vô cùng quan trọng. Chúng ta cần đặt ra câu hỏi trách nhiệm này thuộc về ai và làm như thế nào.

- Nhân lực cho trạm y tế xã, trước hết phải được bố trí đủ nhân lực theo Thông tư 08, hiện nay nguồn nhân lực tuyển dụng cho các trạm y tế xã rất dồi dào nên không thể để các trạm y tế xã thiếu người. Từng bước bố trí để các trạm y tế xã có bác sĩ làm việc theo biên chế chính thức, nhất là khi trạm y tế xã thực hiện khám chữa

¹Hội Kinh tế Y tế

bệnh BHYT. Các trạm y tế có đông cán bộ thì bố trí đủ các chức danh bác sĩ, y sĩ đa khoa, hộ sinh, dược, y sĩ y học cổ truyền. ở các trạm y tế xã ít dân, số cán bộ chỉ có 4-5 người thì ngoài những chức danh cơ bản y sĩ đa khoa, hộ sinh thì cần bố trí tập huấn để có cán bộ kiêm nhiệm về dược, y học cổ truyền. Như vậy là không để trống một chức danh chuyên môn nào. Bố trí đủ cán bộ là rất quan trọng, nhưng còn phải đề cập đến chất lượng chuyên môn, trước tiên khâu tuyển chọn cần tuyển được những cán bộ có đủ năng lực theo yêu cầu của từng chức danh và hàng năm thường xuyên phải đưa cán bộ luân lượt đi tập huấn, tập huấn đi, tập huấn lại nhiều lần, tập trung vào 3 chủ đề chính là tập huấn về quản lý, kế hoạch; về TCMR; về CSSKSS. Tóm lại là nhân lực có đủ về số lượng, năng lực thường xuyên được nâng cao, đáp ứng được lòng tin của nhân dân. Ai không đáp ứng được yêu cầu đó thì cần thay thế.

- Thực hiện chế độ chính sách đối với cán bộ trạm y tế, trước hết là đảm bảo thu nhập thỏa đáng và phù hợp. Lương thấp, không đủ sống bằng lương là tình trạng chung của toàn xã hội, ngành y tế cũng không thoát ra được bối cảnh chung đó, nhưng phải nghĩ đến làm thế nào để tăng thu nhập cho cán bộ y tế xã là một vấn đề cần được thực sự quan tâm. Hiện nay ở vùng núi cao và là xã thuộc vùng đặc biệt khó khăn phụ cấp ưu đãi hàng tháng là 140%, lương bác sĩ khoảng 7 triệu đồng, cán bộ trung cấp 4-5 triệu đồng, mức thu nhập như vậy là thỏa đáng, họ yên tâm và làm tốt công việc. Nhà nước cần duy trì và mở rộng đối tượng được hưởng nhất là ở những vùng núi, những điều kiện cũng không khác các xã 35 bao nhiêu, cần bổ sung chính sách hỗ trợ cán bộ trạm y tế xã vùng nông thôn. Mặt khác cần thực hiện việc tăng thu nhập cho cán bộ trạm thông qua thực hiện các dịch vụ y tế, dịch vụ y tế cần phải là một nguồn tăng thu nhập cho cán bộ trạm y tế xã.

Đây là những vấn đề then chốt nhất đối với việc xây dựng trạm y tế xã, thành phần quan trọng nhất trong hệ thống y tế cơ sở. Cần phải

tạo ra một bước đột phá để các trạm y tế xã thực sự là một trạm y tế đúng tâm, đúng vị trí, thực hiện được đầy đủ chức năng, nhiệm vụ của mình.

Hai là, xây dựng hệ thống y tế tuyến huyện.

Trước hết, phải đặt vấn đề củng cố, ổn định về mặt tổ chức của hệ thống y tế tuyến huyện. Những năm qua hệ thống y tế tuyến huyện đã chịu bao nhiêu hệ lụy của việc liên tục thay đổi mô hình tổ chức và không thống nhất mô hình tổ chức. Tổ chức y tế tuyến huyện cần được xây dựng theo tư tưởng chỉ có một tổ chức duy nhất. Tổ chức này chịu sự chỉ đạo của Đảng, chính quyền cấp huyện về mặt quản lý nhà nước trên địa bàn, nó là một bộ phận của nhà nước cấp huyện, thực hiện nhiệm vụ chính trị, nhiệm vụ kinh tế - xã hội của địa phương. Mặt khác tổ chức này chịu sự chỉ đạo về chuyên môn kỹ thuật của Sở Y tế. Hai vấn đề này hoàn toàn không mâu thuẫn với nhau.

Chức năng, nhiệm vụ của tổ chức này là : i) Làm tham mưu cho UBND về toàn bộ công tác bảo vệ chăm sóc nâng cao sức khỏe nhân dân, đây là nhiệm vụ quản lý nhà nước; ii) Khám chữa bệnh; iii) Thực hiện nhiệm vụ y tế dự phòng trong đó có cả vấn đề bảo đảm an toàn vệ sinh thực phẩm, phòng chống HIV/AIDS; iv) Thực hiện công tác dân số, kế hoạch hóa gia đình.

Tên gọi của tổ chức này không phải là vấn đề quan trọng nhất, có thể là Trung tâm y tế, hoặc là Phòng Y tế. Điều quan trọng là chức năng, nhiệm vụ được xác định và hệ thống của nó gồm bệnh viện, các phòng thực hiện nhiệm vụ y tế dự phòng, phòng thực hiện công tác an toàn vệ sinh thực phẩm, phòng công tác dân số... tất cả được qui về một mối thống nhất.

Thứ hai, xây dựng cơ sở vật chất, đảm bảo nhu cầu trang thiết bị là hai vấn đề cần có sự đột phá. Cứ vẫn đầu tư như hiện nay thì chúng ta không thể hy vọng về một hệ thống y tế cơ sở được củng cố để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức

khỏe cho nhân dân. Giải quyết tình trạng quá tải ở tuyến bệnh viện tỉnh và trung ương không có biện pháp nào có hiệu quả hơn là thu hút bệnh nhân ở lại tuyến huyện. Thu hút bệnh nhân không thể thực hiện được bằng các biện pháp hành chính, không thể đưa ra những qui định ngặt nghèo để hạn chế bệnh nhân vượt tuyến vì đó là sinh mệnh họ, sinh mệnh những người thân thiết nhất của họ, họ có thể vượt qua tất cả vì tính mệnh, cái quý nhất của con người. Vì thế một tuyến bệnh viện không đủ tin cậy thì họ không thể đưa người thân của họ đến chữa bệnh, nhất là khi điều kiện kinh tế được nâng cao, khi tỷ lệ sinh ngày càng giảm thì lựa chọn tuyến điều trị tốt hơn, tốt nhất càng là sự lựa chọn phổ biến. Điều này nói lên rằng, phải xây dựng bệnh viện tuyến huyện có đủ điều kiện về cơ sở vật chất, trang thiết bị và đội ngũ nhân lực đáp ứng được các dịch vụ kỹ thuật của bệnh viện tuyến huyện và nhu cầu khám chữa bệnh ngày càng cao của nhân dân.

Nói vậy là dễ dàng, nhưng tổ chức thực hiện mới là cái khó, Nhà nước, ngành y tế, các địa phương phải xác định mỗi công việc, mỗi trách nhiệm là thuộc ai và từng bước đi phải rõ ràng, không thể nói tới trách nhiệm chung chung. Phải có sự đột phá về đầu tư nguồn lực, phải đặt

ra vấn đề ưu tiên xây dựng y tế tuyến huyện trong tổng thể các nhiệm vụ kinh tế - xã hội của đất nước

Thứ ba, bố trí đủ đội ngũ cán bộ và không ngừng nâng cao năng lực của cán bộ y tế tuyến huyện là vấn đề có tính chiến lược, nhất là việc bố trí cán bộ trong bệnh viện. Nhà nước và từng địa phương phải thực hiện chính sách thu hút những thầy thuốc giỏi làm trong bệnh viện, trước hết là đội ngũ bác sĩ, các chính sách đó có thể là trợ cấp một lần, trợ cấp lương hàng tháng... mức trợ cấp phải đủ sức hấp dẫn. Trong quá trình công tác các cán bộ y tế phải luôn được nâng cao năng lực bằng cách được tập huấn, đào tạo, đào tạo lại để cập nhật những kiến thức, kỹ năng mới, nâng cao tay nghề, giành được sự tín nhiệm của nhân dân. Một vấn đề cần được đặt ra là đào tạo nhân lực y tế cho tuyến huyện, đào tạo những cán bộ có trình độ chuyên môn giỏi cho y tế tuyến huyện, coi đây là vấn đề có tầm chiến lược lâu dài.

Bệnh viện phải phấn đấu đạt tới, khi người dân trong địa bàn bị bệnh trước hết là họ gửi niềm tin cậy ở bệnh viện, đến bệnh viện, thực hiện theo chỉ lệnh của bệnh viện, lúc đó không còn tình trạng vượt tuyến không cần thiết./.

KHÁI NIỆM VỀ MỨC SINH THAY THẾ VÀ MỨC SINH THAY THẾ Ở VIỆT NAM

TS. Nguyễn Thị Thu Nam¹
Trần Chiến Thắng²

Trong vòng 20 năm gần đây, khái niệm mức sinh thay thế đang được sử dụng rộng rãi khi nói về các chính sách dân số ở Việt Nam. Tổng tỷ suất sinh ở mức 2,1 con đang được coi là mức sinh thay thế có tính chất toàn cầu, và Việt Nam cũng đang áp dụng con số này. Vậy mức sinh thay thế là gì? Làm thế nào để biết mức sinh thay thế của Việt Nam là bao nhiêu? Mức sinh thay thế có ý nghĩa gì trong chính sách dân số? Đây là các vấn đề được bàn luận trong bài viết

Khái niệm mức sinh thay thế

Mức sinh thay thế là mức sinh mà phụ nữ trong cùng một đoàn hệ có vừa đủ số con gái (tính trung bình) để "thay thế" mình trong dân số. Hay nói cách khác, để thay thế cho mình, người phụ nữ cần đẻ một con gái và cô gái này phải sống sót đến tuổi sinh sản, để tiếp một cháu gái, cứ như vậy các thế hệ sẽ tiếp tục được duy trì. Tuy nhiên, không phải người phụ nữ nào sinh ra cũng sống đến hết quãng đời sinh sản của mình để tiếp tục tái sinh sản thế hệ tiếp theo. Như vậy, khi nói đến mức sinh thay thế, mức này đã tính đến khả năng sống sót của phụ nữ trong dân số đạt đến độ tuổi mà họ có thể thực hiện quyền tình dục và sinh sản trong tình trạng sức khỏe tốt.

Hiểu rộng hơn, mức sinh thay thế chính là số con trung bình mà một cặp vợ chồng có được để thay thế họ trong dân số nếu trong suốt các năm tháng sinh đẻ của mình người phụ nữ tuân theo các tỷ suất sinh đặc trưng theo tuổi của một năm nhất định. Cho đến nay, tổng tỷ suất sinh (Total Fertility Rate - TFR) được lựa chọn để phản ánh mức sinh thay thế. Hiện nay, ở các nước phát

triển TFR khoảng 2,1 được coi là mức thay thế. TFR phải cao hơn 2,0 vì khi sinh, một tỷ lệ bé gái chết trước khi bước vào độ tuổi sinh sản và không phải tất cả nữ đều sống qua hết những năm tháng sinh đẻ. Kinh nghiệm thế giới cho thấy các dịch vụ chăm sóc sức khỏe nói chung hay sức khỏe sinh sản nói riêng cần đạt đến mức nhất định để dân số ở đất nước/khu vực đó đạt TFR bằng 2,1 và cũng chính nhờ các điều kiện chăm sóc này tỷ lệ tử vong của bé gái hay phụ nữ đều giảm đi. Như vậy, về mặt lâu dài khi đạt mức sinh thay thế, số sinh sẽ dần cân bằng với số chết. Trong khi đó, ở các nước đang phát triển có các tỷ suất chết cao hơn nhiều, TFR cần phải cao hơn 2,1 mới đạt mức thay thế, đặc biệt là các nước ở châu Phi với tỷ suất tử vong phụ nữ rất cao.

Mức sinh thay thế đang áp dụng hiện nay cũng chịu tác động trực tiếp bởi giới tính khi sinh (Sex ratio at birth SRB). Tỷ số giới tính khi sinh tự nhiên nằm trong mức 104-106 trẻ em nam sinh ra/100 trẻ em gái sinh ra. Nhưng trên thực tế, tại một số nước châu Á, như Ấn Độ, Pakistan, hay đặc biệt là các nước Đông Á như Trung Quốc, Việt Nam, v.v, tỷ số giới tính khi sinh cao hơn mức sinh học bình thường do các can thiệp trước sinh nhằm sinh được con trai như mong muốn trong điều kiện một số quốc gia khuyến khích chính sách giảm sinh nói chung. Hiện tượng này thấy rõ nhất ở Trung Quốc kể từ

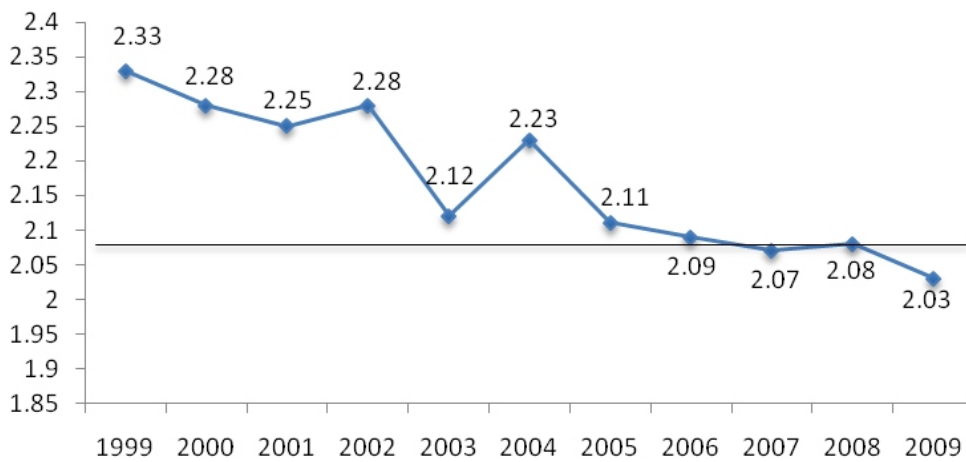
¹ Phó trưởng khoa DS-PT Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

² Nghiên cứu sinh nhân khẩu học, Đại học Penn State, Mỹ

khi chính phủ áp dụng chính sách “1 con”, nhiều cặp vợ chồng đã sử dụng các biện pháp chọn lọc giới tính trước sinh để sinh con trai, gây nên hiện tượng nhân khẩu học “thiếu con gái” (missing girls). Như vậy, kể cả khi các cặp vợ chồng tuân theo qui luật sinh tự nhiên và chỉ đẻ một con thì số con gái thay thế cho một đoàn hệ phụ nữ trong dân số đã giảm một nửa theo lý thuyết. Nhưng con số này còn giảm nhiều hơn với các can thiệp để sinh con trai. Hiện tượng thực hành các can thiệp lựa chọn giới tính khi sinh (chủ yếu là nhằm sinh được con trai) đã gây ảnh hưởng đáng kể đến mức sinh thay thế.

Các yếu tố liên quan như đã nêu trên, gồm tỷ

suất chết đặc trưng theo tuổi và các can thiệp vào tỷ số giới tính khi sinh, có ảnh hưởng không nhỏ đến số con gái cần có để thay thế người mẹ cho việc tiếp tục tái sinh sản trong tương lai. Theo xu hướng của các nước phát triển, Việt Nam hiện sử dụng TFR bằng 2,1 để coi dân số đạt mức sinh thay thế. Phần lớn các báo cáo hiện nay đều khẳng định mức sinh của Việt Nam đã ở dưới mức sinh thay thế (2,1 con/phụ nữ) từ năm 2005³ với TFR bằng 2,11 (Xem hình 1). Vậy nếu tính các yếu tố tác động như đã nêu, liệu con số TFR bằng 2,1 có thực sự là mức sinh thay thế ở Việt Nam không? Phần tiếp theo sẽ trình bày cách tính mức sinh thay thế ở Việt Nam.



Hình 1: Tổng tỷ suất sinh Việt Nam giai đoạn 1999-2009

Mức sinh thay thế ở Việt Nam

Để tính toán mức sinh thay thế ở Việt Nam, như đã phân tích ở phần trên, hai số liệu quan trọng cần có là triển vọng sống của phụ nữ ở các nhóm tuổi và tỷ số giới tính khi sinh. Do vậy chúng tôi sử dụng số liệu Tổng điều tra Dân số và Nhà ở năm 2009.

Về bản chất, để tính mức sinh thay thế chính là tỷ số giữa số con gái do đoàn hệ phụ nữ sinh ra chia cho số phụ nữ còn sống được đến giai đoạn sinh sản. Tuy vậy, để tính toán cụ thể lại tương đối phức tạp vì các quan điểm khác nhau về cách tiếp cận. Sardon, Engelman và Leahy đề xuất sử dụng tuổi sinh đẻ trung bình để tính mức sinh thay thế trong Hội nghị thường niên về Dân số

tại Mỹ năm 2006. Công thức tính như sau (công thức 1):

$$F_r = \frac{R_b/100 + 1}{M_p}$$

Trong đó: Fr là mức sinh thay thế của một quần thể dân số ở một thời điểm cụ thể.

R_b là tỷ số giới tính khi sinh của một quần thể dân số ở một thời điểm cụ thể.

³Theo Văn phòng thông tin Dân số Mỹ, Việt Nam được coi là đạt mức sinh thay thế (TFR bằng 1,94) kể từ năm 2004 (<http://www.prb.org>)

M_p là xác suất một người nữ sinh ra sống và sống đến tuổi sinh đẻ trung bình.

Tuổi sinh con trung bình của phụ nữ được tính theo công thức sau⁴ (công thức 2):

$$MACB = \frac{\sum_a a f_a}{\sum_a f_a}$$

Trong đó: a là điểm giữa của các khoảng tuổi, (ví dụ như: 17 hay 22)

f_a là tỷ suất sinh đặc trưng theo tuổi của nhóm tuổi tương ứng có a là điểm giữa.

Sử dụng số liệu Tổng điều tra Dân số và Nhà ở năm 2009 của Việt Nam, ta có thể xây dựng bảng tính sau:

Nhóm tuổi	a	ASFR‰	
(1)	(2)	(3)	(4) = (2) x (3)
15 - 19	17	24	408
20 - 24	22	121	2662
25 - 29	27	133	3591
30 - 34	32	81	2592
35 - 39	37	37	1369
40 - 44	42	10	420
45 - 49	47	1	47
Tổng cộng		407	11089

Theo công thức trên, tuổi sinh con trung bình của phụ nữ Việt Nam năm 2009 là: $11.089/407 = 27.25$ (năm) (hay 27 năm 3 tháng), thuộc nhóm tuổi 25-29 khi nghiên cứu về đoàn hệ sinh chia theo nhóm 5 năm tuổi từ 15-49.

Theo lý thuyết, để tính toán mức sinh thay thế theo công thức 1, cần phải tính được xác suất sống đến tuổi sinh con trung bình 27,25 (năm). Tuy nhiên, số liệu thống kê của Việt Nam năm 2009 không cho phép ước lượng chính xác xác suất sống cho từng lứa tuổi, mà chỉ có thể tính toán cho các nhóm 5 tuổi. Theo số liệu Tổng điều tra Dân số và nhà ở năm 2009 tỷ số giới tính khi sinh là 110,6 và giả định xác suất sống đến tuổi sinh đẻ trung bình của năm 2009 là 0,9966⁵. Thay các giá trị này vào công thức 1 ta được:

Mức sinh thay thế của Việt Nam năm 2009 là: $((110,6/100) + 1)/0,9966 = 2,11$ con.

Tính mức sinh thay thế theo số liệu tại một thời điểm là một chỉ số tổng hợp bao gồm các mức sinh, mức chết của các nhóm tuổi tại một thời điểm. Do đó hạn chế của cách tiếp cận này

cũng giống như cách tính chỉ số TFR: đó là không một người phụ nữ nào trên thực tế trải qua tất cả các mức sinh đặc trưng cho các nhóm tuổi tại một thời điểm tính toán.

Bàn luận về khái niệm và sử dụng mức sinh thay thế

Theo phân tích khái niệm và cách tính mức sinh thay thế như trên, đây là một chỉ số phụ thuộc vào mức chết và tỷ số giới tính khi sinh do đó chỉ số này biến động theo thời gian, đặc biệt ở các nước đang phát triển. Trái lại, ở các nước phát triển, khi mức chết được coi đã giảm đến mức tối đa và tỷ số giới tính khi sinh ở mức cân bằng, mức sinh thay thế có tính ổn định theo thời gian.

⁴ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2009). *World Fertility Data 2008* (POP/DB/Fert/Rev2008).

⁵ Xác suất sống trong Tổng điều tra Dân số và Nhà ở chỉ tính cho các khoảng tuổi, do vậy tác giả lấy xác suất sống của khoảng tuổi có chứa tuổi sinh con trung bình của phụ nữ năm 2009 để tính toán.

Theo số liệu Liên Hợp Quốc giai đoạn 2005-2010, Việt Nam được đánh giá là có các chỉ số phản ánh sức khỏe cao hơn nhiều so với các

nước có cùng mức thu nhập, thể hiện ở tỷ suất chết trẻ dưới 1 tuổi và tuổi thọ kỳ vọng (Bảng 2)⁶.

Bảng 2. GDP bình quân đầu người, tỷ suất chết trẻ dưới 1 tuổi và tuổi thọ kỳ vọng giai đoạn 2005-2010

Lãnh thổ	Thái Lan	Trung Quốc	Indonesia	Sri Lanka	Phillipines	Việt Nam	Lào	Pakistan
GDP	4.614	4.433	2.952	2.400	2.140	1.224	1.158	1.019
IMR	12	22	29	12	23	20	44	71
Tuổi thọ	73,6	72,7	67,9	74,2	67,8	74,3	66,1	64,6

Với đà phát triển kinh tế và đầu tư ngân sách nhà nước ngày càng tăng cho công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân, Việt Nam sẽ dần đạt được các tỷ suất chết trẻ dưới 1 tuổi gần với các nước phát triển. Trong tương lai, giống như các nước phát triển, yếu tố tử vong trẻ dưới 1 tuổi sẽ không tác động nhiều đến mức sinh thay thế ở Việt Nam. Lúc này mức sinh thay thế sẽ phụ thuộc nhiều vào tỷ số giới tính khi sinh. Như vậy, để duy trì qui mô dân số ổn định trong tương lai, mức sinh thay thế càng thấp khi tỷ số giới tính càng trở nên cân bằng. Từ những năm 2007, mất cân bằng giới tính khi sinh ở Việt Nam đã được cảnh báo, con số này thể hiện rõ nhất ở Tổng điều tra Dân số và Nhà ở năm 2009 và ngày càng tăng qua các cuộc Điều tra Biến động dân số hàng năm 2010, 2011. Điều này đòi hỏi Việt Nam cần có các biện pháp hữu hiệu nhằm giảm mất cân bằng giới tính khi sinh vì sự mất cân bằng này không những gây ra các xáo trộn hiện tượng nhân khẩu học như hôn nhân, bất bình đẳng giới, v.v. mà còn ảnh hưởng đến mức sinh thay thế trong tương lai.

Mức sinh thay thế có liên quan đến mức ổn định của dân số. Về mặt lý thuyết, nếu giả sử

không có di cư, nhập cư qua vùng lãnh thổ quá lớn, dân số dần đạt mức duy trì ổn định khi mức sinh thay thế đạt được. Tuy nhiên trên thực tế, ở nhiều nước qui mô dân số vẫn tiếp tục gia tăng dù có mức sinh thay thế vì sự bùng nổ nhân khẩu học. Do vậy, để hạn chế tốc độ tăng và duy trì qui mô dân số ở mức độ mong muốn, mức sinh thấp hơn mức thay thế được duy trì trong một thời gian. Theo báo cáo của Tổng cục Thống kê, qui mô dân số Việt Nam sẽ giảm sau 40 năm nữa nếu tiếp tục duy trì mức sinh thấp TFR bằng 1,8. Mặc dù hạn chế và duy trì ổn định qui mô dân số là ưu tiên hàng đầu, nhưng các nhà quản lý cũng nên tính đến thời điểm cần quay lại mức sinh thay thế sớm hơn để tránh tác động già hóa dân số. Kinh nghiệm xu hướng sinh ở các nước châu Âu đã cho thấy một khi mức sinh thấp hơn mức thay thế diễn ra trong thời gian dài thì khả năng quay lại mức sinh thay thế là gần như không có.

⁶ [Http://data.un.org/Data.aspx?d=PopDiv&f=variableID%3A65](http://data.un.org/Data.aspx?d=PopDiv&f=variableID%3A65)

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Thomas J. Espinshade, Juan Carlos Guzman and Charles F. Westoff, 2003, “The Surprising Global Variation in Replacement Fertility”, Population Research and Policy Review, 22: 575-583.
2. PRB, 2011. *Sổ tay dân số, phiên bản thứ 6.*

3. Craig, J. (1994) Replacement level fertility and future population growth. *Population Trends*. 78:20-22
4. WHO, 2011: LATEST ESTIMATES Life tables, 1990, 2000, 2009 by sex for the World Health Statistics 2011 (http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_life_tables/en/)
5. Tổng cục Thống kê, 2011. *Tỷ số giới tính khi sinh ở Việt Nam: Các bằng chứng mới về thực trạng, xu hướng và những khác biệt*. Hà Nội, 2011.
6. Báo cáo đánh giá Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản 2001-2010
7. Tổng cục Thống kê, 2010. *Các kết quả chủ yếu. Tổng điều tra Dân số và Nhà ở 2009*
8. Engelman, R. & Leahy, E. (2006). *How many children does it take to replace their parents? Variation in replacement fertility as an Indicator of children survival and gender status*. Population Association of American 2006 Annual meeting, Los Angeles, California.
9. Tổng cục Thống kê. *Báo cáo biến động dân số hàng năm 2010, 2011 và Tỷ số giới tính khi sinh ở Việt Nam 2010*
10. Tổng cục Thống kê (2011). *Cấu trúc tuổi giới tính và tình trạng hôn nhân của dân số Việt Nam. Tổng điều tra Dân số và Nhà ở Việt Nam năm 2009*.
11. United Nations (1999) World Population Prospects./.

CHÍNH SÁCH HƯU TRÍ ĐỐI VỚI CÁN BỘ Y TẾ TRÊN THẾ GIỚI VÀ BÀI HỌC KINH NGHIỆM CHO VIỆT NAM

Lê Thị Hòa Bình¹ và CS²

Nhân lực Y tế là một thành tố quan trọng của hệ thống Y tế, là điều kiện tiên quyết quyết định chất lượng và hiệu quả của dịch vụ Y tế. Trên phạm vi toàn cầu, trong những thập niên gần đây hầu hết các quốc gia đặc biệt là các nước đang phát triển đã và đang phải đối mặt với tình trạng thiếu hụt và phân bố không hợp lý về nhân lực y tế. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) năm 2006, có khoảng 57 quốc gia đang ở trong tình trạng thiếu trầm trọng về nhân lực y tế. Theo ước tính của WHO, để có khả năng đạt được những mục tiêu thiên niên kỷ (MDGs), các quốc gia trên toàn cầu cần phải có thêm khoảng 4,2 triệu cán bộ y tế bao gồm: 2,36 triệu cán bộ chuyên môn và 1,86 triệu cán bộ quản lý [19].

Sự thiếu hụt nhân lực y tế ở các quốc gia có những điểm khác biệt: có quốc gia thiếu hụt toàn diện cả về số lượng và chất lượng cán bộ y tế, có quốc gia thiếu hụt cán bộ y tế có trình độ cao ở một số khu vực, lĩnh vực nhất định như: khu vực nông thôn, các cơ sở y tế công lập hay một số lĩnh vực chuyên ngành khó thu hút nhân lực y tế [9], [16], [20].

Tại hầu hết các quốc gia đều đang diễn ra xu hướng cán bộ y tế tập trung về khu vực đô thị bất chấp sự khác biệt về thể chế chính trị hay mức độ phát triển kinh tế xã hội. Toàn thế giới, chỉ có chưa đến 55% dân số sống ở thành thị nhưng lại có tới 75% số bác sỹ, 60% điều dưỡng và 58% cán bộ y tế của các chức danh chuyên môn khác [19].

Sự dịch chuyển cán bộ y tế từ các cơ sở y tế công lập sang các cơ sở y tế tư nhân cũng là một vấn đề phổ biến tại các nước đang phát triển. Hầu hết các quốc gia đang phát triển đều tồn tại mô hình công - tư hỗn hợp trong hệ thống cung

cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Chính sách khuyến khích y tế tư nhân phát triển tại các quốc gia này là một giải pháp hữu hiệu nhằm san sẻ về đầu tư nguồn lực với chính phủ trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe cho nhân dân. Sự phát triển của mạng lưới y tế tư nhân đã góp phần mở rộng dịch vụ y tế, giảm bớt tình trạng quá tải của các cơ sở y tế công lập. Tuy nhiên, sự phát triển của y tế tư nhân cũng là một tác nhân làm trầm trọng hơn tình trạng mất cân đối về trình độ nhân lực y tế giữa công và tư tại nhiều quốc gia bởi đã thu hút nhiều cán bộ y tế trình độ cao từ các cơ sở y tế công lập. Tại các nước vùng Nam Phi, khu vực y tế tư nhân có tới 52,7% cán bộ y tế, 76% số chuyên gia giỏi nhưng chỉ phục vụ cho 20% dân số có thu nhập cao. Hầu hết nhóm người dân nghèo sống ở khu vực nông thôn (80%) được các cơ sở y tế công cung cấp dịch vụ. Tại Thái Lan, khi y tế tư nhân phát triển mạnh vào những năm 1987 - 1997, đã có hơn 2000 bác sỹ của các cơ sở y tế công lập khu vực nông thôn chuyển sang làm việc cho các cơ sở y tế tư nhân. Tình trạng này dẫn tới 21 bệnh viện tuyến huyện không có bác sỹ làm toàn bộ thời gian tại bệnh viện [15].

Tình trạng thiếu hụt cán bộ y tế có trình độ cao không chỉ xuất hiện tại các nước đang phát triển mà tình trạng này còn phổ biến tại các nước phát triển. Tại Mỹ, tình trạng thiếu các cán bộ y

¹ Nguyên Phó giám đốc Bệnh viện Thống nhất, Bộ Y tế

² Phạm Văn Tác, Vụ Trưởng Vụ Tổ chức Cán bộ, Bộ Y tế; Vũ Thị Minh Hạnh, Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Bộ Y tế;

Phạm Thanh Bình, Phó Chánh Văn phòng, Bộ Y tế; Vũ Văn Hoàn, Phó Trưởng khoa Tổ chức và Nhân lực Y tế, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế.

tế có trình độ chuyên môn cao đã được coi là vấn đề lớn cản trở việc đạt được các mục tiêu chăm sóc sức khoẻ quốc gia [16]. Nước Anh, Hungary, Bungary và nhiều quốc gia thuộc khối OECD khác cũng trong tình cảnh tương tự và đã phải nới rộng các chính sách nhập cư để thu hút nhân lực y tế có trình độ cao từ các nước đang phát triển và gây ra làn sóng di cư của cán bộ y tế của các nước này trong những thập niên gần đây [6], [7], [19].

Trong nhiều thập kỷ qua, Chính phủ các quốc gia đã và đang nỗ lực tìm kiếm và triển khai các giải pháp khuyến khích, thu hút, duy trì và phát triển lực lượng cán bộ y tế làm việc tại các khu vực mà chính phủ mong muốn. Tổng hợp các giải pháp, Tổ chức Y tế Thế giới đã đưa ra các nhóm giải pháp nhằm quản lý sự bình ổn về nhân lực y tế của các quốc gia là:

1. Có kế hoạch đào tạo mới và đào tạo lại cán bộ y tế phù hợp cho từng giai đoạn

2. Quản lý các chính sách di cư, bao gồm cả sự di chuyển nội bộ quốc gia và di cư ra khỏi quốc gia để duy trì và thu hút nhân lực y tế về các khu vực mà Chính phủ mong muốn. Các chính sách này có thể được điều chỉnh bằng các giải pháp khuyến khích bằng tài chính và phi tài chính.

3. Đảm bảo về sự an toàn, thuận lợi trong môi trường làm việc cho cán bộ y tế thông qua các chính sách cải thiện về môi trường xã hội và môi trường tổ chức ở các khu vực cần thu hút.

4. Tăng cường nhân lực y tế từ lực lượng sẵn có thông qua chính sách hưu trí phù hợp với điều kiện phát triển kinh tế - xã hội của quốc gia trong từng giai đoạn cụ thể.

Như vậy, một trong các định hướng điều chỉnh chính sách phát triển nguồn nhân lực y tế của các quốc gia là nâng cao tuổi nghỉ hưu kéo dài thời gian làm việc của cán bộ y tế. Trên thực tế chính sách này được các quốc gia thực hiện theo 2 hướng là: nâng tuổi nghỉ hưu của cán bộ y tế hoặc có cơ chế kéo dài tuổi làm việc của lực lượng này. Phân tích kết quả của nhiều nghiên

cứu liên quan về nhân lực y tế trên thế giới, có thể rút ra một số kết luận quan trọng về các chính sách về chế độ hưu trí, kéo dài thời gian công tác trong thu hút, duy trì và phát triển nguồn nhân lực y tế theo hai xu hướng này như sau:

** Đối với chính sách nâng tuổi nghỉ hưu:*

1. Tuổi nghỉ hưu của người lao động nói chung và cán bộ y tế nói riêng khác biệt giữa các quốc gia trên thế giới. Mỗi quốc gia có sự khác biệt trong quy định về tuổi nghỉ hưu giữa nam và nữ, giữa các công việc có mức độ độc hại khác nhau. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới từ 161 quốc gia, tuổi nghỉ hưu được qui định dao động trong khoảng từ 50 tuổi đến 67 tuổi đối với nữ giới và 55 tuổi đến 67 tuổi đối với nam giới tùy thuộc vào từng quốc gia. Tuổi nghỉ hưu của cán bộ y tế được hưởng lương hưu đầy đủ cao nhất thuộc về các nước châu Âu (60-67 tuổi với nam, 55-67 tuổi với nữ) và thấp nhất là ở Đông Nam á (55-57 tuổi) với cả nam và nữ. Tuổi nghỉ hưu được hưởng lương hưu đầy đủ của nữ cán bộ y tế thường thấp hơn của nam, có quốc gia chỉ 50 tuổi, cao nhất là 67 tuổi [18], [19].

2. Kinh nghiệm thế giới cho thấy, việc nâng cao tuổi nghỉ hưu cho cán bộ y tế đã đem lại nhiều lợi ích thiết thực như: đáp ứng nhu cầu CSSK ngày càng nhiều do xu thế già hóa dân số; góp phần khắc phục tình trạng thiếu hụt nhân lực y tế (tăng từ 2-7%/năm tùy theo từng nước); tận dụng nguồn nhân lực có trình độ chuyên môn cao; giảm áp lực đối với đào tạo mới, tiết kiệm được chi phí cho đào tạo NLYT; góp phần đảm bảo an sinh của quỹ BHXH; nâng cao sức khỏe tinh thần cho CBYT được kéo dài thời gian công tác do có thêm thu nhập, được tiếp tục phát huy vai trò trong công việc chuyên môn. Có thể nói, việc tăng tuổi nghỉ hưu của cán bộ y tế được coi là quy luật tất yếu trong phát triển kinh tế - xã hội của mỗi quốc gia do sự già hoá dân số và đảm bảo an ninh cho quỹ hưu trí [10]. Tuy nhiên, để đảm bảo việc tăng tuổi nghỉ hưu của cán bộ y tế phù hợp với bối cảnh chung, các quốc gia cần dựa trên việc cân đối 3 điểm cơ

bản: 1. Tuổi thọ bình quân của dân cư quốc gia; 2. Tình trạng sức khoẻ có thể đáp ứng được công việc của các nhóm quần thể đích; 3. Nhu cầu của quốc gia trong việc tăng cường nguồn nhân lực cho từng lĩnh vực cần bổ sung nhân lực trong các giai đoạn phát triển của quốc gia.

3. Hiện nay, tuổi nghỉ hưu của người lao động nói chung và cán bộ y tế nói riêng đang được tiếp tục điều chỉnh tăng lên ở nhiều quốc gia. Tại các quốc gia thuộc khối OECD, có 19/31 quốc gia có dự định nâng tuổi nghỉ hưu được hưởng lương đầy đủ trong giai đoạn đến năm 2030 với các lộ trình khác nhau. Các quốc gia có dự định tăng tuổi nghỉ hưu đều nằm trong nhóm quốc gia đang qui định tuổi nghỉ hưu thấp trong khối (từ 63 tuổi trở xuống). Đặc biệt có những quốc gia đang quy định tuổi nghỉ hưu ở độ tuổi 65 hay 66 nhưng vẫn có dự định tăng tuổi nghỉ hưu lên 1 hoặc 2 tuổi [12].

4. Việc nâng tuổi nghỉ hưu cũng theo xu hướng nâng tuổi nghỉ hưu của nữ lên bằng nam. Tại các nước OECD, trong 11/31 nước có tuổi nghỉ hưu của nam khác nữ thì đã có 6/11 nước (55%) có dự kiến tăng tuổi nghỉ hưu của nữ lên bằng nam giới với nhiều lý do khác nhau [12]. Tại khu vực Đông Á, chỉ còn 3 quốc gia là Việt Nam, Hàn Quốc và Nhật Bản có quy định tuổi nghỉ hưu khác nhau giữa nam và nữ, trong đó Hàn Quốc và Nhật Bản đã có kế hoạch và lộ trình điều chỉnh tuổi nghỉ hưu của nữ tăng lên bằng nam.

5. Mức tăng tuổi nghỉ hưu khác nhau tại các quốc gia. Tại các quốc gia thuộc khối OECD, mức tăng tuổi nghỉ hưu dao động từ 1 đến 5 năm tùy thuộc từng quốc gia. Lộ trình tăng tuổi nghỉ hưu cũng khác biệt giữa các quốc gia nhưng đều có lộ trình ưu tiên nữ (ví dụ: thời gian giữa 2 thời điểm tăng của nữ dài hơn, hay ưu tiên những phụ nữ có con hơn những phụ nữ không có con, ...) [12].

6. Việc quy định tuổi nghỉ hưu thường được các quốc gia kết hợp theo cả hai định hướng: vừa cho một số nhóm làm việc trong các điều kiện

độc hại, căng thẳng vất vả được nghỉ hưu sớm hơn so với quy định chung và vừa kéo dài tuổi làm việc với các nhóm có trình độ chuyên môn cao hoặc làm việc trong những lĩnh vực hiện đang thiếu hụt về lực lượng lao động.

7. Rất ít quốc gia có chính sách nâng tuổi nghỉ hưu của cán bộ y tế tách rời với người lao động của các nhóm ngành khác bởi các lý do: Cần sự công bằng trong chính sách an sinh xã hội giữa các nhóm dân cư; sự gia tăng dân số luôn kéo theo tăng nhu cầu chăm sóc sức khoẻ và do đó cần thiết phải tăng số lượng cán bộ y tế. Tuy nhiên, một số quốc gia đã có đề xuất tăng tuổi nghỉ hưu của một số nhóm cán bộ y tế do tình trạng thiếu nhân lực y tế trình độ cao tại một số lĩnh vực. Gần đây nhất, Ấn Độ đã đệ trình chính sách nâng tuổi nghỉ hưu đối với nhóm giáo viên các trường y công lập và các cơ sở y tế công lập nhằm tăng cường số lượng cán bộ y tế thiếu hụt và hạn chế các cán bộ y tế có trình độ cao chuyển sang khu vực y tế tư nhân. Chính phủ Trung Quốc hiện cũng đang nghiên cứu để chuẩn bị đề xuất chính sách kéo dài tuổi làm việc của người làm công ăn lương nói chung và cán bộ y tế nói riêng để tăng cường sự đóng góp của các công chức, viên chức có kinh nghiệm trong các cơ sở y tế công lập [14].

8. Tại các nước đang phát triển, một số quốc gia đã đưa giải pháp tăng tuổi nghỉ hưu đối với cán bộ y tế như là một giải pháp quan trọng trong chiến lược phát triển nguồn nhân lực y tế của mình với hai lý do chính là: Tuổi nghỉ hưu của cán bộ y tế các nước trong khu vực này thấp và khi nghỉ hưu ở độ tuổi 55 thì cán bộ y tế vẫn còn sức khỏe và đang làm việc tốt; Và đây là cách thức bổ sung nguồn nhân lực nhanh từ lực lượng sẵn có, giảm áp lực cho công tác đào tạo [5], [8]. Theo ước tính của WHO, việc quy định tuổi nghỉ hưu của người làm công ăn lương nói chung và của cán bộ y tế nói riêng tại các quốc gia sẽ làm tăng hoặc giảm trung bình khoảng từ 2 đến 7% cán bộ y tế hàng năm tùy từng quốc gia. Như vậy, tăng tuổi nghỉ hưu là một trong những giải pháp giúp các quốc gia

trên thế giới giảm áp lực đào tạo mới, tiết kiệm được chi phí đầu tư cho nhân lực y tế [19].

** Đối với chính sách khuyến khích cán bộ y tế đã nghỉ hưu tiếp tục làm việc:*

Bên cạnh các chính sách nâng tuổi nghỉ hưu của cán bộ y tế, các quốc gia còn có các chính sách khuyến khích cán bộ y tế sau nghỉ hưu tiếp tục làm việc để bù đắp sự thiếu hụt cán bộ y tế ở một số lĩnh vực. Một số quốc gia đã triển khai chính sách này như Mỹ, Canada, Australia [11], [13], [16].

Một số nghiên cứu đã được triển khai để tìm hiểu về các yếu tố quyết định việc tiếp tục làm việc hay nghỉ hưu sớm của cán bộ y tế tại các quốc gia này để làm căn cứ cho các chính sách khuyến khích cán bộ y tế tiếp tục làm việc sau tuổi nghỉ hưu. Có thể rút ra một số kết luận từ kết quả nghiên cứu này như sau:

1. Nghiên cứu này đưa ra các yếu tố quyết định cán bộ y tế không tiếp tục làm việc sau khi đến tuổi nghỉ hưu là: Không đủ sức khỏe để đáp ứng công việc; do áp lực công việc bởi thiếu người hỗ trợ; không có khả năng làm việc đủ số giờ làm hàng ngày như thế hệ trẻ; lo ngại cơ mắc bệnh nghề nghiệp; đã đủ điều kiện kinh tế để sống an nhàn khi tuổi già.

2. Trái lại, nhiều cán bộ y tế lại mong muốn tiếp tục được đi làm khi đến tuổi nghỉ hưu theo quy định hoặc tiếp tục làm việc sau nghỉ hưu. Hai yếu tố được cho là quyết định việc cán bộ y tế tiếp tục đi làm là họ mong muốn kiếm thêm thu nhập để lo cho những năm nghỉ hưu sau đó và lo cho các chi phí bảo hiểm y tế.

3. Có sự phân biệt đối xử giữa các cán bộ nghỉ hưu tiếp tục làm việc và các cán bộ đương nhiệm hay sự sắp xếp, phân công công việc không phù hợp với trình độ chuyên môn và khả năng sức khỏe của những người sau tuổi nghỉ hưu [11], [13].

4. Việc tiếp tục làm việc sau khi nghỉ hưu được cho rằng có ảnh hưởng có lợi đến sức khỏe tâm thần của cán bộ y tế. Cơ chế của ảnh hưởng này khá phức tạp nhưng có thể quy về 3 thành tố

trung gian gồm: người lao động tiếp tục có thêm thu nhập, vai trò tham gia sản xuất đóng góp cho xã hội và hệ thống hỗ trợ xã hội. Tuy nhiên, ảnh hưởng có lợi này khác nhau ở cấp độ cá nhân, tùy thuộc các đặc điểm kinh tế xã hội, lối sống và lòng tự hào của mỗi cá nhân. Ở một vài nghiên cứu, khi phân tích đa biến các yếu tố này (cụ thể là sức khỏe thể chất, giới, tình trạng hôn nhân, chủng tộc, trình độ học vấn và thu nhập của người lao động) thì làm việc sau tuổi nghỉ hưu vẫn có ảnh hưởng có lợi đến sức khỏe tâm thần của người lao động nhưng độ mạnh có giảm đi [17].

5. Các nghiên cứu này cũng cho rằng, các chính sách khuyến khích cán bộ y tế tiếp tục làm việc sau khi nghỉ hưu cần dựa trên sự tìm hiểu kỹ càng nguyện vọng của cán bộ y tế. Các quốc gia cần phân tích khả năng đáp ứng với công việc của mỗi nhóm chức danh chuyên môn ở độ tuổi được kéo dài, quan tâm đào tạo liên tục, bố trí sắp xếp việc làm phù hợp, tạo điều kiện để họ có thể làm việc bán thời gian, khuyến khích về kinh tế trong chính sách bảo hiểm xã hội và an sinh xã hội khác theo thời gian cống hiến. Một khuyến cáo dài hạn cũng được đưa ra là cần phải có nghiên cứu dự báo về lực lượng cán bộ y tế sẽ nghỉ hưu ở các giai đoạn, ở các lĩnh vực để có giải pháp bù đắp kịp thời.

Từ thực tế trên thế giới trong thực hiện các chính sách hưu trí đối với người lao động nói chung và đối với CBYT nói riêng, có thể rút ra những bài học kinh nghiệm cho Việt Nam về vấn đề này như sau:

1. Việc phát triển nguồn nhân lực y tế của Việt Nam cũng có những vấn đề chung giống nhiều quốc gia khác như: Thiếu nhân lực chuyên môn trình độ cao; phân bổ nhân lực bất hợp lý theo khu vực địa lý; mất cân đối về cơ cấu nguồn nhân lực theo trình độ và năng lực chuyên môn; môi trường làm việc không thuận lợi, chưa phát huy được năng lực chuyên môn của cán bộ y tế; thiếu thông tin về nguồn nhân lực y tế làm cản trở các kế hoạch phát triển nguồn nhân lực một cách có hiệu quả.

Trong những năm gần đây, nhân lực y tế Việt Nam đã có sự gia tăng rõ rệt cả về số lượng và chất lượng. Tỷ lệ bác sĩ/1 vạn dân năm 2001 là 5,3 tăng lên 7,3 vào năm 2011. Tỷ lệ dược sĩ đại học/1 vạn dân năm 2001 là 0,7 tăng lên 1,92 năm 2011. Tỷ lệ điều dưỡng/1 vạn dân năm 2001 là 5,6 tăng lên 10,2 năm 2011. Tỷ lệ cán bộ y tế/vạn dân năm 2001 là 29,2 tăng lên 45,8 năm 2011. Như vậy, chỉ có tỷ lệ điều dưỡng/1 vạn dân tăng nhanh còn bác sĩ và dược sĩ có mức độ tăng chậm. Tuy nhiên, do sự gia tăng dân số nhanh chóng nên *tỷ lệ cán bộ y tế/10.000 dân năm 2011 chỉ cao hơn một chút so với thời điểm cách đây gần 30 năm* (năm 2011 là 45,8 so với 43,1 năm 1986) [2].

Vì vậy, sự thiếu hụt và khó thu hút nhân lực y tế ở nhiều lĩnh vực cũng đã được báo cáo. Trong lĩnh vực y tế dự phòng, chỉ tính riêng tuyến tỉnh và tuyến huyện, toàn quốc đã thiếu gần 16.000 cán bộ y tế. Tại các trung tâm y tế dự phòng quận/huyện, chỉ có 3,3% có đủ người theo định biên, 26,7% trung tâm có đủ tỷ lệ bác sĩ theo quy định và chỉ có 2% bác sĩ có bằng/chứng chỉ chuyên ngành y học dự phòng. Trong hệ thống dân số - kế hoạch hoá gia đình cũng đang thiếu hơn 10.000 cán bộ. Nhân lực một số chuyên khoa Lao và Bệnh phổi, Phong - Da liễu, Sốt rét - Ký sinh trùng - Vi nấm - Côn trùng y học, HIV/AIDS, Nhi, Giải phẫu bệnh học, Y pháp, Ung thư, ... cũng đang trong tình trạng thiếu nhân lực và khó thu hút nhân lực [1].

Sự phân bố về nhân lực y tế giữa các vùng miền, khu vực địa lý tại Việt Nam hiện đang còn có nhiều bất cập. Một số địa phương ở vùng sâu, vùng xa đang trong tình trạng thiếu cán bộ y tế một cách trầm trọng, nhất là với nhóm có trình độ chuyên môn cao. Hiện nay cán bộ y tế chủ yếu tập trung nhiều ở tuyến trung ương, tỉnh, chủ yếu ở khu vực thành thị, chiếm 51,3% tổng số CBYT (15% ở trung ương và 37% ở tuyến tỉnh), trong khi dân số thành thị chỉ chiếm 28,1% dân số cả nước. Sự phân bố bất cập về nhân lực y tế thể hiện rõ nhất ở nhóm nhân lực y tế trình độ cao như: 60% bác sĩ ở thành thị (20%

ở trung ương và 40% ở tuyến tỉnh), 84% dược sĩ đại học ở thành thị (45% ở trung ương và 39% ở tuyến tỉnh). Các cán bộ khác không thuộc chuyên môn y tế có trình độ học vấn cao cũng phân bố rất không đồng đều với 73% đại học và 64% cao đẳng, trung cấp ở thành thị [1].

Sự phát triển nhanh chóng các cơ sở y tế ngoài công lập trong những năm gần đây đã thu hút một lượng lớn cán bộ y tế từ cơ sở y tế công lập, đặc biệt là các cán bộ có trình độ cao bỏ việc sang làm cho các cơ sở này. Với cơ chế điều hành đơn giản, mức lương hấp dẫn, các cơ chế và điều kiện làm việc thuận lợi hơn, các cơ sở y tế tư nhân đã trở thành tiêu điểm thu hút các cán bộ, viên chức y tế có tay nghề và trình độ cao trong các đơn vị y tế công lập chuyển sang làm việc. Hiện tượng các cán bộ, viên chức trong các cơ sở y tế công lập bỏ sang làm việc cho các cơ sở y tế tư nhân đã được ghi nhận tại các địa phương trong cả nước. Hiện tượng này sẽ dẫn tới nguy cơ mất các thầy thuốc giỏi tại các cơ sở y tế công lập, nơi phục vụ hơn hai trăm triệu lượt khám chữa bệnh hàng năm và các dịch vụ y tế khác cho những người dân, trong đó đa số là người dân khu vực nông thôn, người có thu nhập thấp, người nghèo trong xã hội.

2. Giải pháp tăng tuổi nghỉ hưu đối với những nhóm cán bộ y tế khi xã hội đang có nhu cầu là giải pháp bổ sung hiệu quả cho các giải pháp khác của Ngành Y tế hiện nay. Khắc phục các bất cập trong phát triển nguồn nhân lực y tế nêu trên, Bộ Y tế đã áp dụng nhiều giải pháp nhằm duy trì, phát triển nguồn nhân lực y tế một cách phù hợp như: Xây dựng mới và điều chỉnh các chính sách ưu đãi, thu hút đối với cán bộ y tế đối với một số lĩnh vực, khu vực; tăng cường xây dựng cơ sở vật chất cho các cơ sở y tế tuyến huyện và một số chuyên khoa; mở rộng các loại hình đào tạo, tăng chỉ tiêu đào tạo, xây dựng chính sách ưu tiên trong đào tạo một số chuyên ngành ít sinh viên theo học, ... Các chính sách đã bước đầu tạo ra sự thay đổi tích cực các chỉ số phát triển nguồn nhân lực y tế [1]. Tuy nhiên, nhiều khó khăn, thách thức đã được xác định

trong quá trình quản lý và phát triển nguồn nhân lực y tế công lập khiến cho nhiều chính sách chậm có ảnh hưởng trong thực tế. Cụ thể là: *Thách thức giữa tăng cường đào tạo nhanh về số lượng để đáp ứng nhu cầu và việc đảm bảo chất lượng đào tạo.* Các cơ sở đào tạo và thực hành hiện nay được cho rằng đều đã ở ngưỡng quá tải khi phải mở rộng chỉ tiêu đào tạo nhanh chóng trong thời gian ngắn trong hoàn cảnh ngân sách đầu tư cho các cơ sở đào tạo còn hạn hẹp; lực lượng giảng viên chưa kịp đáp ứng được cả về số lượng và chất lượng. *Thách thức giữa nguồn ngân sách nhà nước có hạn với nhu cầu đầu tư nâng cấp cơ sở vật chất, tăng cường các chính sách ưu đãi nhân lực nhằm duy trì, phát triển nhân lực y tế công ở những khu vực, lĩnh vực mong muốn.* Mặc dù ngân sách công đầu tư cho ngành y tế được tăng hàng năm nhưng còn ở mức thấp và chỉ đáp ứng được một phần nhu cầu đầu tư của ngành. Các chính sách ưu đãi, thu hút nhân lực y tế của y tế công lập có được điều chỉnh nhưng vẫn thấp hơn nhiều so với các chính sách thu hút của các cơ sở y tế tư nhân. Do đó, để các chính sách tạo ra sự thay đổi trong phát triển nguồn nhân lực y tế, đáp ứng được nhu cầu của xã hội thì cũng cần một thời gian dài mới có thể nhìn thấy sự tác động này.

Trong bối cảnh như vậy, có thể thấy chính sách nâng tuổi nghỉ hưu kéo dài thời gian công tác của cán bộ y tế là giải pháp có thể tăng cường được ngay lực lượng cán bộ y tế từ lực lượng sẵn có. Nếu ước tính theo Tổ chức Y tế Thế giới thì việc tăng tuổi nghỉ hưu sẽ tăng cường thêm từ 2 đến 7% số cán bộ y tế hàng năm. Tuy nhiên, để phù hợp với nhu cầu thực tế và tránh ảnh hưởng tới việc làm của thế hệ trẻ, trước mắt, Ngành Y tế chỉ nâng tuổi nghỉ hưu cho những nhóm cán bộ y tế ở các trình độ chuyên môn, chuyên ngành mà các tuyến, các lĩnh vực, khu vực đang có nhu cầu mà thôi.

3. Việc tăng tuổi đời được hưởng chế độ hưu trí của cán bộ y tế không chỉ là giải pháp nhất thời mà được coi là xu hướng tất yếu của mọi ngành nghề ở Việt Nam trong quá trình phát

triển trong những năm tới. Tuổi nghỉ hưu hiện nay của Việt Nam được coi là thấp so với tuổi thọ bình quân của dân số. Quy định về tuổi đời được hưởng chế độ hưu trí hiện nay được ban hành từ năm 1961 theo Nghị định 218 của Chính phủ, khi tuổi thọ bình quân của dân số là 47 tuổi. Đến nay, sau 50 năm, tuổi thọ bình quân của dân số tăng thêm 27 năm (73 tuổi) quy định về tuổi đời được hưởng chế độ hưu trí chưa thay đổi. Mặt khác, mặc dù đang trong giai đoạn cơ cấu "Dân số vàng" nhưng Việt Nam được coi là có tốc độ già hoá dân số nhanh. Với quy định về tuổi nghỉ hưu hiện tại, số lượng cán bộ hưu trí tăng nhanh, thời gian hưởng chế độ hưu trí dài hơn theo tuổi thọ, Quỹ hưu trí của Việt Nam được dự báo sẽ không còn khả năng chi trả vào năm 2037 nếu không có các thay đổi cho phù hợp [3], [4].

Ngoài ra, đối với ngành y tế, việc áp dụng chế độ nghỉ hưu ở tuổi 55 đối với cán bộ nữ và 60 tuổi đối với cán bộ nam có thể sẽ là một sự lãng phí không chỉ về số lượng mà còn cả về chất lượng đối với nhân lực y tế ở nước ta. Điểm đặc thù của lực lượng lao động trong ngành y tế là liên quan tới tính mạng con người nên cần phải có kiến thức và kỹ năng vững vàng để đảm bảo cao nhất tính chính xác trong các quyết định trong công tác phòng bệnh và chữa bệnh. Vì vậy, thời gian để đào tạo được một cán bộ y tế lành nghề dài hơn rất nhiều so với nhiều ngành nghề khác. Hơn nữa, theo thời gian công tác, kiến thức, kỹ năng, kinh nghiệm về chuyên môn của cán bộ y tế được tích lũy nhiều hơn và ngày càng có giá trị hơn trong công việc. Do đó, ở độ tuổi 55 - 60 tuổi là độ tuổi mà cán bộ y tế tích lũy được nhiều kinh nghiệm, kỹ năng trong công việc nên việc quy định cán bộ y tế nghỉ hưu ở độ tuổi này là sự lãng phí chất xám, đặc biệt đối với nhóm cán bộ y tế có trình độ cao và nhóm cán bộ nữ. Tuy nhiên, cũng cần tính tới khả năng đáp ứng công việc của từng lĩnh vực chuyên môn để có giải pháp phân công nhiệm vụ phù hợp.

Vì vậy, việc điều chỉnh tuổi nghỉ hưu sẽ không chỉ phù hợp với xu hướng phát triển xã hội, ổn định chính sách an sinh xã hội mà còn

góp phân bổ sung kịp thời một lực lượng cán bộ y tế có kinh nghiệm nhằm duy trì ổn định chất lượng nguồn nhân lực y tế. Chính sách này sẽ góp phần giảm áp lực trong đào tạo mới, đào tạo nâng cao cán bộ y tế cho Ngành, góp phần tăng cường chất lượng đào tạo và chất lượng nguồn nhân lực y tế hiện nay. Tuy nhiên, thời gian lao động và quyền được nghỉ hưu là các quyền lợi cơ bản của người lao động, có liên quan chặt chẽ tới quyền con người và các vấn đề an sinh xã hội, ổn định quốc gia nên việc điều chỉnh chính sách

cần phải được nghiên cứu thấu đáo dựa trên nhu cầu và nguyện vọng của cán bộ y tế. Mặt khác, cần thiết phải xây dựng các chính sách ưu đãi phù hợp cho các nhóm đối tượng trong diện tác động của chính sách để đảm bảo công bằng đối với sự đóng góp của họ. Việc điều chỉnh chính sách để bổ sung nhân lực nhưng cũng cần dựa trên nhu cầu của từng tuyến, từng lĩnh vực; cần nhắc các tác động của chính sách tới các vấn đề liên quan trong bối cảnh phát triển chung của ngành và của cả nước trong giai đoạn tới./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Trong nước:

1. Bộ Y tế, (2009), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2009: Nhân lực y tế ở Việt Nam*.
2. Bộ Y tế, (2008) *Quy hoạch phát triển mạng lưới KCB đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020*
3. Giang Thanh Long, Nguyễn Quốc Anh, Phương Thu Hương (2010), *Già hoá dân số và các vấn đề chính sách của hệ thống hưu trí ở Việt Nam*, Trung tâm Thông tin và Tư liệu dân số, Tổng cục Dân số - Kế hoạch hoá gia đình.
4. Giang Thanh Long (2004), *Chế độ hưu trí ở Việt Nam: Hiện trạng và thách thức trong một xã hội đang già hóa*. Xuất bản trong Tài liệu thảo luận số 2 của Diễn đàn Phát triển Việt Nam.

Nước ngoài:

5. Amy Hagopian, Matthew J Thompson, Meredith Fordyce, Karin E Johnson, L Gary Hart (2004), *The migration of physicians from sub-Saharan Africa to the United States of America: measures of the African brain drain*, Human Resources for Health 2004, 2:17.
6. Carl Warren Afford (2001), *Failing Health Systems-Failing Health Workers in Eastern Europe*, Report on the Basic Security Survey for the International Labour Office and Public Services International Affiliates in the Health Sector in Central and Eastern Europe.
7. Delcheva, E, Balabanova, D, Mckee M (1997), *Under-the-counter payments for health care: evidence from Bulgaria*. *Health Policy*, 42, 89-100.
8. Ghana Ministry of Health, 2008 *Ghana's Health Ministry wants retirement age raised*.
9. Grobler L, Marais BJ, Mabunda SA, Marindi PN, Reuter H, Volmink J. *Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD005314. DOI: 10.1002/14651858.CD005314.pub2.
10. National Institute on Aging National Institute on Aging, National Institutes of Health (2006), *Why Population Aging Matters: A Global Perspective*.
11. John H. Gillies, Linda C., (1984), *Physician retirement: a case for concern in Canadian hospitals*, *Can Med Assoc J*, Vol. 131, - 397, 1984

12. OECD (2008), *The Looming Crisis in the Health Workforce: How Can OECD Countries Respond?* ISBN 978-92-64-05043-3.
13. Raymond W. Pong, Francine Lemire, Joshua Tepper, (2007), *Physician Retirement in Canada: What Is Known and What Needs to be Done*, Paper prepared for the 10th International Medical Workforce Conference, Vancouver, British Columbia, Canada March 20 - 24, 2007
14. School of Labor and Human Resources, Renmin University of China, 2010 *Debate: Retirement age*, China Daily http://www.chinadaily.com.cn/opinion/2010-10/18/content_11421435.htm.
15. Suwit Wibulpolprasert, Paichit Pengpaibon (2003), *Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience*, *Human Resources for Health* 2003 2:16.
16. US Department of Labor, Maryland Department of Labor, Licensing and Regulation, (2008), *Assessment of Strategies to Retain Experienced Technical and Professional Healthcare Personnel After Retirement Age: Mature Healthcare Workers Focus Group Research*.
17. Will Maimaris, BM Bchir, Helen Hogan, MSc MBBS, Karen Lock, (2010), *The Impact of Working Beyond Traditional Retirement Ages on Mental Health: Implications for Public Health and Welfare Policy*, *Public Health Reviews*, Vol. 32, No 2, 532-548.
18. WHO (1993), *Ageing and working capacity*, World Health Organization, Geneva
19. WHO (2006), *The world health report 2006: working together for health*, World Health Organization, Geneva.
20. WHO (2009), *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations*, WHO Press, World Health Organization, Geneva.

HỘI THẢO CHĂM SÓC SỨC KHỎE NGƯỜI DI CƯ Ở VIỆT NAM THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP

Trần Thị Hồng Cẩm¹

Tình trạng di biến động dân cư đang có xu hướng gia tăng ngày càng nhanh và phức tạp trên phạm vi toàn thế giới. Hiện tượng này là kết quả của quá trình toàn cầu hoá với các phương tiện giao thông, truyền thông ngày càng thuận lợi, khoa học kỹ thuật ngày càng phát triển; sự phân hóa giàu nghèo ngày càng sâu sắc và phổ biến ở khắp mọi nơi cùng với sự bất ổn định về chính trị, môi trường sống bị ô nhiễm, dịch bệnh lan tràn, tình trạng bóc lột sức lao động, buôn bán người.

Trong khu vực Đông Nam Á (ASEAN), các nước tiếp nhận di cư lớn nhất là Brunei, Malaysia, Singapore và Thái Lan. Sự khác biệt lớn trong thu nhập giữa các nước dư thừa lao động và các nước có nhu cầu lớn về lao động là nguyên nhân dẫn tới việc di cư của 8,6 triệu người trong khu vực. Việt Nam cũng không nằm ngoài xu hướng đó và đã có tới 85.000 lao động đi di cư chỉ tính riêng trong năm 2010. Hiện tượng di cư và di biến động trong nước cũng đã diễn ra thường xuyên, nhất là tại các thành phố lớn và các khu công nghiệp. Đây là hệ quả tất yếu của quá trình đổi mới với nhiều biện pháp mang tính đột phá về cơ chế và thể chế nhằm kích hoạt tính năng động của nền kinh tế cũng như toàn bộ đời sống xã hội.

Di cư và di biến động đã góp phần quan trọng trong phát triển kinh tế của các địa phương, tăng cường sự giao thoa về văn hóa giữa các vùng, miền và thúc đẩy tính di động xã hội của mỗi cá nhân, mỗi gia đình cũng như toàn xã hội.

Bên cạnh đó, trong quá trình di chuyển người di cư luôn phải đối mặt với các nguy cơ gây phơi nhiễm bệnh tật và các rào cản về kinh tế, văn hóa, xã hội trong thụ hưởng quyền được chăm

sóc sức khỏe. Bởi vậy, từ năm 1990, Liên Hiệp Quốc đã ban hành Công ước Quốc tế về bảo vệ các quyền của người Di cư trong đó có quyền được chăm sóc sức khỏe. Đặc biệt vào năm 2008, tại phiên họp của Đại Hội đồng Y tế Thế giới lần thứ 61, các quốc gia thành viên đã thông qua bản Nghị quyết “Sức khỏe người di cư” và thực hiện những hành động tương ứng theo những khuyến nghị đã được đề cập trong nghị quyết.

Để khuyến khích các cơ quan ban ngành của Chính phủ và các bên liên quan trong các đối thoại giải quyết các vấn đề và quan tâm liên quan tới sức khỏe người di cư, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Bộ Y tế đã phối hợp với Tổ chức Di cư quốc tế tổ chức Hội thảo về “Chăm sóc sức khỏe người di cư ở Việt Nam - Thực trạng và giải pháp”. Hội thảo được tổ chức trong ngày 24/5/2013 tại khách sạn Fortuna, Hà Nội với sự có mặt của Ông Florian G. Forster - Trưởng Phái đoàn Tổ chức Di cư Quốc tế tại Việt Nam, Giáo sư Lê Quang Cường - Thứ trưởng Bộ Y tế, Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế và hơn 80 đại biểu đến từ các Bộ, ngành như Ban Tuyên giáo Trung ương, Văn phòng Quốc hội, Văn phòng Chính phủ, Bộ Lao động Thương binh và Xã hội, Bộ Ngoại giao, Bộ Công An, các Vụ, Cục, Tổng cục, Văn phòng của Bộ Y tế và các tổ chức Quốc tế làm việc tại Việt Nam cùng một số địa phương (thành phố Hồ Chí Minh, Lào Cai, Lai Châu, Lạng Sơn, Bắc Ninh, v.v.)

¹ Khoa Xã hội học Y tế, Viện Chiến lược và Chính sách y tế.

Hội thảo được chia làm hai phiên họp chính. Trong phiên họp sáng, Hội thảo đã được nghe 2 bài phát biểu khai mạc, chào mừng của Lãnh đạo Bộ Y tế và Trưởng phái đoàn của tổ chức Di cư quốc tế tại Việt Nam. Tiếp theo, Hội thảo tập trung vào tổng quan về tình hình sức khỏe người di cư tại Việt Nam và Nghị quyết Sức khỏe người Di cư của Hội đồng Y tế Thế giới (WHA) số 61. Các bài trình bày cung cấp những thông tin cơ bản để làm nền tảng cho việc thảo luận các vấn đề, thách thức và khoảng trống chính sách về sức khỏe, cũng như nhấn mạnh các điểm tương đồng của Nghị quyết Sức khỏe người Di cư trong bối cảnh của Việt Nam. Phiên họp buổi chiều tập trung vào các nghiên cứu liên quan tới vấn đề sức khỏe người di cư ở Việt Nam, cung cấp cho người tham gia các thông tin bối cảnh cụ thể, và cập nhật trong thời gian gần đây để sử dụng khi đưa ra những khuyến nghị cho các hành động trong tương lai nhằm tăng cường sức khỏe người di cư.

Hội thảo đã đạt được sự đồng thuận cao với những nhận định về các khó khăn, bất cập trong thực trạng chăm sóc sức khỏe cho người di cư ở nước ta hiện nay và đề xuất một số nhóm giải pháp khắc phục trong thời gian tới nhằm tăng cường chăm sóc sức khỏe cho người di cư theo tinh thần của WHA, bao gồm:

- Tăng cường sự liên kết đa ngành, đa đơn vị giữa các Bộ/Ngành, các đơn vị trong Bộ/Ngành. Cần hình thành và duy trì nhóm công tác với thành viên là các nhà nghiên cứu,

nhà quản lý, thực thi chính sách về chăm sóc sức khỏe cho người di cư ở cấp Bộ/Ngành, cũng như ở cấp quốc gia, huy động sự tham gia của các tổ chức quốc tế để hỗ trợ kinh nghiệm, kỹ thuật, nguồn lực.

- Hiện chưa có đủ bằng chứng và số liệu về người di cư ở Việt Nam để có thể xây dựng chính sách chăm sóc sức khỏe đặc thù cho từng nhóm người di chuyển. Vì vậy, cần ưu tiên thực hiện các nghiên cứu chuyên biệt với các nhóm khác nhau trong cộng đồng người di chuyển đặc biệt là với những nhóm di cư yếu thế. Cần có mối liên kết chặt chẽ giữa các đơn vị nghiên cứu của các bộ, ngành, các tổ chức phi chính phủ, các tổ chức quốc tế để cung cấp thông tin, bằng chứng một cách toàn diện.

- Hiện nay, theo quy định việc cung cấp dữ liệu ở cấp quốc gia chỉ có Tổng cục Thống kê mới có tư cách pháp nhân. Để có thông tin về người di cư, cần thiết kế một hợp phần trong các cuộc điều tra của Tổng cục Thống kê.

- Chiến lược phát triển ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý ngành y tế cần phải đề cập đến việc cập nhật thông tin về chăm sóc sức khỏe di cư.

- Tăng cường đáp ứng của hệ thống chăm sóc sức khỏe và tuyên truyền rộng rãi trong cộng đồng để người di cư biết về quyền được chăm sóc sức khỏe của họ.

- Đơn giản hóa các thủ tục hành chính để tăng tiếp cận với các dịch vụ công trong đó có dịch vụ chăm sóc sức khỏe./.

HỘI THẢO “TĂNG CƯỜNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU VÀ Củng cố MẠNG LƯỚI Y TẾ CƠ SỞ”

BS. Ong Thế Dué¹

Mạng lưới y tế cơ sở đóng vai trò quan trọng trong hệ thống y tế Việt Nam, là tuyến y tế trực tiếp gần dân nhất, thực hiện cung ứng các dịch vụ *chăm sóc sức khỏe ban đầu* (CSSKBĐ), bảo đảm cho người dân nhận được các chăm sóc sức khỏe cơ bản, toàn diện với chi phí thấp nhất, góp phần thực hiện công bằng xã hội. Năm 2002, lần đầu tiên một chỉ thị cấp cao chỉ đạo riêng về y tế cơ sở đã được ban hành (*Chỉ thị số 06- CT/TW, ngày 22/01/2002 của Ban Chấp hành Trung ương về việc "Củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở"*). Sau 10 năm, từ thực tế cần phải tiếp tục định hướng phát triển cho y tế cơ sở trong tình hình mới, Bộ Chính trị đã chỉ đạo Bộ Y tế biên soạn dự thảo Nghị quyết về *Củng cố mạng lưới y tế cơ sở và nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh*.

Nhằm cung cấp thông tin cho Bộ Y tế trong việc xây dựng dự thảo, ngày 27/06/2013, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (Viện CLCSYT) và Vụ Kế hoạch Tài chính, Bộ Y tế đã phối hợp tổ chức Hội thảo "*Tăng cường chăm sóc sức khỏe ban đầu và củng cố mạng lưới y tế cơ sở*" với mục đích cung cấp thông tin, trao đổi về thực trạng hoạt động y tế cơ sở và công tác CSSKBĐ ở Việt Nam, cũng như chia sẻ kinh nghiệm quốc tế về đổi mới CSSKBĐ, để trên cơ sở đó đề xuất định hướng đổi mới CSSKBĐ và củng cố y tế cơ sở ở Việt Nam trong 10 - 20 năm tới. GS.TS. Lê Quang Cường, Thứ trưởng Bộ Y tế và TS. Kari Hurt, Trưởng nhóm Công tác Y tế Việt Nam, Ngân hàng Thế giới (WB) đã đồng chủ trì hội thảo. Thành phần tham dự hội thảo gồm lãnh đạo các Vụ, Cục thuộc Bộ Y tế; các cơ quan TW và một số Bộ, ngành liên quan; Bảo hiểm Xã hội Việt Nam; Trường Đại học Y tế công cộng, Hội

Kinh tế y tế; lãnh đạo một số Sở Y tế; các chuyên gia từ Thái Lan và một số tổ chức quốc tế như WB, WHO, UNICEF.

Chương trình hội thảo được chia làm hai phiên chính. Phiên thứ nhất gồm các bài trình bày dẫn đề, bên cạnh nội dung liên quan đến thực trạng CSSKBĐ và hoạt động y tế cơ sở ở Việt Nam cùng những khó khăn, thách thức; nội dung về chủ trương, quan điểm của WHO, các kinh nghiệm của quốc tế tổng hợp bởi WB và kinh nghiệm của Thái Lan về đổi mới CSSKBĐ, củng cố y tế cơ sở cũng đã được đề cập đến. Cuối phiên thứ nhất, đại diện Bộ Y tế đã trình bày khung dự thảo Nghị quyết để làm cơ sở cho các đại biểu thảo luận, góp ý trong phiên thứ hai của hội thảo. Phiên thứ hai, trên cơ sở kinh nghiệm quốc tế và tình hình thực tế của Việt Nam, các đại biểu đã thảo luận và đi đến đồng thuận về một số giải pháp định hướng đổi mới CSSKBĐ và củng cố y tế cơ sở cho Việt Nam trong 10 - 20 năm tới, cụ thể:

- *Tài chính y tế*: cần tăng nguồn tài chính từ ngân sách nhà nước cho y tế cơ sở; đổi mới phương thức chi trả nhằm khuyến khích cung cấp các dịch vụ y tế một cách hiệu quả tại tuyến y tế cơ sở.

- *Nhân lực y tế*: cần rà soát và điều chỉnh các chương trình đào tạo phù hợp với năng lực cần có để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại tuyến y tế cơ sở hiện nay; triển khai hiệu quả các chính sách thu hút và duy trì nguồn nhân lực y tế tại tuyến y tế cơ sở; xác định các nguồn

¹ Khoa Y tế công cộng, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

nhân lực tham gia cung ứng dịch vụ CSSKBĐ với chức năng nhiệm vụ cụ thể phù hợp với điều kiện Việt Nam.

- *Cung ứng dịch vụ y tế*: cần đảm bảo chất lượng dịch vụ CSSKBĐ cả về điều trị và phòng bệnh, cùng với xây dựng cơ chế giám sát chất lượng.

- *Hệ thống thông tin y tế*: cần xây dựng và chuẩn hóa hệ thống thông tin y tế phục vụ cho quản lý hoạt động y tế tuyến cơ sở.

- Cần tăng cường lồng ghép giữa các chương trình y tế, phối hợp giữa lĩnh vực điều trị và dự phòng, điều phối giữa các đơn vị y tế các tuyến và tăng cường công tác phối hợp liên ngành trong xây dựng và triển khai chính sách y tế.

Sau hội thảo, Viện CLCSYT đã tổng hợp ý kiến đóng góp của các đại biểu và tiếp tục nghiên cứu để cung cấp thông tin cho Bộ Y tế, phục vụ quá trình xây dựng dự thảo Nghị quyết trình Bộ Chính trị./.

THƯ MỜI

Viết bài đăng *Tạp chí Chính sách Y tế*

Tạp chí Chính sách Y tế (Mã số quốc tế ISSN 1859-2643, Giấy phép xuất bản số 03/GP-SĐBS ngày 25/01/2006) thuộc Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Bộ Y tế là Tạp chí chuyên ngành chính sách y tế.

Tạp chí Chính sách Y tế thường xuyên đăng tải, chia sẻ những thông tin có giá trị khoa học và thực tiễn cao về kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước đối với các vấn đề trọng tâm của y tế, bao gồm: *Tổ chức hệ thống y tế, Nhân lực y tế, Thông tin y tế, Tài chính y tế, Cung ứng dịch vụ y tế, Dược và trang thiết bị y tế, Dân số - Sức khỏe sinh sản...* Đồng thời, Tạp chí còn là diễn đàn để các nhà khoa học cùng cán bộ lãnh đạo quản lý trong và ngoài Ngành từ Trung ương đến cơ sở chia sẻ những quan điểm, kinh nghiệm liên quan đến việc ban hành và thực thi các chiến lược và chính sách y tế trong thực tế.

Ban Biên tập Tạp chí Chính sách Y tế trân trọng cảm ơn các nhà khoa học trong và ngoài nước, các cán bộ quản lý trong và ngoài Ngành đã gửi bài đăng trên Tạp chí Chính sách Y tế trong thời gian vừa qua.

Trong thời gian tới, Ban Biên tập *Tạp chí Chính sách Y tế* mong đợi sẽ tiếp tục được tiếp nhận thông tin, bài viết từ các nhà khoa học, các nhà quản lý trong và ngoài Ngành, cán bộ, giảng viên các Trường Đại học Y, Dược, Lãnh đạo các cơ sở Y tế...

Xin được gửi kèm theo quy định về thể lệ viết và gửi bài cho *Tạp chí*.

Ban Biên tập *Tạp chí Chính sách Y tế* hy vọng sẽ nhận được sự ủng hộ, cộng tác nhiệt tình của Quý vị.

Trân trọng cảm ơn./.