



Báo cáo Hộ sinh Việt Nam 2016

Hà Nội 2017

Báo cáo

Hộ sinh Việt Nam 2016

LỜI CẢM ƠN

Bộ Y tế, với sự hỗ trợ kỹ thuật và tài chính của Quỹ Dân Số Liên hợp quốc tại Việt Nam, lần đầu tiên xây dựng và xuất bản Báo cáo Hộ sinh Việt Nam 2016. Báo cáo rà soát các nhu cầu hiện tại, sự sẵn có, khả năng tiếp cận, sự chấp nhận, chất lượng và khung chính sách liên quan đến thực hành và dịch vụ hộ sinh ở Việt Nam để giúp Bộ Y tế thực hiện Tầm nhìn Hộ sinh 2030. Báo cáo đồng thời đưa ra các khuyến nghị đối với các lĩnh vực quản trị, nhân lực, tài chính, hệ thống cung cấp dịch vụ, thông tin y tế, cơ sở vật chất, trang thiết bị và dược phẩm của hệ thống y tế nhằm tăng cường các thực hành hộ sinh trong thời gian tới.

Chúng tôi xin cảm ơn hai chuyên gia quốc tế, Tiến sĩ Sarah Bales, chuyên gia tư vấn về hệ thống y tế và Giáo sư Sue Kildea, chuyên gia tư vấn kỹ thuật về hộ sinh, đã nhiệt tình và cam kết để hoàn thành báo cáo. Đặc biệt, chúng tôi trân trọng cảm ơn Tiến sĩ Phan Lê Thu Hằng, Phó Vụ trưởng Vụ Kế hoạch-Tài chính của Bộ Y tế vì đã nỗ lực điều phối quá trình thực hiện báo cáo. Trân trọng cảm ơn Tiến sĩ Dương Văn Đạt, Trưởng nhóm Sức khỏe tình dục và Sức khỏe sinh sản và Thạc sĩ Lê Thị Thanh Huyền, cán bộ chương trình, nhóm Sức khỏe tình dục và Sức khỏe sinh sản, UNFPA đã có những hướng dẫn và hỗ trợ quý báu trong quá trình chuẩn bị, xây dựng và xuất bản báo cáo này.

Chúng tôi hy vọng rằng báo cáo sẽ hữu ích cho các nhà lập chính sách, các cán bộ quản lý chương trình, các chuyên gia trong lĩnh vực sức khỏe, các nhà nghiên cứu và các nhà tài trợ trong quá trình thiết kế và thực hiện các chương trình sức khỏe sinh sản có hiệu quả nhằm đạt được các mục tiêu cao nhất của Hội nghị Quốc Tế về Dân số và Phát triển và các Mục tiêu Phát triển Bền vững ở Việt Nam.

Bà Astrid Bant

Trưởng Đại diện

*Quỹ Dân số Liên hợp quốc
tại Việt Nam*

Giáo sư Nguyễn Viết Tiến

Thứ trưởng

Bộ Y tế





NHÓM CHUYÊN GIA TƯ VẤN:

- Trưởng nhóm: Tiến sĩ Sarah Bales, chuyên gia tư vấn về hệ thống y tế
- Thành viên: Giáo sư Sue Kildea, chuyên gia tư vấn kỹ thuật về hộ sinh

Nếu có bất kỳ câu hỏi nào liên quan tới báo cáo này, xin vui lòng liên hệ với chúng tôi theo địa chỉ thư điện tử sau:

Sarah Bales, e-mail: Sarahb1965@gmail.com

Sue Kildea, e-mail: sue.kildea@mater.uq.edu.au

Lưu ý khi sử dụng

Các quan điểm được trình bày trong báo cáo này là của các chuyên gia nghiên cứu độc lập và không phản ánh chính sách và quan điểm của bất kỳ tổ chức nào.

MỤC LỤC

LỜI CẢM ƠN.....	iv
CÁC CHỮ VIẾT TẮT	xiii
TÓM TẮT BÁO CÁO	xiv
CHƯƠNG 1: BỐI CẢNH	1
1.1 Một số thông tin chung	1
1.2 Các vấn đề y tế có liên quan tới hộ sinh	4
1.3. Hệ thống Y tế cung cấp các dịch vụ hộ sinh.....	10
1.4. Khuôn khổ pháp lý đối với nghề và dịch vụ hộ sinh	12
CHƯƠNG 2: PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	15
2.1. Cơ sở của xây dựng báo cáo.....	16
2.2. Những phương pháp nghiên cứu sử dụng trong báo cáo	23
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ	29
3.1. Các nhu cầu	30
3.2. Sự sẵn có của dịch vụ hộ sinh	63
3.2.2. Cơ cấu và xu hướng của lực lượng lao động hộ sinh	64
3.3. Khả năng tiếp cận	86
3.4. Sự chấp nhận dịch vụ	115
3.5. Chất lượng	129
3.6. Khuôn khổ pháp lý	156
CHƯƠNG 4: KẾT LUẬN	175
4.1. Hộ sinh 2030- Lộ trình để đạt được sức khỏe của Việt Nam	176
4.2. Thách thức đối với hệ thống y tế để đạt được Tầm nhìn Hộ sinh 2030	179
5.1. Mục tiêu cho Tầm nhìn Hộ sinh 2030 của Việt Nam	191
CHƯƠNG 5: KHUYẾN NGHỊ	191
5.2 Các khuyến nghị theo các trụ cột của hệ thống y tế	193

5.3. Các cơ quan hữu quan	202
5.4. Lộ trình quốc gia hướng tới Tầm nhìn Hộ sinh 2030	205
TÀI LIỆU THAM KHẢO	207
Phụ lục 1: Hộ sinh 2030-Lộ trình để đạt được sức khỏe.....	225
Phụ lục 2: Danh sách các đối tác tham gia cung cấp số liệu và đóng góp ý kiến.....	226
Phụ lục 3: Một số giả định sử dụng để ước tính nhu cầu của 46 dịch vụ hộ sinh thiết yếu năm 2015	228
Phụ lục 4: hân tích các bảo đảm về tài chính cho 46 can thiệp hộ sinh thiết yếu , 2016	249
Phụ lục 5: Danh mục các văn bản thể hiện khung chính sách về Hộ sinh ở Việt Nam	255
Phụ lục 6: Mức độ sẵn có của các loại dịch vụ hộ sinh tại thời điểm năm 2010.....	259

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1: Một số đặc điểm nhân khẩu học theo vùng kinh tế xã hội, 2015.....	2
Bảng 2: Các cơ sở công cung cấp các dịch vụ chăm sóc SKSS theo vùng kinh tế - xã hội, 2013	11
Bảng 3: Một số chính sách lớn tác động tới các dịch vụ hộ sinh và hộ sinh	13
Bảng 4: Tỷ lệ trả lời cho cuộc khảo sát các cơ sở đào tạo y tế, 2016.....	27
Bảng 5: Tóm tắt dự báo dịch vụ hộ sinh vào năm 2015.....	31
Bảng 6: Ước tính số ca có thai từ các ca đẻ được báo cáo, 2015	32
Bảng 7: Ước tính số trẻ sinh ra và quan hệ với số ca sinh, 2015	33
Bảng 8: Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai và cơ cấu các biện pháp tránh thai (%), theo nhóm dân tộc.....	41
Bảng 9: Những thành tựu chủ yếu từ 2010 ảnh hưởng đến sự sẵn có của lực lượng hộ sinh và dịch vụ hộ sinh ở Việt Nam.	64
Bảng 10: Quy mô và cơ cấu nhân lực làm việc trong lĩnh vực chăm sóc thai sản (trong hệ thống y tế công) ở Việt Nam theo bằng cấp, 2007~2013	66
Bảng 11: Các cơ sở đào tạo hộ sinh ở Việt Nam, 2016.....	72
Bảng 12: Lương hộ sinh cơ bản, 2016.....	76
Bảng 13: Sự có sẵn của các dịch vụ SKSS cơ bản tại tuyến huyện và xã, 2010~2013	78
Bảng 16: Chi phí của các dịch vụ kỹ thuật hộ sinh chủ yếu	99
Bảng 17: Danh mục các dịch vụ có chi tiết hóa các khoản mục chi phí.....	101
Bảng 18: Sự không thống nhất trong danh mục dịch vụ và giá dịch vụ chăm sóc thai, trong khi sinh và phá thai ở Việt Nam.....	103
Bảng 19: Chính sách liên quan tới hỗ trợ của nhà nước và các nguồn khác cho dịch vụ SKSS	106
Bảng 21: Những thành tựu đạt được kể từ năm 2010 ảnh hưởng đến khả năng chấp nhận dịch vụ.....	115
Bảng 22: Cách tiếp cận dựa trên quyền và quyền sinh sản trong đào tạo và trong chăm sóc tôn trọng khách hàng	120
Bảng 23: Các chính sách tăng cường mạng lưới cô đỡ thôn bản	128
Bảng 24: Những thành tựu nổi bật tác động tới chất lượng của các dịch vụ hộ sinh, 2010.....	132
Bảng 25: Chỉ số về đào tạo hộ sinh ở Việt Nam trong Báo cáo Hộ sinh thế giới 2014.....	133

Bảng 26: Tóm tắt các đào tạo cho hộ sinh ở Việt Nam và chức danh/tên gọi	134
Bảng 27: Sự tương thích của chương trình đào tạo hộ sinh 3 năm của Việt Nam so với chuẩn của Liên đoàn Hộ sinh quốc tế.....	136
Bảng 28: Trình độ chuyên môn cao nhất của giảng viên có biên chế.....	137
Bảng 29: Một số chỉ số bổ sung phản ánh trình độ chuyên môn của giảng viên hộ sinh.....	138
Bảng 30: Trình độ chuyên môn cao nhất được giảng viên sử dụng để đăng ký hành nghề	139
Bảng 31: Một số thông tin chi tiết về các học phần chính về hộ sinh.....	140
Bảng 32: Trình độ chuyên môn và kinh nghiệm lâm sàng của cán bộ hướng dẫn thực tập lâm sàng	141
Bảng 33: Yêu cầu đánh giá/kiểm tra với từng sinh viên	142
Bảng 34: Các chương trình đào tạo y khoa liên tục liên quan tới hộ sinh được thực hiện từ năm 2010 đến nay	146
Bảng 35: Đánh giá về một số chỉ số về Hiệp hội Hộ sinh trong Báo cáo Hộ sinh Thế giới.....	152
Bảng 36: Một số văn bản Hướng dẫn về SKSS/SKTD và sức khỏe bà mẹ và trẻ em góp phần nâng cao chất lượng của dịch vụ hộ sinh Việt Nam.....	153
Bảng 37: Hiện trạng của các chỉ số quy định về hộ sinh từ Báo cáo Tình trạng hộ sinh thế giới 2014	158
Bảng 38: Đánh giá về chức năng và nhiệm vụ của các cơ quan thực hiện quản lý hộ sinh ở Việt nam ..	159
Bảng 40: Khung đánh giá các quy định pháp lý về hộ sinh do Liên đoàn Hộ sinh quốc tế xây dựng.....	172

DANH MỤC HÌNH

Hình 1: Tháp dân số Việt Nam 2015.....	3
Hình 2: Tổng tỷ suất sinh ở Việt Nam, 2001-2015	5
Hình 3: Tỷ số tử vong mẹ, 1990-2015	6
Hình 4: Nguyên nhân tử vong của phụ nữ trong độ tuổi 15-49, 2015.....	7
Hình 5: Xu hướng tỷ lệ tử vong trẻ em, sơ sinh và trẻ dưới 1 tuổi 1990-2015	8
Hình 6: Nguyên nhân tử vong ở trẻ theo tuổi, 2015.....	9
Hình 7: Cấu trúc của cơ sở y tế cung cấp dịch vụ SKSS, SKBMTE và hệ thống chuyển tuyến năm 2016	10
Hình 8: Lộ trình Hộ sinh 2030.....	18
Hình 9: Khung về độ bao phủ hiệu quả của dịch vụ hộ sinh.....	20
Hình 10: Mô hình chăm sóc Hộ sinh Việt Nam trong giai đoạn chuyển tiếp	22
Hình 11: Dự đoán số có thai và số trẻ sinh ra, 2015-2030 (Đơn vị: 1000)	34
Hình 12: Mục tiêu tham vọng giảm nhanh tỉ số chết mẹ vào năm 2030.....	35
Hình 13: Duy trì mức giảm tử vong sơ sinh bền vững vào năm 2030.....	36
Hình 14: Nhu cầu dịch vụ sức khỏe sinh sản cho tất cả mọi người độ tuổi 15-49 theo tình trạng hôn nhân, 2015	38
Hình 15: Sự khác nhau về cơ cấu sử dụng các biện pháp tránh thai ở Việt Nam theo các kết quả của ba cuộc điều tra, 2013-2015.....	39
Hình 16: Khác biệt vùng miền trong tỉ lệ sinh con tuổi vị thành niên, nhu cầu chưa được đáp ứng đối với KHHGD, tỉ lệ phá thai và TFR, 2014 hoặc 2015	40
Hình 17: Tỉ lệ nhu cầu cho người cung cấp dịch vụ hộ sinh thiết yếu trước khi mang thai, 2015	43
Hình 18: Tỉ lệ phá thai trong phụ nữ kết hôn 2001-2015	47
Hình 19: Cơ cấu nhu cầu cho các nhóm nhân viên y tế cung cấp dịch vụ hộ sinh thiết yếu, 2015.....	50
Hình 20: Cấu trúc về nhu cầu dịch vụ chăm sóc trước sinh do hộ sinh cung cấp, 2015.....	51
Hình 21: Ai đang cung cấp dịch vụ chăm sóc trước đẻ ở Việt Nam?	52
Hình 22: Cơ cấu dịch vụ chăm sóc hộ sinh thiết yếu khi sinh theo nhóm người cung cấp dịch vụ, 2015.....	55
Hình 23: Cơ cấu các cuộc đẻ được các hộ sinh đáp ứng, 2015	55

Hình 24: Ai là người đỡ đẻ?	56
Hình 25: Cơ cấu dịch vụ hộ sinh thiết yếu sau đẻ do các nhóm người cung cấp dịch vụ thực hiện, 2015 (Ước tính làm toàn thời gian)	59
Hình 26: Cơ cấu nhu cầu dịch vụ chăm sóc sau đẻ được hộ sinh đáp ứng, 2015	60
Hình 27: Tỷ lệ nhân lực hộ sinh so với toàn bộ lực lượng lao động cần thiết để đáp ứng 4 nhóm nhu cầu hộ sinh thiết yếu, 2015	63
(Ước tính làm toàn thời gian)	63
Hình 28: Sự trùng lặp và độc lập của hộ sinh với các cán bộ y tế khác có kỹ năng hộ sinh	65
Hình 29: Cơ cấu nơi làm việc của nhân lực chăm sóc sức khỏe bà mẹ, sức khỏe sinh sản và sức khỏe trẻ em trong y tế công ở Việt Nam, 2013.....	68
Hình 30: Cơ cấu bằng cấp hộ sinh theo TYTX và phòng khám đa khoa tại Việt Nam, 2013	69
Hình 31: Cơ cấu bằng cấp hộ sinh theo bệnh viện và trung tâm SKSS, 2013.....	70
Hình 32: Tỷ số hộ sinh/100 sản phụ trong 12 tháng qua, 2014	71
Hình 33: Sự phân bố của hộ sinh tại trạm y tế xã theo khu vực 2010~2014	71
Hình 34: Các trường đại học cao đẳng có đào tạo hộ sinh 3 năm	73
Hình 35: Kế hoạch tuyển sinh của các cơ sở đào tạo hộ sinh, 2017-2022	74
Hình 36: Xu hướng thực tế và kế hoạch việc đào tạo liên thông hộ sinh từ trung cấp lên cao đẳng 2013-2021	75
Hình 37: Sự có sẵn của các dịch vụ cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản tại TYTX, 2010.....	79
Hình 38: Phụ nữ đã sinh con ở đâu?	80
Bảng 14: Sự sẵn có của thuốc thiết yếu, phương tiện tránh thai và dụng cụ y tế ở TYTX và phòng khám đa khoa khu vực, 2010	85
Bảng 15: Các thành tựu quan trọng từ 2010 ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận các dịch vụ thai sản	87
Hình 39: Tỷ lệ tránh thai trong người kết hôn và cơ cấu biện pháp tránh thai hiện đại, 1988~2014	88
Hình 40: Khác biệt về dân tộc trong sử dụng các biện pháp tránh thai và mang thai ở vị thành niên, 2014	88
Hình 41: Xu hướng sử dụng dịch vụ chăm sóc trước khi đẻ, 1997~2014	89
Hình 42: Khác biệt về dân tộc trong sử dụng dịch vụ chăm sóc trước sinh, 2014.....	90
Hình 43: Các xu hướng của dịch vụ sinh đẻ, 1997~2014	91
Hình 44: Xu hướng tỷ lệ sinh bằng forcep và đẻ mổ, 2009-2015	92

Hình 45: Sự khác biệt về tỷ lệ đẻ có sự hỗ trợ của nhân viên y tế đã được đào tạo và tỷ lệ sinh mổ, 2014	93
Hình 46: Xu hướng nuôi con bằng sữa mẹ, 1997~2014.....	94
Hình 47: Thời gian cho con bú lần đầu tiên theo hình thức sinh đẻ, 2011~2014	95
Hình 48: Khác biệt về dân tộc trong thực hành nuôi con bằng sữa mẹ, 2014	96
Hình 49: Tỷ lệ phần trăm các huyện có rào cản địa lí trong phẫu thuật sản khoa cấp cứu, 2013	97
Hình 50: Nguồn tài chính cho 46 can thiệp hộ sinh cần thiết, 2016.....	107
Hình 51: Sự khác biệt về kinh tế trong sử dụng dịch vụ hộ sinh, 2014.....	108
Hình 52: Cân bằng giữa việc cung cấp dịch vụ chăm sóc thiếu và quá mức.....	110
Hình 53: Hệ thống phân loại Robson.....	113
Hình 54: Khung đánh giá về chăm sóc tôn trọng khách hàng	117
Hình 55: Sự sẵn có của các dịch vụ thân thiện với thanh niên và vị thành niên theo loại hình cơ sở, 2010 & 2013	123
Hình 57: Tỷ lệ các xã đáp ứng các tiêu chuẩn quốc gia cho y tế xã, 2013-2014.....	127
Hình 58: Khung Lancet về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh có chất lượng.....	130
Hình 59: Ba trụ cột phát triển hộ sinh của Liên đoàn Hộ sinh quốc tế	131
Hình 60: Yêu cầu về thực hành lâm sàng của các cơ sở thực hiện đào tạo hộ sinh hệ 3 năm khác nhau tùy thuộc vào từng cơ sở	143
Hình 61: Tỷ lệ các cơ sở y tế có cán bộ tham gia vào các khóa đào tạo khoa khoa liên tục liên quan tới các dịch vụ hộ sinh, 2010	150
Hình 62: Tầm nhìn Hộ sinh 2030	192

DANH MỤC HỘP

Hộp 1: Định nghĩa về hộ sinh và dịch vụ hộ sinh	17
Hộp 2: Mười điểm phục vụ cho sự phát triển của ngành Hộ sinh giai đoạn từ nay tới năm 2030	19
Bảng 20: Nguy cơ bất lợi cho bà mẹ và trẻ sơ sinh theo hình thức sinh	114
Hộp 3: Vài nét về Hội Nữ hộ sinh Việt nam.....	151
Hộp 4: Bảy nhiệm vụ cơ bản trong cấp cứu sản khoa và phạm vi chuyên môn hộ sinh được phép thực hiện tại Việt Nam	166

CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BCHSTG	Báo cáo Hộ sinh thế giới 2014
BCHS	Báo cáo Hộ sinh
Bộ GD-ĐT	Bộ Giáo dục-Đào tạo
Bộ LĐTBXH	Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội
BYT	Bộ Y tế
BLTQĐTD	Bệnh lây truyền qua đường tình dục
CĐTB	Cò đờ thôn bản
CSTS	Chăm sóc trước đẻ
CSTKS	Chăm sóc trong khi đẻ
CSSĐ	Chăm sóc sau đẻ
CSSKSS/ SKTD/BMTSS	Chăm sóc sức khỏe sinh sản, sức khỏe tình dục, bà mẹ và trẻ sơ sinh
CSSKSS	Chăm sóc sức khỏe sinh sản
CSSKSS/SKTD	Chăm sóc sức khỏe sinh sản, sức khỏe tình dục
CSSKSSVTN	Chăm sóc sức khỏe sinh sản vị thành niên
KHHGD	Kế hoạch hóa gia đình
MICS	Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ
NKĐSS	Nhiễm khuẩn đường sinh sản
TYTX	Trạm y tế xã
TBSK	Tai biến sản khoa
TN/VTN	Thanh niên và vị thành niên
Thông tư 26	Thông tư 26/2015/TTLT-BYT-BNV
UNFPA	Quỹ Dân số Liên hợp quốc
Vụ SKBMTE	Vụ Sức khỏe Bà mẹ Trẻ em
YTTB	Y tế thôn bản



TÓM TẮT BÁO CÁO

Báo cáo Hộ sinh Việt Nam 2016 (BCHS) là báo cáo quốc gia về hộ sinh đầu tiên được xây dựng và xuất bản tại Việt Nam. Báo cáo rà soát các xu hướng gần đây và đánh giá thực trạng hiện nay của công tác hộ sinh ở Việt Nam nhằm giúp Bộ Y tế phát triển Tầm nhìn 2030 để đạt được các mục tiêu phát triển bền vững về sức khỏe sinh sản, làm mẹ an toàn và chăm sóc sơ sinh. Báo cáo này cũng góp phần vào việc thực hiện Chiến lược Dân số - Sức khỏe sinh sản hiện nay, đồng thời cung cấp thông tin và nền tảng để xây dựng chiến lược cho giai đoạn tiếp theo.

Bối cảnh quốc gia

Việt Nam hiện là nước có thu nhập trung bình thấp với dân số 91,5 triệu người, trong đó tỷ lệ phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ từ 15-49 (PNTSD) chiếm 26%. Việt Nam đã đạt được và duy trì mức sinh thay thế và thành công trong việc giảm nhanh tỷ số tử vong mẹ, tỷ lệ tử vong sơ sinh, tỷ lệ tử vong trẻ dưới 1 tuổi và tỷ lệ tử vong trẻ em. Tuy nhiên, vẫn còn tồn tại sự khác biệt giữa các vùng miền và theo các đặc điểm kinh tế - xã hội của dân số, đặc biệt giữa người Kinh và các dân tộc thiểu số khác.

Mạng lưới cung cấp dịch vụ y tế công bao phủ rộng khắp cả nước gồm nhân viên y tế thôn bản (YTTB), trạm y tế xã (TYTX), phòng khám đa khoa, và các bệnh viện từ tuyến huyện đến trung ương. Một số cơ sở y tế công khác cung cấp các dịch vụ chuyên biệt như kế hoạch hóa gia đình (KHHGĐ) và phòng chống HIV/AIDS. Các phòng khám tư nhân, các cơ sở ngoài công lập và các bệnh viện tư nhân ngày càng đóng vai trò quan trọng. Tuy nhiên, một số vùng sâu vùng xa vẫn hạn chế tiếp cận tới các dịch vụ chăm sóc y tế này.

Các chính sách về sức khỏe sinh sản thường là một chủ đề của các luật, chiến lược và các kế hoạch y tế nói chung cũng như được cụ thể hóa trong các chiến lược và kế hoạch hành động về dân số, sức khỏe sinh sản, làm mẹ an toàn, sự sống còn của trẻ em, điều dưỡng và hộ sinh. Tuy nhiên, một số văn bản quan trọng về sức khỏe sinh sản không nhấn mạnh vai trò đóng góp quan trọng của hộ sinh trong việc thực hiện và đạt được các mục tiêu y tế về sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh.

Phương pháp nghiên cứu

Báo cáo Hộ sinh Việt Nam được xây dựng dựa theo cấu trúc và phương pháp đã được sử dụng trong Báo cáo tình trạng Hộ sinh Thế giới 2014 (BCHSTG) và các phương pháp khác. Một đặc điểm quan trọng là Khung của Lộ trình Hộ sinh Toàn cầu 2030 đã được sử dụng làm cơ sở để xây dựng Tầm nhìn Hộ sinh 2030 ở Việt Nam. Báo cáo Hộ sinh Việt Nam được xây dựng chủ yếu dựa vào việc rà soát và phân tích các số liệu thứ cấp và được bổ sung thông tin từ cuộc khảo sát các cơ sở đào tạo và phỏng vấn các đối tác có liên quan. Trong quá trình xây dựng và hoàn thiện, báo cáo đã nhận được các ý kiến phản hồi từ các đối tác.

Các phát hiện chính

Nhu cầu chăm sóc hộ sinh

Nhu cầu chăm sóc hộ sinh có thể được ước tính dựa trên các chỉ số nhân khẩu học cơ bản như tỷ lệ phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, các chuẩn mực về các nhu cầu dịch vụ hộ sinh theo bốn giai đoạn trong Lộ trình Hộ sinh Toàn cầu 2030. Ở Việt Nam, các chỉ số này được ước tính trong bảng dưới đây. Các ước tính này sẽ thấp hơn nếu dựa theo nguồn số liệu điều tra của Tổng cục Thống kê và cao hơn nếu dựa theo hệ thống báo cáo của Vụ Sức khỏe Bà mẹ Trẻ em, Bộ Y tế.

Nhu cầu chăm sóc hộ sinh trước khi mang thai bao gồm tư vấn và cung cấp dịch vụ về các biện pháp KHHGĐ và kiểm soát các bệnh lây truyền qua đường tình dục (BLTQĐTD) và HIV. Tất cả phụ nữ và nam giới trong độ tuổi sinh sản, bao gồm cả những người đã kết hôn và chưa kết hôn đều có nhu cầu sử dụng các dịch vụ này. Hộ sinh chỉ là một trong những người cung cấp dịch vụ phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản (NKĐSS)/BLTQĐTD và tư vấn về KHHGĐ. Tuy nhiên, hộ sinh đóng vai trò quan trọng trong việc cung cấp các biện pháp tránh thai lâm sàng tại tuyến y tế cơ sở.

Năm 2015, ước tính tổng số ca mang thai ở Việt Nam từ 2 triệu tới 2,3 triệu. Chăm sóc hộ sinh chủ yếu tập trung vào các dịch vụ chăm sóc trước sinh (CSTS) thiết yếu để theo dõi và quản lý thai nghén đồng thời phát hiện và giải quyết các biến chứng có thể phát sinh. Mặc dù chăm sóc trước sinh là yêu cầu cơ bản về năng lực chuyên môn của hộ sinh, nhưng hiện nay tại Việt Nam, các bác sỹ chủ yếu thực hiện nhiệm vụ này. Hộ sinh cũng tham gia vào một số thủ thuật phá thai hoặc xử lý các trường hợp sẩy thai, tuy nhiên công việc này chủ yếu do các bác sỹ thực hiện.

Năm 2015, ước tính Việt Nam có khoảng 1,4 đến 1,7 triệu ca sinh. Chăm sóc trong quá trình đẻ thường (CSTKĐ) là một trong những năng lực cơ bản khác của hộ sinh và bao gồm cả việc theo

Nhu cầu	Dịch vụ hộ sinh
Chăm sóc trước khi có thai (Tất cả phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ)	24 triệu lượt dịch vụ KHHGĐ
Chăm sóc trước sinh (Số có thai x 4 lần khám thai)	8,4 – 9,2 triệu lượt khám thai
Số ca sinh	1,4 đến 1,7 triệu ca sinh được người đỡ đẻ có kỹ năng thực hiện
Chăm sóc sau sinh (Số trẻ x 4 lần khám)	5,6 – 6,8 triệu lượt thăm khám

đôi khi chuyển dạ, liên tục động viên an ủi và xử trí tích cực giai đoạn ba của cuộc đẻ (XTTCGD3). Phát hiện và xử trí các tai biến sản khoa (TBSK) cũng là những yêu cầu năng lực hộ sinh thiết yếu. Ở Việt Nam, hầu hết phụ nữ sinh con ở bệnh viện và việc đỡ đẻ do các bác sỹ thực hiện thay vì phụ nữ sinh con tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu và được người hộ sinh đỡ đẻ.

Các dịch vụ chăm sóc dự phòng sau đẻ (CSSĐ) cho bà mẹ và trẻ sơ sinh bao gồm các dịch vụ thông thường như tiêm chủng và hỗ trợ nuôi con bằng sữa mẹ ngay sau khi sinh, theo dõi và tư vấn cho sản phụ và gia đình về những tai biến có thể xảy ra đối với mẹ hoặc trẻ sơ sinh trong giai đoạn sau sinh. Những nhu cầu CSSĐ cũng bao gồm các can thiệp khi có vấn đề phát sinh như sinh non, trẻ nhẹ cân hoặc trong trường hợp người mẹ có những tai biến sản khoa như băng huyết sau sinh hoặc trầm cảm.

Sự sẵn có

Hộ sinh có mặt ở hầu hết các TYTX và tất cả các bệnh viện có khoa sản và cung cấp các dịch vụ hộ sinh. Các cán bộ y tế có chuyên môn khác như bác sỹ chuyên khoa, bác sỹ đa khoa và điều dưỡng cũng thực hiện các dịch vụ hộ sinh. Tính đến năm 2013, 94% số hộ sinh đang làm việc tại Việt Nam đã được đào tạo ở trình độ trung cấp (đào tạo hộ sinh 2 năm) hoặc thấp hơn. Tại tuyến cơ sở, các loại thuốc và trang thiết bị cơ bản cho các dịch vụ hộ sinh hiện không thường xuyên có sẵn.

Đến năm 2016, Việt Nam có 40 trường đang thực hiện đào tạo nhân lực hộ sinh trong đó có 6 trường đào tạo cử nhân hộ sinh (4 năm), 21 trường đào tạo chương trình cao đẳng hộ sinh (3 năm) và 27 cơ sở có chương trình đào tạo trung cấp hộ sinh (2 năm). Số lượng tuyển sinh theo kế hoạch và tuyển sinh hàng năm trong đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn hộ sinh (từ đào tạo hệ 2 năm lên đào tạo hệ 3 năm) vẫn còn thấp. Các cơ sở đào tạo hiện mới chỉ đáp ứng được một phần nhu cầu nâng cao trình độ cho một đội ngũ khoảng 32.800 hộ sinh cho đến năm 2025 theo yêu cầu của Thông tư 26/2015/TTLT-BYT-

BNV (Thông tư 26). Thông tư này yêu cầu trình độ tối thiểu để có thể đăng ký hành nghề hộ sinh là hoàn thành khóa đào tạo 3 năm và yêu cầu này sẽ được áp dụng từ năm 2025.

Rất nhiều dịch vụ hộ sinh cơ bản đã và đang được cung cấp và được mở rộng nhanh chóng tại tuyến y tế cơ sở, đặc biệt đối với dịch vụ siêu âm sản khoa và xét nghiệm sàng lọc cổ tử cung tại các trạm y tế xã, dịch vụ điều trị vàng da và chăm sóc trẻ sơ sinh nhẹ cân ở tuyến huyện. Tuy nhiên, việc thực hiện các dịch vụ cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản tại các TYTX còn hạn chế. Thông tư 26 đã hạn chế bớt các chức năng nhiệm vụ của hộ sinh hạng IV (hộ sinh có trình độ trung cấp và cao đẳng) so với phạm vi công việc mà họ đang làm, đặc biệt trong các lĩnh vực như cung các dịch vụ tránh thai lâm sàng, dịch vụ chăm sóc và điều trị BLTQĐTD/HIV và phá thai sớm.

Khả năng tiếp cận

Việc tiếp cận các dịch vụ hộ sinh đang ngày càng phát triển mặc dù vẫn cần được cải thiện. Nhu cầu chưa được đáp ứng về KHHGD nói chung tăng từ năm 2011 đến năm 2014, tuy vẫn còn tồn tại sự khác biệt, đặc biệt là nhu cầu chưa được đáp ứng về KHHGD cao hơn ở đồng bào dân tộc thiểu số và ở nhóm thanh niên và vị thành niên (TN/VTN). Đa số phụ nữ dân tộc Kinh đã tiếp cận phổ cập với việc khám thai và được hỗ trợ khi sinh, mặc dù một số dịch vụ chăm sóc thiết yếu cơ bản hiện vẫn chưa được thực hiện như dịch vụ sàng lọc sớm HIV để phòng ngừa lây nhiễm từ mẹ sang con. Hiện nay chỉ có 2/3 số phụ nữ dân tộc thiểu số tiếp cận được với các dịch vụ khám thai và được hỗ trợ khi sinh. Tỷ lệ phụ nữ dân tộc thiểu số nhận được đầy đủ các nội dung của các dịch vụ chăm sóc thiết yếu còn thấp hơn.

Khoảng cách vẫn là một rào cản quan trọng ngăn cản việc tiếp cận với các dịch vụ cấp cứu sản khoa ở các khu vực có đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống. Sự kỳ thị và thái độ phán xét của cán bộ y tế có ảnh hưởng bất lợi đến việc tiếp cận các dịch vụ KHHGD và tránh thai, dịch vụ chăm sóc và điều trị BLTQĐTD/HIV và dịch vụ phá thai.

Sự hỗ trợ về tài chính và bảo hiểm y tế có tác động tích cực đến việc sử dụng và cung cấp các dịch vụ đa dạng trong hệ thống y tế. Ở những nơi mà bảo hiểm y tế không chi trả cho các dịch vụ đỡ đẻ tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu, phụ nữ buộc phải sinh con tại các bệnh viện đang quá tải. Tiền thù lao hoặc lợi nhuận cao hơn khi thực hiện các can thiệp thuộc nhóm “có thu phí” đã dẫn tới hiện tượng cung cấp các dịch vụ quá mức không cần thiết. Việc chưa có quy định rõ ràng trong việc ai chịu trách nhiệm thanh toán các loại lệ phí khác nhau dẫn tới việc bệnh nhân phải tự bỏ tiền túi thanh toán nhiều hơn.

Việc tập trung mở rộng dịch vụ quá mức dẫn trình trạng không chú trọng xây dựng các thực hành dựa trên bằng chứng nhằm ngăn chặn việc cung cấp các dịch vụ quá mức cần thiết và có thể gây hại cho phụ nữ. Ba dịch vụ được cung cấp tại Việt Nam hiện vượt quá mức các khuyến cáo quốc tế bao gồm siêu âm sản khoa, cắt tầng sinh môn và mổ đẻ. Bằng chứng về những tác động có hại có thể xảy ra cho từng loại hình dịch vụ được trình bày trong phần nội dung chính của báo cáo.

Khả năng chấp nhận dịch vụ

Cung cấp dịch vụ chăm sóc tôn trọng khách hàng sẽ giúp nâng cao quyền của phụ nữ khi họ sử dụng các dịch vụ hộ sinh và giúp cải thiện các kết quả đầu ra còn hạn chế trong một số khía cạnh chăm sóc. Ví dụ, hiện nay công tác đào tạo hoặc thực hành lâm sàng chưa nhấn mạnh tầm quan trọng của việc giúp sản phụ nữ cảm thấy thoải mái bằng cách cho phép họ chọn người được vào cùng trong phòng đẻ với mình trong lúc đẻ hoặc lựa chọn tư thế đẻ và cả hai sự lựa chọn này đều giúp cải thiện các kết quả đầu ra về mẹ và trẻ sơ sinh. Một vấn đề khác cần cải thiện là việc cung cấp thông tin cho sản phụ về những lợi ích và bất lợi của các can thiệp khác nhau vẫn còn hạn chế, ví dụ như can thiệp cắt tầng sinh môn mà không hỏi xem người phụ nữ có đồng ý hay không.

Nhu cầu chưa được đáp ứng về các biện pháp tránh thai hay các dịch vụ chăm sóc và điều trị

các BLTQĐTĐD rất cao cho thấy sự sẵn có của các dịch vụ thân thiện với TN/VTN hiện nay còn thấp. Việc người dân ít sử dụng các dịch vụ khám thai và dịch vụ sinh đẻ có hỗ trợ của người đỡ đẻ có kỹ năng không những phản ánh sự khó khăn về khoảng cách địa lý, mà còn phản ánh sự thiếu sự nhạy cảm về văn hoá của người cung cấp dịch vụ cũng như việc phụ nữ dân tộc thiểu số và gia đình của họ chưa được cung cấp đầy đủ thông tin về chăm sóc sức khỏe. Hiện nay, Cô đỡ thôn bản (CĐTĐTB), đã được tập huấn về cung cấp dịch vụ nhạy cảm văn hóa, chỉ mới có thể đáp ứng được 20% nhu cầu về nhóm nhân lực này ở tuyến thôn bản.

Chất lượng

Các bằng chứng khẳng định mô hình chăm sóc do hộ sinh thực hiện và chịu trách nhiệm sẽ góp phần nâng cao chất lượng của các dịch vụ chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh, nếu hộ sinh có đủ trình độ chuyên môn, được quy định hành nghề đầy đủ, và việc chăm sóc được thực hiện theo mô hình chăm sóc hộ sinh liên tục và được hỗ trợ trong các trường hợp có tai biến xảy ra. Lợi ích của mô hình chăm sóc này bao gồm ít can thiệp y khoa hơn, ít xảy ra biến chứng hơn và chi phí thấp hơn.

Hộ sinh Việt Nam được đào tạo ở các hệ trung cấp, cao đẳng và đại học. Chương trình đào tạo dựa trên năng lực được áp dụng trong đào tạo hệ cao đẳng từ năm 2010 và được áp dụng trong hệ đào tạo cử nhân vào năm 2014. Những thay đổi trong chương trình đào tạo này đã đưa Việt Nam gần đến việc đạt được các tiêu chuẩn về đào tạo chính quy do Liên đoàn hộ sinh quốc tế (ICM) ban hành. CĐTĐTB được đào tạo theo phương pháp dựa trên năng lực các dịch vụ hộ sinh thiết yếu cơ bản cần thiết cho địa bàn thôn bản mà họ đang làm việc. Một số vấn đề còn tồn tại liên quan đến chất lượng đào tạo bao gồm việc không đủ nhân lực hộ sinh làm giảng viên, giảng viên thiếu các kỹ năng giảng dạy theo phương pháp sư phạm mới, tỷ lệ CĐTĐTB tham gia chương trình đào tạo dựa trên năng lực thấp, và việc cập nhật kịp thời các tài liệu giảng dạy còn chậm so với sự tiến bộ y học.

Các khóa đào tạo y khoa liên tục đã được tổ chức cho hộ sinh và người làm công tác liên quan tới hộ sinh. Các quy định mới yêu cầu cứ hai năm một lần, hộ sinh phải tham gia một khóa đào tạo liên tục tối thiểu 48 tiết học thì mới được phép tiếp tục đăng ký hành nghề hộ sinh. Tuy nhiên các cơ chế để củng cố việc thực hiện, cập nhật nội dung và lập kế hoạch chiến lược cho hoạt động đào tạo y khoa liên tục vẫn còn hạn chế.

Hội Nữ Hộ sinh Việt Nam được thành lập vào năm 1995 và đã tham gia vào công tác vận động và hoạch định chính sách cho các chương trình đào tạo hộ sinh và đào tạo y khoa liên tục. Tuy nhiên vai trò của Hội vẫn còn nhiều hạn chế và Hội vẫn ít đóng góp ý kiến cho các văn bản chính sách. Hội cũng chưa đáp ứng được các điều kiện để được phép tổ chức các khóa đào tạo y khoa liên tục.

Từ năm 2007, Việt Nam đã xây dựng rất nhiều hướng dẫn lâm sàng về các dịch vụ hộ sinh. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu thực địa cho thấy nhân viên nhiều bệnh viện không hề biết những hướng dẫn này. Mặc dù có thể Sở Y tế đã nhận được những văn bản về việc triển khai các hướng dẫn mới này từ BHYT, việc phổ biến các hướng dẫn này dường như chưa đến được các cơ sở lâm sàng và hiện chưa có các cơ chế hiệu quả để đảm bảo việc tuân thủ thực hiện các hướng dẫn.

Khung pháp lý

Việc ban hành các quy chế về hộ sinh không chỉ có liên quan đến các Cục, vụ trong Bộ Y tế, mà còn liên quan tới Bộ Giáo dục Đào tạo (Bộ GD-ĐT), Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội (LĐTBXH) và Bộ Nội vụ. Khuôn khổ pháp lý về công tác hộ sinh ở Việt Nam đã được xây dựng và hoàn thiện trong những năm qua, đặc biệt trong việc ban hành Thông tư 26, các tiêu chuẩn về kỹ năng và năng lực hộ sinh và cải cách chương trình đào tạo. Tuy nhiên, hộ sinh mới chỉ được xem là vấn đề nhỏ trong quá trình xây dựng các quy chế chính sách liên quan và vì vậy tất các vấn đề liên quan đến hộ sinh chưa được phản ánh và thể hiện đầy đủ.

Một số chính sách hiện vẫn chưa nhất quán kể cả việc hạn chế không cần thiết phạm vi thực hiện công việc của hộ sinh. Lộ trình nâng cao trình độ chuyên môn cho hộ sinh từ 2 năm lên 3 năm không thể hiện tính khả thi và hiện vẫn thiếu các quy định đặc thù cho hộ sinh trong hoạt động đăng ký hành nghề, quy tắc ứng xử và các thủ tục liên quan tới khiếu nại.

Kết luận

Tình hình thực tiễn của hộ sinh Việt Nam còn khác xa với Tầm nhìn Hộ sinh Toàn cầu 2030. Nhu cầu chưa được đáp ứng về các dịch vụ trước khi mang thai, chăm sóc khi mang thai, trong khi sinh và sau sinh vẫn cao và vẫn còn tồn tại nhiều sự khác biệt trong việc tiếp cận các dịch vụ nói trên. Mô hình cung cấp dịch vụ hộ sinh ở Việt Nam hiện còn khác khá xa so với mô hình trong Tầm nhìn Hộ sinh Toàn cầu 2030, vì hiện nay các dịch vụ hộ sinh này chủ yếu do các bác sỹ thực hiện tại các bệnh viện, đắt đỏ và dễ dẫn đến hiện tượng lạm dụng các biện pháp can thiệp y khoa không cần thiết và gây hại cho người sử dụng dịch vụ so với mô hình cung cấp dịch vụ hộ sinh do hộ sinh chăm sóc và chịu trách nhiệm.

Kết quả đánh giá sáu trụ cột của hệ thống y tế ở Việt Nam cho thấy một số thách thức lớn và đòi hỏi các phải thực hiện các hành động cần thiết trong những năm tới:

Quản trị: Sự tham gia của hộ sinh trong các hoạt động xây dựng các chính sách, các quy định và hướng dẫn còn hạn chế và thiếu các quy định chuyên ngành đặc thù cho hộ sinh như chưa thành lập Hội đồng Hộ sinh. Thông 26 hạn chế quá mức phạm vi công việc của hộ sinh có trình độ dưới đại học và đặt ra khung thời gian không khả thi trong lộ trình đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn cho hộ sinh hệ trung cấp (2 năm) lên hệ cao đẳng (3 năm) hoặc cao hơn. Chưa có các chế tài đảm bảo việc thực hiện các hướng dẫn lâm sàng đã được phê duyệt.

Hệ thống thông tin y tế: Chưa có đủ các số liệu thống kê về lực lượng hộ sinh và công tác đào tạo hộ sinh để xây dựng kế hoạch phát triển

nguồn nhân lực hộ sinh; thiếu thông tin cập nhật thường xuyên về hoạt động của CĐTB và nhu cầu về CĐTB; chưa thực hiện đầy đủ công tác theo dõi chất lượng đào tạo; chưa quan tâm đúng mức đến cơ chế thu thập và sử dụng thông tin cho hoạt động có sẵn (ví dụ như các kết quả thẩm định tử vong mẹ); thiếu các thông tin về nhu cầu đối với một số dịch vụ hộ sinh quan trọng và khả năng đáp ứng của các cơ sở y tế; thiếu các thông tin về cung cấp dịch vụ hộ sinh của các cơ sở tư nhân và thông tin về số lượng hộ sinh đang làm việc tại các cơ sở này.

Nguồn nhân lực y tế: Mức độ bao phủ của lực lượng CĐTB tại các địa bàn có nhu cầu còn thấp; phạm vi cung cấp dịch vụ của hộ sinh hạng IV để đáp ứng các nhu cầu về hộ sinh còn bị hạn chế; chưa có các nỗ lực để gắn kết nhu cầu về hộ sinh của các cơ sở y tế với các cơ sở đào tạo hộ sinh; việc quản lý phối hợp trong đào tạo ngành hộ sinh giữa ba Bộ còn rời rạc và chưa đồng bộ; ít hơn 1/3 số tỉnh thành thực hiện đào tạo hộ sinh bậc cao đẳng; năng lực thực hiện chương trình đào tạo chính quy cao đẳng và đại học và đào tạo nâng cao liên tục cho hộ sinh còn yếu; chất lượng đào tạo hộ sinh còn hạn chế do chưa đủ hộ sinh có thể làm giảng viên và những khó khăn trong việc bố trí thực hành lâm sàng; hoạt động đào tạo y khoa liên tục chưa được đưa vào phối hợp với việc ban hành các hướng dẫn mới; và chưa chú trọng tới hoạt động nâng cao trình độ chuyên môn/kỹ năng cho hộ sinh.

Tài chính y tế: Giá dịch vụ y tế và các ưu đãi về bảo hiểm dẫn đến hiện tượng không sử dụng và không cung cấp đầy đủ một số dịch vụ hộ sinh thiết yếu, đồng thời có hiện tượng lạm dụng một số dịch vụ hộ sinh khác; gánh nặng tài chính về chi phí đi lại tại một số vùng sâu vùng xa và chi phí cung cấp dịch vụ quá mức ở một số khu vực khác; thiếu một chiến lược tài chính nhằm hỗ trợ công tác đào tạo mới và đào tạo y khoa liên tục cho hộ sinh.

Dược phẩm và trang thiết bị: Thiếu một hệ thống để kiểm tra và xác minh sự có sẵn thuốc thiết yếu và trang thiết bị để đảm bảo việc bù đắp các thiếu hụt về thuốc thiết yếu và trang

thiết bị, đặc biệt là tại các trạm y tế xã.

Cung cấp dịch vụ y tế: Các mô hình chăm sóc hiện nay không đáp ứng được nhu cầu chăm sóc trước khi mang thai cho TN/VTN chưa kết hôn, trong khi đó các chương trình mục tiêu quốc gia vẫn chưa tìm được các nguồn tài chính thay thế khi ngân sách viện trợ dành cho các chương trình này bị giảm; mô hình chăm sóc thai sản hiện nay được cung cấp tại bệnh viện và do các bác sỹ thực hiện là chủ yếu và đây là một mô hình không bền vững và có thể ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng của các dịch vụ do việc lạm dụng quá mức cần thiết các biện pháp can thiệp. Hoạt động cung cấp dịch vụ hộ sinh của khu vực tư nhân chưa phổ biến rộng rãi, nên làm giảm khả năng cạnh tranh để thúc đẩy các cơ sở y tế công cải thiện chất lượng dịch vụ.

Khuyến nghị

Mục tiêu của Việt Nam

- Giảm tỷ lệ tử vong mẹ và tử vong sơ sinh nhằm đạt được các mục tiêu Phát triển bền vững có liên quan.
- Cung cấp dịch vụ trước khi mang thai, trong suốt thời gian mang thai, trong khi sinh, sau khi sinh và sơ sinh tích cực, an toàn và hiệu quả cho sản phụ và gia đình họ (kể cả phụ nữ các dân tộc thiểu số), đồng thời cung cấp các dịch vụ đáp ứng được các nhu cầu về chăm sóc sức khỏe sinh sản cho TN/VTN.

TÂM NHÌN HỘ SINH 2030

<p>Hộ sinh đáp ứng được 85% nhu cầu dịch vụ về chăm sóc hộ sinh thiết yếu, chỉ chuyển sản phụ đến bác sỹ trong trường hợp có thể xảy ra biến chứng sản khoa</p>	<h3>NHU CẦU</h3> <ul style="list-style-type: none">• Trước khi mang thai• Trong thời gian mang thai• Trong khi sinh• Sau khi sinh• Chăm sóc sơ sinh• Các nhu cầu khác về chăm sóc Sức khỏe sinh sản.
<p>Bác sỹ đáp ứng các nhu cầu giải quyết các trường hợp biến chứng và ít tham gia vào cung cấp các dịch vụ chăm sóc hộ sinh cơ bản.</p>	

Khuyến nghị liên quan đến các trụ cột của hệ thống y tế

- **Quản trị:** Nâng cao năng lực và vị thế của cơ quan phụ trách quản lý công tác hộ sinh; sửa đổi càng sớm càng tốt Thông tư 26 về quy định chức năng nhiệm vụ của hộ sinh hạng IV trở xuống, điều chỉnh lộ trình và các giải pháp khả thi để đào tạo nâng cấp trình độ chuyên môn cho hộ sinh; khi công tác đào tạo được cải thiện, BHYT cần cân nhắc mở rộng phạm vi thực hành cho hộ sinh nhằm đáp ứng nhu cầu của Tâm nhìn Hộ sinh 2030 trong đó cho phép hộ sinh hoạt động độc lập ở phạm vi rộng hơn.
- **Hệ thống thông tin y tế:** Tận dụng các dữ liệu hiện có về nhân sự từ dữ liệu đăng ký hành nghề; củng cố thông tin về đào tạo hộ sinh tại tuyến trung ương để hỗ trợ nỗ lực kết nối cung và cầu hộ sinh; tăng cường hiệu quả công tác thu thập và phân tích dữ liệu nhằm kịp thời giải quyết các vấn đề như tử vong mẹ và tử vong sơ sinh và vấn đề lạm dụng dịch vụ. Cải thiện việc thiếu hụt thông tin về nhu cầu các dịch vụ y tế và các dịch vụ khác do tư nhân cung cấp.
- **Nguồn nhân lực:** Đẩy mạnh các nỗ lực sắp xếp việc làm cho sinh viên cao đẳng hộ sinh mới tốt nghiệp và có năng lực; nhanh chóng mở rộng hoạt động đào tạo hộ sinh cao đẳng và các hệ cao hơn, đồng thời thực hiện việc đầu tư và đảm bảo chất lượng đào tạo; ngừng đào tạo mới hộ sinh trung cấp và chuyển các nguồn lực cho các trường cao đẳng và đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn cho hộ sinh; tăng cường phối hợp và củng cố các hoạt động đào tạo và giáo dục liên tục cho cán bộ y tế.
- **Tài chính y tế:** Thay đổi các hình thức khuyến khích tài chính bằng cách sửa đổi và liệt kê các loại phí dịch vụ y tế phản ánh các loại dịch vụ hộ sinh. Đảm bảo sự rõ ràng, tính minh bạch trong các khoản thu khi cung cấp dịch vụ và thực hiện thu phí theo gói dịch vụ. Thể hiện rõ ràng minh bạch trong các nguồn tài chính (tài trợ, bảo hiểm y tế, các chương trình mục tiêu) để giảm bớt gánh nặng chi tiêu từ tiền túi cho những gia đình có hoàn cảnh khó khăn. Ban hành các quy định nhằm

- đảm bảo các nguồn tài chính cho đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn và đào tạo liên tục cho hộ sinh, các nguồn này có thể từ học phí học viên đóng góp, từ các cơ sở hộ sinh đang làm việc hoặc từ các nguồn khác.
- **Dược phẩm, thiết bị và cơ sở hạ tầng:** Đảm bảo các cơ sở y tế luôn có sẵn các loại thuốc thiết yếu để sử dụng trong chăm sóc hộ sinh tại tuyến cơ sở, đặc biệt là thuốc dành cho cấp cứu sản khoa tại các cơ sở có thực hiện cung cấp dịch vụ đỡ đẻ; đảm bảo các cơ sở thực hiện đỡ đẻ có đủ các trang thiết bị khám thai và các trang thiết bị phục vụ đỡ đẻ; xây dựng các quy định và các hình thức lựa chọn xét nghiệm nhanh và có que thử sàng lọc các bệnh lây truyền qua đường tình dục (BLTQĐTD) và thử nồng độ protein trong nước tiểu nhằm giảm chi phí và tăng sự sẵn có của các dịch vụ. Đầu tư đầy đủ các thiết bị mô phỏng phục vụ chương trình đào tạo mới, đào tạo nâng cao và đào tạo liên tục cho hộ sinh tại các cơ sở đào tạo và các cơ sở thực hành lâm sàng.
 - **Cung cấp dịch vụ:** Duy trì và mở rộng mạng lưới các dịch vụ thân thiện với TN/VTN, đồng thời dần dần giới thiệu mô hình dịch vụ chăm sóc hộ sinh do hộ sinh chịu trách nhiệm nếu điều kiện nhân sự và các điều kiện khác cho phép; thực hiện việc kiểm định và cấp giấy công nhận các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu của nhà nước và tư nhân cung cấp các dịch vụ đỡ đẻ do hộ sinh thực hiện; nghiên cứu khả năng xây dựng các cơ sở đỡ đẻ thân thiện với mẹ và bé tại Việt Nam; thực hiện các chiến lược truyền thông và các chiến lược khác nhằm nâng cao sự tin tưởng của các gia đình đối với các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu có cung cấp dịch vụ hộ sinh; cần thực hiện các nỗ lực để giới thiệu và hỗ trợ hoạt động của các CĐTB tại các vùng đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống; tăng cường việc thu thập thông tin và có các biện pháp đảm bảo việc tuân thủ thực hiện các hướng dẫn quốc gia và giảm tình trạng lạm dụng một số dịch vụ.







CHƯƠNG 1

Bối cảnh

Mục đích chính của Báo cáo Hộ sinh Việt Nam 2016 là rà soát các xu hướng gần đây và trình bày thực trạng về tình hình hộ sinh ở Việt Nam. Báo cáo được xây dựng để giúp Bộ Y tế có được một bức tranh tổng thể về tình hình hộ sinh ở Việt Nam và làm cơ sở xây dựng Tầm nhìn Hộ sinh 2030 giúp Việt Nam đạt được các mục tiêu phát triển bền vững trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe nói chung và sức khỏe sinh sản nói riêng. Trong các chỉ số về phát triển bền vững trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe sinh sản, một số chỉ số như làm mẹ an toàn, chăm sóc trẻ sơ sinh và một số khía cạnh trong việc phổ cập chăm sóc sức khỏe sinh sản có thể đạt được thông qua việc tăng cường các dịch vụ hộ sinh Việt Nam. Báo cáo này cũng góp phần hỗ trợ việc thực hiện Chiến lược về Dân số và Sức khỏe sinh sản ở Việt Nam giai đoạn 2011-2020 và đóng góp vào quá trình xây dựng chiến lược về Dân số và Sức khỏe sinh sản cho giai đoạn 2021-2030. Phần này trình bày một số thông tin chung về bối cảnh tại Việt Nam.

1.1 Một số thông tin chung

Nhân khẩu học

Dân số Việt Nam năm 2015 là 91,5 triệu người trong đó số phụ nữ trong độ tuổi sinh sản là 24 triệu người (tương đương với 26% dân số) [1]. Dự báo dân số sẽ tiếp tục tăng 12% và đạt 102,9 triệu người vào năm 2030, trong đó số phụ nữ trong độ tuổi sinh sản là 25 triệu người [2]. Khoảng 33,7% dân số hiện đang sống tại khu vực đô thị (Bảng 1) và dự kiến tỷ lệ này sẽ tăng lên 40% tính vào năm 2030.

Việt Nam là một quốc gia có nhiều dân tộc cùng chung sống với sự đa dạng về ngôn ngữ và văn hóa. Các nhóm dân tộc thiểu số chiếm hơn một nửa dân số vùng Trung du và miền núi phía Bắc và hơn 1/3 dân số ở Tây Nguyên – đây là hai vùng có điều kiện địa lý phức tạp và việc tiếp cận tới các cơ sở y tế thường rất khó khăn. Trong địa bàn một xã có thể có nhiều dân tộc khác nhau cùng sinh sống, điều này tạo ra một thách thức không nhỏ đối với cán bộ cung cấp dịch vụ y tế và đòi hỏi họ phải hết sức nhạy cảm đối với những sự lựa chọn/sở thích và những thực hành chăm sóc y tế truyền thống của nhiều dân tộc trên địa bàn.

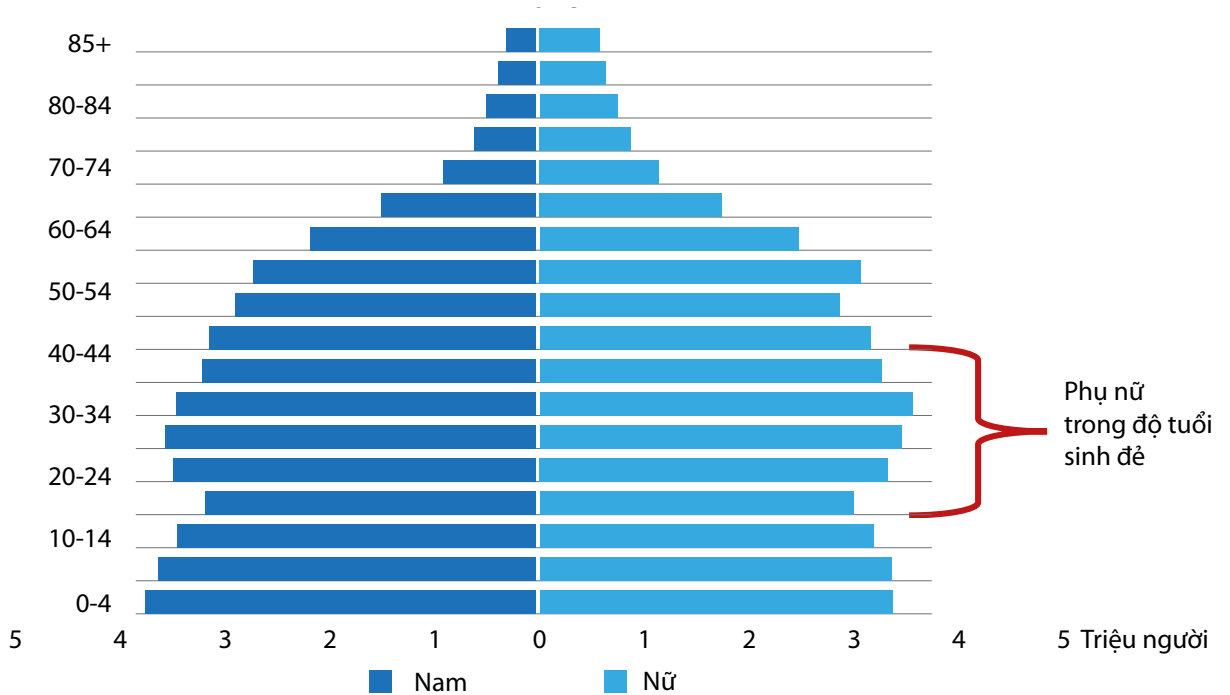
Bảng 1: Một số đặc điểm nhân khẩu học theo vùng kinh tế xã hội, 2015

Địa bàn	Dân số (triệu người)	Dân số sống tại khu vực đô thị (%)	Dân tộc thiểu số (% 2009)	Dân số trên 15 tuổi hoàn thành trung học phổ thông trở lên (%)
Toàn quốc	91,5	33,7	14,3	30,3
Trung du và miền núi phía Bắc	11,8	18,1	54,7	27,6
Đồng bằng sông Hồng	20,9	33,9	1,5	41,0
Bắc Trung bộ và Duyên hải nam trung bộ	19,6	28,2	9,6	29,2
Tây Nguyên	5,6	29,0	35,3	23,0
Đông Nam Bộ	16,0	63,0	6,5	37,0
Đồng bằng sông Cửu Long	17,6	25,0	8,0	15,7

Nguồn: Tổng cục Thống kê. Điều tra sự biến động Dân số và KHHGD 2015; Ban chỉ đạo Tổng điều tra Dân số. Tỷ lệ dân tộc thiểu số trong Tổng điều tra Dân số và nhà ở năm 2009: Kết quả cuối cùng, phần 1: Bảng 5. Hà nội tháng 6, 2010.

Tháp dân số năm 2015 cho thấy phụ nữ trong độ tuổi sinh sản chiếm 50% tổng số phụ nữ trong dân số (Hình 1). Số liệu cũng cho thấy tổng tỷ suất sinh đã giảm và hiện đang ở mức ổn định với tổng số ca sinh hầu như không đổi mỗi năm. Kết quả từ tháp dân số cho thấy sự chênh lệch tỷ số giới tính khi sinh, trong đó tổng số trẻ em trai lớn hơn đáng kể so với tổng số trẻ em gái cho tới nhóm tuổi 20-24.

Hình 1: Tháp dân số Việt Nam 2015



Nguồn: Lấy từ dữ liệu trong bảng 2, trang 138. TCTK, Điều tra Biến động dân số và KHHGD thời điểm 1/4/2015.[1]

Tình hình kinh tế xã hội

GDP tính theo đầu người năm 2015 đạt 45,7 triệu VND, tương đương với mức 2.109 USD. Tăng trưởng GDP thực đạt mức 6,7 % năm 2015. Tỷ lệ đói nghèo giảm từ 14,2% năm 2010 xuống 7% năm 2015. Tỷ lệ đói nghèo tại khu vực đô thị hiện ở mức 2,5%, thấp hơn so với tỷ lệ đói nghèo tại khu vực nông thôn là 9,2%. Khu vực nghèo nhất là Trung du và miền núi phía Bắc với tỷ lệ đói nghèo là 16% và Tây Nguyên với tỷ lệ 11,3% [3]. Gần 6 triệu người hiện đang sinh sống tại những địa bàn như quận, huyện, tỉnh thành khác với nơi mà họ sống trong vòng 5 năm trước. Người di cư chủ yếu ở lứa tuổi từ 20 đến 29 [1].

Hệ thống y tế

Hệ thống y tế của Việt Nam hiện nay là một hệ thống y tế công tư hỗn hợp, có mạng lưới rộng khắp các cơ sở y tế công từ tuyến trung ương tới tuyến xã tại hầu hết các địa phương và các cơ sở y tế tư nhân chủ yếu cung cấp dịch vụ khám

chữa bệnh ngoại trú trong các bệnh viện tư ở một số thành phố lớn. Rất nhiều các cơ sở hiện đang cung cấp các dịch vụ phòng bệnh nhưng chủ yếu việc cung cấp dịch vụ y tế dự phòng thường được thực hiện tại trạm y tế xã. Gần đây, Chính phủ đầu tư nhiều vào các bệnh viện huyện gồm mở rộng và cung cấp trang thiết bị cho các bệnh viện tuyến huyện để các cơ sở này có thể cung cấp được các dịch vụ đa dạng hơn, đảm bảo các cơ sở này có thể đóng vai trò là cơ sở chuyển tuyến đầu tiên.

Hệ thống tài chính y tế Việt Nam là sự hỗn hợp giữa tài chính y tế từ ngân sách của Chính phủ hỗ trợ cho các cơ sở y tế công, bảo hiểm y tế xã hội và chi phí trực tiếp từ tiền túi của người bệnh. Tỷ lệ bao phủ của bảo hiểm y tế năm 2015 đạt 70,95 triệu người, tương ứng với 77% dân số [4]. Chính phủ trợ cấp cho phía cầu dưới hình thức thanh toán phí bảo hiểm y tế cho các nhóm dân cư dễ bị tổn thương như người nghèo, người cao tuổi và trẻ em dưới 6 tuổi. Cục Quản lý Dược quản lý chất lượng và giá thuốc. Cục Quản lý Dược đã đầu tư nhiều vào kiểm soát chất lượng thuốc và

chính sách đấu thầu cạnh tranh liên quan đến việc mua dược phẩm trong các bệnh viện công. Tuy nhiên, những nỗ lực này vẫn thiếu hiệu quả trong việc đảm bảo việc tiếp cận với các loại thuốc thiết yếu, đảm bảo tính hợp lý, sử dụng thuốc an toàn, đặc biệt đối với thuốc kháng sinh.

Hệ thống thông tin y tế

Thông tin y tế chủ yếu được thu thập thông qua khảo sát và hệ thống báo cáo định kỳ. Một số cuộc điều tra/khảo sát chọn mẫu hộ gia đình được thực hiện thường xuyên nhằm thu thập các thông tin quan trọng về các chỉ số về nhân khẩu học¹ và các chỉ số về sức khỏe bà mẹ và trẻ em². Đây là các cuộc điều tra/khảo sát mang tính đại diện trên phạm vi toàn quốc và được coi là dữ liệu có chất lượng. Đôi khi, Bộ Y tế thực hiện khảo sát, thống kê tại các cơ sở y tế nhằm thu thập thông tin về nguồn nhân lực, trang thiết bị và cơ sở hạ tầng cũng như hoạt động cung cấp dịch vụ y tế³. Cục Quản lý Khám và Chữa Bệnh của BYT có cơ sở dữ liệu về đăng ký chuyên môn của tất cả nhân viên y tế, kể cả nữ hộ sinh, có thể là một nguồn thông tin cập nhật thường xuyên về số lượng nhân viên y tế hành nghề, kể cả hộ sinh, trong những năm tới. Hệ thống báo cáo định kỳ về mạng lưới sức khỏe bà mẹ và trẻ em với các thông tin được các cơ sở và địa phương báo cáo hàng năm sẽ bổ sung dữ liệu cho các cuộc điều tra. Các báo cáo sẽ được gửi tới Vụ Sức khỏe Bà

mẹ - Trẻ em theo các mẫu đã thiết kế trước [5]. Ngoài ra, việc thu thập dữ liệu phục vụ các mục đích khác cũng thỉnh thoảng được thực hiện như việc thẩm định các ca tử vong mẹ và tử vong trẻ sơ sinh, đánh giá các yếu tố rủi ro và nguyên nhân tử vong. Hệ thống đăng ký hộ tịch được Bộ Tư pháp quản lý, nhưng vẫn chưa hoàn chỉnh do sự chậm trễ trong công tác báo cáo sinh, tử. Mặc dù hệ thống cấp số chứng minh nhân dân mới cho công dân hiện đang được thực hiện và các cải cách hành chính công cũng ưu tiên vào việc sử dụng hệ thống này, tuy nhiên hệ thống này cũng cần được cải thiện hơn. Hệ thống thông tin y tế hiện tại có nhiều cấu phần, nhưng vẫn thiếu thông tin và vẫn có sự không thống nhất về dữ liệu được thu thập. Các vấn đề này sẽ được trình bày trong phần phân tích sau đây của báo cáo.

1.2 Các vấn đề y tế có liên quan tới hộ sinh

Mức sinh của Việt Nam đã đạt và duy trì ở mức thấp cả ở khu vực thành thị và khu vực nông thôn. Những nỗ lực và thành công của công tác KHHGD đã giúp Việt Nam giảm nhanh mức sinh từ 3,8 năm 1989 xuống còn 2,3 tại thời điểm năm 2001 và sau đó tiếp tục giảm dần và ổn định ở mức sinh thay thế (Hình 2). Tuy nhiên vẫn còn một số sự khác biệt trong tổng tỷ suất sinh giữa các vùng miền và vấn đề này sẽ được thảo luận cụ thể ở Chương 3 của báo cáo.

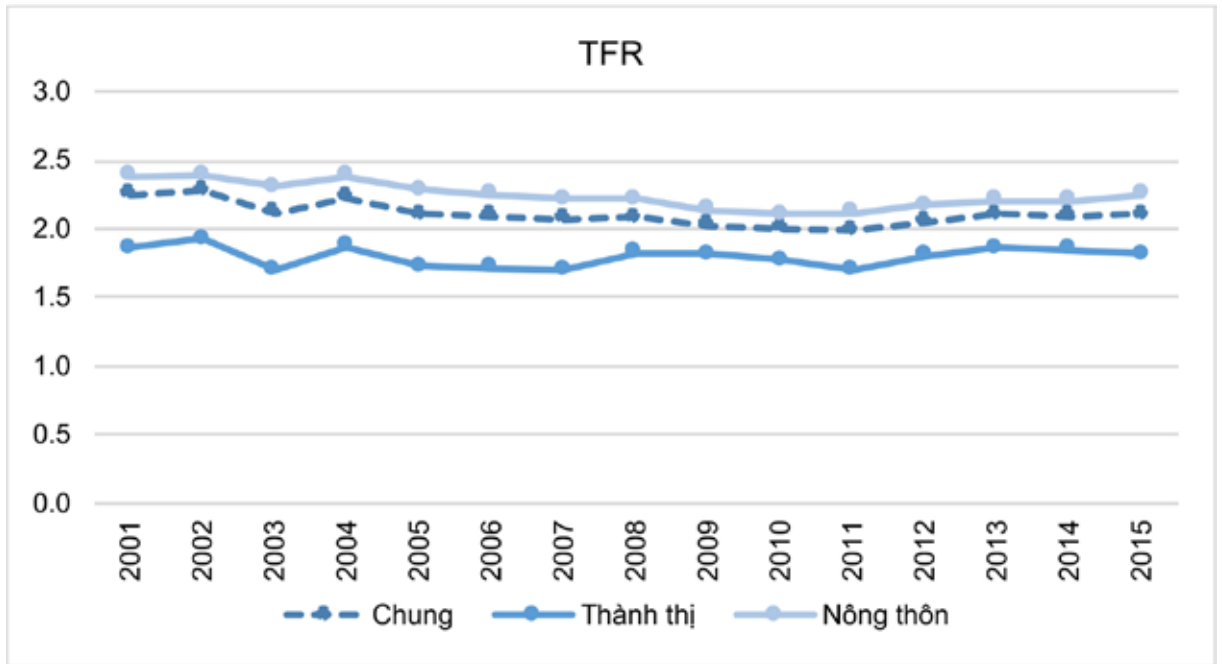


1 Điều tra về Dân số và Kế hoạch hóa gia đình, Tổng điều tra dân số, Điều tra Dân số giữa kỳ

2 Điều tra MICS

3 Khảo sát việc cung cấp dịch vụ chăm sóc Sức khỏe bà mẹ và trẻ em năm 2010 và 2013

Hình 2: Tổng tỷ suất sinh ở Việt Nam, 2001-2015

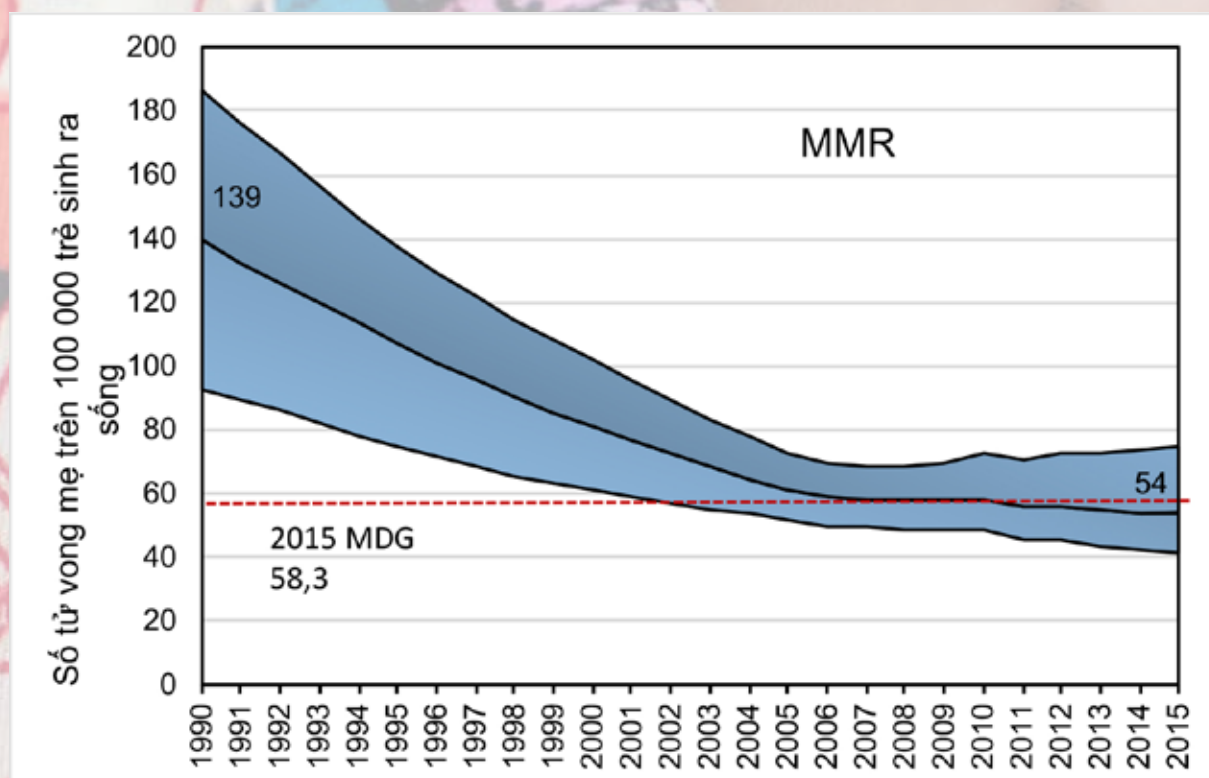


Năm 2014, tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai trên toàn quốc ở phụ nữ đã lập gia đình từ 15 đến 49 tuổi là 75,7%. Tỷ lệ này cao hơn một chút tại khu vực nông thôn (76,8%) so với khu vực thành thị (73,4%). Ước tính nhu cầu tránh thai không được đáp ứng là 6,1% năm 2014 [6], tăng hơn so với tỷ lệ 4,3% vào năm 2011 [7]. Một tỷ lệ tương đối lớn phụ nữ đã lập gia đình ở độ tuổi sinh đẻ hiện đang sử dụng các biện pháp tránh thai truyền thống (18,8%).

Việt Nam đã đạt được nhiều thành tựu trong việc giảm tử vong mẹ, tử vong sơ sinh và tử vong trẻ em. Từ năm 1990 đến năm 2015, tỷ số tử vong mẹ ở Việt Nam đã giảm từ 233 xuống 54, thấp hơn mức của mục tiêu MDG (58.3 ca tử vong mẹ/100.000 ca sinh sống) (Hình 3). Điều này có nghĩa là Việt Nam có khoảng 860 ca tử vong mẹ năm 2015. Tuy nhiên, hiện nay vẫn không có số liệu khẳng định chắc chắn những ước tính này như kết quả thể hiện trên khu vực có màu xanh bên cạnh đường phân cách. Một

vấn đề khác cần chú ý là Việt Nam chưa có các con số ước tính thường niên về tử vong mẹ từ các cuộc điều tra/khảo sát, qua hệ thống báo cáo chính thức của Vụ Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em (Vụ SKBMTE) và qua các kênh thống kê khác.

Hình 3: Tỷ số tử vong mẹ, 1990-2015

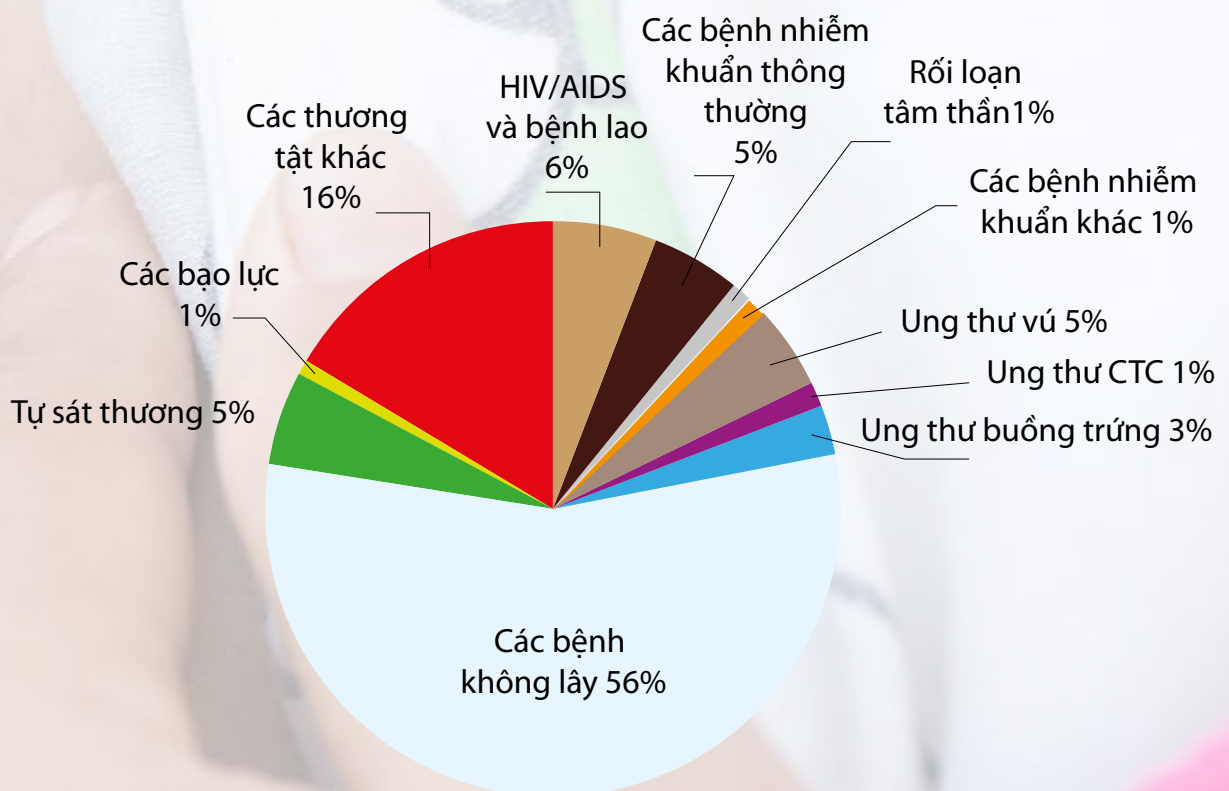


Nguồn: WHO 2015. Xu hướng tử vong mẹ giai đoạn 1990 - 2015: ước tính của WHO, UNICEF, UNFPA, Ngân hàng thế giới và Vụ Dân số của Liên hợp quốc tháng 11, 2015. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>

Tử vong mẹ là một tổn thất lớn cho gia đình và chỉ chiếm 1% tổng số các ca tử vong của phụ nữ trong tuổi sinh sản (Hình 4). Một số nguyên nhân tử vong khác đối với phụ nữ nằm trong phạm vi

công việc của hộ sinh (được đánh dấu bằng màu xanh da trời trong hình 4), bao gồm quản lý và phòng ngừa HIV, sàng lọc và điều trị các bệnh ung thư phụ khoa và bạo lực giới.

Hình 4: Nguyên nhân tử vong của phụ nữ trong độ tuổi 15-49, 2015

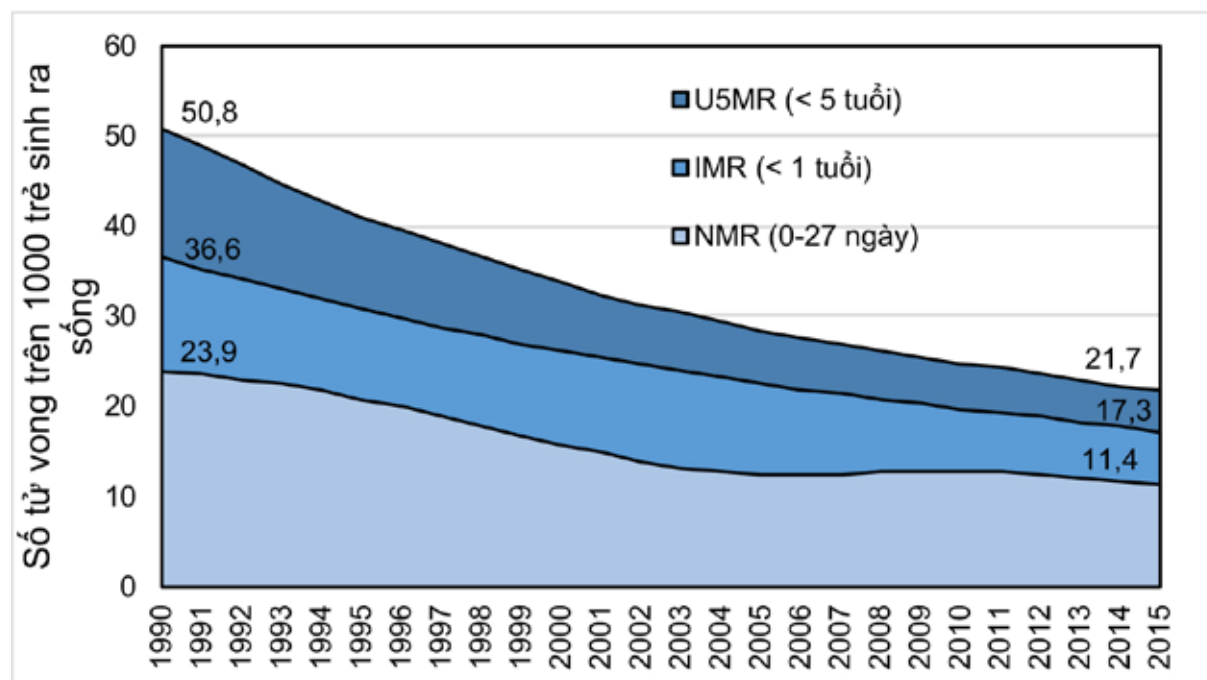


Nguồn: Nghiên cứu về gánh nặng bệnh tật 2015. (GBD 2015) Tuổi thọ, Tỷ lệ tử vong do tất cả các nguyên nhân và tỷ lệ tử vong do từng nguyên nhân 1980-2015. Seattle, Hoa Kỳ: Viện Số liệu và Đánh giá Sức khỏe (IHME), 2016.

Trong cùng giai đoạn 1990-2015, tỷ lệ tử vong sơ sinh ước tính đã giảm từ 23,9 xuống 11,4/1.000 ca sinh sống (Hình 5). Tỷ lệ này tương đương với 16.900 ca tử vong sơ sinh năm 2015. Tử vong sơ sinh chiếm hơn một nửa tổng số tỷ lệ tử vong của trẻ dưới 5 tuổi và chiếm 2/3 tổng số tỷ lệ tử vong ở trẻ dưới 1 tuổi. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng các con số ước tính của Liên hợp quốc phần nào không thống nhất với các con số ước tính của Việt Nam cho giai đoạn 1990 – 2015. Theo ước

tính của Việt Nam, tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh giảm từ 44 xuống 14,7 và tỷ lệ tử vong của trẻ dưới 5 tuổi giảm từ 58 xuống 22,1 và vì vậy đạt được Mục tiêu Thiên niên kỷ đối với chỉ số tử vong sơ sinh (mức yêu cầu là 14,8) nhưng không đạt được Mục tiêu Thiên niên kỷ đối với tỷ lệ tử vong dưới 5 tuổi (mức yêu cầu là 19,3) [1]. Hiện vẫn chưa có số liệu ước tính thống nhất ở cấp quốc gia để mô tả các xu hướng tỷ lệ tử vong sơ sinh ở Việt Nam.

Hình 5: Xu hướng tỷ lệ tử vong trẻ em, sơ sinh và trẻ dưới 1 tuổi 1990-2015

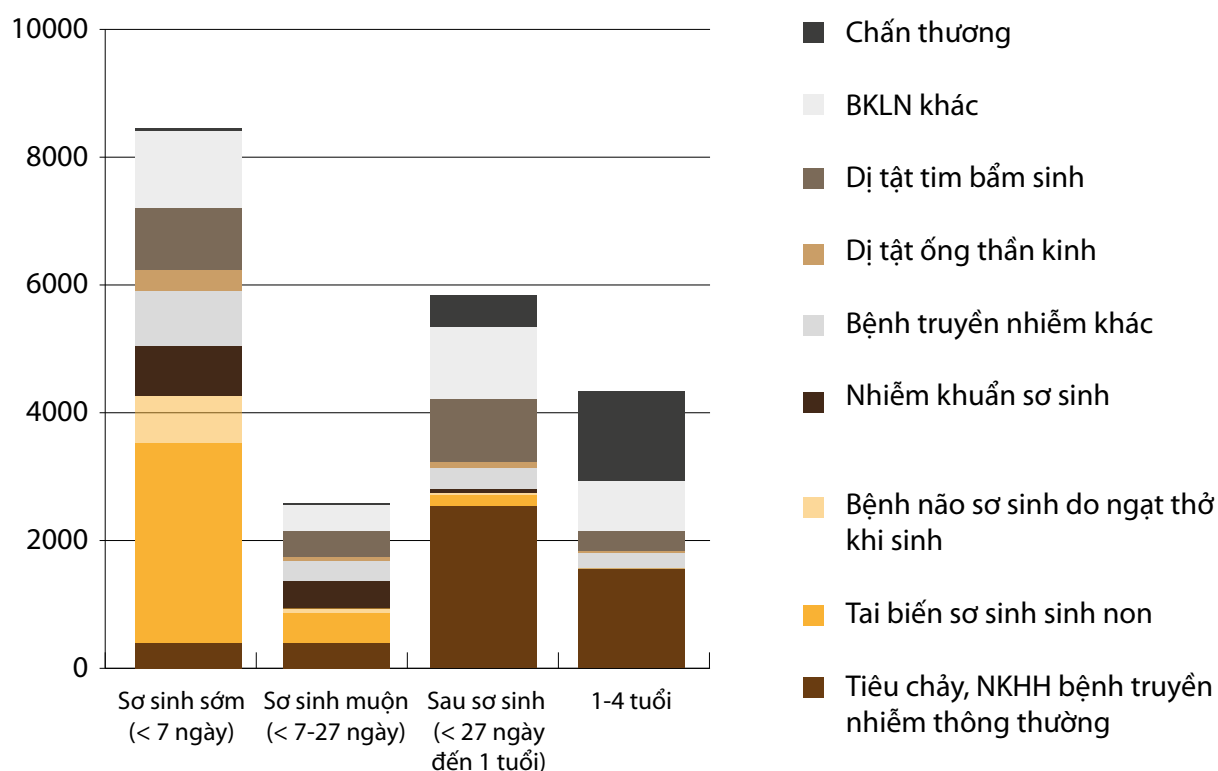


Nguồn: Ước tính tỷ lệ tử vong trẻ em của Nhóm các tổ chức LHQ. Tỷ lệ tử vong của trẻ dưới 5 tuổi, tỷ lệ tử vong của trẻ dưới 1 tuổi, tỷ lệ tử vong sơ sinh và tổng tỷ lệ tử vong. Cập nhật tháng 9, 2015. Download từ địa chỉ: <http://www.childmortality.org>

Nguyên nhân tử vong khác nhau ở các nhóm trẻ dưới năm tuổi (Hình 6). Ngạt thở và nhiễm trùng là những nguyên nhân quan trọng nhưng có thể phòng tránh được đối với nhóm tuổi này [11]. Tử vong sơ sinh do những nguyên nhân này cho thấy những hạn chế trong chất lượng dịch vụ hộ sinh. Lây nhiễm giữa các trẻ cũng là nguyên nhân

chính gây ra tử vong ở trẻ em từ 1 tháng tuổi đến 5 tuổi. Chấn thương là một nguyên nhân khác mà trẻ càng lớn thì khả năng xảy ra càng cao. Dị tật tim bẩm sinh cũng là một nguyên nhân chính gây ra tử vong cho trẻ dưới 5 tuổi. Rất nhiều nguyên nhân gây tử vong trong số này có thể phòng tránh hoặc giảm thiểu.

Hình 6: Nguyên nhân tử vong ở trẻ theo tuổi, 2015



Nguồn: Nghiên cứu về gánh nặng bệnh tật 2015. (GBD 2015) (9). Số liệu lấy ngày 15/11/2016.

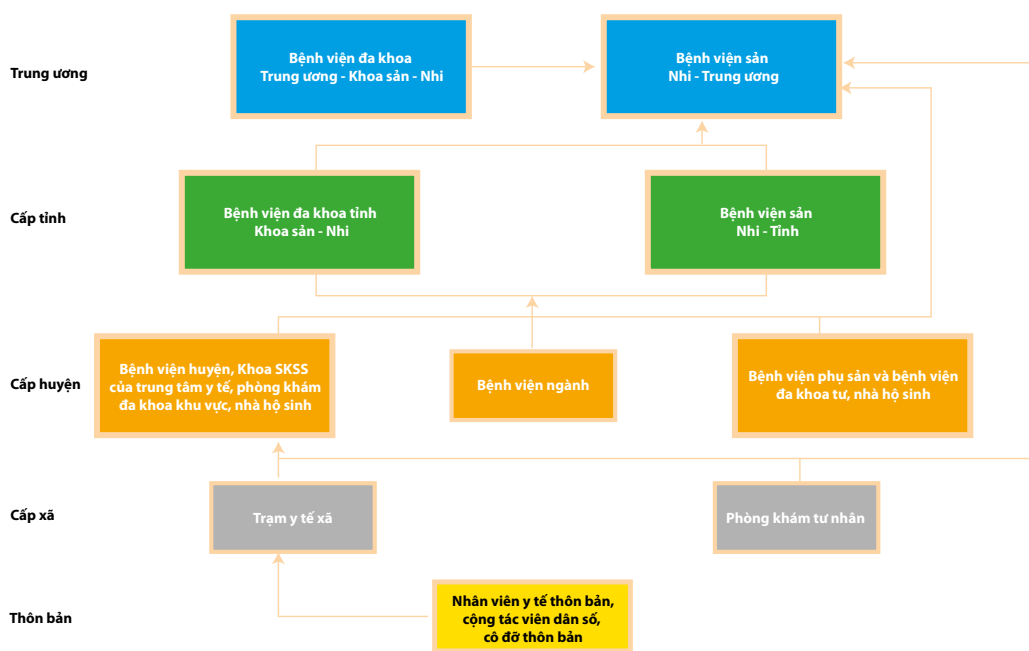
1.3. Hệ thống Y tế cung cấp các dịch vụ hộ sinh

Các cơ sở cung cấp dịch vụ hộ sinh của Việt Nam bao phủ ở mọi khu vực địa lý trên cả nước với sự đa dạng về cơ sở và dịch vụ được cung cấp (Hình 7). Theo Thông tư số 43/2013/TT-BYT, việc cung cấp dịch vụ hộ sinh được thực hiện trong một hệ thống phân cấp với 4 cấp khác nhau, trong đó nhân viên YTTB, hoặc cộng tác viên dân số thực hiện cung cấp dịch vụ tại các khu vực thôn bản vùng sâu vùng xa. Các cơ sở tuyến dưới cung cấp các dịch vụ cơ bản, còn cơ sở tuyến cao hơn cung cấp các dịch vụ kỹ thuật chuyên biệt hơn như đã được quy định trong Thông tư số 14/2014/TT-BYT và Quyết định số 385/2001/QĐ-BYT về các dịch vụ SKSS. Việc chuyển tuyến được quy định trong Thông tư số 14/2014/TT-BYT. Mạng lưới chuyển tuyến có sẵn ở các cơ sở cấp thấp để chuyển tuyến bệnh nhân đến các cơ sở chuyển tuyến được chỉ định khi nhu cầu điều trị cho bệnh nhân vượt quá khả năng của cơ sở. Tuy nhiên, bệnh nhân có thể bỏ qua một tuyến y tế bất kỳ để tìm kiếm sự chăm sóc họ mong muốn,

thường là ở một bệnh viện tuyến cao hơn so với mức độ bệnh tật.

Khu vực tư nhân ngày càng đóng vai trò quan trọng hơn trong hoạt động cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản ở tuyến cơ sở, tuyến huyện và thậm chí cả tuyến trung ương. Tuy nhiên, hiện nay chúng ta có rất ít thông tin về số lượng các cơ sở tư nhân thực hiện cung cấp các dịch vụ chăm sóc SKSS và số lượng bác sỹ công tác tại các cơ sở này. Vì vậy khó có thể đánh giá sự đóng góp của các cơ sở này vào lĩnh vực chăm sóc sức khỏe sinh sản trong nước. Có thể thấy trên Hình 7, các phòng khám tư nhân thực hiện cung cấp dịch vụ tương đương tại tuyến cơ sở, các bệnh viện tư nhân thực hiện việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tương đương bệnh viện tuyến huyện. Một số bệnh viện tư nhân cung cấp các dịch vụ chăm sóc sản khoa có sử dụng các trang thiết bị công nghệ cao – các cơ sở này có thể được xếp ngang với các bệnh viện tuyến tỉnh. Ngoài ra hiện có một số Nhà hộ sinh tư đang hoạt động, tuy nhiên nhóm nghiên cứu chưa có cơ hội thu thập được các thông tin có liên quan đến các cơ sở này.

Hình 7: Cấu trúc của cơ sở y tế cung cấp dịch vụ SKSS, SKBMT và hệ thống chuyển tuyến năm 2016



Nguồn: Trích từ Thông tư số 43/2013/TT-BYT ngày 11/12/2013 của Bộ Y tế quy định việc phân tuyến các dịch vụ kỹ thuật cho các cơ sở dịch vụ y tế ở các cấp khác nhau.

Bảng 2 cho thấy sự phân bố rộng khắp của các cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc SKSS giữa các vùng miền trong cả nước. Kết quả cũng cho thấy sự đa dạng trong loại hình cơ sở cung cấp dịch vụ, tập trung chủ yếu tại các tuyến cung cấp các

dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu. Điều này hoàn toàn phù hợp với Tầm nhìn Hộ sinh 2030 và với chương trình hiện tại của Bộ Y tế nhằm tăng cường chăm sóc sức khỏe ban đầu và đảm bảo chăm sóc sức khỏe gắn với người dân hơn.

Bảng 2: Các cơ sở công cung cấp các dịch vụ chăm sóc SKSS theo vùng kinh tế - xã hội, 2013

Loại hình cơ sở	Đồng bằng sông Hồng	Miền núi phía Bắc	Bắc TB và DHMT	Tây Nguyên	Đông Nam bộ	ĐBSCL	Tổng số
Bệnh viện sản/nhi tuyến trung ương †	2	0	0	0	3	0	5
Bệnh viện đa khoa có khoa sản hoặc khoa nhi tuyến trung ương *	1	2	3	0	0	1	7
Bệnh viện đa khoa có khoa sản hoặc khoa nhi tuyến tỉnh.	32	27	36	10	18	33	156
Bệnh viện sản (bệnh viện công) tuyến tỉnh	6	1	1	0	2	1	11
Bệnh viện nhi (bệnh viện công) tuyến tỉnh	5	1	2	0	3	1	12
Bệnh viện sản/nhi (bệnh viện công) tuyến tỉnh	4	2	2	0	0	1	9
Bệnh viện huyện hoặc trung tâm y tế huyện	124	144	169	61	69	131	698
Bệnh viện huyện (Niên giám thống kê 2014 ‡)	114	137	153	54	62	109	629
Phòng khám đa khoa khu vực	105	199	106	51	43	91	595
Phòng khám đa khoa khu vực (Niên giám thống kê 2014)	82	195	76	50	54	87	544
TYTX	2493	2340	2901	720	868	1583	10905
TYTX (Niên giám thống kê 2014)	2462	2547	2899	721	872	1600	11101

*Bệnh viện E, Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên, Bệnh viện đa khoa Ung thư, bệnh viện Việt Nam-Cuba Đồng Hới, bệnh viện đa khoa Huế, Bệnh viện đa khoa Quảng Nam, bệnh viện đa khoa Cần Thơ (từ trang web của Bộ y tế)

†Bệnh viện Từ Dũ, Bệnh viện nhi đồng I và Bệnh viện nhi đồng II tại thành phố Hồ Chí Minh là các bệnh viện được Bộ Y tế chỉ định là các bệnh viện chuyển tuyến hàng đầu.

‡ Một số huyện có trung tâm y tế kết hợp cung cấp cả các dịch vụ bệnh viện và các dịch vụ chăm sóc dự phòng, trong khi một số huyện khác có bệnh viện và trung tâm y tế riêng biệt. Các huyện không có bệnh viện huyện có thể có các trung tâm y tế cung cấp dịch vụ chăm sóc bệnh nhân nội trú, tuy nhiên số liệu thống kê về loại hình này không đầy đủ

Nguồn: Vụ SKBMTE, BYT, Báo cáo Khảo sát cập nhật tình hình mạng lưới chăm sóc sức khỏe sinh sản 2013 [5]. Niên giám thống kê y tế của BYT, 2014 [12] (HSY)

Bên cạnh hệ thống y tế chính cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản như đã mô tả ở sơ đồ trên đây, Việt Nam còn có hai hệ thống chuyên ngành khác đang cung cấp dịch vụ bổ sung cho hệ thống y tế.

Mạng lưới dân số và kế hoạch hóa gia đình hiện đang thực hiện công tác tư vấn về các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. Mạng lưới này do Tổng cục Dân số và KHHGD quản lý và mỗi tỉnh có một Chi cục Dân số và KHHGD. Tuyển huyện có các Trung tâm Dân số-KHHGD ở tất cả các huyện, có cán bộ chuyên trách về Dân số-KHHGD ở tất cả các TYTX, và 167.185 cộng tác viên dân số hiện đang làm việc tại thôn bản và tổ dân cư⁴. Hệ thống này thực hiện đồng thời việc phân phối trực tiếp thuốc tránh thai và bao cao su, nhưng giới thiệu khách hàng tới các cơ sở trong hệ thống y tế để tiến hành các biện pháp tránh thai lâm sàng như triệt sản, đặt dụng cụ tử cung, thuốc tiêm tránh thai và que cấy tránh thai.

Gói kết hợp các dịch vụ sức khỏe sinh sản, BLTQĐTĐ, HIV/AIDS và phòng chống lây nhiễm từ mẹ sang con đã được xây dựng và sẽ triển khai tại các TYTX, các Trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản tuyến tỉnh và tại hai mạng lưới khác là các trung tâm dịch vụ phòng chống HIV/AIDS và các trung tâm dịch vụ liên quan đến NKLQTĐTD (chủ yếu là trung tâm bệnh da liễu và trung tâm bệnh xã hội tuyến tỉnh) (Theo Quyết định 2295 / QĐ-BYT (2016) của Bộ Y tế). Cục Phòng chống HIV/AIDS Việt Nam quản lý mạng lưới phòng chống HIV/AIDS với 63 Trung tâm HIV/AIDS tuyến tỉnh. Ngoài ra còn có một mạng lưới rộng lớn bao gồm 1.350 trung tâm xét nghiệm và tư vấn tự nguyện ở tất cả các huyện trong cả nước và 312 trung tâm điều trị ARV⁵. Kế hoạch tổng thể mạng lưới dịch vụ khám và điều trị các bệnh da liễu đã được ban hành vào năm 2015 (5656 / QĐ-BYT) và kế hoạch mở rộng các cơ sở chuyên khoa da liễu cung cấp dịch vụ ở tất cả các tuyến, bao gồm các dịch vụ phòng ngừa, chẩn đoán và điều trị các BLTQĐTĐ.

4 QĐ BYT số 2177/QĐ-BYT ngày 27/6/2011 Chương trình tổng thể Bao cao su tại Việt Nam giai đoạn 2011-2020.

5 VAAC. Cập nhật tình hình điều trị bệnh nhân HIV/AIDS trên toàn quốc 6 tháng năm 2015. updated 2/3/2015 truy cập tại <http://vaac.gov.vn/solieu/Detail/Cap-nhap-tinh-hinh-dieu-tri-benh-nhan-HIV-AIDS-tren-toan-quoc-6-thang-nam-2015>

6 CĐTĐ còn được gọi là hộ sinh dân tộc là một chính sách chỉ áp dụng ở các vùng phụ nữ dân tộc không đến trạm y tế xã để khám thai và sinh đẻ. Tuy nhiên, trong Thông tư 26, hộ sinh là một tên gọi chỉ dùng cho hộ sinh được đào tạo chuyên nghiệp chính thức, nên tên gọi Cô đỡ thôn bản phù hợp hơn.

1.4. Khuôn khổ pháp lý đối với nghề và dịch vụ hộ sinh

Chiến lược Sức khỏe sinh sản quốc gia giai đoạn 2001-2010 đã mở đầu cho một giai đoạn thực hiện các hoạt động chuyên sâu và cải tiến nhanh chóng trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản, kể cả những nỗ lực nhằm giảm bớt sự bất bình đẳng trong các kết quả về sức khỏe, đặc biệt đối với các nhóm dân cư yếu thế và có hoàn cảnh khó khăn. Tiếp theo là Chiến lược Dân số-SKSS 2011-2020 hiện đang được thực hiện. Chiến lược này có phạm vi toàn diện hơn đối với các mục tiêu về sức khỏe sinh sản. Chiến lược này được thực hiện thông qua việc xây dựng và thực hiện một loạt các kế hoạch hành động và chương trình quốc gia 5 năm và 10 năm (Bảng 3). Cả hai kế hoạch hành động để thực hiện Chiến lược về Dân số và SKSS đều nhấn mạnh việc giảm tử vong mẹ và trẻ sơ sinh và tiếp tục ưu tiên các vùng có điều kiện khó khăn. Chiến lược đào tạo và sử dụng CĐTĐ vẫn được duy trì và tiếp tục được thực hiện⁶.

Đồng thời các kế hoạch hành động cũng nhấn mạnh đến việc đảm bảo sự sẵn có của bác sĩ sản khoa tuyến huyện – đây là tuyến đầu tiên hỗ trợ các trường hợp chuyển tuyến từ tuyến dưới. Các chiến lược và kế hoạch hành động quốc gia này trong thời gian đầu tập trung vào việc đạt được các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ. Năm 2014, sau khi hoàn thành một số Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định 5438/QĐ-BYT về tăng cường xây dựng và thực hiện chính sách để duy trì sự thành công của các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ về y tế. Năm 2015, Bộ đã ban hành Chỉ thị 01/CT-BYT tiếp tục thực hiện các hoạt động nhằm giảm tỷ lệ tử vong mẹ và trẻ em để hoàn thành các mục tiêu phát triển thiên niên kỷ. Kế hoạch hành động quốc gia giai đoạn 2016-2020 hiện đang hướng sự tập trung của ngành y tế vào việc thực hiện các mục tiêu phát triển bền vững.

Bảng 3: Một số chính sách lớn tác động tới các dịch vụ hộ sinh và hộ sinh

Mã chính sách	Tên chính sách	Hộ sinh có được để cập trong chính sách không
Quyết định số 136/2000/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ban hành ngày 28/11/2000	Phê duyệt "Chiến lược quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản giai đoạn 2001-2010"	Không
Quyết định số 2013/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ngày 14/11/2011	Phê duyệt Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản Việt Nam 2011 – 2020 (thay thế văn bản số 136/2000/QĐ-TTg)	Không
Quyết định số 2718/QĐ-BYT của Bộ y tế ngày 2/8/ 2012	Phê duyệt Kế hoạch hành động quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản, tập trung vào làm mẹ an toàn và chăm sóc sơ sinh giai đoạn 2011-2015	Có, bao gồm cả cô đỡ thôn bản và đảm bảo kỹ năng trong công tác hộ sinh tại trạm y tế xã
Quyết định số 5438/QĐ-BYT của Bộ Y tế ngày 30/12/2014	Ban hành Chương trình hành động của ngành y tế triển khai thực hiện Nghị quyết số 05/NQ-CP ngày 13/1/2014 của Chính phủ về đẩy mạnh thực hiện các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ trong lĩnh vực y tế	Không
Chỉ thị số 01/CT-BYT của Bộ Y tế ngày 9/1/ 2015	Tăng cường chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh nhằm giảm tử vong mẹ và trẻ sơ sinh	Có
Quyết định số 4177/QĐ-BYT của Bộ Y tế ngày 3 /8/2016	Phê duyệt Kế hoạch hành động quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản tập trung vào làm mẹ an toàn và chăm sóc sơ sinh giai đoạn 2016-2020	Có
Quyết định số 1613/2002/QĐ-BYT của Bộ Y tế ngày 3/5/ 2002	Phê duyệt Kế hoạch hành động quốc gia về tăng cường công tác chăm sóc điều dưỡng-hộ sinh giai đoạn 2002-2010	Điều dưỡng kết hợp với hộ sinh
Quyết định số 1215/QĐ-BYT của Bộ Y tế ngày 12 /4/2013	Ban hành Chương trình hành động quốc gia về tăng cường công tác chăm sóc điều dưỡng-hộ sinh đến năm 2020	Có
Quyết định số 153/2006/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ngày 30/6/ 2006	Phê duyệt Kế hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và Tầm nhìn đến năm 2020	Có
Quyết định số 122/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ngày 10/1/2013	Phê duyệt Chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2020, tầm nhìn đến 2030	Có (các chỉ số cho CHC)
Kế hoạch số 139/KH-BYT của Bộ Y tế ngày 1/3/ 2016	Kế hoạch bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân giai đoạn 2016-2020	Có, tập trung vào đào tạo
Thông tư số 26/2015/TTLT-BYT của Bộ Y tế, Nội vụ	Quy định mã số, tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật y khoa	Có, quy định tiêu chuẩn trình độ đào tạo, tiêu chuẩn năng lực, nhiệm vụ của hộ sinh các cấp
Quyết định số 2992 của Bộ Y tế ngày 17/7/2015	Phê duyệt Kế hoạch phát triển nhân lực trong hệ thống khám bệnh, chữa bệnh giai đoạn 2015-2020	Không đề cập tới hộ sinh

Trong khi nhiều chiến lược và chính sách về sức khỏe sinh sản nói trên tập trung vào các dịch vụ hộ sinh, chỉ có ba văn bản về hộ sinh được ban hành. Văn bản đầu tiên là Kế hoạch hành động quốc gia về tăng cường công tác điều dưỡng và hộ sinh giai đoạn 2002-2010 đã đưa ra các mục tiêu nhằm đảm bảo cung cấp các dịch vụ chăm sóc toàn diện cho bệnh nhân tại các cơ sở y tế và mở rộng các dịch vụ chăm sóc tới gia đình và cộng đồng, song song với nỗ lực tiến tới đạt tiêu chuẩn khu vực và hội nhập toàn cầu. Năm 2013, Kế hoạch hành động được cập nhật đến năm 2020, với những mục tiêu tương tự, nhưng chuyển trọng tâm từ cung cấp dịch vụ toàn diện sang vấn đề an toàn, chất lượng và khả năng đáp ứng nhu cầu và đảm bảo sự hài lòng của khách hàng, trong khi tiếp tục các nỗ lực đưa các tiêu chuẩn về hộ sinh của Việt Nam ngang hàng với tiêu chuẩn của khu vực và toàn cầu. Văn bản thứ ba là Thông tư 26/2015/TTLT-BYT-BNV của Liên bộ Y tế và Nội vụ. Đây là một văn bản có vai trò hết sức quan trọng quy định phạm vi công việc và yêu cầu chuyên môn đối với hộ sinh. Văn bản này được ban hành nhằm mục đích giúp Việt Nam đáp ứng được các chuẩn mực mà ASEAN đưa ra trong lĩnh vực hộ sinh. Văn bản này chú trọng tới nhu cầu đào tạo nâng cao cho đội ngũ hộ sinh hiện đang hành nghề. Trước mắt, văn bản này có thể gây ra sự gián đoạn không nhỏ trong việc cung cấp dịch vụ hộ sinh vì nó hạn chế khá nhiều phạm vi công việc của hộ sinh tốt nghiệp hệ cao đẳng và trung cấp vì lực lượng hộ sinh này hiện là những cán bộ có vai trò quan trọng trong cung cấp dịch vụ chăm sóc SKSS tại tuyến cơ sở.

Sự quan trọng của hộ sinh và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản trong ngành y tế cũng được đề cập trong những chiến lược tổng thể y tế quốc gia, kế hoạch tổng thể ngành y tế và kế hoạch 5 năm ngành y tế. Tuy nhiên, điều khá ngạc nhiên là nội dung của Kế hoạch phát triển nguồn nhân lực cho ngành y tế giai đoạn 2015-2020 (một kế hoạch mà báo cáo này sẽ cung cấp những đóng góp đầu vào đáng kể) lại không đề cập gì tới lực lượng hộ sinh. Việc trao quyền và phân cấp trong việc cung cấp dịch vụ, đào tạo cán bộ y tế, đào tạo liên tục cho cán bộ y tế, quản lý cán bộ y tế và tài chính y tế đã được triển khai, tuy nhiên điều này có thể gây ra những khó khăn cho việc thực hiện các chiến lược và kế hoạch quốc gia vì mỗi địa phương sẽ xác định các ưu tiên và thực hiện phân bổ nguồn lực khác nhau.





Chương 2

Phương pháp nghiên cứu

Báo cáo Hộ sinh Việt Nam (BCHS) được xây dựng trên cơ sở các khung phân tích có sẵn, các phương pháp và các khái niệm cơ bản đã được sử dụng trong Báo cáo Hộ sinh Thế giới (BCHSTG) 2014. Các phương pháp nghiên cứu cụ thể được sử dụng trong việc phát triển báo cáo này được Quỹ Dân số Liên hợp quốc (UNFPA) khuyến nghị như trong điều khoản tham chiếu của nghiên cứu và bao gồm cả việc kết hợp thu thập số liệu sơ cấp và thứ cấp và phân tích định lượng và định tính.

2.1. Cơ sở của xây dựng báo cáo

BCHS 2016 đã được xây dựng dựa theo cấu trúc và định hướng của các Báo cáo Hộ sinh Thế giới 2011 và 2014 [13,14]. Dịch vụ hộ sinh là cấu phần quan trọng nhất trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, sức khỏe tình dục, chăm sóc bà mẹ, chăm sóc trẻ sơ sinh (CSSKSS/SKTD/BMTSS). Trong báo cáo BCHS, dịch vụ hộ sinh được định nghĩa là các dịch vụ y tế hỗ trợ và chăm sóc cho phụ nữ và trẻ sơ sinh, bao gồm chăm sóc sức khỏe sinh sản, sức khỏe tình dục, đặc biệt chăm sóc trong khi có thai, trong khi sinh và sau khi sinh [14]. Vì Việt Nam thực hiện chiến lược chăm sóc sức khỏe ban đầu hướng đến đạt được các Mục tiêu phát triển bền vững, nên dịch vụ hộ sinh và các dịch vụ do hộ sinh cung cấp có vai trò sống còn. Nghiên cứu này rất cần thiết để cung cấp bằng chứng nền tảng cho việc phát triển các dịch vụ CSSKSS trong tương lai.

Mặc dù báo cáo này có phạm vi khá rộng mô tả hiện trạng của dịch vụ hộ sinh và lực lượng hộ sinh ở Việt Nam kể từ khi bắt đầu thực hiện Chiến lược Quốc gia về CSSKSS đầu tiên vào năm 2001, nhưng mục đích chính của báo cáo là đóng góp vào việc xây dựng và thực hiện các chiến lược liên quan đến phát triển nguồn nhân lực cho công tác CSSKSS/SKTD ở Việt Nam và đây là một phần trong sự hỗ trợ chung của UNFPA cho Việt Nam. Chính vì vậy, báo cáo tập trung sâu vào việc đào tạo chuyên môn, sử dụng hộ sinh và khung chính sách liên quan đến hộ sinh và dịch vụ hộ sinh. Báo cáo khuyến khích cách tiếp cận coi hộ sinh là trung tâm trong cung cấp dịch vụ CSSKSS do hộ sinh có vai trò rất quan trọng trong việc cải thiện rất nhiều lĩnh vực CSSKSS ở Việt Nam. Nếu hộ sinh được đào tạo và được thực hành theo các chuẩn mực quốc tế, họ có thể cung cấp được 87% các dịch vụ chăm sóc tối quan trọng nhất cho phụ nữ và trẻ sơ sinh [15].

2.1.1. Báo cáo tình trạng Hộ sinh Thế giới và khung phân tích

Với những nỗ lực và hợp tác thông qua sự điều phối của UNFPA, năm 2011, lần đầu tiên một Báo cáo Tình trạng Hộ sinh Thế giới (BCHSTG) đã được xây dựng với sự tham gia của gần 30 các nhà nghiên cứu hàng đầu, các tổ chức phi chính phủ, các cơ quan quốc tế và các đối tác phát triển trong lĩnh vực chăm sóc SKSS, sức khỏe bà mẹ và trẻ em (SKBMTE). Dựa trên những bằng chứng và phân tích mới thực hiện gần đây, báo cáo này đã xác định các thách thức và chỉ ra những giải pháp khả thi nhằm củng cố các dịch vụ hộ sinh trên toàn cầu. Năm 2014, BCHSTG lần thứ hai được xuất bản thông qua sự hợp tác của những đối tác nói trên để cung cấp các dữ liệu cập nhật và các đồng thuận về thực hành hộ sinh tốt nhất. Mục đích chính là để hỗ trợ đối thoại chính sách giữa các nước đang phát triển và các nước phát triển, đẩy nhanh tiến độ đạt được các Mục tiêu thiên niên kỷ trong y tế, và đề ra chương trình nghị sự về phát triển cho giai đoạn sau năm 2015. Cùng với việc công bố hai BCHSTG, có hai loạt bài báo trong Tạp chí Lancet cung cấp nền tảng quan trọng cho sự phát triển lĩnh vực hộ sinh bao gồm loạt bài của Lancet 2014 về Hộ sinh và loạt bài của Lancet 2016 về Sức khỏe Bà mẹ.

Thuật ngữ “dịch vụ hộ sinh” và “người hộ sinh” – người được đào tạo kỹ năng để cung cấp dịch vụ hộ sinh – đã được định nghĩa trong BCHSTG 2014 và Tạp chí Lancet. Các khái niệm này được sử dụng xuyên suốt trong BCHS Việt Nam (Hộp 1).

Hộp 1: Định nghĩa về hộ sinh và dịch vụ hộ sinh

Tổ chức Lao động Quốc tế định nghĩa hộ sinh là những người có chuyên môn và nghiệp vụ chính trong cung cấp dịch vụ hộ sinh [16]. Liên đoàn Hộ sinh quốc tế (ICM) đã định nghĩa công việc của hộ sinh, những yêu cầu về năng lực, và tiêu chuẩn giáo dục và kỹ năng cơ bản cho hộ sinh [17].

Hộ sinh là những người đã hoàn thành chương trình giáo dục về hộ sinh – chương trình được công nhận tại quốc gia sở tại và chương trình đó được thiết kế dựa trên những năng lực thiết yếu cho thực hành hộ sinh cơ bản do Liên đoàn Hộ sinh quốc tế (ICM) ban hành và dựa trên khung quy định các tiêu chuẩn toàn cầu về đào tạo hộ sinh do ICM ban hành. Hộ sinh là những người đạt các trình độ yêu cầu sau khi tốt nghiệp để có thể thực hiện việc đăng ký/xin cấp giấy phép hành nghề hộ sinh và họ sẽ có chức danh là “hộ sinh”. Hộ sinh phải thể hiện được năng lực của mình khi thực hiện các công việc hộ sinh [18].

Dịch vụ Hộ sinh được định nghĩa là “Việc chăm sóc có kỹ năng, có kiến thức và thể hiện sự nhiệt tình đối với phụ nữ khi mang thai, trẻ sơ sinh và gia đình của họ trong những giai đoạn từ trước khi mang thai, trong khi mang thai, sinh con, sau sinh và những tuần đầu tiên của cuộc đời. Những đặc điểm cơ bản bao gồm tối ưu hóa quá trình sinh học, tâm lý, xã hội và văn hóa của việc sinh sản và sơ sinh, kịp thời phòng tránh và kiểm soát các biến chứng, hội chẩn và chuyển tuyến, tôn trọng hoàn cảnh và quan điểm cá nhân mỗi cá nhân phụ nữ, phối hợp với phụ nữ nhằm nâng cao khả năng tự chăm sóc của họ và của gia đình họ [15]”.

Dịch vụ hộ sinh được nhiều loại cán bộ y tế khác nhau, bao gồm hộ sinh được đào tạo 2 và 3 năm, các bác sĩ sản phụ khoa, các bác sĩ đa khoa, các y sĩ sản nhi, điều dưỡng và cô đỡ thôn bản cung cấp. Kinh nghiệm quốc tế cho thấy, công tác hộ sinh có liên quan đến việc sử dụng hiệu quả hơn các nguồn lực và kết quả được cải thiện tốt hơn khi công tác này được những hộ sinh, là những người đã được giáo dục, được đào tạo, được cấp giấy phép hành nghề, được luật pháp qui định và làm việc trong một nhóm liên ngành hiệu quả và kết nối với các cơ sở y tế và cộng đồng, cung cấp. Khi người hộ sinh được tạo điều kiện để cung cấp việc chăm sóc liên tục thì kết quả sẽ tốt hơn cho tất cả các giai đoạn của thai kỳ, kể cả việc sẽ có ít can thiệp hơn trong lúc sinh con (ít bị gây tê hơn hoặc ngạt sơ sinh, sặc nước ối, cắt tầng sinh môn và để có can thiệp bằng dụng cụ như forcep), số phụ nữ bị đẻ non, chết chu sinh hoặc chết sơ sinh sẽ ít hơn [19]. Khi phụ nữ có thai liên tục được chăm sóc hộ sinh, họ sẽ có xu hướng đẻ đường dưới qua âm đạo nhiều hơn và bày tỏ sự hài lòng của họ cao hơn và tỉ lệ nuôi con bằng sữa mẹ được duy trì. Loạt bài trên tạp chí Lancet về hộ sinh đã cung cấp cơ sở và bằng chứng về sự chuyển đổi mang tính hệ thống đối với các dịch vụ chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh, từ chỗ tập trung vào việc xác định và điều trị các bệnh lý lâm sàng sang chăm sóc cho tất cả mọi người, theo hướng dự phòng và hỗ trợ, và chỉ điều trị bệnh khi cần thiết, thông qua nhóm nhiều chuyên ngành và được kết nối giữa các cơ sở y tế và cộng đồng. Hộ sinh và dịch vụ hộ sinh có vai trò then chốt trong thực hiện cách tiếp cận này [15].

BCHSTG đã đưa ra một khung mới cho các hoạt động cung cấp dịch vụ chăm sóc SKSS/SKTD/ BMTSS và chăm sóc sức khỏe sinh sản vị thành niên (CSSKSSVTN) lấy phụ nữ làm trung tâm và được gọi là Lộ trình Hộ sinh 2030 (Xem Phụ lục

1, được tóm tắt trong Hình 8). Trong lộ trình này nhấn mạnh đến vai trò sống còn của hộ sinh đối với chăm sóc sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ và trẻ em trong bối cảnh lồng ghép giữa CSSKSS và chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Hình 8: Lộ trình Hộ sinh 2030

Trước khi mang thai	Trong khi mang thai	Trong khi sinh	Sau khi sinh
<ul style="list-style-type: none"> - Giáo dục toàn diện về giới tính - Phòng ngừa HIV/ NKĐTD - Duy trì tốt sức khỏe và dinh dưỡng - Kế hoạch hóa gia đình bằng việc sử dụng các biện pháp tránh thai hiệu quả 	<ul style="list-style-type: none"> - Duy trì sức khỏe và dinh dưỡng cho mẹ và thai nhi - Khám thai (ít nhất 4 lần trong thời gian mang thai) bao gồm việc chuẩn bị trước khi sinh, xây dựng kế hoạch khi sinh để có thể xử trí nếu như có biến chứng xảy ra. - Thực hiện chăm sóc hỗ trợ và phòng ngừa trong thời gian mang thai nhằm đảm bảo sức khỏe cho mẹ và thai nhi. Thực hiện điều trị một cách hiệu quả các biến chứng hoặc các tình huống không có lợi cho mẹ và thai nhi trong trường hợp cần thiết - Tư vấn và chăm sóc về việc phá thai 	<ul style="list-style-type: none"> - Tiếp cận với các dịch vụ sinh đẻ khi bắt đầu chuyển dạ - Cung cấp các dịch vụ hộ sinh với sự tôn trọng và hỗ trợ nhằm ngăn ngừa các tình huống không có lợi khi sinh - Cung cấp các dịch vụ với đủ trang thiết bị, vật tư y tế và thuốc và dễ dàng tiếp cận với các dịch vụ cấp cứu sản khoa trong trường hợp cần thiết - Tham gia vào việc quyết định và lựa chọn cách thức chăm sóc cho mẹ và trẻ sơ sinh - Có kinh nghiệm trong việc nói “không” với việc sử dụng các biện pháp can thiệp không cần thiết trong suốt quá trình sinh nở - Tiếp cận với các dịch vụ chuyên khoa nếu có biến chứng xảy ra 	<ul style="list-style-type: none"> - Cho con bú sữa mẹ ngay sau khi sinh, hỗ trợ việc nuôi con bằng sữa mẹ theo sự lựa chọn của người mẹ - Cung cấp thông tin và hỗ trợ việc chăm sóc trẻ sơ sinh và trẻ em - Cung cấp thông tin về KHHGĐ để giảm khoảng cách sinh - Hỗ trợ việc tiếp cận với các dịch vụ y tế bao gồm dịch vụ tìm chủng tại các mốc thời gian đã xác định. Cung cấp việc chăm sóc nếu bị trầm cảm sau sinh

Lộ trình Hộ sinh 2030-con đường đảm bảo sức khỏe, đưa ra quan điểm thống nhất quốc tế về tầm nhìn của phạm vi các dịch vụ mà người hộ sinh nên thực hiện nhằm đạt được các kết quả tối ưu cho người mẹ, cho trẻ em và cho hoàn bộ hệ thống y tế. Đặc biệt tầm nhìn quốc tế về vai trò của người hộ sinh bao gồm:

- Người hộ sinh được đào tạo đầy đủ, có trang thiết bị cần thiết, vật tư tiêu hao và thuốc và được giám sát hỗ trợ có thể cung cấp được 87% các dịch vụ thiết yếu về SKSS;
- Người hộ sinh duy trì một mối quan hệ liên tục và thân thiện với sản phụ trước khi họ mang thai, trong suốt quá trình họ mang thai, trong thời gian sinh và sau khi sinh. Họ là những người đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo sức khỏe cho bà mẹ và trẻ em kể cả sức khỏe tinh thần và các khía cạnh xã hội. Hộ sinh đóng vai trò quan trọng trong việc phát hiện sớm các rủi ro, hỗ trợ việc tìm kiếm các dịch vụ chăm sóc chuyên khoa khi cần thiết và góp phần vào việc giảm tỷ lệ tử vong mẹ và trẻ sơ sinh.
- Người hộ sinh không chỉ cung cấp các dịch vụ chăm sóc trước sinh và hỗ trợ khi sinh, mà còn có thể gia nhập cung cấp các dịch vụ về chăm sóc sức khỏe tình dục, các dịch vụ về KHHGĐ, góp phần vào việc phát hiện bạo lực gia đình, tư vấn trong việc ngăn ngừa việc phá thai vì lý do lựa chọn giới tính, tư vấn việc chăm sóc trẻ sơ sinh và trẻ em và có thể cung cấp các dịch vụ thân thiện thanh niên và vị thành niên.

Lộ trình Hộ sinh bao gồm 10 điểm (Xem Hộp 2) và sẽ được phân tích về mối liên hệ với hộ sinh Việt Nam trong các phần của BCHS 2016.

Hộp 2: Mười điểm phục vụ cho sự phát triển của ngành Hộ sinh giai đoạn từ nay tới năm 2030

1. Tất cả phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, bao gồm cả vị thành niên, được tiếp cận phổ cập với các dịch vụ chăm sóc Hộ sinh khi cần (nội dung đầu tiên và thứ hai của UHC). (Phần 3.3 về Khả năng tiếp cận)
2. Chính phủ phải thể hiện trách nhiệm và tạo ra một môi trường chính sách hỗ trợ. (Phần 3.6 khuôn khổ pháp lý)
3. Chính phủ và hệ thống y tế phải thể hiện trách nhiệm và tạo ra một môi trường hoàn toàn thuận lợi (Phần 3.2 Sự sẵn có)
4. Hoạt động thu thập và phân tích thông tin được lồng ghép trong việc cung cấp và phát triển dịch vụ (Phần 3.5 Chất lượng)
5. Chăm sóc hộ sinh cần được ưu tiên trong phân bổ ngân sách quốc gia; tất cả phụ nữ đều được hưởng sự bảo vệ phổ cập về tài chính (Nội dung thứ ba của Tiếp cận phổ cập sức khỏe). (Phần 3.3 Khả năng tiếp cận)
6. Các dịch vụ hộ sinh có thể được cán bộ y tế, cán bộ y tế kiêm nhiệm hoặc cán bộ y tế không chuyên cung cấp. (Phần 3.2 Sự sẵn có của dịch vụ)
7. Chăm sóc hộ sinh tuyến ban đầu nên được đặt gần nơi phụ nữ và gia đình họ cư trú và có thể thực hiện chuyển tuyến sang dịch vụ chăm sóc ở cấp cao hơn mà không có bất kỳ trở ngại nào. (Phần 3.3 tiếp cận dịch vụ)
8. Hỗ trợ cho đội ngũ cán bộ hộ sinh tại cộng đồng và tại các bệnh viện thông qua việc đào tạo có chất lượng, ban hành các chính sách, quản lý nguồn nhân lực và các nguồn khác hiệu quả. (Phần 3.2 và 3.5)
9. Tất cả các cán bộ y tế đều cung cấp và được tạo điều kiện để cung cấp các dịch vụ chăm sóc có chất lượng và tôn trọng khách hàng. (Phần 3.4 Sự chấp nhận dịch vụ)
10. Các hiệp hội nghề nghiệp thể hiện vai trò lãnh đạo các thành viên để thúc đẩy các hoạt động chăm sóc có chất lượng thông qua việc vận động, xây dựng chính sách và hợp tác. (Phần 3.5 Chất lượng)

Để có thể đảm bảo cách thức tiếp cận tôn trọng nhân quyền, báo cáo này hỗ trợ những quyền của phụ nữ như sau:

- Tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc SKSS có chất lượng (tiếp cận về mặt địa lý, hỗ trợ tài chính)
- Được cung cấp đầy đủ thông tin để hiểu các nguy cơ, lợi ích của từng biện pháp can thiệp và quyết định xem có chấp nhận biện pháp can thiệp hay không.
- Đảm bảo chất lượng của dịch vụ (hiệu quả, phù hợp với nhu cầu, không quá thừa hoặc quá thiếu dịch vụ và thể hiện sự tôn trọng khách hàng).

Báo cáo này cũng hỗ trợ xây dựng một tầm nhìn bình đẳng khi cung cấp dịch vụ chăm sóc hộ sinh trên nhiều khía cạnh:

- Phụ nữ dù sinh sống tại khu vực nào cũng có thể tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc thiết yếu có chất lượng và có quyền lựa chọn chuyển tuyến nếu cần.
- Phụ nữ nghèo không gặp rào cản về mặt tài chính khi tiếp cận với các dịch vụ chăm

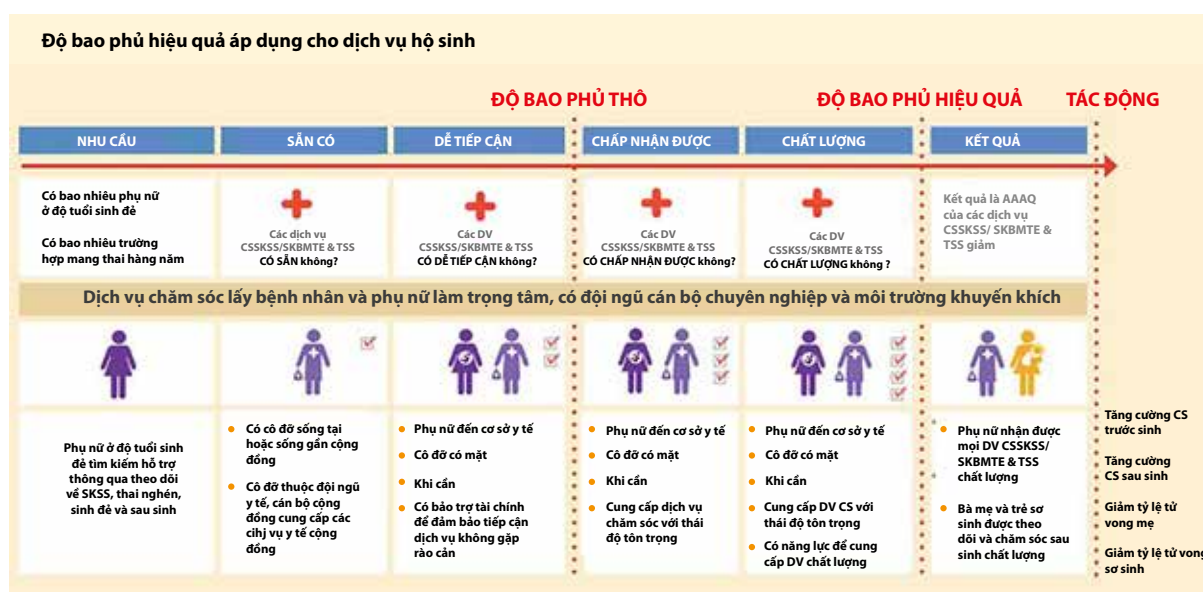
sóc SKSS

- Phụ nữ dân tộc thiểu số có thể tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc SKSS tôn trọng sự lựa chọn của họ
- Thanh niên và VTN có thể tiếp cận các dịch vụ chăm sóc SKSS/SKTD, được hỗ trợ để phòng ngừa bệnh tật và duy trì SKSS/SKTD.


2.1.2. Cấu trúc của Báo cáo Hộ sinh 2016

BCHS 2016 sử dụng khung bao phủ dịch vụ hiệu quả của BCHSTG 2014 như trình bày ở Hình 9. Khung toàn diện này tập trung sự chú ý vào 10 nền tảng của Lộ trình Hộ sinh 2030- con đường đảm bảo sức khỏe (Hộp 2 ở trên). Nó bắt đầu với các nhu cầu của phụ nữ đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản và sức khỏe bà mẹ và kết thúc bằng những thành tựu trong sử dụng dịch vụ chăm sóc trước khi sinh và sau khi sinh và giảm thiểu tỷ lệ tử vong mẹ và trẻ sơ sinh. Mặc dù sự sẵn có của các dịch vụ là một hợp phần của khung, khả năng tiếp cận, khả năng chấp nhận và chất lượng chăm sóc là những hợp phần được chú trọng đặc biệt vì đây là các hợp phần đóng vai trò tối quan trọng trong đảm bảo các dịch vụ hộ sinh đạt được các kết quả mong muốn.

Hình 9: Khung về độ bao phủ hiệu quả của dịch vụ hộ sinh



Nguồn: Jim Campbell, ICS Integrate. Phỏng theo Campbell và các tác giả khác, 2013 [25], Colston, 2011 [22]



Khung về độ bao phủ hiệu quả rất toàn diện và cho phép kết hợp các vấn đề đặc biệt liên quan đến chất lượng của khung chăm sóc sức khỏe cho bà mẹ và trẻ sơ sinh được trình bày trong Tạp chí Lancet [15]. Khung này cũng bao gồm ba lĩnh vực chính hỗ trợ cho sự phát triển hộ sinh gồm đào tạo, pháp lý và hội chuyên môn hiệu quả.

2.1.3. Phạm vi của Báo cáo Hộ sinh

Báo cáo Hộ sinh đề cập đến chuyên ngành hộ sinh và dịch vụ hộ sinh do hộ sinh và cán bộ y tế khác cung cấp. Phạm vi dịch vụ hộ sinh trong báo cáo này bao gồm phòng tránh có thai, các dịch vụ phá thai, phòng, khám phát hiện và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục, nhiễm khuẩn đường sinh sản, chăm sóc trong khi có thai; phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, trong khi sinh con, và sau khi sinh. Phạm vi rộng hơn của SKSS/SKTD, sức khỏe bà mẹ và trẻ em như nam học, điều trị vô sinh, chăm sóc khi mãn kinh, chăm sóc cho trẻ em sau giai đoạn sơ sinh, phát hiện bạo lực gia đình và chuyển gửi và lựa chọn giới tính sẽ không được phân tích sâu trong báo cáo, mặc dù một phần trong phạm vi hành nghề và nội dung đào tạo của hộ sinh Việt Nam cũng bao gồm các nhóm dịch vụ này. Báo cáo ghi lại các kết quả từ 2001, tuy nhiên phần lớn nội dung của báo cáo sẽ tập trung vào phân tích

các xu hướng và tình hình hiện nay, chủ yếu từ năm 2010 (thời điểm xây dựng Chiến lược quốc gia về Dân số - Sức khỏe sinh sản) cho đến nay.

2.1.4. Khung khái niệm và phân tích trong Báo cáo Hộ sinh Việt Nam 2016

Báo cáo Hộ sinh Việt Nam 2016 có nhiều điểm tương đồng với các báo cáo về “Tình trạng Hộ sinh Thế giới” nói chung và cũng sử dụng các bộ công cụ để đánh giá tình hình thực tế. Báo cáo rà soát các bằng chứng khoa học để đưa ra các bài học tốt nhất kết hợp với quá trình tham vấn có sự tham gia của các bên, bao gồm người hộ sinh, khách hàng và các đối tượng liên quan khác.

Hiện tại, Việt Nam đang trong giai đoạn chuyển tiếp từ mô hình chăm sóc hộ sinh truyền thống sang mô hình chăm sóc hộ sinh mới hơn. Trong giai đoạn chuyển tiếp này, Việt Nam đang đối mặt với rất nhiều thách thức quan trọng để có thể thực hiện được việc hiện đại hóa chăm sóc hộ sinh vào năm 2030 theo hướng mô hình chăm sóc do hộ sinh chịu trách nhiệm như mô tả trong Hình 10. Tuy nhiên, đây là giai đoạn thích hợp để chúng ta tiếp tục các nỗ lực này vì nhiều chính sách và chương trình khác cũng đang được xây dựng phù hợp với tầm nhìn hộ sinh này đặc biệt là mô hình bác sỹ gia đình và tăng cường chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Hình 10: Mô hình chăm sóc Hộ sinh Việt Nam trong giai đoạn chuyển tiếp

Mô hình chăm sóc hộ sinh	Mô hình chăm sóc y khoa
Định nghĩa Sinh đẻ	
<ul style="list-style-type: none"> Sinh đẻ là một sự kiện mang tính xã hội, là một phần bình thường trong cuộc đời của một người phụ nữ. Sinh đẻ là công việc của người phụ nữ và gia đình mình Phụ nữ là người trải qua một sự kiện làm thay đổi cuộc đời khi sinh đẻ 	<ul style="list-style-type: none"> Sinh đẻ là một quá trình có thể mang yếu tố bệnh lý Sinh đẻ là công việc của bác sỹ, điều dưỡng, hộ sinh và các cán bộ có chuyên khoa khác. Người phụ nữ chính là bệnh nhân.
Nơi sinh	
<ul style="list-style-type: none"> Tại nhà hoặc các địa điểm quen thuộc khác. Là một hệ thống chăm sóc không mang tính gò bó, chính thống. 	<ul style="list-style-type: none"> Bệnh viện, môi trường không quen thuộc với sản phụ. Hệ thống chăm sóc ngành dọc và quan liêu
Nguyên tắc và phương thức thực hiện	
<ul style="list-style-type: none"> Coi sinh đẻ là một quá trình toàn diện Chia sẻ trong quá trình ra quyết định giữa người chăm sóc và người sinh con Không có sự phân biệt rõ ràng giữa người phụ nữ sinh con và người chăm sóc Có mối quan hệ bình đẳng Các thông tin được chia sẻ với thái độ mang tính chăm sóc Mỗi lần khám thai trước khi sinh có thời gian dài và chuyên sâu hơn Có sự hỗ trợ tốt về mặt tinh cảm/tinh thần Sử dụng ngôn ngữ và hình ảnh quen thuộc Nhận thức các ý nghĩa về mặt tâm linh khi sinh nở Tin vào sự trôi chảy khi sinh, sử dụng công nghệ một cách phù hợp trong trường hợp cần thiết. 	<ul style="list-style-type: none"> Được đào tạo để tập trung vào các khía cạnh y khoa trong quá trình sinh đẻ. Chăm sóc mang tính “chuyên môn” thể hiện sự độc đoán Thường có sự phân biệt rõ ràng giữa bác sỹ sản khoa và bệnh nhân Quan hệ phân cấp trên và dưới Các thông tin về sức khỏe, bệnh tật và mức độ rủi ro không được chia sẻ với khách hàng một cách đầy đủ Việc chăm sóc quá sơ sài, không thiết kế riêng cho một cá nhân nào cả Ít hỗ trợ về tinh thần Sử dụng ngôn ngữ chuyên môn y khoa Không chú trọng tới động viên tinh thần khi sinh hoặc xem việc đó là điều đáng xấu hổ Coi trọng công nghệ, thường không đưa ra được bằng chứng là công nghệ cải thiện kết quả đầu ra trong sinh đẻ.

Nguồn: www.birthlink.com/resources/midwife-versus-medical.html

2.1.5. Các đối tác trong quá trình xây dựng Báo cáo Hộ sinh Việt Nam

Báo cáo Hộ sinh Việt Nam 2016 được hai chuyên gia tư vấn quốc tế, một người hiện đang ở Việt Nam và người hiện đang ở Úc xây dựng. Một chuyên gia tư vấn có kiến thức rộng về hệ thống y tế của Việt Nam và một chuyên gia hộ sinh có rất nhiều kinh nghiệm quốc tế cả về lý thuyết và thực hành trong lĩnh vực Hộ sinh và có kinh nghiệm làm việc ở Việt Nam trước đây. Hai chuyên gia tư vấn đã phối hợp chặt chẽ với nhau qua Skype và email và làm việc với nhau một tuần tại Việt Nam.

Quá trình nghiên cứu và xây dựng báo cáo được thực hiện trên cơ sở phối hợp chặt chẽ với UNFPA và một nhóm tham vấn với các thành viên từ 6 Tổng cục, Cục và vụ chuyên môn của Bộ Y tế, gồm Tổng cục Dân số-KHHGD, Vụ Kế hoạch-Tài chính; Cục quản lý Khám chữa bệnh, Cục Khoa học, Công nghệ và Đào tạo, Vụ SKBMTE, và Vụ Tổ chức-Cán bộ. Mục đích quan trọng và cao nhất của báo cáo là cung cấp cho Bộ Y tế các kết quả đánh giá thực trạng hiện nay về hộ sinh Việt Nam và cung cấp bằng chứng cho việc vận động và xây dựng các chính sách và chiến lược liên quan đến hộ sinh. Báo cáo ưu tiên trả lời các vấn đề đang được các nhà lập chính sách và quản lý lĩnh vực chuyên ngành hộ sinh quan tâm.

2.2. Những phương pháp nghiên cứu sử dụng trong báo cáo

Nghiên cứu này đã đánh giá tình hình hiện tại và sự tiến bộ mà Việt Nam đã đạt được trong các thập kỷ trước đây trong việc đạt các Mục tiêu Thiên niên kỷ về sức khỏe bà mẹ và trẻ em cũng như xác định được những thách thức hiện tại ảnh hưởng đến việc đạt được những mục tiêu này. Phương pháp phân tích bao gồm việc rà soát hệ thống hộ sinh của Việt Nam (bao gồm công tác đào tạo, các văn bản và quy định, hiệp hội nghề nghiệp và dịch vụ) theo các chuẩn mực thực hành tốt nhất dựa trên bằng chứng mà đã được các viện nghiên cứu, các cơ quan quốc tế, các đối

tác phát triển, các tổ chức NGO và các tổ chức khác sử dụng trong quá trình xây dựng Báo cáo Hộ sinh thế giới và các bộ công cụ liên quan. Sự so sánh này đã giúp xác định những thiếu hụt và các rào cản để đạt được Tầm nhìn Hộ sinh 2030 của Việt Nam.

2.2.1 Nguồn số liệu thứ cấp và tài liệu nghiên cứu có sẵn

Báo cáo rà soát nhiều tài liệu nghiên cứu về các vấn đề liên quan đến hộ sinh có sẵn tại Việt Nam, trong đó có nhiều nghiên cứu do UNFPA tiến hành, tài liệu nghiên cứu được công bố quốc tế cũng như các báo cáo và nghiên cứu khác của Việt Nam. Tài liệu nghiên cứu quốc tế bao gồm các thực hành hộ sinh dựa trên bằng chứng, các chuẩn quốc tế và so sánh quốc tế. Điều này giúp việc đánh giá sự tiến bộ của hộ sinh Việt Nam theo thời gian và so sánh giữa chuẩn quốc tế và Việt Nam trong việc cung cấp dịch vụ hộ sinh và đồng thời xác định những lĩnh vực mà Việt Nam đã có được những tiến bộ lớn và các lĩnh vực còn phải cải thiện hơn.

Việt Nam có rất nhiều cuộc điều tra quốc gia về các vấn đề liên quan đến nhân khẩu và hộ sinh. Các cuộc Tổng Điều tra Dân số và Nhà ở được thực hiện 10 năm một lần và dữ liệu có sẵn cho các năm 1989, 1999, 2009. Các cuộc điều tra nhân khẩu học giữa kỳ giữa các cuộc Tổng Điều tra Dân số và Nhà ở được thực hiện vào các năm 1994, 2004 và 2014. Ngoài ra, còn có cuộc Điều tra Biến động Dân số và Kế hoạch hóa gia đình được thực hiện hàng năm. Các cuộc Điều tra nhân khẩu và y tế được thực hiện tại Việt Nam vào các năm 1988, 1997, 2002, và 2005. Cùng thời gian đó, các cuộc điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ (MICS) bắt đầu được thực hiện, bao gồm các cuộc điều tra trong các năm 1994, 2000, 2006, 2011, 2014. Các cuộc điều tra nhân khẩu và y tế không được thực hiện nữa khi MICS cũng đưa ra các chỉ số sức khỏe bà mẹ và sức khỏe sinh sản có liên quan. Các cuộc khảo sát mức sống hộ gia đình Việt Nam được thực hiện hàng năm từ năm 2002 và có những thông tin hữu ích về bảo hiểm y tế để sử dụng trong việc phân tích khả năng tiếp cận. Các Điều tra Quốc

gia về Thanh niên Việt Nam bổ sung những số liệu quan trọng cho các cuộc điều tra nói trên, đặc biệt là thông tin tập trung vào thanh niên, vị thành niên, thanh niên chưa lập gia đình và là những người thường không được hỏi những câu hỏi nhạy cảm trong các cuộc điều tra lớn hơn. Điều tra Quốc gia về Thanh niên Việt Nam được thực hiện hai lần năm 2003 và 2009.

Hệ thống quản lý thông tin y tế cung cấp số liệu thống kê thu thập hàng năm thông qua hệ thống báo cáo thống kê định kỳ và các cuộc điều tra nội bộ của Bộ Y tế, bao gồm một loạt các chỉ số về sức khỏe bà mẹ trẻ em do Vụ SKBMTE thu thập và do các tỉnh báo cáo hàng năm. Tuy nhiên, số liệu liên quan đến sức khỏe bà mẹ trẻ em từ các bệnh viện trung ương hiện vẫn chưa được đưa vào hệ thống báo cáo do Vụ SKBMTE quản lý. Kết quả của hai cuộc điều tra đánh giá tình hình nguồn nhân lực và dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em do Vụ SKBMTE thực hiện năm 2010 và 2013 được sử dụng để xây dựng báo cáo hộ sinh này [5,20]. Những ai quan tâm về hai cuộc điều tra này có thể liên hệ với Vụ SKBMTE để xin báo cáo và thông tin về phương pháp và thiết kế mẫu điều tra. Số liệu từ Niên giám thống kê y tế cũng được sử dụng cho báo cáo này, nhưng nhiều số liệu được lưu giữ nội bộ trong Bộ Y tế để lập kế hoạch, theo dõi, đánh giá và xây dựng chính sách. Mặc dù có nhiều cố gắng để đảm bảo thu được thông tin từ khu vực tư nhân, thông tin liên quan đến năng lực và mức độ sẵn có của các dịch vụ do khu vực tư nhân cung cấp rất hạn chế, điều này đã giới hạn nỗ lực của các tác giả trong việc cung cấp bằng chứng về tính sẵn có, sự tiếp cận, sự chấp nhận và chất lượng của những dịch vụ này.

Việt Nam có nhiều văn bản chính sách liên quan đến hộ sinh, kể cả các chính sách cụ thể về đào tạo hộ sinh, năng lực, phạm vi công việc, các hướng dẫn và tiêu chuẩn nghề nghiệp. Ngoài ra, nhiều chính sách có tác động đối với hộ sinh, chẳng hạn như Luật Bảo hiểm Y tế, Luật Giáo dục và Luật Khám chữa bệnh. Những chính sách này đã được liệt kê trong Phụ lục 5 của báo cáo này, và được phân tích trong các phần có liên quan.

2.2.2. Phỏng vấn cá nhân và thảo luận nhóm tập trung

Trong chuyến công tác 5 ngày tại Việt Nam vào cuối tháng 10/2016, nhóm nghiên cứu đã sử dụng các phương pháp nghiên cứu định tính để thu thập thông tin liên quan đến đào tạo, sử dụng và khung pháp lý liên quan đến hộ sinh và dịch vụ chăm sóc bà mẹ. Một bộ câu hỏi đã được thiết kế trước để tập trung thảo luận về các vấn đề quan trọng cần phải được giải quyết trong bản báo cáo. Trong chuyến công tác này, các cuộc phỏng vấn thu thập thông tin đã được thực hiện với hầu hết các đơn vị có liên quan của Bộ Y tế bao gồm Vụ SKBMTE, Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Tổng cục Dân số - KHHGD, Vụ Tổ chức - Cán bộ và Cục Khoa học, Công nghệ và Đào tạo. Đoàn nghiên cứu cũng thực hiện các chuyến làm việc tại một TYTX, một bệnh viện huyện, một bệnh viện khu vực, một bệnh viện chuyên khoa sản tuyến thành phố và một bệnh viện phụ sản tư nhân. Điều này giúp cho nhóm nghiên cứu tiếp xúc với các nhân viên và các sinh viên hộ sinh đang tham gia thực hành lâm sàng. Đáng tiếc là thời gian không cho phép để phỏng vấn khách hàng tại các cơ sở. Nhóm nghiên cứu cũng làm việc với trường Cao đẳng Y Hà Nội, nơi đang thực hiện hai chương trình đào tạo hộ sinh hệ ba năm và hai năm để tiếp xúc và trao đổi với các giảng viên và sinh viên nhằm và quan sát các cơ sở đào tạo và phòng thí nghiệm mô phỏng.

Một cuộc thảo luận nhóm tập trung được tiến hành với thành viên của một số tổ chức phi chính phủ hoạt động tích cực trong lĩnh vực hộ sinh. Những người tham gia thảo luận trước hết trả lời một cuộc điều tra ngắn về các vấn đề liên quan đến việc chăm sóc tôn trọng khách hàng và sau đó tham gia vào cuộc thảo luận nhóm tập trung nhằm tìm hiểu quan điểm của họ về chăm sóc tôn trọng khách hàng trong vai trò của những người cung cấp dịch vụ, những người vận động và người sử dụng dịch vụ hộ sinh. Nhóm nghiên cứu cũng làm việc với Trường Đại diện của Marie Stopes International và các cán bộ phụ trách chương trình y tế của Ngân hàng Thế giới và Liên minh châu Âu. Sau một tuần làm việc tích cực, chúng tôi đã trình bày những kết quả sơ bộ ban đầu và nhận được những phản hồi hữu ích để giúp làm rõ những quan điểm của những người được phỏng vấn và những vấn đề khác. Đáng tiếc là cuộc phỏng vấn đại diện của Hội hộ sinh Việt Nam (VAM) không thực hiện được, nên các kết quả và khuyến nghị của chúng tôi liên quan đến tổ chức quan trọng này bị hạn chế. Phụ lục 1 cung cấp danh sách các đối tác mà nhóm nghiên cứu đã làm việc trong quá trình thu thập số liệu.

2.2.3. Khảo sát trực tuyến các cơ sở đào tạo y tế

Các nguồn số liệu có sẵn không có thông tin về kế hoạch đào tạo nâng cấp đội ngũ nhân lực hộ sinh có trình độ trung cấp 2 năm thành đội ngũ hộ sinh được đào tạo theo chương trình hộ sinh cao đẳng trong 3 năm. Ngoài ra, do chương trình đào tạo hộ sinh hệ 3 năm chỉ được bắt đầu vào năm 2010, nên cần phải đánh giá việc thực hiện đầy đủ các chương trình giảng dạy mới này cũng như các khó khăn và trở ngại để mở rộng các chương trình đào tạo một cách suôn sẻ. Vì vậy, sau khi thảo luận với các bên liên quan, chúng tôi đã quyết định thực hiện một cuộc khảo sát các cơ sở đào tạo y khoa để tìm hiểu kế hoạch của họ về đào tạo hộ sinh ở các chương trình đào tạo khác nhau. Đối với các trường hiện

đang thực hiện chương trình hộ sinh cao đẳng 3 năm, chúng tôi đã tìm hiểu các điều kiện và các rào cản mà các trường gặp phải trong việc thực hiện chương trình đào tạo này. Cuộc điều tra này được gọi là “Điều tra hộ sinh 2016” trong các phần sau của báo cáo.

Một danh sách gồm tất cả các cơ sở đào tạo y khoa và y tế từ đại học, cao đẳng và trung cấp đã được lấy từ phiên bản trực tuyến của tài liệu “Những điều cần biết về tuyển sinh đại học, cao đẳng và trung cấp dạy nghề”⁷ do Bộ GD-ĐT phát hành. Năm 2016, có tổng cộng 32 trường đại học, 49 trường cao đẳng và 75 trường trung cấp y tế đã đăng ký sẽ đào tạo bác sĩ, điều dưỡng và hộ sinh. Trong số các trường này, chương trình đào tạo hộ sinh cao đẳng 3 năm được thực hiện ở các trường đại học và cao đẳng, nhưng không có ở các trường trung cấp; trong khi đào tạo hộ sinh trung cấp 2 năm có ở các trường cao đẳng và trường trung cấp y tế. Vì số lượng các trường đào tạo hộ sinh không lớn và vì không có thông tin về các kế hoạch đào tạo hộ sinh của họ, chúng tôi quyết định thực hiện một cuộc điều tra toàn bộ, mà không phải là khảo sát nhỏ.

Với tình hình đa dạng của các trường y khoa và y tế, chúng tôi quyết định thiết kế ba mẫu phiếu khảo sát bổ sung cho nhau nhưng phù hợp nhất cho tất cả các cơ sở đào tạo khác nhau. Mẫu phiếu số 3 là một mẫu chuyên sâu được thiết kế để thu thập thông tin từ tất cả các trường đại học và cao đẳng có chương trình đào tạo hộ sinh hoặc điều dưỡng sản khoa cao đẳng 3 năm. Dựa trên danh sách các cơ sở đào tạo y khoa, mẫu số 3 được dùng cho 3 trường đại học và 15 trường cao đẳng. Đối với các trường đại học không thực hiện chương trình đào tạo hộ sinh cao đẳng 3 năm, mẫu phiếu số 1 được thiết kế để hỏi về chương trình hiện tại liên quan đến hộ sinh bậc cử nhân và kế hoạch mở chương trình đào tạo hộ sinh cao đẳng 3 năm của họ trong tương lai. Và cuối cùng, đối với tất cả các trường trung cấp và các trường cao đẳng y tế hiện không cung cấp chương trình đào tạo hộ sinh cao đẳng 3 năm, mẫu số 2 được thiết kế để hỏi một lần nữa về chương trình đào tạo hộ sinh trung cấp (nếu có)

7 Những điều cần biết về tuyển sinh đại học và cao đẳng

của họ, kế hoạch chuyển đổi lên cao đẳng (nếu là trường trung cấp) và các kế hoạch mở chương trình đào tạo hộ sinh ở tất cả các hệ đào tạo của họ.

Mẫu điều tra được thiết kế ban đầu dưới dạng văn bản để xin ý kiến của Bộ Y tế và UNFPA. Các câu hỏi đã được chỉnh sửa dựa trên những phản hồi và chuyển sang mẫu phiếu khảo sát trực tuyến Qualtrics. Đối với những trường không đào tạo hộ sinh cao đẳng 3 năm, bộ câu hỏi tập trung vào tìm hiểu xem các cơ sở này có đào tạo bất kỳ một chương trình đào tạo hộ sinh nào không (chương trình cử nhân hoặc hộ sinh 2 năm). Nếu cơ sở có tổ chức đào tạo các chương trình này, thì số tuyển sinh năm 2016 là bao nhiêu và kế hoạch tuyển sinh trong tương lai. Nếu cơ sở không tổ chức đào tạo thì các câu hỏi sẽ tập trung hỏi về kế hoạch tổ chức đào tạo tương lai của họ. Nếu có tổ chức đào tạo, sẽ hỏi lúc nào, kế hoạch tổ chức và lý do của việc đào tạo này. Nếu cơ sở không có kế hoạch đào tạo, câu hỏi tập trung 2 tìm hiểu lý do tại sao không tổ chức đào tạo.

Với những cơ sở đang thực hiện chương trình đào tạo cao đẳng 3 năm, cuộc điều tra tập trung vào hỏi kế hoạch tuyển sinh, các điều kiện để thực hiện chương trình đào tạo hộ sinh cao đẳng 3 năm dựa trên năng lực và có chất lượng. Cuộc điều tra cũng hỏi về trình độ của đội ngũ giảng viên/hướng dẫn viên, về các khóa đào tạo hộ sinh cơ bản, các cơ sở thực hành lâm sàng, số lần sinh viên phải thực hiện các hoạt động/yêu cầu liên quan đến hộ sinh trong quá trình học trong phòng Lab và khi thực hành lâm sàng. Các câu hỏi của cuộc điều tra này có thể được cung cấp nếu yêu cầu.

Tỷ lệ trả lời của cuộc khảo sát rất cao vì Bộ Y tế gửi Công văn chính thức tới tất cả các trường đề nghị trả lời cuộc điều tra và các nhân viên dự án của Bộ Y tế cũng liên lạc với những trường không trả lời (Bảng 4).

Bảng 4: Tỷ lệ trả lời cho cuộc khảo sát các cơ sở đào tạo y tế, 2016

	Mẫu 1	Mẫu 2	Mẫu 3	Tổng số
Số trường trả lời dự kiến	27	109	25	156
Tỷ lệ trả lời (%)				
Trường đại học	20/27 (74%)	n/a	5/5 (100%)	25/32 (78%)
Trường cao đẳng	không áp dụng	22/34 (65%)	16/20 (80%)	38/49 (78%)
Trường trung cấp y tế	không áp dụng	49/75 (65%)	n/a	49/75 (65%)

Dữ liệu sau khi được thu thập đã được làm sạch và chỉnh sửa cho thống nhất. Các trường cũng được liên hệ để bổ sung các câu trả lời còn thiếu hoặc chưa phù hợp. Dữ liệu sau đó được chuyển sang dạng STATA và được phân tích. Kết quả phân tích được trình bày trong các phần của báo cáo chủ yếu liên quan đến sự sẵn có và chất lượng của các cơ sở đào tạo y tế


2.2.4. Cấu trúc của báo cáo

Báo cáo gồm 5 chương. Chương 1 nói về bối cảnh Việt Nam. Chương 2 mô tả nguồn số liệu và phương pháp. Chương 3 trình bày kết quả và bàn luận kết quả và được sắp xếp theo các phần gồm nhu cầu, tính sẵn có, khả năng tiếp cận, khả năng chấp nhận, chất lượng và khung pháp lý như yêu cầu của Điều khoản tham chiếu nghiên cứu và theo khung về sự bao phủ hiệu quả của dịch vụ hộ sinh (đã được mô tả trong Hình 9 ở trên) của Báo cáo hộ sinh toàn cầu. Chương 4 trình bày các kết luận và Chương 5 trình bày các khuyến nghị liên quan.

2.2.5. Hạn chế của báo cáo

Báo cáo này có một số hạn chế. Trước hết, nguồn thông tin để xây dựng báo cáo là thông tin thứ cấp, do vậy có sự thiếu hụt về các nội dung và sự không đồng nhất giữa các nguồn khác nhau và các nguồn thông tin này được đề cập trong các phần báo cáo. Thứ hai, hạn chế về thời gian và nguồn lực đã không cho phép đánh giá được năng lực hộ sinh theo như yêu cầu ban đầu của Điều khoản tham chiếu. Những năng lực hộ sinh này đã được đánh giá trong cuộc điều tra về Người đỡ đẻ có kỹ năng ở Việt Nam năm 2010 [21]. Sự hạn chế này đã được thảo luận trong giai đoạn khởi động và đã được các đối tác thống nhất là không thể thực hiện được trong quá trình xây dựng Báo cáo 2016 này.





Chương 3: Kết Quả

Chương này đưa ra đánh giá công tác hộ sinh tại Việt Nam và được sắp xếp theo Khung trong Hình 9 trên đây. Chương này tổng hợp thông tin từ các phương pháp nghiên cứu khác nhau được mô tả trong Chương 2, đặc biệt phần 2.2.4. Trong mỗi phần, chúng tôi cố gắng trình bày những thành tựu chủ yếu của Việt Nam và xác định những tồn tại, cải cách và tiến bộ cần tiếp tục thực hiện để đạt được Tầm nhìn Hộ sinh 2030 với trọng tâm ưu tiên là phụ nữ và trẻ sơ sinh, trong đó người hộ sinh đóng một vai trò trung tâm trong việc đáp ứng nhu cầu sức khỏe sinh sản toàn diện và chăm sóc sức khỏe mẹ và trẻ sơ sinh, đặc biệt tập trung vào các thực hành tăng cường sức khỏe dựa trên bằng chứng.

3.1. Các nhu cầu

BCHSTG định nghĩa nhu cầu theo bốn giai đoạn của nhu cầu chăm sóc sinh sản của phụ nữ theo hướng để đạt được sức khỏe, bao gồm cả sức khỏe trẻ sơ sinh của họ. Bốn giai đoạn bao gồm chăm sóc trước khi mang thai, trong khi mang thai, trong sinh và sau sinh. Trong mỗi giai đoạn, có những can thiệp cần thiết cụ thể khác nhau. Nhu cầu cho mỗi can thiệp cần thiết này được đánh giá bằng số liệu thống kê có sẵn hoặc các ước lượng theo phương pháp được sử dụng trong Báo cáo Hộ sinh toàn cầu. Nhu cầu dịch vụ hộ sinh sau đó được ước tính dựa trên ước lượng thời gian cần thiết để các hộ sinh thực hiện mỗi dịch vụ [22], với những điều chỉnh phù hợp với bối cảnh Việt Nam. Hệ thống cung cấp dịch vụ hộ sinh, sức khỏe sinh sản của Việt Nam không chỉ tính đến các dịch vụ do hộ sinh trực tiếp cung cấp mà còn tính đến các dịch vụ liên quan do các nhóm cán bộ y tế hoặc người cung cấp dịch vụ khác thực hiện. Những nhóm cán bộ khác gồm cộng tác viên KHHGĐ, phòng khám HIV/AIDS và các bác sĩ sản khoa xử lý các ca phức tạp vượt ra ngoài phạm vi công việc hay trình độ của hộ sinh.

3.1.1. Đánh giá nhu cầu dịch vụ hộ sinh

Chương 3 bắt đầu bằng một phần đánh giá nhu cầu đối với 46 dịch vụ hộ sinh cần thiết, sử dụng đúng phương pháp được dùng trong Báo cáo hộ sinh toàn cầu 2014. Báo cáo hộ sinh toàn cầu có danh mục 46 dịch vụ hộ sinh cần thiết và phương pháp để ước tính nhu cầu. Ví dụ, tư vấn về KHHGĐ là nhu cầu của tất cả phụ nữ tuổi sinh đẻ, được tính trung bình một lần/1 năm đối với mỗi người phụ nữ. Do vậy, số lượng cuộc tư vấn cần thiết được ước tính dựa trên số phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Đối với mỗi dịch vụ hộ sinh trong số 46 dịch vụ, việc ước tính dựa trên số liệu sẵn có của Việt Nam, hoặc nếu không có số liệu của Việt Nam, thì ước tính sẽ lấy số liệu của khu vực hoặc các hệ số dự báo đã được áp dụng trong Báo cáo Hộ sinh toàn cầu. Các nguồn số liệu được sử dụng để đánh giá nhu cầu được trình

bày trong Phụ lục 3.

Những nhu cầu về tiếp xúc các dịch vụ hộ sinh cụ thể sẽ được chuyển đổi sang số giờ hoặc ngày làm việc của lực lượng lao động hộ sinh. Đối với báo cáo này, chúng tôi sử dụng bộ công cụ dự thảo năm 2013 của “OneHealth Model Intervention Treatment Assumptions” [22]. Bộ công cụ này cung cấp một số nguyên tắc cơ bản đơn giản để ước tính thời gian và yêu cầu cán bộ y tế nào cần tham gia vào thực hiện hầu hết 46 dịch vụ hộ sinh cần thiết. Tuy nhiên, một số giả định không phù hợp với bối cảnh Việt Nam và đã được điều chỉnh. Vui lòng xem các điều chỉnh này trong Phụ lục 3.

Trong khi phương pháp này đưa ra ước tính sơ bộ cho nhu cầu về nhân lực hộ sinh, nó dựa phần lớn vào các giả định và nhiều giả định có thể không chính xác. Các ước tính này cũng dựa trên các thông tin về tỉ lệ bệnh tật, có thể không cập nhật, hoặc có thể không có ở Việt Nam, ví dụ như phá thai không an toàn hoặc tỉ lệ đẻ ngoài tử cung.

Kết quả của việc áp dụng phương pháp ước tính được trình bày trong phần Nhu cầu của Chương 3. Đây là một cách để chúng tôi minh họa cho nhận định rằng trong khi các bác sĩ sản khoa, các nhân viên kỹ thuật, các cộng tác viên dân số-KHHGĐ là một phần của nhân lực cung cấp dịch vụ hộ sinh, phần lớn các công việc liên quan đến việc cung cấp 46 dịch vụ hộ sinh cần thiết có thể được thực hiện bởi các hộ sinh được đào tạo và được hỗ trợ đầy đủ. Tuy nhiên, trong thực tế, chúng ta cần thừa nhận rằng phần lớn hộ sinh Việt Nam hiện nay đang có trình độ trung cấp 2 năm, nên có thể thiếu một số năng lực cần thiết để thực hiện các nhiệm vụ của họ.

Để đạt được tiếp cận phổ cập đến các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, sức khỏe tình dục, dịch vụ hộ sinh phải đáp ứng cho khoảng 2 triệu ca có thai hàng năm vào năm 2030⁸. Hệ thống y tế phải đảm bảo nhân lực cho công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản, sức khỏe tình dục, sức khỏe bà

8 Dựa trên số trẻ em dưới 1 tuổi được dự báo vào năm 2030, tỉ lệ qui đổi nhân lực giữa số ca thai nghén năm 2014 và trẻ dưới 1 tuổi năm 2015 được dựa theo số dự báo. Giả định rằng tỉ số giữa số ca có thai và số trẻ em không đổi trong thời gian này

mẹ và trẻ sơ sinh để cung cấp dịch vụ cho ít nhất 8 triệu lượt khám thai và 6 triệu lượt thăm khám sau khi sinh cho bà mẹ và trẻ sơ sinh. Vào năm 2019, thời điểm cao nhất trong dự báo số lượng trẻ sinh ra, sẽ có khoảng 13 triệu lượt khám chăm sóc cho mẹ và trẻ sơ sinh (Bảng 5). Cần lưu ý rằng, các số dự báo trong Bảng 5 là một dải số vì số liệu được tổng hợp từ các nguồn khác nhau. Số dự báo thấp sử dụng số liệu của Tổng cục Thống kê và số dự báo cáo dựa trên số liệu báo cáo định kỳ của hệ thống chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em.

Bảng 5: Tóm tắt dự báo dịch vụ hộ sinh vào năm 2015

Dịch vụ trước khi có thai (tất cả phụ nữ trong tuổi sinh đẻ)	24 triệu lượt dịch vụ KHHGD
ANC (Số có thai X 4 lượt)	8.4 - 9.2 triệu lượt thăm khám định kỳ
Sinh đẻ	1.4 -1.7 triệu ca đẻ
Chăm sóc sau khi đẻ (Số ca đẻ X 4 lượt)	5.6 - 6.8 triệu lượt thăm khám

Nguồn: Được ước tính theo phương pháp đã thảo luận trong Phụ lục 3, dựa theo phương pháp áp dụng trong Báo cáo hộ sinh toàn cầu 2014.

3.1.2 Các chỉ số cốt lõi

Bốn chỉ số cốt lõi làm cơ sở ước tính nhu cầu cho các dịch vụ hộ sinh. Đó là: số lượng phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, số lượng phụ nữ sinh con, số lượng phụ nữ mang thai và số lượng trẻ sơ sinh. Hai nguồn số liệu được sử dụng gồm số liệu điều tra của Tổng cục Thống kê và số liệu báo cáo thống kê hàng năm của Vụ SKBMTE, và điều này dẫn đến sự khác biệt khá lớn trong ước tính các chỉ số cơ bản. Điều này có nghĩa là độ chính xác có thể không cao trong các ước tính các chỉ số cốt lõi và trong tất cả các chỉ số được ước tính về nhu cầu đối với các dịch vụ hộ sinh ở Việt Nam.

Ước tính số phụ nữ trong độ tuổi sinh sản (WRA) có thể được thực hiện bằng cách trực tiếp cộng số lượng phụ nữ trong mỗi nhóm tuổi từ 15 đến 49 trong báo cáo của Tổng điều tra, Điều tra giữa kỳ về nhân khẩu học hoặc Điều tra hàng năm về biến động dân số và Kế hoạch hóa gia đình. Ngoài ra, còn có các dự báo dân số theo nhóm tuổi cho giai đoạn 2014-2049 [2]. Chỉ số này làm cơ sở cho hầu hết các chỉ số về nhu cầu trước khi mang thai, như đối với kế hoạch hóa gia đình và chẩn đoán và điều trị BLTQĐTĐ/NKĐSS. Các cuộc điều tra dân số cho thấy có 25 triệu WRA năm 2014 [13] và giảm xuống 24 triệu vào năm 2015 [1], và dự báo là 25 triệu WRA cho giai đoạn 2016-2030 [2] với một dao động nhỏ theo thời gian.

Số **phụ nữ sinh con** (tức là số ca sinh đẻ) trong một khoảng thời gian tham chiếu 12 tháng có thể lấy từ cả cuộc điều tra dân số [1] và báo cáo thống kê của Vụ SKBMTE. Năm 2015, cuộc điều tra ghi nhận 1,4 triệu phụ nữ sinh con trong khi hệ thống thống kê của Vụ SKBMTE báo cáo là 1,7 triệu phụ nữ sinh con. **Không rõ vì sao có sự khác biệt đến 300.000 người giữa 2 nguồn này.** Sự khác nhau này không thể được lý giải bởi sự khác biệt về cách tính của 2 nguồn dữ liệu đối với thai lưu, vì con số này ít hơn 15.000 năm 2015. Có thể do khảo sát thiếu vì các mẫu khảo sát của Tổng cục Thống kê trước đây đã không đưa vào người di cư không đăng ký [14]. Tuy nhiên, cũng có thể thống kê của Vụ SKBMTE có một số báo cáo trùng lặp, như thông tin về phụ

nữ và trẻ sơ sinh được thu thập từ một vài mạng lưới và phụ nữ có thể đi khám ở nhiều hơn một cơ sở và dẫn đến việc báo cáo bị trùng lặp.

Số lần **mang thai** không được trình bày trong các cuộc điều tra dân số hàng năm nhưng được báo cáo trong hệ thống báo cáo thống kê của Vụ SKBMTE. Trong thống kê của Vụ SKBMTE, không rõ là mang thai được tính khi nào, hoặc liệu mang thai sau đó bị sẩy thai hoặc phá thai có bao gồm trong các thống kê hay không. Tỷ lệ mang thai có thể được ước tính bằng cách lấy số trẻ sinh ra được báo cáo (phụ nữ sinh con) và được điều chỉnh cho các trường hợp sẩy thai và phá thai [26] (Bảng 6).

Số lượng các ca **phá thai** được Vụ BMTE báo cáo là gần 270.000 trường hợp năm 2015. Ước tính về phá thai trong khảo sát chỉ khoảng 68.000 trường hợp và đây là con số quá thấp do cuộc khảo sát không hỏi các phụ nữ chưa lập gia đình về phá thai, nhưng cũng có thể do sự ngại cảm của vấn đề nên phụ nữ có thể báo cáo thiếu việc phá thai [1]. Tuy nhiên, số liệu phá thai trong báo cáo của

Vụ SKBMTE không bao gồm số liệu phá thai do các cơ sở y tế tư nhân thực hiện. Cuộc điều tra về chất lượng dịch vụ KHHGD năm ở Việt Nam [27] ước tính tỉ lệ các ca phá thai trong khu vực y tế tư nhân chiếm khoảng 24.5%, vậy ước tính số lượng các ca phá thai trong khu vực y tế tư nhân là khoảng 88.952 năm 2015. Không biết có bao nhiêu ca phá thai không an toàn đã được thực hiện, tuy nhiên, sự sẵn có của các dịch vụ phá thai cho phụ nữ như hiện nay và sự quan tâm chú ý đến chất lượng các dịch vụ phá thai chúng ta có thể cho rằng nguy cơ phá thai không an toàn bất hợp pháp ở Việt Nam là thấp.

Số lượng các trường hợp sẩy thai được ước tính là khoảng 20% số sinh và 10% số ca phá thai (được cho là điều trị các mô sót lại sau khi sẩy thai) [26]. Vì vậy ước tính số lượng các trường hợp sẩy thai là khoảng 322 000-370 000, tùy thuộc vào việc ước tính số phụ nữ sinh con được lấy từ cuộc điều tra hoặc từ các thống kê của Vụ SKBMTE. Ước tính tổng số lần mang thai dao động từ 2,1 triệu đến 2,4 triệu.

Bảng 6: Ước tính số ca có thai từ các ca đẻ được báo cáo, 2015

Số liệu	Điều tra của TCTK	Báo cáo của Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em	Nhận xét
Ca sinh đẻ 12 tháng qua	1.433.827	1.672.625	Đã báo cáo
Số ca phá thai được báo cáo	67.562*	266.857	Tính thiếu. Khảo sát chỉ hỏi phụ nữ có gia đình về phá thai và kết quả đếm thiếu rất nhiều
Ước tính số ca phá thai trong khu vực y tế tư nhân		88.952	Điều tra về chất lượng dịch vụ KHHGD 2016 [27]
Ước lượng sẩy thai	322.346	370.106	20% ca đẻ + 10% phá thai [26]
Tổng số mang thai	2.111.892	2.398.540	Tổng số ca đẻ cộng với phá thai theo báo cáo của Vụ SKBMTE cộng với sẩy thai
Mang thai được báo cáo		2.395.372	So sánh để kiểm tra

Ghi chú: * số liệu phá thai được Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em báo cáo được thay cho số liệu quá thấp từ cuộc khảo sát của GSO

Các chỉ số về số ca sinh sống (tức là trẻ sinh ra sống) có thể lấy từ cả hai cuộc khảo sát và báo cáo của Vụ SKBMTE. Tuy nhiên, trong báo cáo điều tra 2015 của Tổng cục Thống kê, chỉ số này đã không được tính toán. Tuy vậy, con số này có thể được ước tính bằng cách lấy tỷ suất sinh thô (trong năm 2015 là 16,2 ca sinh sống trên 1000 dân) nhân với số dân và chia cho 1000 [1]. Như vậy, trong năm 2015, ước tính tổng cộng 1,5 triệu ca sinh sống từ cuộc điều tra, so với 1,7 triệu ca của báo cáo Vụ SKBMTE. Không hiểu lý do tại sao lại có 200 000 ca khác biệt giữa 2 nguồn này. Sự khác biệt giữa số lượng phụ nữ sinh con và số con sinh ra có liên quan tới số thai chết lưu và

việc sinh nhiều lần. Ước tính Việt Nam có 10,1 thai chết chu sinh cho mỗi 1000 ca sinh [28], khiến chúng ta mất từ 15 đến 17 nghìn trẻ do chết chu sinh trong một năm. Tỷ lệ sinh đôi ở Việt Nam được ước tính là 6,2/1000 ca sinh [18]. Nhân con số này với số phụ nữ sinh con cho ra khoảng 9 000 ca sinh đôi theo khảo sát và 10 000 theo ca sinh theo báo cáo của Vụ SKBMTE. Nếu quay ngược lại từ ca sinh sống, cộng với số thai chết lưu và trừ một với những cặp song sinh trong sinh đôi, chúng tôi tính được ước tính số phụ nữ sinh con như trình bày ở dòng cuối cùng của Bảng 7.

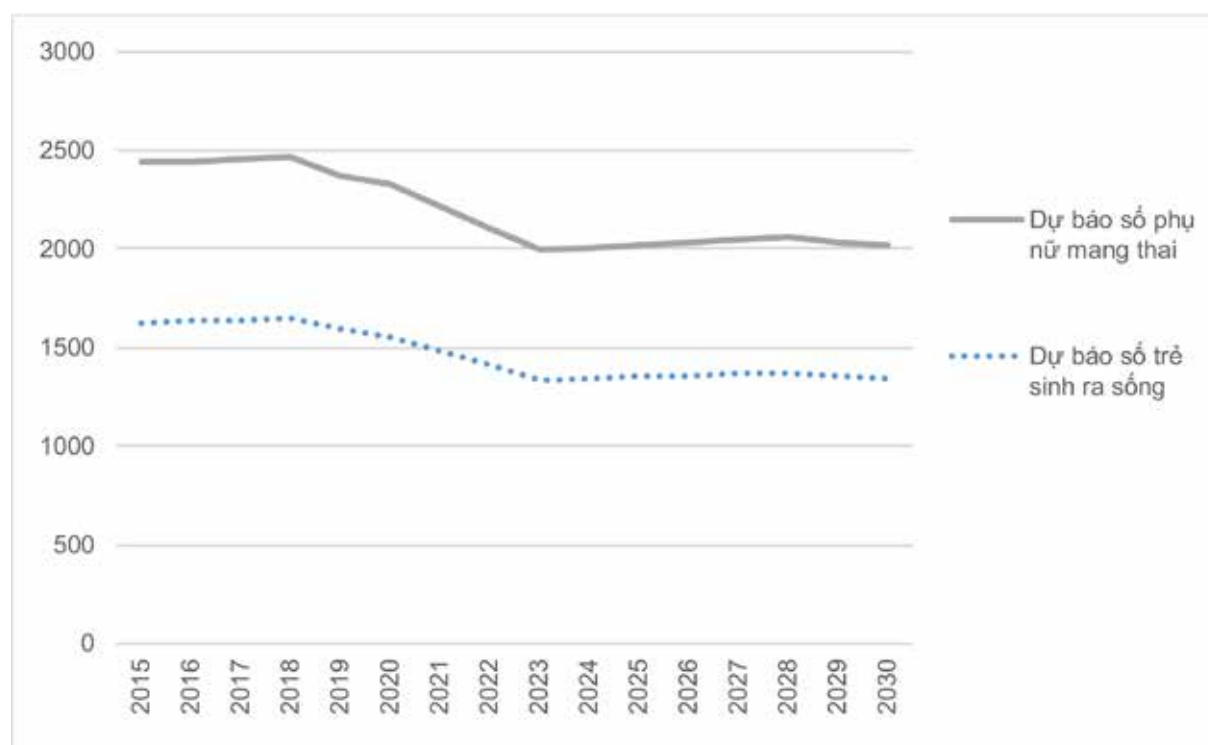
Bảng 7: Ước tính số trẻ sinh ra và quan hệ với số ca sinh, 2015

Chỉ số	Điều tra	Vụ SKBMTE	Nguồn số liệu
Ca sinh sống	1.481.745	1.673.758	Ước lượng của khảo sát theo CBR x dân số/1000
Chết chu sinh	14.571	16.998	Ước lượng trẻ chết chu sinh của Việt Nam là 10,1/1000 ca sinh [28]
Sinh đôi	8.890	10.370	Ước lượng sinh đôi của Việt Nam là 6,2 cặp /1000 ca sinh [29]
Ước lượng ngược số phụ nữ sinh con	1.487.426	1.680.386	Trẻ em sinh ra+thai chết lưu-1/cặp sinh đôi
Số phụ nữ sinh con được báo cáo	1.433.827	1.672.625	Từ bảng trước để so sánh

Để có được một dự báo sơ bộ các chỉ số quan trọng của nhu cầu dịch vụ hộ sinh theo thời gian, chúng tôi giả định có một mối quan hệ tương đối cố định giữa ca sinh sống, phụ nữ sinh con và mang thai và số lượng trẻ em dưới một tuổi trong năm kế tiếp. Tổng cục Thống kê sử dụng phương pháp dự đoán thay đổi trung bình (medium variant projection) để tính toán. Theo dự đoán này, số trẻ em dưới 1 tuổi dự kiến

giảm dần cho đến khoảng năm 2023, sau đó ổn định, một mô hình phản ánh theo dự đoán số lần mang thai và ca sinh sống được trình bày ở Hình 11. Tuy nhiên, chúng ta có thể đưa ra các kịch bản khác nhau, ví dụ như các trường hợp có thai ngoài ý muốn có thể giảm đi nhiều hơn, hoặc nếu như các chương trình tiếp thị xã hội bao cao su và thuốc uống tránh thai không thành công trong việc duy trì mức sinh thay thế.

Hình 11: Dự đoán số có thai và số trẻ sinh ra, 2015-2030 (Đơn vị: 1000)

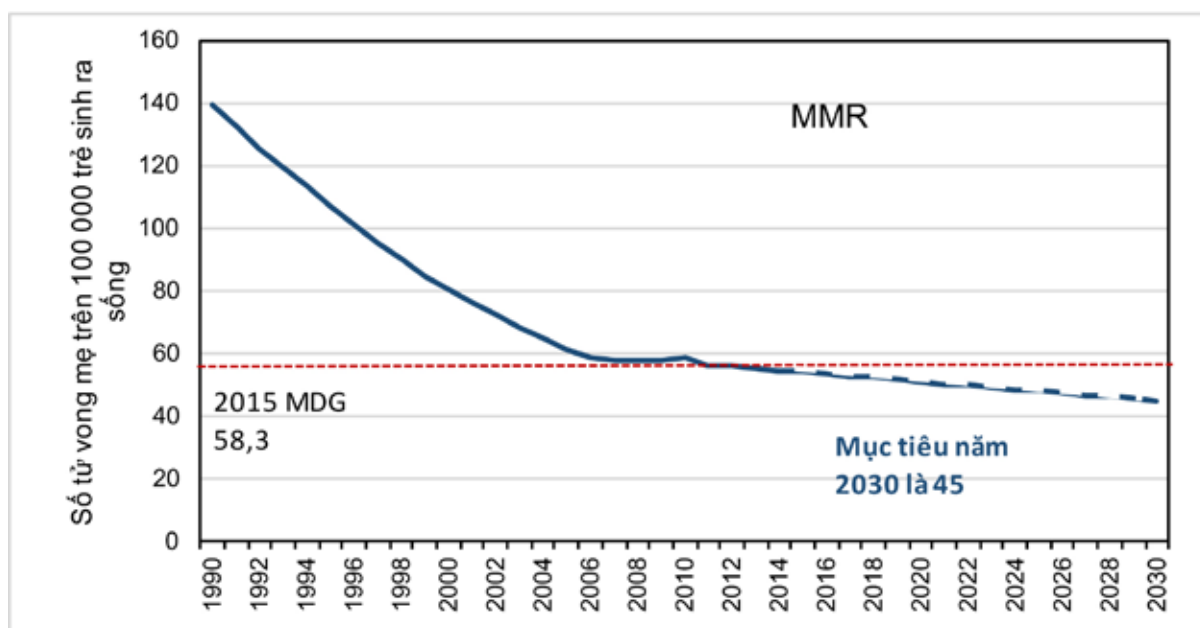


Nguồn: Tính toán của tác giả sử dụng dự báo dân số của TCTK 2014-2049 [2]

Dự báo trên đây dựa vào các giả định là nhu cầu về dịch vụ hộ sinh không tăng lên theo thời gian. Tuy vậy, mục tiêu năm 2030 của Việt Nam là giảm tỉ số chết mẹ xuống còn 45/100.000 trẻ đẻ sống (Hình 12) và điều này đòi hỏi một sự nỗ lực rất lớn để tiếp tục giảm tỉ số này trong vòng 14 năm tới và đạt được Mục tiêu phát triển bền vững về

chết mẹ. Để thực hiện được mục tiêu này, chúng ta cần phải có các nỗ lực rất lớn trong việc dự phòng, phát hiện các yếu tố nguy cơ và chuẩn bị tốt để xử trí các cấp cứu sản khoa. Tất cả những công việc này đều nằm trong các năng lực và nhiệm vụ chủ yếu của những hộ sinh đã được đào tạo đầy đủ.

Hình 12: Mục tiêu tham vọng giảm nhanh tỉ số chết mẹ vào năm 2030

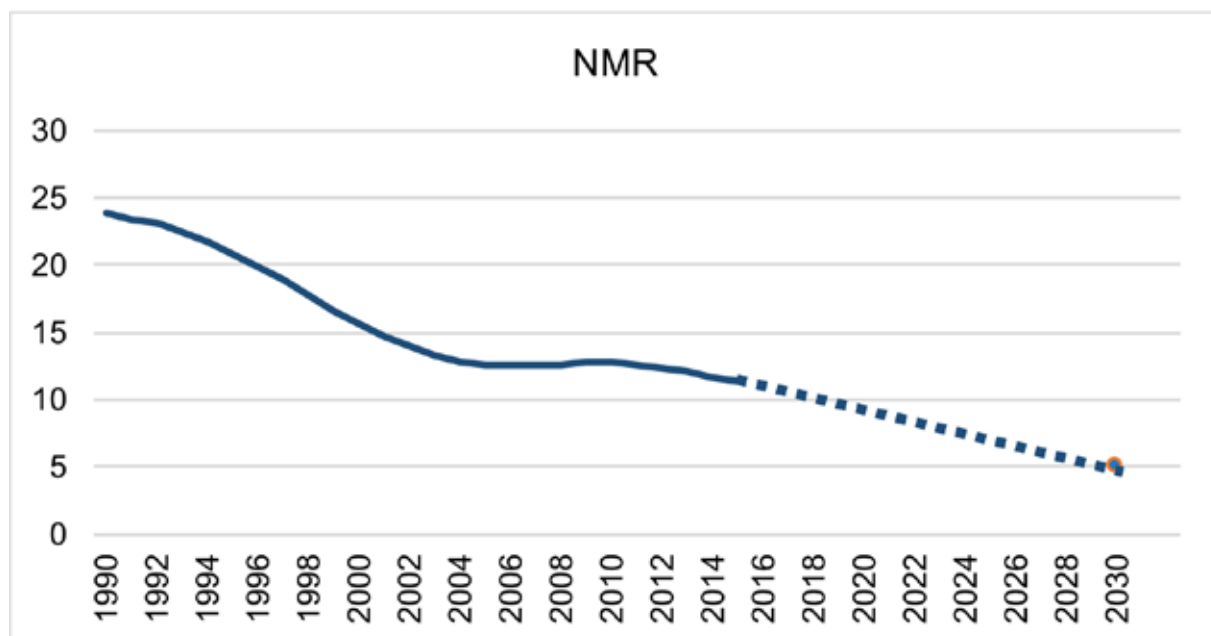


Nguồn: số liệu do Vụ SKBMT, Bộ Y tế cung cấp dựa trên dự thảo Các Chỉ số Thống kê Phát triển Bền vững của Việt Nam

Việc tiếp tục giảm tỉ lệ tử vong sơ sinh xuống còn 5/1.000 cũng đòi hỏi những nỗ lực rất lớn (Hình 13). Các giải pháp dự phòng có thể bao gồm việc giảm các dị tật liên quan đến ống dây thần kinh (neural tube defects), các dị tật khác, nhiễm trùng sơ sinh, ngạt sơ sinh, đẻ non thông qua các can

thIỆP nằm trong phạm vi công việc của hộ sinh. Các trường hợp sơ sinh không thể dự phòng được sẽ được xử trí ở các đơn vị chăm sóc sơ sinh đặc biệt ngày càng nhiều ở các bệnh viện huyện, mặc dù chi phí cao hơn so với các biện pháp dự phòng mà hộ sinh có thể thực hiện.

Hình 13: Duy trì mức giảm tử vong sơ sinh bền vững vào năm 2030



Nguồn: Dự báo tử vong trẻ em, Liên hợp quốc (IGME) năm 2015 [10]

3.1.3 Các nhu cầu trước khi mang thai

Tư vấn và cung cấp dịch vụ kế hoạch hóa gia đình

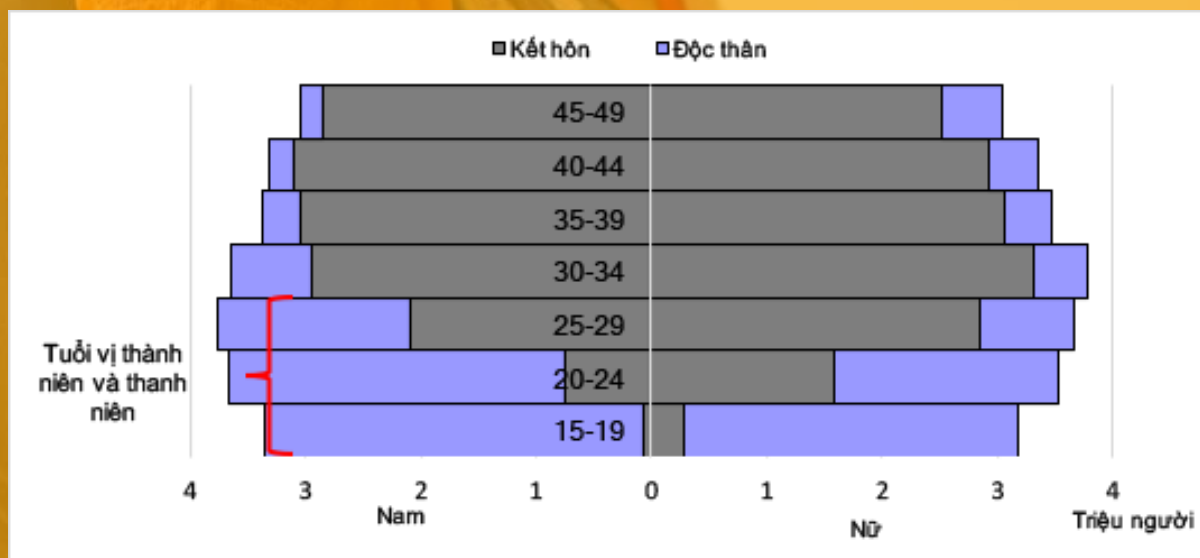
Tư vấn kế hoạch hóa gia đình và cung cấp các biện pháp kế hoạch hóa gia đình (KHHGĐ) là một phần cốt lõi của nhu cầu về sức khỏe sinh sản của phụ nữ. Trong hệ thống y tế Việt Nam, tư vấn KHHGĐ cho các cặp vợ chồng kết hôn được thực hiện bởi một mạng lưới gần 170 000 cộng tác viên kế hoạch hóa gia đình, mỗi người làm việc với trung bình 77 cặp vợ chồng để tư vấn, truyền thông về KHHGĐ [30]. Dịch vụ cung cấp bao cao su và thuốc tránh thai đang được chuyển cho thị trường bao gồm các hiệu thuốc và tổ chức tiếp thị xã hội. Số liệu của Bộ Y tế cho biết trong số các cặp vợ chồng nhận được tư vấn từ các cộng tác viên dân số, chỉ có khoảng 12,5% tới 25% nhận bao cao su miễn phí trong năm 2011 [30], số còn lại phải mua trên thị trường. Việc sử dụng phương pháp tránh thai nội tiết (thuốc tránh thai, thuốc tiêm và cấy ghép) và sử dụng vòng tránh thai cần có sự tư vấn của nhân viên y tế với phụ nữ để đảm bảo rằng người phụ nữ không có thai và để xác định các chống chỉ định có thể có đối với từng cá nhân, và cho việc dùng thuốc, mặc dù thuốc tránh thai có thể nhận được từ cộng tác viên dân số hoặc hiệu thuốc. Mặc dù không rõ ràng, những quy định hiện tại không đòi hỏi bác sĩ phải kê đơn sử dụng các biện pháp tránh thai. Việc đặt và tháo vòng tránh thai được phân loại ở mức đơn giản nhất của các thủ thuật y tế. Hộ sinh cao đẳng được đào tạo thích hợp để thực hiện các nhiệm vụ này (Thông tư 50/2015/TT-BYT). Hộ sinh trung cấp, chiếm 94% lực lượng hộ sinh và là lực lượng chủ yếu cung cấp dịch vụ đặt tháo dụng cụ tử cung trước đây, tuy nhiên Thông tư 26/2015/TTLT-BYT-BNV lại không cho phép hộ sinh trung cấp (và hộ sinh cao đẳng) được thực hiện các kỹ thuật KHHGĐ và phá thai an toàn từ tháng 11/2015.

Triệt sản nữ được phân loại là một phẫu thuật loại II, đòi hỏi 6 nhân viên y tế tham gia (50/2015/TT-BYT). Vai trò của các hộ sinh trong việc cung cấp dịch vụ triệt sản là không rõ ràng, vì vai trò phụ mổ, hỗ trợ trong phẫu thuật sản khoa ở Việt Nam thường do điều dưỡng thực hiện.

Trong khi tất cả phụ nữ trong độ tuổi sinh sản được cho là cần các dịch vụ tư vấn KHHGĐ, để ước tính nhu cầu cung cấp dịch vụ tránh thai, đòi hỏi phải biết số lượng tổng thể của những phụ nữ muốn hoặc cần sử dụng biện pháp tránh thai (tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai + nhu cầu chưa được đáp ứng) và sự kết hợp các phương pháp hiện có và việc sử dụng phương pháp tránh thai này được giả thiết là dựa theo sở thích chứ không phải là sự sẵn có. Tuy nhiên, tỉ lệ sử dụng biện pháp tránh thai ở Việt Nam chỉ dựa trên thống kê ở phụ nữ có gia đình, chứ không phải tất cả phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, đặc biệt ở nhóm tuổi trẻ, mặc dù phụ nữ chưa kết hôn chiếm 31% tổng số phụ nữ (và 38,5% của nam giới) (Hình 14). Phụ nữ chưa lập gia đình cũng cần các dịch vụ SKSS/SKTD, tránh thai và các dịch vụ các bệnh nhiễm khuẩn lây qua đường tình dục/ bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản (BLTQĐTD/NKĐSS). Trong khi các nỗ lực đang được thực hiện để đảm bảo cung cấp các dịch vụ thân thiện với người trẻ tuổi để đáp ứng nhu cầu tránh thai (và quan hệ tình dục an toàn) của người chưa lập gia đình, thì độ bao phủ hiện nay chưa đầy đủ [20], và hiện không có thông tin về việc cung cấp các dịch vụ và nhu cầu chưa được đáp ứng của nhóm người trẻ chưa lập gia đình. Đối với việc phân tích trong phần này, tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai và tỷ lệ nhu cầu chưa được đáp ứng của phụ nữ kết hôn được áp dụng cho toàn bộ dân số phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (dựa trên các giả định của Báo cáo Hộ sinh toàn cầu) để ước tính nhu cầu chung của dân số.



Hình 14: Nhu cầu dịch vụ sức khỏe sinh sản cho tất cả mọi người độ tuổi 15-49 theo tình trạng hôn nhân, 2015

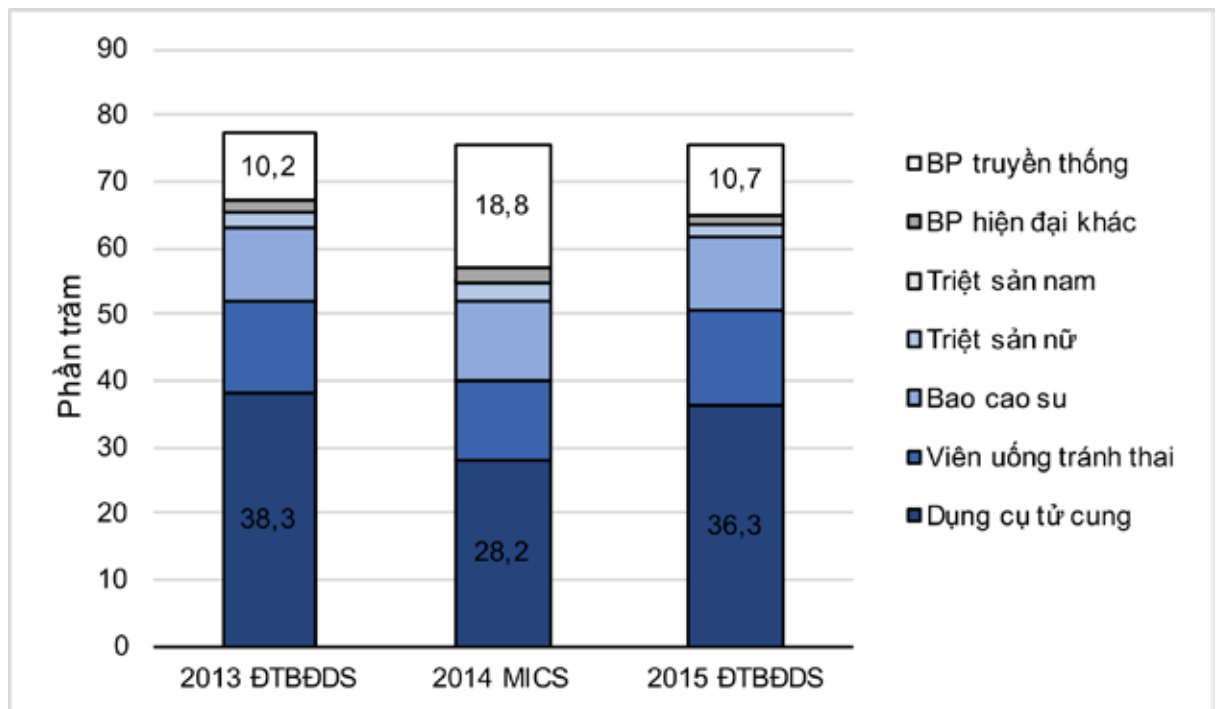


Nguồn: Điều tra biến động dân số-KHHGD 1/4/2015

Trong năm 2014, tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai là 75,7%, và nhu cầu chưa được đáp ứng là 6,1% (MICS) và vì vậy ước tính nhu cầu biện pháp tránh thai là khoảng 81,8% số phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Phần lớn phụ nữ đã kết hôn đang sử dụng biện pháp tránh thai hiện đang sử dụng một biện pháp tránh thai hiện đại gồm bao cao su, viên uống tránh thai, hoặc IUD, và một số lượng nhỏ hơn phụ nữ sử dụng các biện pháp tránh thai truyền thống. Cơ cấu sử dụng các biện pháp tránh thai đã có thay đổi, tuy nhiên số liệu

các điều tra thống kê gần đây đã đưa ra một xu hướng không đồng nhất trong cơ cấu sử dụng các biện pháp tránh thai (Hình 15). Điều tra biến động dân cư - KHHGD cho thấy số phụ nữ sử dụng IUD chiếm tỉ lệ phần trăm cao hơn, trong khi đó MICS báo cáo tỉ lệ sử dụng IUD thấp hơn và tỉ lệ sử dụng các biện pháp truyền thống cao hơn. Đối với phân tích trong phần này chúng tôi sẽ sử dụng các dữ liệu của MICS bởi vì MICS cung cấp thông tin về ước tính của nhu cầu chưa được đáp ứng.

Hình 15: Sự khác nhau về cơ cấu sử dụng các biện pháp tránh thai ở Việt Nam theo các kết quả của ba cuộc điều tra, 2013-2015

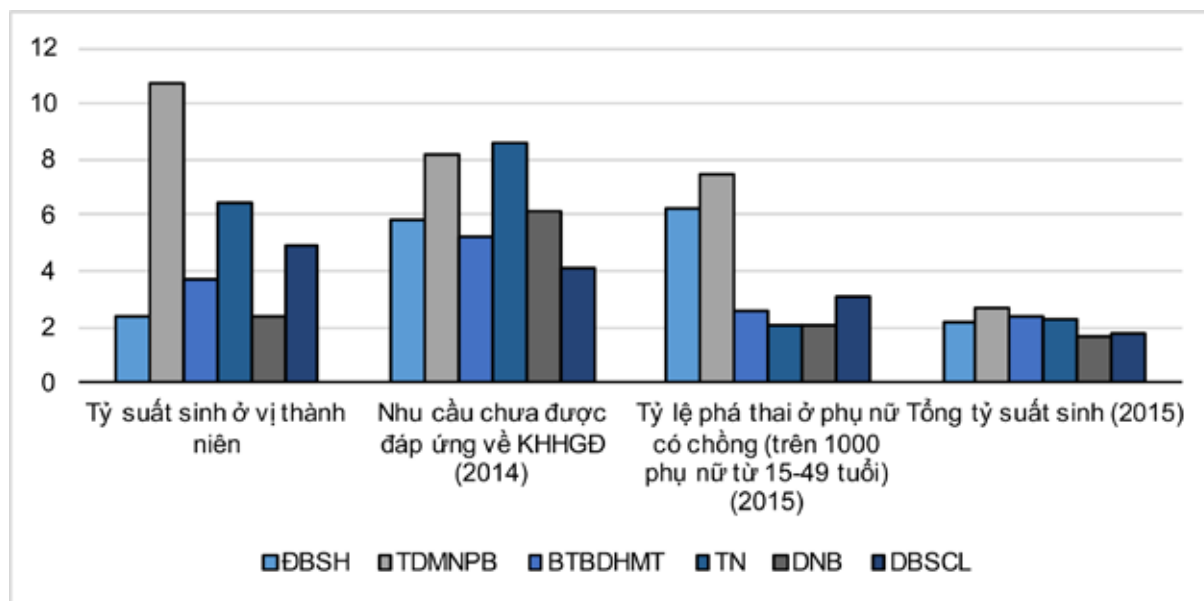


Nguồn: TCTK, Điều tra biến động dân cư và KHHGD 1/4/2013; MICS, Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ 2014; TCTK Điều tra biến động dân số và KHHGD 1/4/2015.

Trong khi Tổng tỉ suất sinh (TFR) được duy trì ổn định ở mức sinh thay thế, vẫn còn một số khác biệt vùng miền về TFR và một số chỉ số liên quan đến sinh khác (Hình 16). Trong khi các vùng phía nam có TFR thấp hơn mức sinh thay thế (Đông Nam Bộ và Đồng Bằng Sông Mê Kông), bốn vùng còn lại có TFR cao hơn mức sinh thay thế và lên đến 2,69 ở vùng trung du và miền núi phía bắc. Tỉ lệ sinh con tuổi vị thành niên đặc biệt rất cao ở vùng trung du và miền núi phía bắc và Tây nguyên. Nhu cầu chưa được đáp ứng về tránh thai cũng rất cao tại các khu vực này. Điều này cho thấy cần thực hiện các can thiệp để làm giảm việc mang thai sớm và đảm bảo việc cung cấp các phương tiện tránh thai cho phụ nữ ở các khu vực khó khăn này. Các cô đỡ thôn bản có thể là người cung cấp dịch vụ chính ở những vùng khó khăn này.

Một nhu cầu chưa được đáp ứng khác là tỉ lệ phá thai cao hơn ở phụ nữ kết hôn ở vùng Đồng bằng sông Hồng và vùng Trung Du và Miền núi phía Bắc. Phá thai sẽ không cần đến nếu như việc sử dụng các biện pháp tránh thai có hiệu quả, do vậy cần thực hiện các nỗ lực để đảm bảo phụ nữ có đủ biện pháp tránh thai để sử dụng, và họ sử dụng biện pháp tránh thai hiệu quả ở các vùng có tỉ lệ phá thai cao. Tuy nhiên, sự khác biệt trong tỉ lệ phá thai giữa các vùng miền phản ánh sự ưa thích con trai đặc biệt là miền bắc, do đó cần có các can thiệp khác để thay đổi tận gốc rễ niềm tin văn hóa sâu xa dẫn đến việc mất cân bằng giới tính [31]. Không rõ hộ sinh, cô đỡ thôn bản và cộng tác viên dân số sẽ đóng vai trò như thế nào để góp phần làm giảm tình trạng ưa thích con trai.

Hình 16: Khác biệt vùng miền trong tỉ lệ sinh con tuổi vị thành niên, nhu cầu chưa được đáp ứng đối với KHHGD, tỉ lệ phá thai và TFR, 2014 hoặc 2015



Ghi chú: ĐBSH=Đồng bằng sông Hồng; TDMNPB =Trung du và miền núi phía bắc; BTBDHMT=Vùng bắc trung bộ và duyên hải miền Trung; TN=Tây nguyên; DNB=Đồng bằng Nam bộ; ĐBSCL=Đồng bằng sông Cửu Long.

Nguồn: 2014 MICS, 2015 Điều tra biến động dân số và KHHGD 1/4/2015.

Một nghiên cứu gần đây đánh giá các rào cản trong tiếp cận đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ và KHHGD của phụ nữ dân tộc thiểu số cho thấy có sự khác biệt rất lớn trong tỉ lệ sử dụng biện pháp tránh thai giữa các nhóm dân tộc đang sống ở vùng xa xôi hẻo lánh, với tỉ lệ dao động rất rộng từ 50.5% đối với người dân tộc Ba Na đến 82.3% đối với người dân tộc Tày, tỉ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại từ 41.1% ở dân tộc Ba Na đến 73.7% ở dân tộc Sedang (Bảng 8).

Cơ cấu sử dụng các biện pháp tránh thai có sự khác biệt giữa các nhóm, mặc dù những tỉ lệ này dựa trên cỡ mẫu nhỏ và có thể phản ánh việc chọn mẫu theo cụm, bởi vì phụ nữ sống ở cùng một khu vực thường sử dụng cùng một loại biện pháp tránh thai. Sự khác biệt cho thấy sự đa dạng về nhu cầu tư vấn và sử dụng các biện pháp tránh thai hiệu quả giữa các nhóm dân tộc thiểu số. Do vậy các can thiệp cần phải tính đến mối quan tâm và nhạy cảm văn hoá của các nhóm dân tộc khác nhau.

Bảng 8: Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai và cơ cấu các biện pháp tránh thai (%), theo nhóm dân tộc

	Tày	Gia Rai	Mnông	Thái	Hà Nhi	Dao	Sedang	Ba Na	Hmong
Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai	82.3	63.2	80.1	75.6	64.7	73.2	78.6	50.5	65.3
Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai hiện đại	70.9	42.1	61.0	54.9	50.0	63.4	73.7	41.1	50.4
Loại biện pháp tránh thai									
Triệt sản nữ	0.7	0.9	2.2	0.3	0.0	0.9	0.0	0.3	0.1
IUD	36.9	3.5	5.1	25.8	24.5	11.5	1.0	1.6	31.5
Thuốc tiêm tránh thai	2.1	21.1	23.5	0.9	12.7	22.6	35.2	16.2	8.2
Que cấy tránh thai	0.7	0.0	1.5	0.0	0.0	0.0	1.0	1.3	0.1
Viên uống tránh thai	20.6	14.9	27.9	22.1	11.8	22.7	35.5	19.1	9.4
Bao cao su nam	9.9	1.8	0.7	6.0	1.8	0.9	0.8	1.9	0.3
Bú vô kinh	8.5	10.5	10.3	17.0	14.7	9.8	4.8	0.3	0.8
Hoãn quan hệ tình dục	0.7	0.0	2.9	1.9	0.0	0.0	0.0	2.9	12.5
Xuất tinh ngoài âm đạo	2.1	9.6	5.9	1.6	0.0	0.0	0.0	1.0	0.1
Tổng	155	176	168	1087	171	336	407	447	1283

Nguồn: BYT-UNFPA, 2016. Nghiên cứu các rào cản trong tiếp cận dịch vụ sức khỏe bà mẹ /KHHGD ở các cộng đồng dân tộc thiểu số ở Việt Nam [32]

Các bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV

BLTQĐTĐ có thể dẫn đến những hậu quả sức khỏe nghiêm trọng, đặc biệt đối với phụ nữ [33], cũng như tạo điều kiện cho việc lây truyền HIV [34]. Việt Nam có tỷ lệ cao các bệnh BLTQĐTĐ có thể điều trị được ở các nhóm nguy cơ cao (20-30%) và những bệnh này cũng khá phổ biến trong dân số nói chung [35]. Tuy nhiên, tỉ lệ báo cáo bệnh hiện nay có thể thấp hơn thực tế vì thói quen phổ biến tự chữa bệnh, dùng thuốc theo đơn của người bán thuốc, hoặc không đi chữa trị [36]. Đây là kết quả của văn hóa không thảo luận về tình dục và điều đó có thể dẫn đến các quan niệm sai lầm về BLTQĐTĐ và các nhiễm khuẩn đường sinh sản. Thách thức này có thể được giải quyết thông qua việc tăng cường giáo dục sức khỏe [36].

Năm 2015, ước tính có khoảng 63.739 phụ nữ tuổi từ 15 tuổi trở lên sống với HIV ở Việt Nam [37]. Năm 2015, có 752.286 người (cả nam và nữ) được tư vấn và xét nghiệm tự nguyện [38]. Khoảng một phần ba các ca nhiễm mới là ở phụ nữ, và 50,8% mắc bệnh do lây qua đường tình dục [38]. Với ước tính khoảng 12.000-14.000 trường hợp nhiễm HIV mới mỗi năm, sẽ có khoảng 4.600 trường hợp phụ nữ mắc mới trong năm 2015. Phụ nữ có nguy cơ lây nhiễm HIV cao do thiếu xét nghiệm, sự thiếu hiểu biết về các nguy cơ và quan hệ tình dục không an toàn [39]. Ước tính có khoảng 53% người lớn đang sống chung với HIV/AIDS có nhu cầu điều trị ARV [37]. Nhu cầu chưa được đáp ứng về điều trị ARV là rất cao. Một ước tính cho thấy khoảng 40% phụ nữ đang sống chung với HIV đang có nhu cầu về điều trị ARV [40].

Trong hệ thống y tế của Việt Nam, công tác phòng và chống BLTQĐTĐ, bao gồm HIV, là một phần của gói dịch vụ sức khỏe sinh sản hiện đang được các cơ sở y tế công khác nhau cung cấp (Quyết định 2295/QĐ-BYT của Bộ Y tế năm 2016), gồm các trung tâm sức khỏe sinh sản tỉnh và khoa sức khỏe sinh sản trung tâm y tế huyện, trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh và mạng lưới các trung tâm tư vấn xét nghiệm tự nguyện

cùng với các trung tâm điều trị ARV, hoặc trung tâm điều trị và phòng chống bệnh xã hội và da liễu tình và các trạm y tế xã. Hầu hết các hoạt động cung cấp dịch vụ dựa vào các bác sĩ để chẩn đoán và kê đơn điều trị cùng với kỹ thuật viên phòng thí nghiệm thực hiện các xét nghiệm có liên quan. Đối với phụ nữ không mang thai, hộ sinh hiện đóng một vai trò nhỏ trong phòng ngừa, kiểm tra hoặc điều trị BLTQĐTĐ và chỉ được phép phát thuốc và không được kê đơn. BLTQĐTĐ trong nhóm người hành nghề mãi dâm đã được nghiên cứu, nhưng vai trò của hộ sinh trong việc cung cấp dịch vụ cho nhóm khách hàng này không rõ ràng. Nhìn chung, hộ sinh ở Việt Nam thể hiện kiến thức và thực hành về BLTQĐTĐ ở mức độ cao hơn các nhóm nhân viên y tế khác đã được khảo sát trong nghiên cứu này [36].

Bổ sung axit folic

Các bằng chứng dịch tễ học cho thấy thiếu hụt folate dẫn đến tăng khả năng việc mang thai bị các khuyết tật ống thần kinh và dị tật bẩm sinh khác. Lượng folate có thể được tăng cường bằng cách tiêu thụ thực phẩm giàu folate, hoặc tiếp nhận axit folic thông qua bổ sung chế độ ăn uống hoặc thực phẩm tăng cường. Ở nhiều nước, bổ sung axit folic được khuyến cáo sử dụng trước khi thụ thai [41,42]. Việt Nam đã bắt đầu đưa bổ sung axit folic vào nước mắm [43], và có các tiêu chuẩn để bổ sung nó vào trong gia vị dùng để nấu ăn. WHO khuyến cáo bổ sung axit folic tại các quốc gia có tỷ lệ thiếu máu cao hơn 20% [44], tuy nhiên, theo ước tính, mức độ thiếu máu ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản ở Việt Nam dưới ngưỡng đó [43]. Vì vậy chúng tôi không tính các nhân lực bổ sung cho dịch vụ này khi chúng tôi ước tính nhu cầu cho 46 dịch vụ hộ sinh thiết yếu, mặc dù điều này có thể quan trọng cho các nhóm dân số có tỷ lệ thiếu máu cao hơn.

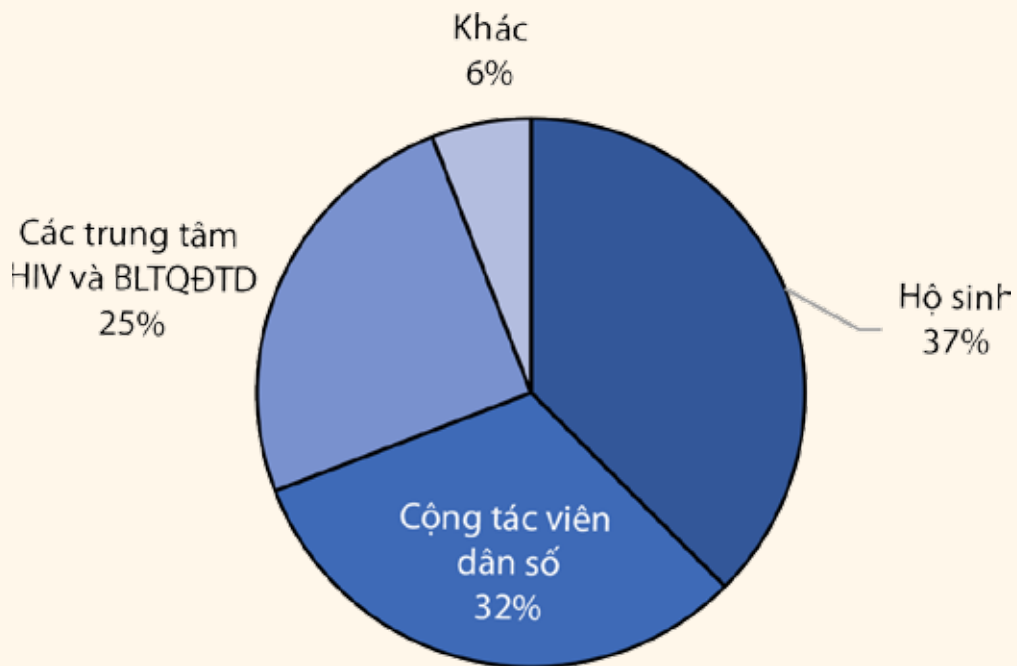
Tóm tắt về nhu cầu hộ sinh trước khi mang thai

Dựa trên các phân tích theo phương pháp của Báo cáo hộ sinh toàn cầu và áp dụng cho hệ thống y tế Việt Nam, nhu cầu hộ sinh và nhân viên y tế khác để cung cấp các dịch vụ và can

thiệp hộ sinh thiết yếu trước khi mang thai được tóm tắt dưới đây. Các ước tính cho rằng việc **tư vấn kế hoạch hóa gia đình** phần lớn do cộng tác viên dân số-kế hoạch hóa gia đình (DS-KHHGD) cung cấp. Việc **phân phối dịch vụ liên quan đến kế hoạch hóa gia đình** được cung cấp thông qua sự kết hợp giữa các cộng tác viên DS-KHHGD, hộ sinh và những người cung cấp dịch vụ khác (những người tham gia dịch vụ triệt sản nữ). **Công tác phòng chống, tư vấn, sàng lọc và điều trị BLTQĐTD / HIV** cho phụ nữ không mang thai là những nhiệm vụ của mạng lưới các cơ sở theo Quyết định 2295/QĐ-BYT của Bộ Y tế. Bổ sung axit folic cho phụ nữ có kinh nguyệt không được thực hiện ở Việt Nam vì tỷ lệ thiếu máu

không đạt ngưỡng 20% để có một chương trình như vậy. Hình 17 cho thấy hộ sinh không đóng một vai trò chủ đạo trong việc cung cấp dịch vụ can thiệp hộ sinh trước khi mang thai. Điều này phản ánh sự thiếu kết nối giữa các mạng lưới HIV/BLQĐTD và các dịch vụ KHHGD hiện nay ở Việt Nam. Tuy nhiên, khi các hộ sinh trình bày quan điểm về vai trò của họ trong chăm sóc sức khỏe sinh sản, có vẻ như họ hiểu rằng vai trò của họ chủ yếu là hỗ trợ đến việc sinh sản và không liên quan đến giảm phá thai và BLTQĐTD [45]. Phần lớn công việc của hộ sinh chăm sóc trước khi mang thai là việc cung cấp các biện pháp tránh thai lâm sàng và hormone.

Hình 17: Tỷ lệ nhu cầu cho người cung cấp dịch vụ hộ sinh thiết yếu trước khi mang thai, 2015
(ước tính làm toàn thời gian)



Ghi chú: Các dịch vụ trước khi có thai bao gồm tư vấn KHHGD, cung cấp KHHGD, kiểm tra và điều trị BLTQĐTD bao gồm HIV và cung cấp axit folic cho phụ nữ có kinh nguyệt

Nguồn: Xem Phụ lục 3 cho các giả định và nguồn số liệu dùng để ước lượng

3.1.4. Chăm sóc khi mang thai

Chăm sóc khi mang thai bao gồm một loạt các dịch vụ bao gồm cả những dịch vụ liên quan đến duy trì sức khỏe của người phụ nữ khi mang thai (phòng chống bệnh sốt rét và BLTQĐTD/HIV), các can thiệp dự phòng khác gồm phân phát axit folic và tiêm phòng uốn ván, sàng lọc và phòng ngừa hoặc điều trị các biến chứng trong khi mang thai bao gồm rối loạn huyết áp, vỡ ối non, đẻ non hoặc đẻ ngược. Ngoài ra, theo phương pháp của Báo cáo Hộ sinh toàn cầu, phá thai an toàn cũng được coi là một phần trong gói các dịch vụ chăm sóc liên quan đến quá trình mang thai. Lý do đưa việc phá thai an toàn vào trong gói dịch vụ trong quá trình mang thai là vì khi có các biến chứng xảy ra với mẹ và trẻ sơ sinh, thì có thể cần đến dịch vụ phá thai. Hơn nữa, ở Việt Nam hiện nay, phá thai đang được coi là một biện pháp để xử trí các trường hợp khi sử dụng biện pháp tránh thai thất bại, do vậy có lẽ dịch vụ này nên được xếp trong nhóm các dịch vụ cho thời kỳ trước khi có thai. Chỉ số cốt lõi đánh giá những nhu cầu này là số lần mang thai. Ước tính, số ca mang thai từ phụ nữ sinh con được báo cáo nằm trong khoảng giữa 2,0 và 2,3 triệu mỗi năm tùy thuộc vào việc sử dụng số liệu điều tra của Tổng cục Thống kê hoặc báo cáo Vụ SKBMTE. Việc tính toán ước tính có tính đến điều chỉnh cho các trường hợp phá thai và sẩy thai. Từ báo cáo của Vụ SKBMTE, số ca có thai được ước tính thậm chí còn cao hơn và ở mức 2,4 triệu mỗi năm. Sự khác biệt ở những con số này hiện vẫn chưa giải thích được.

Chăm sóc trước sinh cơ bản

Dịch vụ chăm sóc thai nghén cơ bản nhất là đi khám định kỳ với hộ sinh hoặc bác sĩ sản khoa. Khuyến cáo hiện nay là đi thăm khám bốn lần. Trong các lần thăm khám, bên cạnh việc ghi lại quá trình chăm sóc cơ bản và kiểm tra sức khỏe, dịch vụ hộ sinh bổ sung cũng được cung cấp, tùy thuộc vào tình hình và nhu cầu của người phụ nữ. Số liệu điều tra cho biết 88,8% phụ nữ có con sinh ra sống trong vòng hai năm vừa qua họ đã có ít nhất một lần đi khám thai với bác sĩ [6]⁹.

Khoảng 30.6% phụ nữ cho biết họ đã đi khám thai với hộ sinh hoặc điều dưỡng, tuy nhiên trong số những người này, 77% phụ nữ cũng đến khám bác sĩ [6]. Nhưng chúng ta không biết bao nhiêu % phụ nữ đã được hộ sinh quản lý thai nghén trong thời kỳ có thai. Đối với mục đích đánh giá nhu cầu trong báo cáo này, chúng tôi giả định rằng hộ sinh cung cấp dịch vụ cho 60% số lượt khám thai và bác sĩ sản khoa cung cấp dịch vụ cho 40% số lượt khám thai. Đây chỉ đơn giản là một giả định và có thể được điều chỉnh cho mục đích ước lượng hoặc mô phỏng. Giả định này không dựa vào nguồn số liệu tối ưu nào về tỉ lệ mức độ cung cấp dịch vụ chăm sóc thai do hai nhóm nhân lực này cung cấp.

Bổ sung vi chất dinh dưỡng

WHO khuyến cáo uống viên sắt hàng ngày và viên bổ sung axit folic với sắt nguyên tố và acid folic cho tất cả phụ nữ mang thai để ngăn ngừa thiếu máu ở mẹ (và nguy cơ tử vong trong trường hợp băng huyết sau sinh) và nguy cơ nhiễm trùng sau đẻ cũng như giảm nguy cơ sinh nhẹ cân và thiếu tháng [46]. Một số nghiên cứu xác định tỷ lệ thiếu máu ở Việt Nam cho thấy sự cần thiết phải bổ sung sắt [47-55]. Thiếu vitamin trong chăm sóc trước sinh đã được xác định là một yếu tố nguy cơ quan trọng trong chết chu sinh ở Việt Nam [56,57]. Trong nhóm dân số hấp thu canxi thấp, bổ sung hàng ngày canxi được khuyến cáo để giảm nguy cơ tiền sản giật [46].

Khi cung cấp viên sắt và axit folic trước khi mang thai, vai trò nhân viên y tế chủ yếu dành thời gian tư vấn cho phụ nữ mang thai về lợi ích của bổ sung sắt, acid folic và canxi. Việc cung cấp bổ sung acid folic được xem là một phần của gói dịch vụ chăm sóc trước sinh (Thông tư 6/2009/TT-BYT), và báo cáo MICS 2014 cho thấy có 94,7% phụ nữ Kinh và 74,2% phụ nữ dân tộc cho biết đã sử dụng acid folic trong khi có thai [6]. Hệ thống y tế Việt Nam dường như không thực hiện xét nghiệm một cách có hệ thống hemoglobin theo phương pháp chích ngón tay cho bệnh thiếu máu và cũng không cung cấp miễn phí canxi.

Tiêm phòng uốn ván

⁹ Tác giả tính toán từ số liệu thô cho thấy rằng 30,6% số phụ nữ cho biết có đi khám thai với một hộ sinh, tuy nhiên, 77% trong số này đồng thời đi khám thai với một bác sĩ

Tiêm uốn ván được khuyến khích cho tất cả phụ nữ mang thai, với hai liều trong lần mang thai đầu tiên và tiêm thêm trong lần mang thai tiếp theo tùy thuộc vào thời gian [46]. Điều này giúp ngăn ngừa tử vong sơ sinh do uốn ván. Tiêm phòng uốn ván từ lâu đã là một phần của gói chăm sóc trong khi có thai của Việt Nam cũng như là một phần của chương trình tiêm chủng mở rộng được tài trợ thông qua ngân sách nhà nước và thường được cung cấp tại các trạm y tế xã. Việt Nam đã loại trừ uốn ván bà mẹ và trẻ sơ sinh từ năm 2006. MICS 2014 cho thấy 82,2% phụ nữ được bảo vệ khỏi bệnh uốn ván sơ sinh, trong đó có 59,6% được tiêm 2 liều vắc-xin trong lần mang thai gần đây nhất của họ, và phần còn lại được tiêm trong những lần mang thai lần trước. Nhu cầu tiêm phòng uốn ván được ước tính bằng 2 lần tiêm chủng cho mỗi lần mang thai.

Phòng và quản lý sốt rét

Báo cáo Sốt rét Thế giới ước tính 7% dân số Việt Nam sống ở các khu vực có nguy cơ cao mắc bệnh sốt rét [58], và tương tự như vậy dự kiến 7% phụ nữ mang thai sống trong những vùng mà họ phải đối mặt với nguy cơ bị nhiễm bệnh sốt rét. Sốt rét liên quan tới thiếu máu trong thai kỳ và các rủi ro liên quan đến biến chứng sản khoa. Ngoài ra sốt rét là một yếu tố nguy cơ cho trẻ sơ sinh nhẹ cân. Các biện pháp can thiệp chính cho sốt rét là phân phát màn chống muỗi và điều trị sốt rét với thuốc sốt rét. Phòng và điều trị bệnh sốt rét là một phần của một chương trình y tế quốc gia được thực hiện tại các trạm y tế xã trong vùng dịch sốt rét. Vì điều trị sốt rét liên quan đến việc kê đơn thuốc, chúng tôi giả định rằng việc chẩn đoán và điều trị sốt rét trong thai kỳ là công việc của bác sĩ, trong khi việc phân phát màn chống muỗi và giải thích làm thế nào để sử dụng chúng là nhiệm vụ của hộ sinh trong giai đoạn đầu của chăm sóc thai.

Bỏ thuốc lá

Tỉ lệ hút thuốc lá trong phụ nữ độ tuổi 15 trở lên rất thấp, chiếm 1.4% năm 2010 [59]. Các biện pháp cai thuốc lá hiện nay không phải là nhiệm vụ của hộ sinh, họ cũng không được đào tạo hoặc phân công để làm việc này. Tuy vậy, WHO

khuyến cáo rằng các nhân viên y tế cần hỏi tất cả các phụ nữ có thai về lịch sử hút thuốc lá hiện tại và trong quá khứ, cũng như việc bị hút thuốc lá thụ động càng sớm càng tốt trong thời kỳ có thai và ở mỗi lần khám thai nhằm tăng cường nhận thức về tác hại của thuốc là với mẹ và thai nhi.

Dự phòng, sàng lọc, điều trị BLTQĐT bao gồm HIV

Một phần quan trọng của công tác phòng chống các BLTQĐT và HIV là thông tin và giáo dục để giúp người dân biết cách phòng các bệnh này hoặc nhận ra các triệu chứng và tìm cách điều trị sớm. Báo cáo năm 2015 của Cục phòng chống HIV/AIDS Việt Nam (VAAC) cho biết 1 triệu phụ nữ nhận được thông tin và giáo dục về HIV, nhưng không rõ các hoạt động này được thực hiện thông qua các kênh nào, cũng như báo cáo không nêu rõ vai trò của hộ sinh và các loại nhân viên y tế khác về việc cung cấp thông tin cho phụ nữ mang thai về HIV / AIDS [38].

Giang mai bẩm sinh là một bệnh nhiễm trùng nghiêm trọng, gây tàn tật, và thường đe dọa tính mạng và có thể truyền cho trẻ qua rau thai của người mẹ bị nhiễm bệnh. HIV là một bệnh truyền nhiễm mãn tính chưa điều trị được và có thể lây cho trẻ trong thời kỳ mang thai. Tất cả phụ nữ mang thai cần được sàng lọc hai bệnh nhiễm trùng này [46], họ cần được xét nghiệm khẳng định trước khi điều trị. Việt Nam đã thực hiện các biện pháp hiệu quả để quản lý dịch HIV. Hiện người sống chung với HIV/AIDS chiếm khoảng 0,25% dân số và Việt Nam được xem là nước có tỷ lệ nhiễm HIV thấp [38]. WHO khuyến cáo rằng ở những nơi có tỷ lệ nhiễm thấp, việc xét nghiệm và tư vấn HIV cần được lồng ghép thành một phần của gói dịch vụ thường quy trong phòng chống lây truyền HIV/AIDS từ mẹ sang con ở tất cả các cơ sở chăm sóc trước sinh. Xét nghiệm HIV cần được lồng ghép với xét nghiệm giang mai [46]. Bằng chứng ủng hộ các khuyến nghị về sàng lọc trước sinh cho BLTQĐT khác còn ít, vì vậy việc chẩn đoán và điều trị chỉ được thực hiện trên những người có triệu chứng.



Sàng lọc HIV ở phụ nữ mang thai được thực hiện rộng rãi. Theo báo cáo Vụ SKBMTE trong năm 2015 có 517.466 phụ nữ mang thai được xét nghiệm trước hoặc trong khi mang thai và 900.319 người đã được xét nghiệm trong khi đẻ. Theo báo cáo của VAAC, tổng số 1.129.000 phụ nữ mang thai được xét nghiệm HIV trong cùng một năm như là một phần của chiến lược PLTMC [38]. Vụ SKBMTE báo cáo tổng số có 1 646 nữ mang thai nhiễm HIV, phần lớn những người này được chẩn đoán trong thai kỳ (73%). Tổng cộng có 1.691 phụ nữ mang thai được cho điều trị ARV dự phòng lây nhiễm HIV cho thai nhi, 673 người trong số họ đã được điều trị ARV trước khi mang thai. Các chương trình thực hiện các biện pháp can thiệp để ngăn chặn lây truyền HIV từ mẹ sang con đã được nghiên cứu và đánh giá nhiều ở Việt Nam [60-68]. Sàng lọc giang mai có vẻ như không được quan tâm đúng mức khi chỉ có 176.613 phụ nữ mang thai được xét nghiệm sàng lọc bệnh này tại các cơ sở y tế công theo thống kê của Vụ SKBMTE.

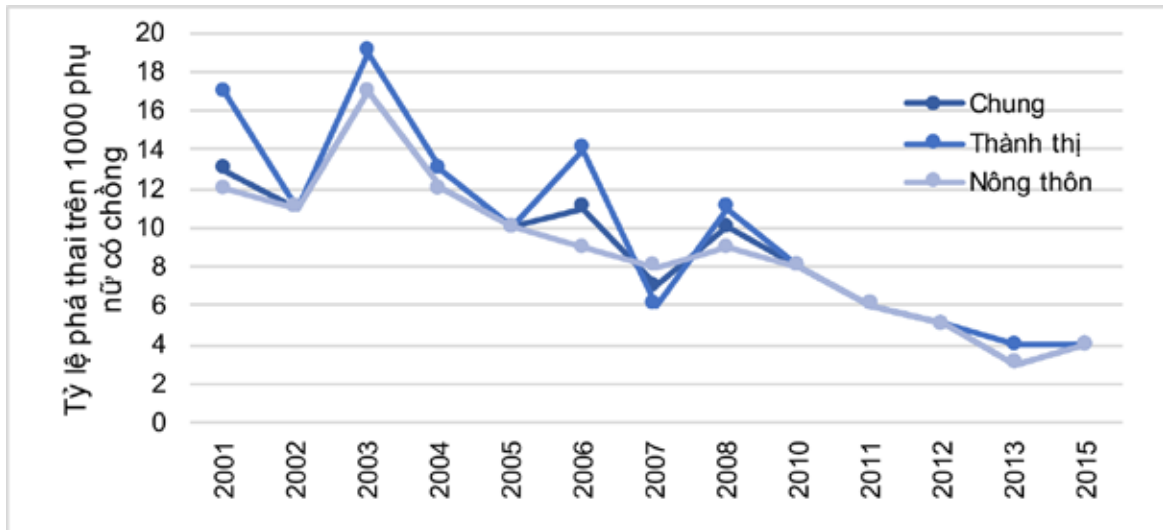
Việc tổ chức sàng lọc và điều trị theo Quyết định 2295 / QĐ-BYT của Bộ Y tế năm 2016 về lồng ghép sàng lọc HIV và STI với việc chăm sóc sức khỏe sinh sản, có thể giúp tăng độ bao phủ của xét nghiệm giang mai. Trong khi BHYT đã sẵn có một hệ thống chuyên môn để sàng lọc, việc tư

vấn và điều trị các loại bệnh này khá thuận lợi vì đã có sẵn các phác đồ điều trị, các phòng xét nghiệm và các loại thuốc. Tuy nhiên, hệ thống này hiện nay khá dàn trải và do nhiều cơ quan khác nhau cùng tham gia cung cấp dịch vụ. Vai trò của các hộ sinh chủ yếu là tư vấn và chuyển tuyến, chứ không phải là người khám và tư vấn liên tục cho các nhiễm trùng này. Họ hoạt động dưới sự giám sát của bác sĩ điều trị.

Dịch vụ phá thai

Tỉ lệ phá thai trong phụ nữ đã kết hôn đã giảm dần theo thời gian, giảm từ 13/1.000 phụ nữ độ tuổi sinh sản năm 2001 xuống đến 4/1000 năm 2015 [1], điều này là kết quả của việc cải thiện tiếp cận và sử dụng các biện pháp tránh thai hiệu quả (Hình 18). Các số liệu của hệ thống chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em cho thấy tỉ lệ phá thai chung cao hơn, khoảng 11 ca trên 1000 phụ nữ đã kết hôn và chưa kết hôn. Điều này gợi ý cho biết tỉ lệ phá thai chủ yếu xảy ra trong nhóm phụ nữ chưa kết hôn. Các cuộc điều tra thường có xu hướng tránh hỏi phụ nữ chưa kết hôn các câu hỏi nhạy cảm về tránh thai và phá thai (ví dụ MICS và Điều tra biến động dân số và KHHGD). Do đó, điều này gây khó khăn để theo dõi các vấn đề sức khỏe sinh sản trong nhóm dân cư chưa kết hôn.

Hình 18: Tỷ lệ phá thai trong phụ nữ kết hôn 2001-2015



Ghi chú: Tỷ lệ phá thai được tính toán dựa trên số ca phá thai chia cho 1.000 phụ nữ độ tuổi 15-49. Tỷ lệ này không phản ánh tình trạng phá thai ở nhóm phụ nữ chưa kết hôn. Tổng điều tra Dân số và Nhà ở 2009 và Tổng điều tra Dân số và Nhà ở giữa kỳ 2014 không có số liệu về phá thai.

Nguồn: Tổng cục Thống kê; Điều tra biến động Dân số và KHHGD 1/4/2015 [1].

Ước tính thô hiện nay về tổng tỷ lệ phá thai (TAR) cho thấy 42 trong 100 phụ nữ đã từng phá thai ít nhất một lần trong suốt cuộc đời sinh sản của họ [27]. Số liệu chỉ ra rằng không có bất kỳ một phụ nữ kết hôn nào cho biết họ đã phá thai trước khi kết hôn. Các ca phá thai do các phụ nữ báo cáo bao gồm các ca phá thai đã xảy ra tại bất kỳ một thời điểm nào trong suốt giai đoạn sinh đẻ của họ, một số ca phá thai xảy ra trước thời điểm nghiên cứu 10 năm, thậm chí 25 năm, trong khi tỷ lệ phá thai theo nhóm tuổi chỉ áp dụng để tính toán cho các ca phá thai xảy ra tại thời điểm của năm thực hiện cuộc nghiên cứu. Chính vì vậy, tỷ lệ phá thai được tính toán chỉ phản ánh tỷ lệ phá thai lịch sử hơn là tỷ lệ phá thai hiện tại. Một giải pháp thay thế là lấy tỷ lệ phá thai của năm hiện tại/1000 phụ nữ và nhân với số năm của cuộc đời sinh đẻ (giả định kéo dài 35 năm). Phương pháp này đưa ra một tỷ lệ TAR thay thế là 0.14 (có nghĩa là đối với mỗi 100 phụ nữ, có 14 ca phá thai xảy

ra trong cuộc đời sinh đẻ của họ nếu như tỷ lệ phá thai/1000 phụ nữ vẫn giữ nguyên theo tỷ lệ của năm 2015). Các tỷ lệ này không cung cấp phương pháp tính phù hợp để đo số lượng ca phá thai vì cách tính này không bao gồm phá thai trong phụ nữ chưa kết hôn.

Số liệu của Vụ SKBMTE chỉ ra tỷ lệ phá thai cao hơn khá nhiều. Năm 2015 Vụ báo cáo tỷ lệ phá thai là 11/1.000 phụ nữ tuổi sinh đẻ.¹⁰ Trong khi số liệu này bao gồm cả phụ nữ kết hôn và chưa kết hôn, có vẻ như số liệu này không bao gồm số liệu từ các cơ sở y tế tư nhân.

Nhu cầu về dịch vụ phá thai tăng là do nhu cầu chưa được đáp ứng về phương tiện tránh thai cao, thất bại trong sử dụng biện pháp tránh thai hoặc phá thai do chỉ định y khoa đối với mẹ và thai nhi, sự ưa thích con trai cũng dẫn đến các trường hợp phá thai bất hợp pháp các thai nhi

10 Vụ Sức khỏe Bà mẹ-Trẻ em báo cáo 266.857 ca phá thai trong số 24 triệu phụ nữ tuổi sinh đẻ (số lượng này cũng được báo cáo trong kết quả của Điều tra biến động dân số-KHHGD 2015)

nữ. Một ước tính thấp cho thấy năm 2015 có ít nhất 266.857 ca phá thai trong các cơ sở y tế công, không có số liệu ước tính số ca phá thai của khu vực y tế tư nhân hoặc số liệu về các ca phá thai không an toàn. Nếu như số liệu của TCTK và Vụ SKBMTE là chính xác, thì điều này cho thấy chỉ có 1/4 ca phá thai ở phụ nữ kết hôn. Số liệu của Vụ SKBMTE cho biết chỉ có 5.548 ca phá thai trong cơ sở y tế công là ở VTN và TN. Trong khi nhu cầu về dịch vụ phá thai đang tăng lên thì điều quan trọng hơn là cần phải dự phòng hiệu quả để tránh có thai ngoài ý muốn và là một phần trong nhu cầu về các dịch vụ hộ sinh trong giai đoạn trước khi có thai. Trong những trường hợp khó khăn hơn trong việc ra quyết định như việc mang thai ở phụ nữ có HIV, một can thiệp rất quan trọng là cần làm tốt việc tư vấn cho người mẹ và điều này còn quan trọng hơn cả các thủ thuật phá thai [69].

Sự chậm trễ trong việc tìm kiếm dịch vụ phá thai đã được xem là một vấn đề quan trọng [70], vì quá trình sẽ nguy hiểm hơn và nhiều khả năng gây biến chứng hơn nếu để thai càng lớn. Theo thống kê của Vụ SKBMTE, 77% các ca phá thai được thực hiện lúc thai nhỏ hơn hoặc bằng 7 tuần, 24% cho thai từ 8 đến 12 tuần tuổi, và 3% được thực hiện cho thai trong 3 tháng thứ hai của thai kỳ. Các yếu tố được phát hiện ảnh hưởng đến sự chậm trễ trong việc tìm kiếm phá thai sớm bao gồm việc không biết mình mang thai hoặc không có chu kỳ kinh nguyệt trước đó [70], và mong muốn biết giới tính thai nhi trước khi quyết định [71]. Có những rào cản đáng kể để phá thai trong ba tháng thứ 2 của thai kỳ, bao gồm thủ tục hành chính nhiều hơn, thái độ tiêu cực của người cung cấp dịch vụ phá thai và chi phí cao. Những yếu tố này có thể khiến phụ nữ có nguy cơ phá thai không an toàn tại các cơ sở y tế tư nhân không có giấy phép [72], và có nhiều khả năng dẫn đến các biến chứng và có thể có các hậu quả lâu dài như vô sinh, hoặc tử vong.

Phá thai hút chân không sớm dưới 8 tuần thuộc phân tuyến kỹ thuật của các trạm y tế xã, phá thai nội khoa và hút phá thai đến 13 tuần được phép được thực hiện ở cấp huyện và tuyến cao hơn, trong khi các loại phá thai phức tạp hơn có thể được thực hiện tại các cơ sở y tế cấp tỉnh

và cấp cao hơn (Thông tư 43/2013/TT-BYT). Tất nhiên, các cơ sở chỉ được phép thực hiện dịch vụ này nếu họ có các nhân viên được đào tạo thích hợp, trang thiết bị và thuốc có sẵn. Trước đây, hộ sinh được phép thực hiện việc phá thai hút chân không dưới 8 tuần, nhưng không được phá thai nội khoa. Sự an toàn của phá thai nội khoa và tính khả tính đã được test thử ở Việt Nam [73–76], nhưng phương pháp vẫn chưa được áp dụng rộng rãi. Tuy nhiên Thông tư 26/2015/TTLT-BYT-BNV năm 2015 lại chỉ quy định hộ sinh cử nhân trở lên mới được cung cấp dịch vụ phá thai, trong khi lực lượng này chỉ chiếm khoảng 5% tổng số hộ sinh trên toàn quốc [12]. Một nghiên cứu gần đây cho thấy hai nơi phá thai phổ biến mà phụ nữ từ 15-49 tuổi đến để phá thai ở lần mang thai gần nhất là các phòng khám tư nhân hoặc phi chính phủ (24,7%) và bệnh viện huyện (23,9%), tiếp theo là trạm y tế xã (20,8%) và bệnh viện tỉnh (12,6%). Khi phá thai, phụ nữ sống ở vùng nông thôn thường đến bệnh viện huyện, trong khi đó phụ nữ vùng đô thị hay đến các phòng khám tư nhân [27]. Không tính đến nơi ở và vùng miền, bác sĩ sản khoa thực hiện 60% ca phá thai và hộ sinh thực hiện 14,4% [27].

Phòng ngừa tai biến sản khoa

Nhiều tai biến sản khoa có thể được ngăn ngừa hoặc giảm nhẹ sớm để giảm bớt tác hại cho bà mẹ và trẻ em. Các tai biến sản khoa và các yếu tố nguy cơ cần được xử trí tại một bệnh viện nơi dịch vụ mổ cấp cứu có thể được thực hiện khi cần và nơi có các dịch vụ chuyên khoa và cao cấp hơn như nơi có bác sĩ nhi. Phần này mô tả một số các biện pháp can thiệp để giảm hoặc giảm thiểu các tai biến sản khoa trước khi sinh.

Tăng huyết áp trong thời kỳ mang thai có thể dẫn đến tiền sản giật và sản giật. Bổ sung canxi và các loại thuốc hạ huyết áp cho phụ nữ mang thai có huyết áp cao, bổ thuốc lá có thể làm giảm nguy cơ tiền sản giật và sản giật trong giai đoạn sau của thai kỳ, và làm giảm bớt sự cần thiết để kích thích chuyển dạ sớm để điều trị sản giật.

Tăng huyết áp trong thai kỳ và tiền sản giật (bệnh đa hệ thống với các triệu chứng thực thể bao gồm huyết áp cao và protein trong nước tiểu)

có thể được sàng lọc dễ dàng và không tốn kém trong khi mang thai và các thuốc chống tăng huyết áp được sử dụng để giảm nguy cơ tiền sản giật vì đây là một tai biến sản khoa đe dọa tính mạng của người mẹ. Chất lượng chăm sóc trước sinh tốt liên quan đến việc giám sát thường xuyên huyết áp và chuỗi xét nghiệm để kiểm tra protein trong nước tiểu, và để tìm kiếm dấu hiệu khác của sản giật sắp xảy ra (ví dụ như đau bụng, rối loạn thị giác) và xác định được hình thức cần xử trí như sử dụng Magne sulfat, thuốc chống tăng huyết áp và cho sinh sớm [77]. Sản giật là một biến chứng sản khoa nặng nề trong đó người phụ nữ mang thai tăng huyết áp bị co giật, tiếp theo là tình trạng hôn mê, suy nội tạng và có thể tử vong cho mẹ và thai nhi. Điều trị chuẩn trong các trường hợp sản giật là dùng thuốc chống co giật (Magnesium sulfate) và cho sinh sớm.

Mặc dù hiện không có ước tính về tỷ lệ tăng huyết áp trong thai kỳ ở Việt Nam¹¹, một nghiên cứu đã đưa ra ước tính của khu vực dựa trên tổng kết các tài liệu về tỷ lệ cao huyết áp ở các nước khác [78]. Các ước tính cho thấy ở khu vực Tây Thái Bình dương tỷ lệ mắc bệnh cao huyết áp mãn tính trong thai kỳ là 0,32%, tiền sản giật là 2,43% và sản giật là 0,14%. Các hộ sinh được đào tạo tốt theo dõi chặt chẽ huyết áp và quản lý bệnh tăng huyết áp thường có thể xác định các điều kiện sớm và chuyển lên tuyến trên để điều trị trước khi các biến chứng nghiêm trọng xảy ra.

Vỡ ối sớm có thể dẫn đến chuyển dạ tự phát trong vòng vài ngày, nhưng một số phụ nữ có thể không sinh trong vài tuần, dẫn đến việc thai nhi có nguy cơ bị nhiễm trùng do màng ối bị tổn thương và không còn được một hàng rào bảo vệ. Tuy nhiên, đôi khi người phụ nữ có thể bị rò rỉ nước ối kín đáo. Những trường hợp này thường tự lành và phụ nữ có thể về nhà để tiếp tục giữ thai cho đến thời gian đẻ. Tuy nhiên, nếu người phụ nữ mất nhiều nước ối thì sẽ có khả năng chuyển dạ sẽ xảy ra. Trong trường hợp này, nếu người phụ nữ mang thai đang ở tuần thứ 24 đến 34 tuần tuổi thai, việc xử trí lý tưởng nhất là trì hoãn thời gian đủ dài để dùng steroid (hai liều cách nhau 24 giờ) giúp hỗ trợ sự phát triển phổi

của thai nhi và giảm nguy cơ Hội chứng suy hô hấp. Nhiễm trùng trong tử cung và sinh non là những biến chứng phổ biến của tình trạng này và chiếm khoảng 25% các ca sinh non [57,79, 80]. Việc xử trí các trường hợp này cần phải được thực hiện trong bệnh viện, theo dõi, giám sát chặt chẽ, và để chỉ huy do một bác sĩ sản khoa thực hiện. Sinh non có thể dẫn đến suy hô hấp cho trẻ sơ sinh và là một yếu tố nguy cơ chính gây tử vong ở trẻ sơ sinh [81]. Ước tính tỉ lệ sinh non ở Việt Nam là khoảng 11,8% [79].

Ngôi thai bất thường (thường là ngôi mông) được chiếm khoảng 4,5% các ca sinh, hoặc ít hơn 4% cho các lần sinh đúng kỳ và thường gắn liền với sinh non [82]. Thủ thuật xoay đầu bên ngoài là một kỹ thuật để hỗ trợ xoay thai nhi để sinh ngôi chỏm, và đã được chứng minh là thành công trong việc giảm các trường hợp sinh mổ và để ngược đường âm đạo và giúp giảm các nguy cơ biến chứng nghiêm trọng. Thủ thuật này được khuyến cáo chỉ được làm trong cơ sở y tế có khả năng thực hiện được mổ lấy thai, và tránh thực hiện các thủ thuật ở những phụ nữ có những yếu tố nguy cơ nhất định. Chương trình đào tạo hộ sinh cao đẳng chỉ rõ rằng bác sĩ sản khoa là người thực hiện thủ thuật này, chứ không phải hộ sinh. Nhưng trong thực tế, không biết là các bác sĩ sản có thực hiện thủ thuật này hay không?.

Tổng kết nhu cầu hộ sinh trong thời gian có thai

Dựa trên các phân tích theo phương pháp của Báo cáo hộ sinh toàn cầu và áp dụng cho hệ thống y tế Việt Nam, nhu cầu về lực lượng hộ sinh và nhân viên y tế khác trong việc cung cấp dịch vụ hộ sinh trong giai đoạn mang thai được tóm tắt ở Hình 19 dưới đây. Các ước tính giả thiết rằng hộ sinh thực hiện hầu hết các dịch vụ khám thai định kỳ, hút thai chân không sớm và hỗ trợ các bác sĩ sản khoa trong việc xử trí các biến chứng sản khoa để kết thúc thai kỳ. Điều cần lưu ý là bất kỳ trường hợp này đòi hỏi thuốc theo đơn thuốc, một bác sĩ sẽ thăm khám bệnh nhân và kê đơn thuốc và người hộ sinh sẽ cho dùng những loại thuốc này.

11 Số liệu của Vụ Sức khỏe Bà mẹ-Trẻ em năm 2015 có 456 trường hợp tăng huyết áp, tỉ lệ 0.03%, giống như của Nhật Bản

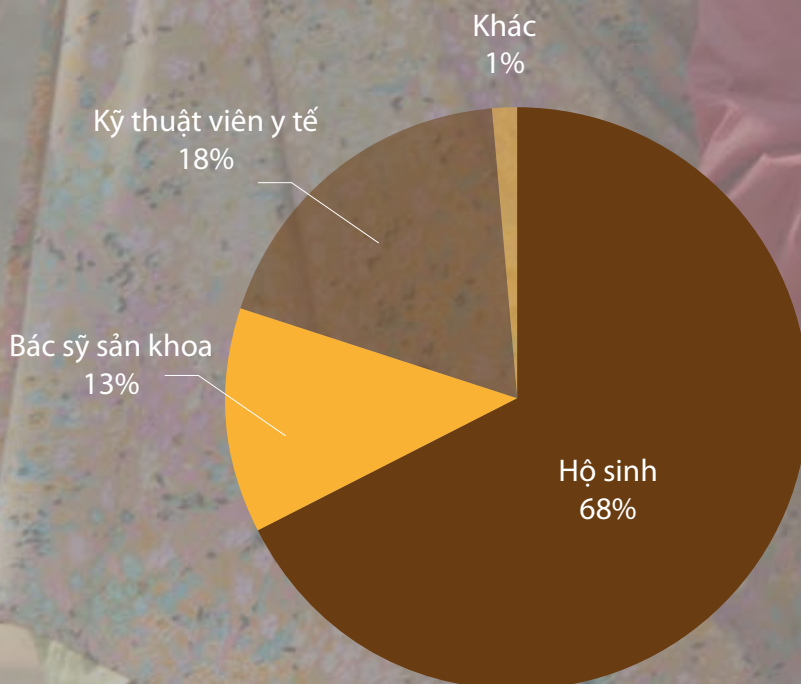


Hình 19 cho thấy hộ sinh đóng một vai trò lớn trong các can thiệp hộ sinh liên quan đến thai kỳ. Các kỹ thuật viên phòng lab thực hiện các xét nghiệm sàng lọc rộng rãi cho phụ nữ mang thai về các BLTQĐTD và HIV trong quá trình chăm

sóc trước sinh. Bác sĩ sản khoa cung cấp dịch vụ chăm sóc trước sinh cho 20% số ca có thai và xác định các kế hoạch chẩn đoán và điều trị và xử lý các biến chứng sản khoa hoặc các yếu tố nguy cơ của họ.

Hình 19: Cơ cấu nhu cầu cho các nhóm nhân viên y tế cung cấp dịch vụ hộ sinh thiết yếu, 2015

(Ước tính làm toàn thời gian)



Ghi chú: Các dịch vụ mang thai bao gồm chăm sóc trước sinh (axit folic, điều trị uốn ván, sàng lọc điều trị BLTQĐTD/HIV, quản lí các bệnh huyết áp cao), giảm thiểu các biến chứng xảy ra gần thời gian sinh và các dịch vụ phá thai

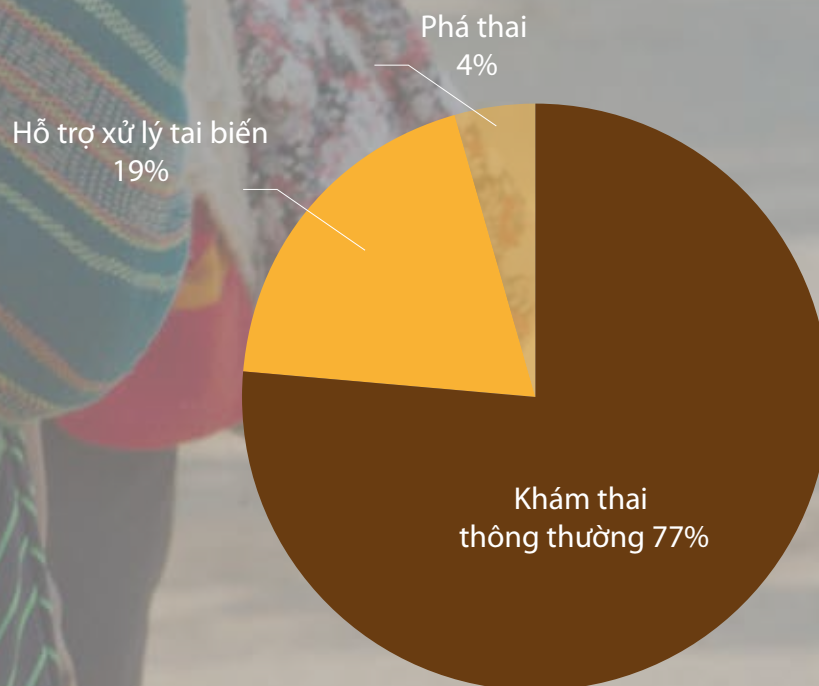
Nguồn: Xem phụ lục 3 cho các giả định và nguồn số liệu dung trong ước lượng



Công việc của hộ sinh trong khi việc chăm sóc trước sinh là chăm sóc phần lớn các ca có thai bình thường và khoảng 1/5 số ca có thai cần có

sự chăm sóc của bác sĩ sản khoa để xử trí các tai biến (Hình 20). Phá thai chiếm một phần rất nhỏ khi so sánh với số ca thai nghén.

Hình 20: Cấu trúc về nhu cầu dịch vụ chăm sóc trước sinh do hộ sinh cung cấp, 2015
(Ước tính làm toàn thời gian)

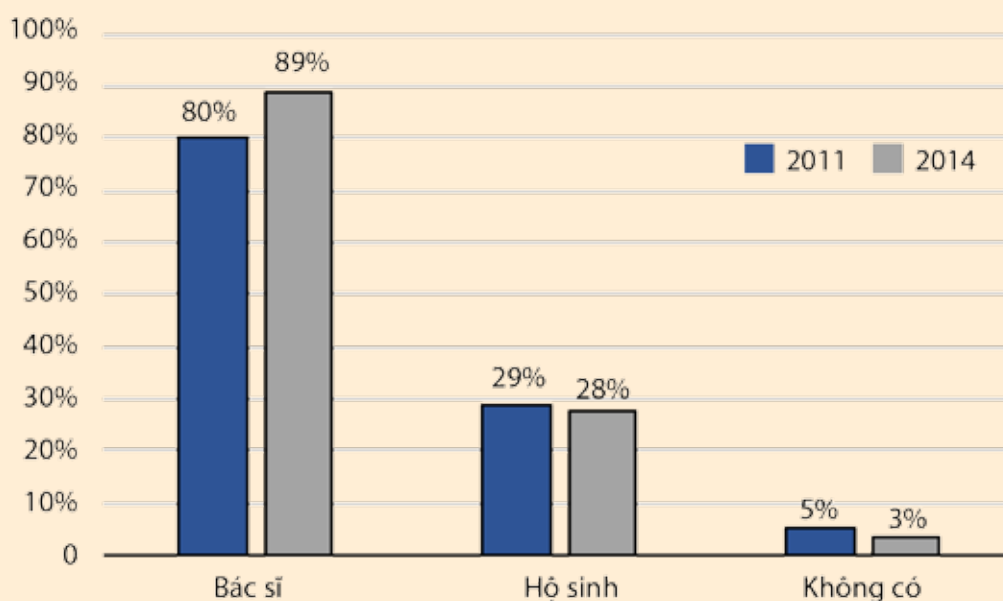


Nguồn: Xem Phụ lục 3 về nguồn số liệu và các giả định khi ước tính

Trong khi chăm sóc trước sinh được coi là nhiệm vụ chủ yếu của hộ sinh thì ở Việt Nam, bác sĩ lại là người cung cấp dịch vụ này nhiều nhất¹². Mô hình chăm sóc liên tục do hộ sinh chịu trách nhiệm, mô hình chi phí-hiệu quả cho cung cấp dịch vụ chăm sóc trước sinh từ lần thăm khám

đầu tiên đến sau đẻ. Bác sĩ sản cũng có thể thực hiện quá trình chăm sóc liên tục nhưng điều này sẽ gây lãng phí nguồn nhân lực và chi phí cao và họ chỉ nên tham gia xử trí các biến chứng của thai nghén và trong khi sinh.

Hình 21: Ai đang cung cấp dịch vụ chăm sóc trước đẻ ở Việt Nam?



Nguồn: Xem Phụ lục 3 về nguồn số liệu và các giả định để ước tính

3.1.5. Sinh đẻ

Chỉ số chính của can thiệp trong khi sinh là số ca đẻ, bao gồm cả chết chu sinh. Theo điều tra biến động dân số và kế hoạch hóa gia đình của Tổng cục Thống kê, số trẻ sinh ra sống trong năm 2015 là 1,5 triệu, trong khi các báo cáo của Vụ SKBMTÉ là 1,7 triệu. Không rõ lý do tại sao có sự khác nhau đến 200.000 trẻ sơ sinh. Ước tính chết chu sinh là khoảng 15.000-17.000 ca mỗi năm.

Can thiệp cần thiết trong khi sinh bao gồm chăm sóc cho các cuộc đẻ thường theo đường âm đạo và điều trị các biến chứng sản khoa.

Chuyển dạ và đẻ bình thường

Phần lớn thai kỳ sẽ kết thúc bằng việc sinh qua đường âm đạo bình thường. Công việc của người hộ sinh là giúp người mẹ vượt qua quá trình này bằng cách giám sát cẩn thận và liên tục quá trình chuyển dạ và hướng dẫn những gì phải làm khi cuộc đẻ tiến triển. Tất cả các công việc của một cuộc chuyển dạ bình thường và đẻ bình thường được thực hiện bởi hộ sinh người đã được đào tạo và được cấp chứng chỉ là một người đỡ đẻ có kỹ năng. Bác sĩ sản khoa cũng có thể thực hiện việc này, nhưng kỹ năng của họ phù hợp hơn cho việc can thiệp y tế giải quyết các tai biến hơn là kiên nhẫn và liên tục hỗ trợ một người phụ nữ

¹² Cần lưu ý số liệu này là được tính toán dựa trên việc tự báo cáo của phụ nữ vì họ có thể không phân biệt/biết được người đang cung cấp dịch vụ chăm sóc trước sinh là bác sĩ hay hộ sinh.

chuyển dạ và đẻ. Các hộ sinh cũng phải xác định được biến chứng và huy động sự hỗ trợ của các cán bộ y tế chuyên ngành khác khi cần thiết để xử trí các biến chứng.

Xử trí tích cực giai đoạn thứ 3 của chuyển dạ là đỡ rau thai và điều này cũng rất quan trọng trong việc phòng chảy máu sau đẻ.

Dự phòng và xử trí các tai biến

Trong bất kỳ ca sinh nào, tai biến cũng có thể phát sinh. Việc chăm sóc tốt trong thời kỳ có thai có giúp thể phát hiện sớm nhiều nguy cơ và biến chứng trước khi đẻ để có các biện pháp phòng ngừa hoặc giảm nhẹ thích hợp. Các tai biến khác có thể được xác định trong khi chuyển dạ và người mẹ được chuyển đến một cơ sở y tế thích hợp hơn hoặc được hỗ trợ chuyên môn bổ sung, như mời bác sĩ sản khoa đến để can thiệp và sử lý.

Những phụ nữ có HIV không được điều trị sẽ có 15% đến 45% nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con trong khi mang thai, chuyển dạ, đỡ đẻ hoặc cho con bú, nhưng nguy cơ này có thể giảm xuống dưới 5% với các can thiệp PLTMC¹³ có hiệu quả. Với HIV, chăm sóc lý tưởng nhất là sàng lọc sớm khi mang thai và ART được bắt đầu cho tất cả các bà mẹ để ngăn chặn suy giảm sức khoẻ của họ và để bảo vệ thai nhi khỏi nhiễm trùng. Nếu HIV không được phát hiện cho đến khi chuyển dạ, cần thực hiện mổ khẩn cấp để giảm nguy cơ lây truyền virus cho trẻ khi trong lúc sinh vì lúc này lượng virus cao. Thử test trong quá trình chuyển dạ cũng cho phép cung cấp những tư vấn thích hợp cho các bà mẹ để ngăn chặn lây nhiễm virus cho bé khi cho con bú. Năm 2015, 64% của hơn 1 triệu phụ nữ mang thai đã được xét nghiệm HIV ở Việt Nam. Tuy nhiên, họ đã không được xét nghiệm trong thời kỳ có thai và chỉ đến khi họ chuyển dạ thì mới được xét nghiệm (thống kê của Vụ SKBMTE). Khoảng 1.646 phụ nữ được xét nghiệm dương tính với HIV trong thời kỳ mang thai hoặc đã biết tình

trạng nhiễm HIV của họ trước khi mang thai. Báo cáo cho thấy 1.324 đã được điều trị ARV trước khi sinh, do đó số lượng phụ nữ được chẩn đoán nhiễm HIV trong khi sinh khoảng 322 phụ nữ. Không rõ những phụ nữ này có được chuyển sang mổ hay sinh đường âm đạo.

Trong khi đẻ thường là tốt nhất đối với một cuộc đẻ không có biến chứng, có một số chỉ định mổ đẻ được thực hiện để đảm bảo sức khỏe của mẹ và bé. Không có nghiên cứu nào được thực hiện ở Việt Nam để đánh giá các chỉ định mổ đẻ hiện đang thực hiện, như dựa theo thang điểm Robson. Tỷ lệ mổ đẻ ước tính khoảng 27,5% trong năm 2014 [6], trong khi thống kê của Vụ SKBMTE năm 2015 đưa ra con số 30%. Ở Việt Nam, khoảng 14,2% ca đẻ trong năm 2014 là sinh mổ theo yêu cầu [6] theo kế hoạch trước, do đó những trường hợp này sẽ không đi qua quá trình chuyển dạ đẻ và sinh bình thường. Khoảng 13.3% các ca chỉ định mổ đẻ là do các tai biến xảy ra trong quá trình chuyển dạ đẻ.

Mổ đẻ là một phẫu thuật bụng lớn. Mổ đẻ lần đầu được phân loại là một phẫu thuật loại II, trong khi mổ đẻ lần 2 trở đi được phân loại như phẫu thuật loại I¹⁴. Cả hai loại phẫu thuật rất mất thời gian và công sức và đòi hỏi 1 kíp phẫu thuật gồm 1 bác sĩ phẫu thuật chính, 3 trợ lý, 1 bác sĩ gây mê và 1 người hỗ trợ (50/2014/TT-BYT). Trong thời gian hậu phẫu việc giám sát và chăm sóc nhiều hơn so với đẻ thường. Phẫu thuật mổ đẻ được thực hiện ở hầu hết các bệnh viện tuyến huyện và tuyến cao hơn. Điều dưỡng là người tham gia chính hỗ trợ các cuộc mổ, trong khi đó người hộ sinh là người chăm sóc và thực hiện các chăm sóc trẻ sơ sinh ngay sau mổ.

Đối với thai kéo dài hơn 40 tuần + 10 ngày, đẻ chỉ huy có thể được chỉ định. Hiện ở Việt Nam chưa có thống kê về số lượng các trường hợp đẻ chỉ huy hoặc đẻ chỉ huy trên số lần mang thai kéo dài hơn 40 tuần 10 ngày. Thủ thuật này thường sẽ được chỉ định và hướng dẫn của bác sĩ sản khoa. Người phụ nữ có thai được hộ sinh theo

13 WHO. <http://www.who.int/hiv/topics/mctct/about/en/>

14 Phẫu thuật hạng I là phẫu thuật phức tạp, nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân, đòi hỏi trình độ chuyên môn cao, chỉ được thực hiện ở bệnh viện tuyến trung ương và tỉnh. Cuộc mổ có thể cần đến các thiết bị y tế đặc biệt. Thời gian dành cho một cuộc mổ có thể từ 2-3 h hoặc dài hơn. Phẫu thuật hạng II có thể thực hiện được ở các bệnh viện từ tuyến huyện trở lên và có nguy cơ tử vong thấp hơn, yêu cầu các trang thiết bị phẫu thuật bình thường, kéo dài từ 1-3 h hoặc dài hơn.

đôi và thực hiện y lệnh dùng thuốc điều trị.

Chảy máu sau đẻ là một tình trạng đe dọa tính mạng và đối với những người sống sót thì sẽ bị thiếu máu nặng. Chảy máu sau đẻ có thể được xử trí bằng cách bóc rau nhân tạo, các thủ thuật, khâu vết rách, tiêm oxytocin hoặc dùng các thuốc khác. Một số phương pháp mới đang được thử nghiệm để thêm vào bộ công cụ [83, 84]. Thống kê của Vụ SKBMTE năm 2015 cho thấy có 1.874 ca xuất huyết sau khi sinh tại Việt Nam. Một nghiên cứu của WHO về chảy máu sau đẻ nghiêm trọng tại khu vực Tây Thái Dương ước tính chảy máu sau đẻ¹⁵ từ 6,3% đến 8,1% ca sinh sống hoặc 2,77 hoặc 4,5 ca trên 1000 phụ nữ trong độ tuổi sinh sản [85]. Ước tính có khoảng 66 500-120 000 ca chảy máu sau đẻ tại Việt Nam trong năm 2015. Các chăm sóc để xử trí chảy máu sau đẻ có thể được các hộ sinh thực hiện tại trạm y tế xã. Tuy nhiên, hướng dẫn quốc gia khuyến nghị tuyến xã cần ổn định bệnh nhân và chuyển đến bệnh viện. Nếu chảy máu sau đẻ xảy ra trong bệnh viện, có thể bác sĩ sản khoa sẽ điều trị.

Tóm tắt nhu cầu về hộ sinh trong khi sinh

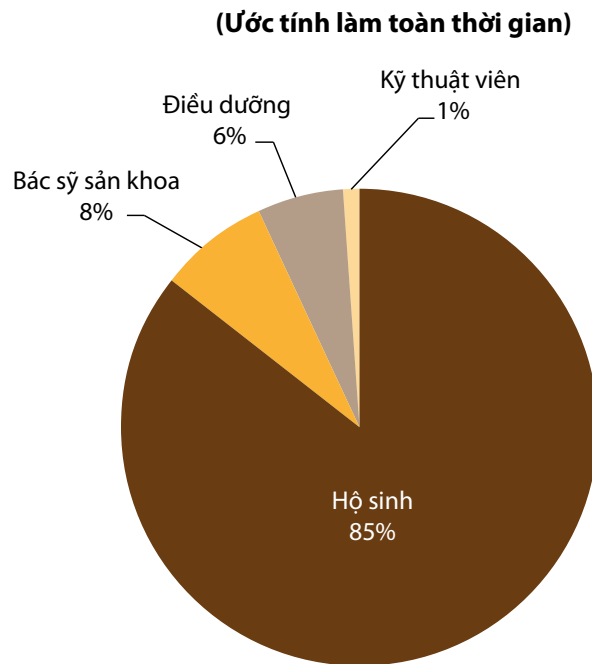
Dựa trên các phân tích theo phương pháp BCHSTG và áp dụng cho hệ thống y tế Việt Nam, nhu cầu về lực lượng hộ sinh và nhân viên y tế khác trong việc cung cấp dịch vụ hộ sinh trong khi sinh được tóm tắt ở Hình 22 dưới đây. Các ước tính cho rằng hộ sinh có trách nhiệm theo dõi việc chuyển dạ và hỗ trợ đỡ đẻ khi sinh bình thường và các bác sĩ chủ yếu giám sát trong giai đoạn này. Chúng tôi giả thiết tỉ lệ mổ đẻ là 20% của tất cả các ca sinh, mặc dù tỷ lệ này đã gấp đôi so với tỷ lệ 10% và không có bằng chứng về việc cải thiện kết quả tử vong nếu tỷ lệ mổ đẻ cao hơn 10% [86]. Một nửa số ca mổ đẻ được chỉ định cấp cứu, vì vậy chúng tôi vẫn tính toán sự hỗ trợ trong quá trình chuyển dạ đối với những người phụ nữ này. Trong khi đó, một nửa số ca mổ đẻ còn lại là theo yêu cầu, trong đó người phụ nữ có thai không trải qua quá trình chuyển dạ với hộ sinh. Đối với dịch vụ mổ đẻ, vai trò của hộ sinh rất giới hạn vì họ không được đào tạo để làm công việc này. Tuy nhiên chăm sóc sau phẫu thuật là

công việc liên quan đến cả điều dưỡng và hộ sinh để chăm sóc cho cả mẹ và con. Đối với đẻ chỉ huy hoặc xử trí chảy máu sau đẻ, hộ sinh đóng một vai trò hỗ trợ quan trọng hỗ trợ cho các bác sĩ sản khoa.

Hình 22 cho thấy hộ sinh có thể đáp ứng phần lớn nhu cầu dịch vụ hộ sinh trong khi sinh, vì hầu hết các ca sinh là đẻ thường và không có tai biến, nhưng phải mất một khoảng thời gian đáng kể theo dõi từ khi bắt đầu chuyển dạ cho đến khi trẻ được sinh ra một cách tự nhiên. Trong phân tích này giả định thời gian trung bình từ khi bắt đầu chuyển dạ cho đến khi trẻ được sinh ra là 6 giờ. Tuy nhiên hiện có một cuộc tranh luận quốc tế về thời gian bình thường của chuyển dạ và có khuyến nghị kéo dài thời gian này đáng kể. Khoảng thời gian người hộ sinh dành cho một cuộc đẻ cũng sẽ khác nhau tùy thuộc vào thời gian phụ nữ chuyển dạ tại một cơ sở sinh đẻ (như nhà hộ sinh hoặc TYT xã), hay ở trong một bệnh viện, nơi mà các hộ sinh có thể phải phục vụ nhiều hơn một phụ nữ tại một thời điểm chuyển dạ sớm, hoặc trong một phòng đẻ, hoặc ở nhà, nơi các hộ sinh sẽ ở lại liên tục với người mẹ suốt quá trình chuyển dạ và sinh đẻ. Cần lưu ý là thời gian của dịch vụ hộ sinh đang được mô tả trong phần này không bao gồm chăm sóc sau sinh.

15 Dựa trên ước tính là nếu chảy máu làm mất trên 1.000ml máu

Hình 22: Cơ cấu dịch vụ chăm sóc hộ sinh thiết yếu khi sinh theo nhóm người cung cấp dịch vụ, 2015

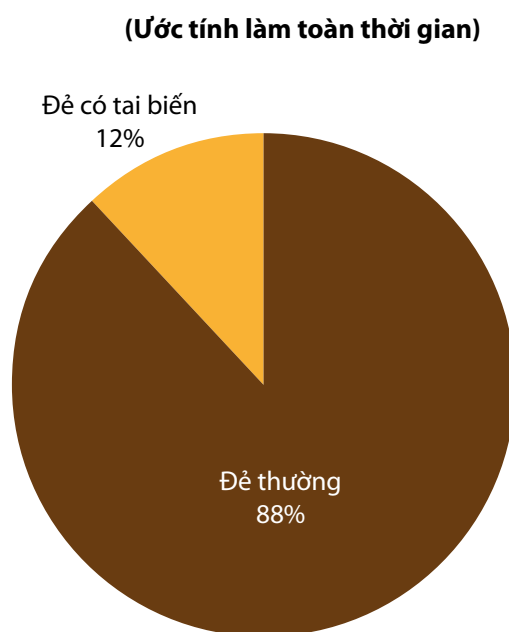


Ghi chú: Dịch vụ trong sinh bao gồm theo dõi chuyển dạ, hỗ trợ sinh bao gồm xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ, kể cả sinh mổ và điều trị sau sinh.

Nguồn: Xem phụ lục 3 cho các giả định và nguồn số liệu được sử dụng trong ước lượng

Công việc mà hộ sinh thực hiện trong quá trình chăm sóc sinh đẻ phần lớn là chăm sóc trước sinh cho thai kỳ bình thường và dành khoảng một phần năm thời gian giúp bác sĩ sản khoa xử lý các biến chứng (Hình 23).

Hình 23: Cơ cấu các cuộc đẻ được các hộ sinh đáp ứng, 2015

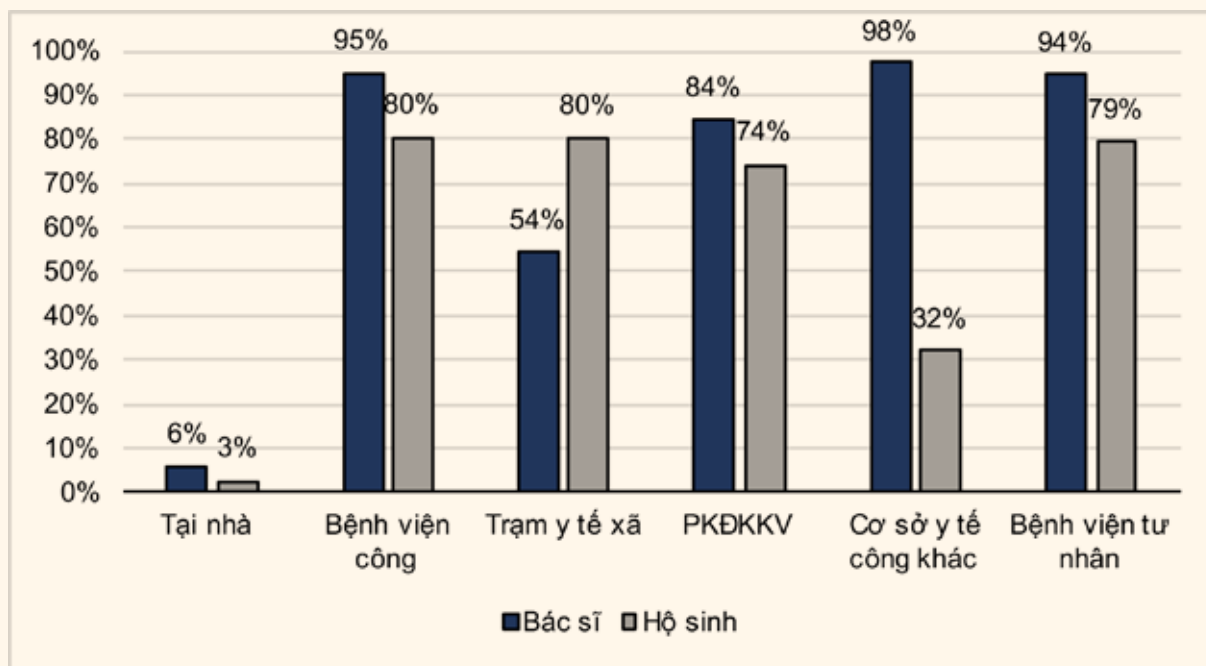


Nguồn: Xem phụ lục 3 cho các giả định và nguồn số liệu được sử dụng để ước lượng

Trong khi hộ sinh hoàn toàn có khả năng trở thành người đỡ đẻ có kỹ năng để phục vụ cho các cuộc đẻ thường (chiếm phần lớn ca các sinh) trong hệ thống y tế Việt Nam, thực tế lại không phải như vậy. Năm 2014, các ca đẻ trong bệnh viện thường do bác sĩ đỡ chứ không phải hộ sinh,

trong khi hộ sinh là người đỡ đẻ chính ở trạm y tế xã (Hình 24). Trong khi một số ca đẻ có sự chăm sóc của cả bác sĩ và hộ sinh, số liệu cho thấy là bác sĩ là người đỡ chính trong phần lớn các ca đẻ.¹⁶ Đối với các ca đẻ tại nhà, việc có sự hỗ trợ của người đỡ đẻ có kỹ năng (bác sĩ, hộ sinh/điều dưỡng) rất thấp, và tỉ lệ các ca đẻ tại nhà có sự hỗ trợ của y tế thôn bản (và cô đỡ thôn bản đã được đào tạo) chỉ có 5,5% [6].

Hình 24: Ai là người đỡ đẻ?



Nguồn: MICS 2014 [6]

16 Cần lưu ý là số liệu này được tính toán dựa trên việc tự báo cáo của phụ nữ vì họ có thể không phân biệt/biết được người đang cung cấp dịch vụ chăm sóc trong khi sinh là bác sĩ hay hộ sinh.

3.1.6. Chăm sóc sau sinh cho mẹ và trẻ sơ sinh

Chỉ số chính của nhu cầu sau sinh/chăm sóc sau khi sinh là số phụ nữ sinh con và số sinh ra sống và chỉ khác nhau một chút cho các trường hợp sinh đôi và sinh chết non. Can thiệp cần thiết trong giai đoạn sau sinh bao gồm những việc chăm sóc cho các bà mẹ và cho trẻ sơ sinh, và gồm cả các biện pháp phòng ngừa cũng như điều trị các biến chứng.

Chăm sóc sau sinh cho các bà mẹ

Chăm sóc cần thiết sau sinh cho các bà mẹ mới sinh con bao gồm tư vấn và hỗ trợ bà mẹ cho con bú, tư vấn kế hoạch hóa gia đình và tránh thai, ngủ và nghỉ ngơi hợp lý và tư vấn dinh dưỡng. Phụ nữ cần thời gian để phục hồi sức khỏe sau quá trình mang thai và sinh con, nên cần giảm khoảng cách lần sinh tiếp theo bằng việc sử dụng hiệu quả các biện pháp tránh thai. Điều này đòi hỏi việc giải thích kỹ càng các biện pháp tránh thai và hiệu quả để phụ nữ có thể quyết định sử dụng. Phòng ngừa và điều trị thiếu máu, thông qua chế độ ăn uống hoặc các can thiệp y tế, là những can thiệp sau khi sinh quan trọng để bù lại việc mất máu đáng kể mà phụ nữ trải qua khi sinh, đặc biệt là ở những phụ nữ bị thiếu máu khi mang thai hoặc những người bị xuất huyết sau khi sinh. Những giải pháp phòng ngừa nằm trong phạm vi chuyên môn và công việc của hộ sinh và được cung cấp tại cơ sở y tế trước khi người phụ nữ trở về nhà.

Nhiễm trùng sau sinh ở phụ nữ đòi hỏi điều trị kháng sinh khẩn cấp. Một nghiên cứu cho thấy ước tính tỷ lệ nhiễm trùng (ước tính rất sát sao) sau đẻ tại Việt Nam là 1,7% và tỷ lệ nhiễm trùng nghiêm trọng là 0,5%. Dầu vậy, khi sử dụng phương pháp chẩn đoán nguyên nhân tử vong bằng phông vấn, ước tính đã tăng lên 4,6%. Nghiên cứu cũng lưu ý rằng 98% phụ nữ đã được cho kháng sinh dự phòng [87] và có thể là một phần của điều trị vì cắt tầng sinh môn trong lúc sinh. Ở khu vực Tây Thái Bình Dương, ước tính tỷ lệ nhiễm trùng sau đẻ là 4,4% [88]. Trong hầu hết

các trường hợp, chăm sóc sẽ được thực hiện ở cơ sở y tế nhận phụ nữ đã được chuyển đến từ các cơ sở y tế chăm sóc ban đầu, hoặc trong các bệnh viện, nơi phụ nữ đến để sinh con. Việc chăm sóc cho biến chứng này thường do một bác sĩ thực hiện và hộ sinh cho người phụ nữ dùng thuốc theo chỉ định của bác sĩ.

Đối với những phụ nữ không được xét nghiệm HIV trong thời kỳ có thai, việc sàng lọc trong chuyển dạ có thể giúp xác định những phụ nữ cần ART để ngăn tình trạng lây nhiễm virus cho trẻ sơ sinh sau khi sinh. Thống kê của Vụ SKBMTE cho thấy năm 2015 có 322 phụ nữ nhiễm HIV không được sử dụng ART tại thời điểm đỡ đẻ mà lẽ ra họ sẽ cần được nhận những can thiệp này. Sau khi sinh con, các bà mẹ mới phát hiện nhiễm HIV cần được hỗ trợ về tinh thần cũng như thông tin và giáo dục để điều trị cho bản thân, xét nghiệm và điều trị cho em bé. Họ cần phải được chuyển đến cơ sở chăm sóc và điều trị ART để tiếp tục điều trị căn bệnh mãn tính này.

Chăm sóc sau sinh cho trẻ sơ sinh

Gói chăm sóc sơ sinh sớm thiết yếu (EENC) đã được lồng ghép vào trong hệ thống chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em Việt Nam và hiện được khuyến cáo là chuẩn của chăm sóc trẻ sơ sinh. Số liệu thống kê của Vụ SKBMTE cho thấy năm 2015 có 41% trẻ sơ sinh nhận được những dịch vụ chăm sóc thiết yếu này¹⁷. Các dịch vụ thiết yếu cần thiết cho tất cả các trẻ sơ sinh bao gồm việc chăm sóc đảm bảo giữ ấm để ngăn ngừa hạ thân nhiệt (lau khô ngay lập tức, làm ấm, tiếp xúc da - kể - da và trì hoãn tắm), xúc tiến và hỗ trợ để cho trẻ bắt đầu bú mẹ hoàn toàn (trong giờ đầu tiên), xúc tiến và chăm sóc dây rốn, chăm sóc da và tiêm chủng cho trẻ sơ sinh (ở Việt Nam đây là lúc trẻ được tiêm vắc xin viêm gan B và BCG). Đối với những trẻ không thở sau khi sinh, hồi sức sơ sinh với túi và mặt nạ và phải được bắt đầu ngay lập tức. Theo ước tính trong Báo cáo Hộ sinh toàn cầu, khoảng 1% trẻ không thở sau khi sinh.

17 Biểu số 4/BMTE-V của Vụ Sức khỏe Bà mẹ Trẻ em



Ảnh do Đoàn Bảo Châu chụp tại Yên Bái

Một số trẻ có nhu cầu đặc biệt, cụ thể với trẻ sơ sinh nhẹ cân và thiếu tháng. MICS ước tính tỷ lệ sinh nhẹ cân là 5,7% của tất cả các trẻ sơ sinh [6] trong khi thống kê của Vụ SKBMTE cho thấy một tỷ lệ thấp hơn là 3,7% (sử dụng ngưỡng 2500 g). Sinh non (trước 37 tuần) được ước tính khoảng 11,8% ở Việt Nam [79]. Đối với trẻ sinh non, suy hô hấp là một trong những yếu tố chính dẫn đến tử vong ở trẻ sơ sinh. Ở Việt Nam ước tính có khoảng 11,8% trẻ em được sinh ra thiếu tháng [79]. Hai can thiệp thiết yếu là sử dụng surfactant (chất có hoạt tính bề mặt) để ngăn ngừa hội chứng suy hô hấp và điều trị với một máy thở áp lực dương liên tục (CPAP) cho những trẻ em bị hội chứng suy hô hấp (ước tính khoảng 1% của tất cả các trẻ sơ sinh hoặc khoảng 15.000 trẻ sơ sinh), với giả định việc điều trị 24 giờ trong 14 ngày liên tục đối với trẻ sơ sinh. Mô hình chăm sóc mẹ Kangaroo được khuyến cáo cho nhóm trẻ này và cho bú thường xuyên với trẻ nhẹ cân và trẻ đẻ non.

Tăng bilirubin máu nặng (bệnh vàng da) và bệnh vàng da nhân não (rối loạn chức năng não do bilirubin gây ra) có thể dẫn đến bệnh tật và tử vong ở các nước như Việt Nam, nơi không đủ khả năng để sàng lọc bilirubin, phân loại nhóm máu, và không có thiết bị quang trị liệu và globulin miễn dịch Rh [75]. Thói quen chăm sóc sau sinh truyền thống của Việt Nam gồm cho trẻ ăn sữa hộp trong khi chờ có sữa mẹ, sử dụng băng phiến trong tủ đồ áo của trẻ sơ sinh, và tránh tiếp xúc trẻ sơ sinh trực tiếp với ánh sáng mặt trời

và đây là những yếu tố nguy cơ gây bệnh vàng da ở trẻ sơ sinh. Ngoài ra thiếu sự chăm sóc sau khi sinh sau khi xuất viện có thể góp phần chẩn đoán tình trạng vàng da bị chậm trễ, và cần phải sử dụng liệu pháp điều trị truyền thay máu vừa tốn kém lại vừa khó tiếp cận. Trong khi không có số liệu thống kê có sẵn về bệnh vàng da ở trẻ sơ sinh ở Việt Nam, Báo cáo hộ sinh toàn cầu ước tính có khoảng 6% trẻ sơ sinh có nhu cầu quang trị liệu để điều trị vàng da, tức là có khoảng 91.000 trẻ sơ sinh mắc bệnh vàng da trong năm 2015 ở Việt Nam.

Tất cả trẻ em sinh ra từ các bà mẹ nhiễm HIV cần phải được điều trị ARV ngay sau khi sinh như là một phần của chiến lược PLTMC. Thống kê Vụ SKBMTE cho thấy 1.500 trẻ em sinh ra từ mẹ nhiễm HIV hàng năm. Theo báo cáo của Cục Phòng chống HIV/AIDS cho thấy con số cao hơn một chút và cho thấy trong số 1.691 phụ nữ có HIV dương tính khi sinh, 1.700 trẻ em (có thể có trường hợp sinh nhiều hơn 1 con) đã được cung cấp điều trị ARV ngay lập tức. Tuy không nằm trong phạm vi của phân tích này, theo dõi việc chăm sóc được cần tiếp tục để đảm bảo rằng những trẻ được xét nghiệm HIV và được điều trị HIV. Hộ sinh là người có thể thực hiện được công việc này vì họ có mối quan hệ liên tục với các bà mẹ trong cộng đồng.

Trẻ sơ sinh có nguy cơ bị nhiễm trùng do vi khuẩn và bị nhiễm trùng huyết, viêm màng não hoặc viêm phổi cần bác sĩ để chẩn đoán tình

trạng và xác định phác đồ điều trị kháng sinh thích hợp. Không có ước tính quốc gia về tỷ lệ nhiễm trùng này ở trẻ sơ sinh cho Việt Nam, mặc dù có một số nghiên cứu nhỏ đã nghiên cứu về tỷ lệ này. Một nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cao của các nhiễm trùng khởi phát muộn ở trẻ sơ sinh ở một phòng chăm sóc sơ sinh tại một bệnh viện miền Trung Việt Nam [90]. Một nghiên cứu tại một bệnh viện nhi ở Việt Nam cho thấy nguồn gốc của nhiễm trùng huyết ở trẻ em là vệ sinh môi trường [91]. Các giả định của Báo cáo tình trạng hộ sinh thế giới cho rằng 20% trẻ sơ sinh có nguy cơ và gần 300 000 trẻ sơ sinh cần được theo dõi và đánh giá, chỉ có một phần nhỏ trong đó cần điều trị kháng sinh để điều trị nhiễm trùng huyết đã được xác định.

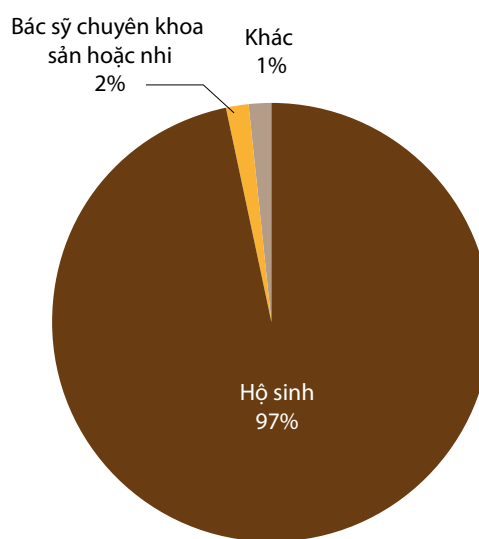
Tóm tắt về nhu cầu hộ sinh trong thời kỳ sau đẻ

Dựa trên các phân tích theo phương pháp của báo cáo hộ sinh toàn cầu và áp dụng cho hệ thống y tế Việt Nam, nhu cầu về lực lượng hộ sinh và nhân viên y tế khác trong việc cung cấp dịch vụ hộ sinh thiết yếu sau khi đẻ được tóm tắt ở Hình 25 dưới đây. Các ước tính giả định rằng

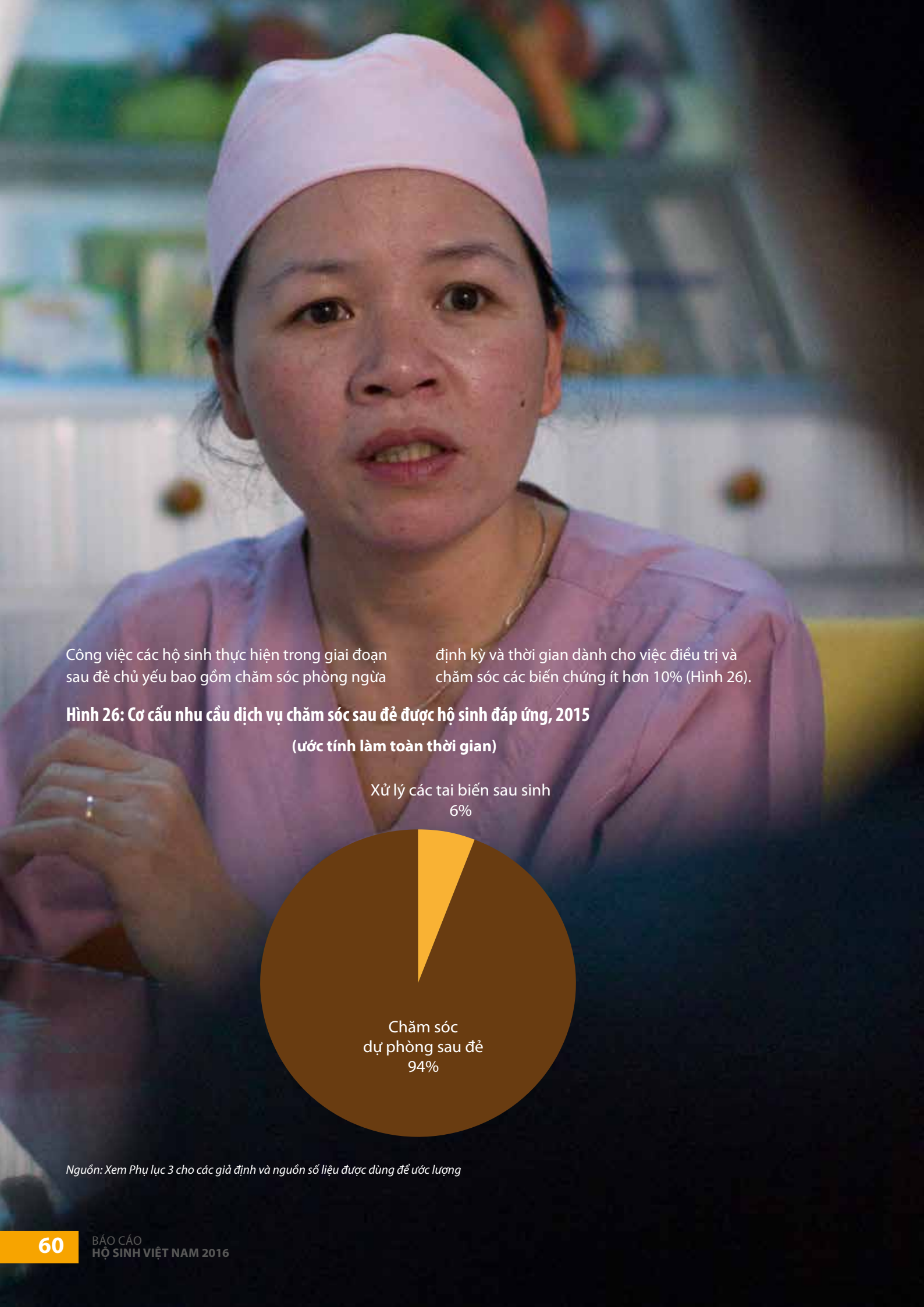
hộ sinh có trách nhiệm can thiệp phòng ngừa cơ bản trong giai đoạn ngay sau sinh, cung cấp dịch vụ chăm sóc cho cả bà mẹ và trẻ sơ sinh. Trong khi hộ sinh cung cấp phần lớn các dịch vụ chăm sóc sau đẻ, điều dưỡng cũng sẽ tham gia vào quá trình cung cấp dịch vụ chăm sóc cho trẻ sơ sinh như cung cấp dịch vụ máy thở áp lực dương liên tục cho trẻ sơ sinh, điều trị vàng da sơ sinh hoặc sơ sinh bị nhiễm trùng. Các bác sĩ chủ yếu đóng vai trò giám sát, thăm khám và kê đơn để điều trị biến chứng.

Hình 25 cho thấy hộ sinh có thể đáp ứng phần lớn nhu cầu sau sinh của các bà mẹ và các nhu cầu sau khi sinh cho các can thiệp cần thiết cho trẻ sơ sinh. Can thiệp phòng ngừa cần thiết bao gồm tư vấn về kế hoạch gia đình, dinh dưỡng, điều trị thiếu máu và chăm sóc sơ sinh sớm thiết yếu bao gồm tư vấn và hướng dẫn cho con bú. Các hộ sinh, dưới sự giám sát của bác sĩ, thực hiện việc chăm sóc trẻ non tháng, trẻ nhẹ cân, nhiễm trùng sau đẻ cho mẹ và trẻ sơ sinh. Tuy nhiên các điều dưỡng cũng thực hiện những việc chăm sóc này đặc biệt khi trẻ sơ sinh được chuyển đến điều trị ở bệnh viện nhi.

Hình 25: Cơ cấu dịch vụ hộ sinh thiết yếu sau đẻ do các nhóm người cung cấp dịch vụ thực hiện, 2015 (Ước tính làm toàn thời gian)



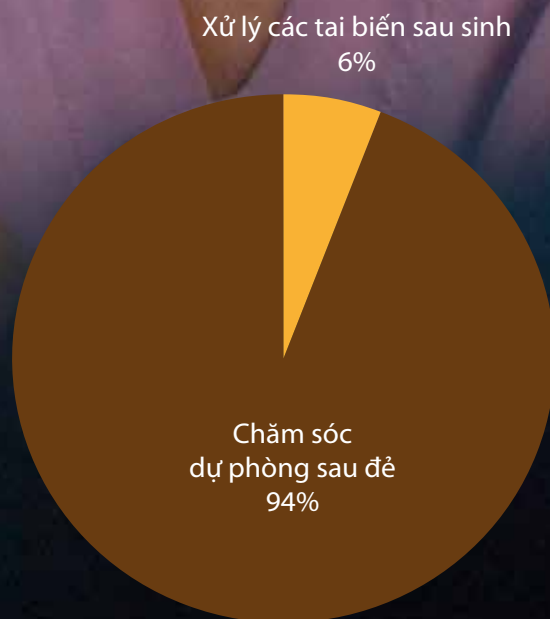
Nguồn: Xem phụ lục 3 cho các giả định và nguồn số liệu được dùng trong ước lượng



Công việc các hộ sinh thực hiện trong giai đoạn sau đẻ chủ yếu bao gồm chăm sóc phòng ngừa

định kỳ và thời gian dành cho việc điều trị và chăm sóc các biến chứng ít hơn 10% (Hình 26).

Hình 26: Cơ cấu nhu cầu dịch vụ chăm sóc sau đẻ được hộ sinh đáp ứng, 2015
(ước tính làm toàn thời gian)



Nguồn: Xem Phụ lục 3 cho các giả định và nguồn số liệu được dùng để ước lượng

3.1.7 Các nhu cầu chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em khác không liệt kê trong 46 can thiệp thiết yếu

Trong khi 46 can thiệp hộ sinh thiết yếu trong Báo cáo hộ sinh toàn cầu bao gồm phần lớn các dịch vụ hộ sinh, các dịch vụ khác cũng là một phần của sức khỏe sinh sản và chưa được phân tích ở trên.

Trầm cảm sau sinh là một vấn đề thường bị bỏ quên trong nhiều xã hội, trong đó có Việt Nam. Vấn đề sức khỏe tâm thần trong khi mang thai hoặc trong thời kỳ sau đẻ có thể dẫn đến kết quả sức khỏe bất lợi cho các bà mẹ và trẻ em. Một nghiên cứu cho thấy các rối loạn sức khỏe tinh thần ba tháng cuối thời kỳ có thai có liên quan đến sinh nhẹ cân và sinh non ở một huyện ở Việt Nam [92]. Nhiều yếu tố ảnh hưởng đến trạng thái tinh thần của người phụ nữ, bao gồm cả những thay đổi nội tiết tố xảy ra trong khi mang thai và sau khi sinh, và điều này có thể trầm trọng hơn do bạo lực gia đình [93]. Một số nghiên cứu khác đã xác định tỷ lệ của các vấn đề sức khỏe tâm thần của phụ nữ mang thai và phụ nữ làm mẹ lần đầu tiên tại Việt Nam [92, 94-110]. Tuy nhiên các hoạt động vận động cho các vấn đề này ở mức độ quốc gia và quốc tế vẫn chưa mang lại những thay đổi trong chính sách, hướng dẫn hoặc các chương trình đào tạo.

Việc tiêm chủng phòng ngừa Rubella gần đây đã được đưa vào chương trình tiêm chủng mở rộng sau khi phát hiện có một tỷ lệ cao trẻ bị hội chứng rubella bẩm sinh [111,112]. Axit folic để ngăn ngừa khuyết tật ống thần kinh và sàng lọc giang mai trong chăm sóc trước sinh kết hợp với tiêm Vitamin K1 lúc sinh nhằm giảm thiểu những rủi ro hoặc để điều trị sớm cho bệnh bẩm sinh hoặc sơ sinh cũng đang được triển khai thực hiện. Điều trị vàng da để loại bỏ bệnh vàng da nhân não cũng nhận được nhiều quan tâm.

Ước tính tỷ lệ bạo lực gia đình xảy ra trong khoảng 21.1% các cặp vợ chồng năm 2006 [113]. Thai phụ và thai nhi đối mặt với nhiều rủi ro do bạo lực trực tiếp, hoặc trầm cảm có thể xảy ra ở những phụ nữ đối mặt với bạo lực từ người thân thiết [93]. Với vai trò là một người nhân viên y tế

được tin cậy trong một mối quan hệ liên tục với phụ nữ trong thời kỳ mang thai và trong suốt giai đoạn sau sinh, hộ sinh có thể đóng một vai trò quan trọng trong việc phát hiện và can thiệp trong trường hợp bạo lực gia đình xảy ra. Đào tạo hộ sinh và Thông tư 26 qui định phạm vi công việc của hộ sinh về trách nhiệm tư vấn và giới thiệu chuyển gửi các phụ nữ là nạn nhân của bạo lực gia đình. Tuy nhiên, hiện nay không rõ những công việc này đã được tổ chức, giám sát hay hỗ trợ như thế nào.

Mất cân bằng giới tính khi sinh nghiêm trọng ở Việt Nam là mối quan tâm lớn [31]. Hình 1-Tháp dân số trong phần bối cảnh cho thấy khá rõ ràng sự trầm trọng của mất cân bằng này và đang ảnh hưởng xấu đến tỷ lệ giới tính của những người trẻ sắp đến tuổi hôn nhân và sinh đẻ. Người hộ sinh có tiềm năng để đóng một vai trò quan trọng làm việc với phụ nữ mang thai để giúp họ đối phó hiệu quả với áp lực của xã hội và gia đình coi thường con gái và có thể phải đi phá thai bất hợp pháp để lựa chọn giới tính.

Sàng lọc HIV và giang mai đã được coi là các dịch vụ hộ sinh cơ bản, nhưng sàng lọc tình trạng người lành mang virus viêm gan B và phòng chống lây truyền virus này từ mẹ sang con cũng rất quan trọng ở Việt Nam. Tổ chức Y tế Thế giới hiện nay đang vận động để tăng cường nhận thức về việc nhiễm virus quan trọng này.

Phát hiện ung thư ở phụ nữ, đặc biệt là ung thư cổ tử cung và ung thư vú, là một lĩnh vực đang phát triển trong chăm sóc sức khỏe sinh sản ở Việt Nam và được thực hiện ở tất cả các tuyến y tế trong hệ thống y tế công và một số cơ sở y tế tư nhân. Mặc dù hộ sinh đang cung cấp các dịch vụ này, nhưng do các dịch vụ liên quan đến ung thư nằm ngoài phạm vi của gói 46 dịch vụ hộ sinh cơ bản thiết yếu được khuyến cáo trong Báo cáo hộ sinh toàn cầu vì vậy không được phân tích trong báo cáo hộ sinh Việt Nam.

Chăm sóc cho trẻ sau đẻ (về dinh dưỡng, tiêm chủng, các bệnh nhi khoa thông thường, chăm sóc trẻ khỏe mạnh) cũng là các trách nhiệm quan trọng của hộ sinh làm việc tại trạm y tế xã và phòng khám đa khoa khu vực. Tuy nhiên, do

các dịch vụ này nằm ngoài phạm vi chăm sóc 42 ngày sau đẻ, nên báo cáo này cũng không phân tích thông tin về các dịch vụ này.

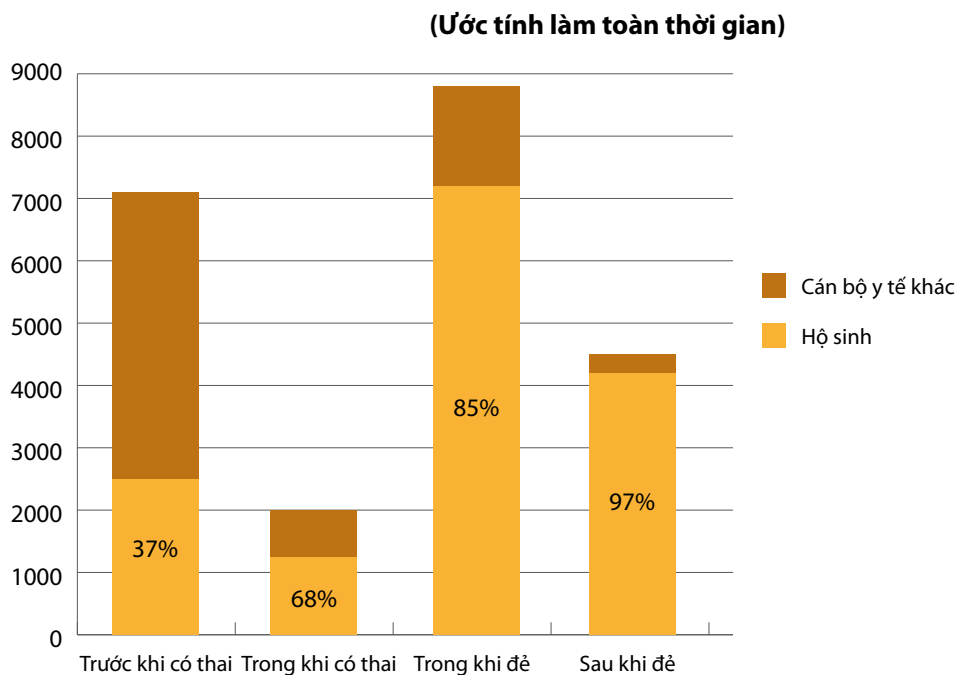
3.1.8 Tóm tắt các kết quả về nhu cầu chăm sóc hộ sinh

Những phân tích trình bày ở trên được tóm tắt trong Hình 27. Phân tích sơ bộ 46 can thiệp hộ sinh thiết yếu được theo bốn giai đoạn, gồm (i) chăm sóc trước khi mang thai, (ii) trong khi mang thai, (iii) trong khi sinh đẻ và (iv) sau sinh được chuyển đổi thành thời gian tương ứng với việc thực hiện cung cấp dịch vụ của hộ sinh và các nhóm người cung cấp dịch vụ khác. Với nhóm dịch vụ (i) chăm sóc trước khi mang thai, các phân tích cho thấy việc phân bổ thời gian cao hơn so với các nhóm còn lại, do gần như tất cả phụ nữ độ tuổi sinh sản được tiếp cận phổ cập đến tư vấn và dịch vụ KHHGĐ và dịch vụ sàng lọc và điều trị BLTQĐTD/HIV. Do Việt Nam đang tổ chức nhiều hệ thống song song cung cấp dịch vụ như hệ thống dịch vụ chăm sóc BLTQĐTD/HIV, mạng lưới cộng tác viên dân số-KHHGĐ, nên nhiều nhiệm vụ mà các hộ sinh có thể làm được hiện nay đang được các nhóm nhân viên y tế khác thực hiện. Do vậy hộ sinh chỉ phục vụ khoảng 37% nhu cầu hộ sinh trong nhóm dịch vụ hộ sinh (i) chăm sóc trước khi mang thai. Trong 3 nhóm nhu cầu còn lại, hộ sinh chiếm ưu thế là người cung cấp chính trong việc đáp ứng nhu

cầu dịch vụ của người dân. Hộ sinh cung cấp các dịch vụ chăm sóc thường xuyên và cần thiết cho hầu hết phụ nữ mang thai và trẻ sơ sinh, chuyển tuyến, và hỗ trợ hoặc được hỗ trợ bởi những nhóm nhân viên y tế có các chuyên môn liên quan khác trong trường hợp các trường hợp tai biến.

Xin lưu ý, các ước tính trong hình 27 là được phân tích với giả định là nhân viên y tế làm việc toàn bộ thời gian cho việc cung cấp dịch vụ hộ sinh. Các ước tính có vẻ hơi thấp và điều này có thể phản ánh một số hạn chế của phương pháp ước tính. Đầu tiên, các ước tính thời gian cho mỗi dịch vụ chỉ tính thời gian làm việc trực tiếp với khách hàng, và không tính thời gian dành cho công việc khác như công việc hành chính, thời gian gọi điện thoại và người cung cấp dịch vụ phải luôn có mặt khi cần thiết. Thứ hai, 46 can thiệp hộ sinh thiết yếu của sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ và trẻ em không chỉ là toàn bộ những việc mà những nhân viên y tế này phải thực hiện. Ví dụ, bác sĩ sản khoa nói chung cũng là bác sĩ phụ khoa, trong khi hộ sinh ở trạm y tế xã thường phải tham gia vào các nhiệm vụ khác như thực hiện các chương trình tiêm chủng mở rộng. Mặc dù có những hạn chế, phương pháp phân tích cho thấy khá rõ vai trò trung tâm của hộ sinh trong dịch vụ hộ sinh. Phần tiếp theo sẽ mô tả tình hình sẵn có của hộ sinh và các dịch vụ hộ sinh ở Việt Nam.

Hình 27: Tỷ lệ nhân lực hộ sinh so với toàn bộ lực lượng lao động cần thiết để đáp ứng 4 nhóm nhu cầu hộ sinh thiết yếu, 2015



Nguồn: Ước lượng dựa theo phương pháp của Báo cáo hộ sinh toàn cầu. Xem thêm Phụ lục 3 về các giả định

3.2. Sự sẵn có của dịch vụ hộ sinh

Sự đầu tư mạnh mẽ vào phát triển mạng lưới đa dạng các cơ sở dịch vụ y tế công của Chính phủ Việt Nam và khu vực y tế tư nhân đang phát triển rất nhanh đã đóng góp quan trọng vào việc tăng độ bao phủ của các dịch vụ hộ sinh. Ở khu vực y tế công, nhân lực y tế làm việc trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản, gồm phần lớn là hộ sinh có trình độ trung cấp và các bác sĩ sản khoa đang phát triển với số lượng ngày càng tăng, phân bố khắp đất nước và ở tất cả các tuyến. Ngành y tế đang thực hiện các nỗ lực để đảm bảo khả năng cung cấp các dịch vụ cho các nhóm dân số đặc biệt, bao gồm phụ nữ dân tộc thiểu số, phụ nữ ở vùng sâu vùng xa, và người trẻ tuổi. Những vấn đề liên quan đến các nhóm dân số cũng sẽ được thảo luận thêm ở phần Khả năng tiếp cận. Phần này sẽ mô tả sự sẵn có của mạng lưới dịch vụ hộ sinh trên toàn quốc hiện nay đang được hộ sinh và các nhóm nhân viên y tế có kỹ năng hộ sinh khác cùng cung cấp.

Phần này tập trung trọng tâm vào nhóm hộ sinh và sẽ trình bày mức độ sẵn có của hộ sinh theo vùng địa lý liên quan đến nhóm dân số mà họ phục vụ. Xu hướng về khả năng cung cấp các hộ sinh và kế hoạch tương lai cho đào tạo hộ sinh cũng được trình bày trong phần này cùng với một thảo luận ngắn về mức độ thu hút của nghề hộ sinh và khả năng cung cấp nhân lực hộ sinh tương lai. Phần thứ hai của phần này sẽ trình bày về khả năng cung cấp các dịch vụ hộ sinh cụ thể trong các cơ sở y tế nhà nước ở các cấp khác nhau.

3.2.1. Các thành tựu lớn về khả năng cung cấp dịch vụ hộ sinh và thai sản

Việt Nam đang nhanh chóng mở rộng quy mô đào tạo hộ sinh cao đẳng hệ 3 năm. Gần 2.000 hộ sinh đã tốt nghiệp hệ 3 năm kể từ khi chương trình được phê duyệt vào năm 2010. Đồng thời mạng lưới năng lực kỹ thuật đã nhanh chóng được mở rộng để cung cấp dịch vụ hộ sinh ở tất cả các cấp của hệ thống, bao gồm cả cô đỡ thôn bản. Những thành tựu này được tóm tắt trong Bảng 9.

Bảng 9: Những thành tựu chủ yếu từ 2010 ảnh hưởng đến sự sẵn có của lực lượng hộ sinh và dịch vụ hộ sinh ở Việt Nam.

Thành tựu	Bằng chứng	Nguồn số liệu
Quy mô đào tạo cao đẳng về hộ sinh được mở rộng	Số lượng các cơ sở đào tạo cung cấp đào tạo trình độ cao đẳng và cao hơn về hộ sinh ngày càng tăng	Thông tin từ điều tra hộ sinh 2016 và thông tin từ cuốn "Những điều cần biết về tuyển sinh đại học, cao đẳng và trung học chuyên nghiệp" ¹
Lực lượng lao động SKSS tăng lên, đặc biệt là các hộ sinh	Tổng số nhân lực hộ sinh, sản khoa/nhi khoa và hộ sinh thôn bản 2007-2013	Khảo sát của Vụ SKBMTE 2007, 2010, 2013
Cô đỡ thôn bản được tập huấn và phục vụ tại các vùng sâu vùng xa	Báo cáo của Bộ y tế về số lượng Cô đỡ thôn bản	Báo cáo của Bộ y tế
Mở rộng khả năng cung cấp dịch vụ	So sánh theo phần trăm cơ sở cung cấp các dịch vụ SKSS cơ bản khác nhau	Khảo sát của Vụ SKBMTE 2010 và 2013

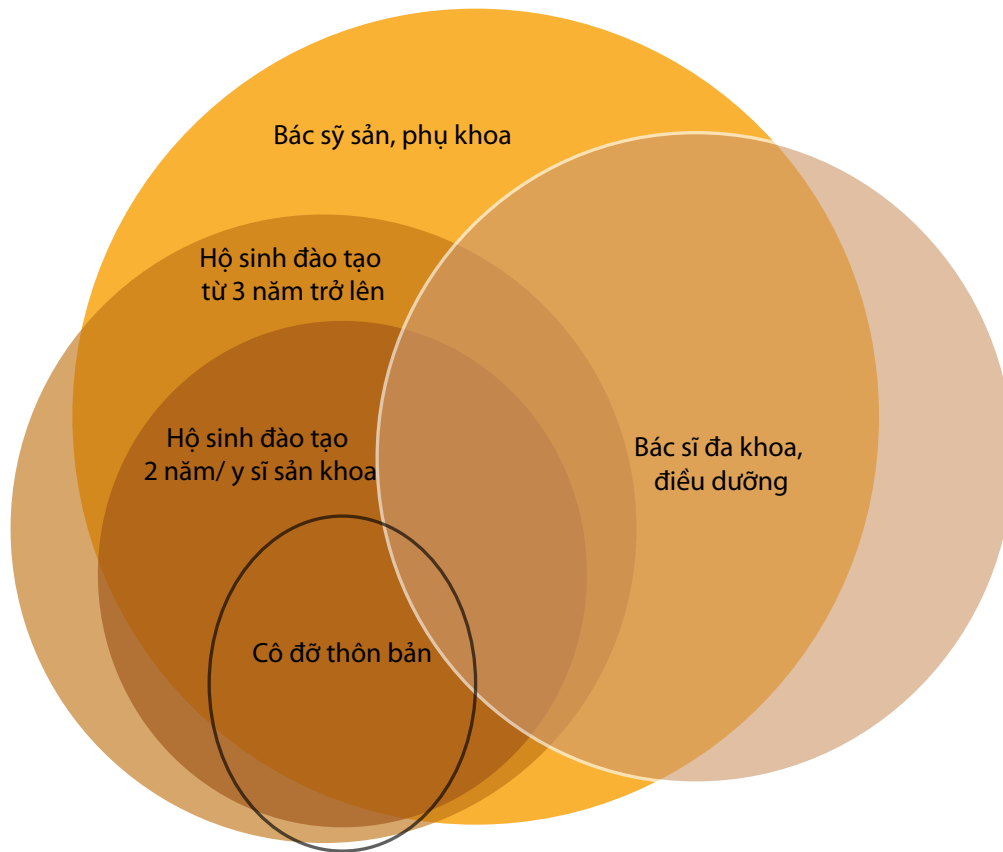
3.2.2. Cơ cấu và xu hướng của lực lượng lao động hộ sinh

Hình 28 cho chúng ta thấy mặc dù có sự trùng lặp nhưng cũng có những sự độc lập rõ ràng của các nhóm cán bộ y tế có chuyên môn khác nhau đang cung cấp các dịch vụ hộ sinh. Mỗi nhóm có những đóng góp riêng của mình kể cả các cô đỡ thôn bản (CĐTB) – những người thường có những hiểu biết sâu sắc về những phong tục và văn hóa, là những yếu tố đóng vai trò quan

trọng với phụ nữ và gia đình của họ. Có thể thấy chương trình đào tạo hộ sinh cao đẳng 3 năm chủ yếu được xây dựng trên cơ sở chương trình đào tạo trung cấp 2 năm và kết quả đào tạo này sẽ cung cấp những kiến thức và kỹ năng chuyên sâu riêng biệt cho người hộ sinh. Cũng giống như việc bác sỹ chuyên khoa sản/nhi, bác sỹ đa khoa và các điều dưỡng cũng có các kỹ năng và kiến thức riêng vậy.

18 Những điều cần biết về tuyển sinh đại học, cao đẳng và trung học chuyên nghiệp (Bộ Giáo dục và Đào tạo, 2015)

Hình 28: Sự trùng lặp và độc lập của hộ sinh với các cán bộ y tế khác có kỹ năng hộ sinh



Lực lượng lao động trong lĩnh vực dịch vụ hộ sinh của hệ thống y tế công được trình bày trong phần này của báo cáo được xác định dựa theo bằng cấp cá nhân và nơi làm việc của họ. Tại các bệnh viện sản khoa và khoa sản của bệnh viện đa khoa ở tất cả các cấp, lực lượng lao động trong lĩnh vực dịch vụ hộ sinh bao gồm các bác sĩ sản khoa, bác sĩ đa khoa, y sĩ sản khoa/nhi khoa,

y sĩ đa khoa và hộ sinh¹⁹. Ngoài ra, tất cả các bác sĩ, y sĩ và hộ sinh làm việc tại các trung tâm sức khỏe sinh sản tình, các khoa sức khỏe sinh sản của các trung tâm y tế huyện, phòng khám đa khoa khu vực và trạm y tế xã đều được coi là lực lượng làm việc trong lĩnh vực dịch vụ hộ sinh (Bảng 10).

¹⁹ Lưu ý rằng đối với các bệnh viện huyện và bệnh viện sản nhi, các bác sĩ đa khoa có thể không có trong bảng tính toán nhân lực chăm sóc hộ sinh vì số liệu này lấy trong báo cáo của Vụ Sức khỏe Bà mẹ Trẻ em

Bảng 10: Quy mô và cơ cấu nhân lực làm việc trong lĩnh vực chăm sóc thai sản (trong hệ thống y tế công) ở Việt Nam theo bằng cấp, 2007~2013

Bằng cấp	2007	2010	2013
Tiến sĩ/ chuyên khoa cấp 2 về sản khoa	135	249	292
Thạc sĩ/ chuyên khoa cấp 1 về sản khoa	1.462	1.724	1.980
Bác sĩ sản khoa	1.344	1.151	1.099
Bác sĩ đa khoa	9.264	9.713	13.058
Y sĩ sản/nhi khoa	8.534	7.201	7.902
Y sĩ đa khoa	11.063	18.228	24.836
Hộ sinh đại học/cao đẳng	1.456	1.731	2.255
Hộ sinh trung cấp	15.341	21.541	24.135
Hộ sinh sơ cấp	không có số liệu	1.449	763
Cô đỡ thôn bản			1.575*
Điều dưỡng đại học/cao đẳng	509	1.236	..
Điều dưỡng trung cấp	9.557	17.426	..
Điều dưỡng sơ cấp	n/a	2.854	..
Tổng số lao động hộ sinh (không tính Điều dưỡng)	48.599	62.987	76.320

Nguồn: Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, 2010 [20] và 2013 [5]. (Số liệu được trích dẫn năm 2007 trong Báo cáo về người đỡ đẻ có kỹ năng tại Việt Nam 2010; Báo cáo tình hình đào tạo và sử dụng cô đỡ thôn bản 2015, Vụ SKBMTE)

Điều quan trọng là cần xác định trình độ của những người cung cấp dịch vụ khác nhau. Các bác sĩ sản khoa, chuyên khoa 1 hoặc chuyên khoa 2 là những người đã tiếp tục thực tập 1, 2 hoặc 3 năm sau khi tốt nghiệp đại học y. Số lượng các chuyên gia có bằng tiến sĩ đã tăng gấp đôi từ năm 2007 đến năm 2013. Y sĩ sản nhi là những y sĩ đa khoa đã có thêm 6 tháng đào tạo chuyên ngành hộ sinh và chương trình đào tạo này đã chấm dứt từ năm 2006. Trong nhóm nhân lực hộ sinh, có các nhóm hộ sinh bậc cử nhân đã tham gia chương trình điều dưỡng chuyên ngành sản khoa 4 năm, hộ sinh cao đẳng học chương trình đào tạo hộ sinh 3 năm, và hộ sinh trung cấp 2 năm. Trước năm 1998, thời gian đào tạo hộ sinh hệ trung cấp là 3 năm, trong khi với hộ sinh sơ cấp là 1 năm, nhưng những chương trình đào tạo này hiện không còn nữa. Những nhóm hộ sinh này không còn được có tên trong nhân lực hộ sinh của Thông tư 26. Vào thời điểm 2013, 94% hộ sinh (gồm cả y sĩ sản nhi) trong hệ thống y tế công có trình độ hộ sinh sơ học, trung cấp, trong khi chỉ có 2.255 có trình độ cao đẳng và đại học. Niên giám thống kê y tế cho biết năm 2014 có 1.538 hộ sinh trong lĩnh vực y tế công có trình độ cao đẳng, đại học hoặc cao hơn²⁰ [12]. Điều này tương đồng với kết quả của cuộc điều tra hộ sinh năm 2016 và kết quả cho thấy hiện có khoảng 2.000 hộ sinh đã tốt nghiệp cao đẳng hộ sinh (bắt đầu khóa đầu từ 2010), nhưng không phải tất cả hộ sinh này đã xin được việc làm trong hệ thống y tế công.

Các ước tính hiện nay về quy mô của lực lượng lao động chăm sóc thai sản có thể ít hơn so với thực tế do thiếu thông tin về nhân lực thuộc quyền quản lý của hệ thống HIV/ BLTQĐT do Cục phòng chống HIV/AIDS Việt Nam quản lý và mạng lưới các cơ sở da liễu cấp tỉnh đang cung cấp dịch vụ chăm sóc BLTQĐT. Ngoài ra số cộng tác viên Dân số- KHHGĐ cũng không được tính trong các ước tính của Vụ SKBMTE về lực lượng lao động về sức khỏe sinh sản, mặc dù Tổng cục Dân số-KHHGĐ báo cáo có 167.185 người thuộc nhóm này vào năm 2011 [30]. Các điều dưỡng đã không được đưa vào ước tính về lực lượng lao động về hộ sinh dưới đây vì không có thông tin về nhóm này trong

thống kê năm 2013, mặc dù họ có thể tham gia trong việc cung cấp các dịch vụ hộ sinh, đặc biệt là điều dưỡng đa khoa và điều dưỡng sản khoa tham gia hỗ trợ các phẫu thuật sản khoa. Ngoài lực lượng lao động chăm sóc hộ sinh trong khu vực y tế công, còn có lực lượng lao động ngành hộ sinh trong lĩnh vực y tế tư nhân đang phát triển. Tuy nhiên hiện nay chưa có thông tin về quy mô của lực lượng lao động này. Báo cáo năm 2014 cho thấy có tổng số 1.575 cô đỡ thôn bản hiện đang làm việc²¹. Bên cạnh đó, những ước tính này có thể đã đánh giá cao hơn thực tế lực lượng lao động làm dịch vụ hộ sinh vì nhiều lý do. Các thông tin bao gồm cả những bác sĩ và y sĩ đa khoa không cung cấp dịch vụ hộ sinh, nhưng các công cụ thu thập dữ liệu không thể tách họ ra khỏi những người cung cấp các dịch vụ hộ sinh.

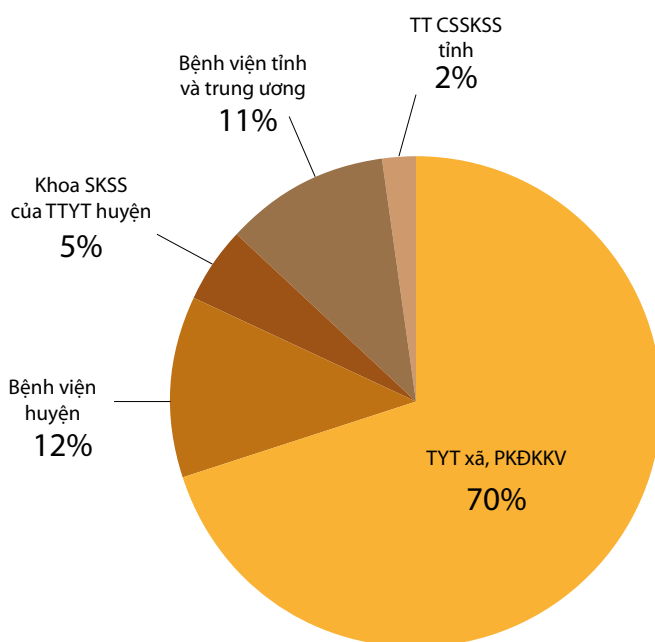
Hệ thống đăng ký hành nghề của Cục Quản lý Khám chữa bệnh có thông tin về tất cả các nhân viên y tế đang hành nghề trong cơ sở dữ liệu của họ, bao gồm cả trình độ của những nhân viên này, phạm vi công việc mà họ đã đăng ký, số năm kinh nghiệm, nơi làm việc hiện nay và tuổi tác. Bộ dữ liệu này cần được khai thác và phân tích để có được số liệu thống kê quốc gia về lực lượng lao động trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản cho mục đích lập kế hoạch. Tuy nhiên, hiện nay Cục Quản lý Khám chữa bệnh vẫn chưa phân tích những dữ liệu này và không thể chia sẻ với các nhóm nghiên cứu.

Phần lớn lực lượng lao động chăm sóc thai sản khu vực y tế công làm việc tại các cơ sở tuyến thấp nhất bao gồm các trạm y tế xã (TYTX) và phòng khám đa khoa khu vực và chiếm 70% tổng số lao động ngành, mặc dù các nhân viên y tế này không chỉ cung cấp các dịch vụ hộ sinh (Hình 29). Khoảng 33% lực lượng lao động trong lĩnh vực hộ sinh đang làm việc trong các bệnh viện công ở tất cả các tuyến và 7% còn lại làm việc tại các trung tâm sức khỏe sinh sản ở cấp tỉnh hoặc ở trung tâm y tế huyện. Cơ cấu lực lượng lao động này không bao gồm các nhóm đang làm việc trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản vì thông tin của nhóm này không có sẵn như đã nói trên.

20 Lưu ý sự không thống nhất trong các loại báo cáo. Trong báo cáo của Vụ Sức khỏe Bà mẹ Trẻ em, hộ sinh cao đẳng và đại học được gộp làm một nhóm, hộ sinh trung cấp một nhóm; trong Niên giám thống kê Y tế, hộ sinh trung cấp và cao đẳng được gộp làm một nhóm; hộ sinh đại học một nhóm riêng

21 Báo cáo của Vụ Sức khỏe Bà mẹ Trẻ em năm 2014

Hình 29: Cơ cấu nơi làm việc của nhân lực chăm sóc sức khỏe bà mẹ, sức khỏe sinh sản và sức khỏe trẻ em trong y tế công ở Việt Nam, 2013

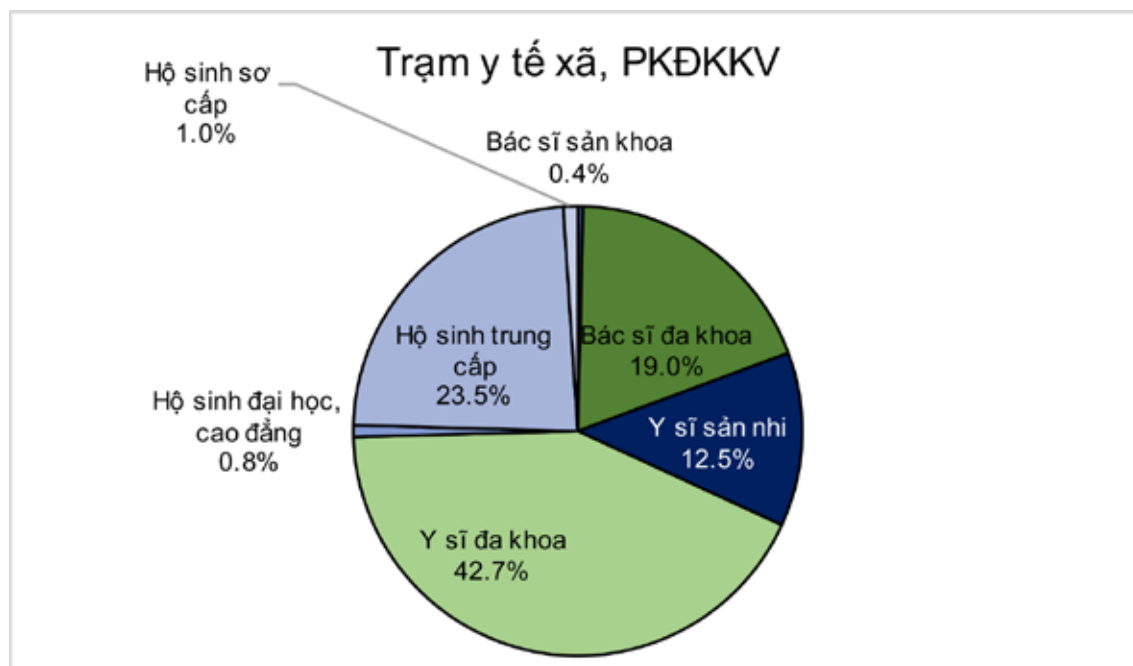


Nguồn: Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Bộ y tế. Báo cáo Khảo sát Cập nhật tình hình mạng lưới chăm sóc sức khỏe sinh sản 2013 [5].

Ở tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu (TYTX và phòng khám đa khoa khu vực), phần lớn lực lượng lao động trong lĩnh vực hộ sinh là các hộ sinh được đào tạo chung, chứ không phải là các hộ sinh được đào tạo chuyên khoa (từ điều dưỡng). Bác sĩ và y sĩ đa khoa chiếm 61,7% tổng số (Hình 30). Y sĩ sản nhi và hộ sinh trung cấp chiếm 36%, cộng thêm 1% là hộ sinh sơ cấp. Khoảng 1,2% lực lượng lao động trong lĩnh vực hộ sinh ở tuyến xã được đào tạo chuyên môn sản khoa hoặc đại học/cao đẳng hộ sinh. Việc bố trí các bác sĩ sản khoa hoặc bác sĩ nhi khoa tại các trạm y tế xã là một cách sử dụng kém hiệu quả

các cán bộ y tế được đào tạo bài bản này và họ nên được bố trí làm việc ở tuyến trên, xử lý các ca chuyển tuyến, hơn là làm việc tại tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu. Tuy nhiên, điều quan trọng là các cơ sở chăm sóc ban đầu nên có các hộ sinh hệ cao đẳng có trình độ tốt, có năng lực và kỹ năng đầy đủ để làm việc tự chịu trách nhiệm và theo mô hình chăm sóc liên tục để cung cấp các dịch vụ hộ sinh cơ bản cần thiết cho phụ nữ và trẻ sơ sinh trong cộng đồng. Bác sĩ và điều dưỡng đa khoa thiếu các kỹ năng hộ sinh chuyên sâu cần thiết.

Hình 30: Cơ cấu bằng cấp hộ sinh theo TYTX và phòng khám đa khoa tại Việt Nam, 2013

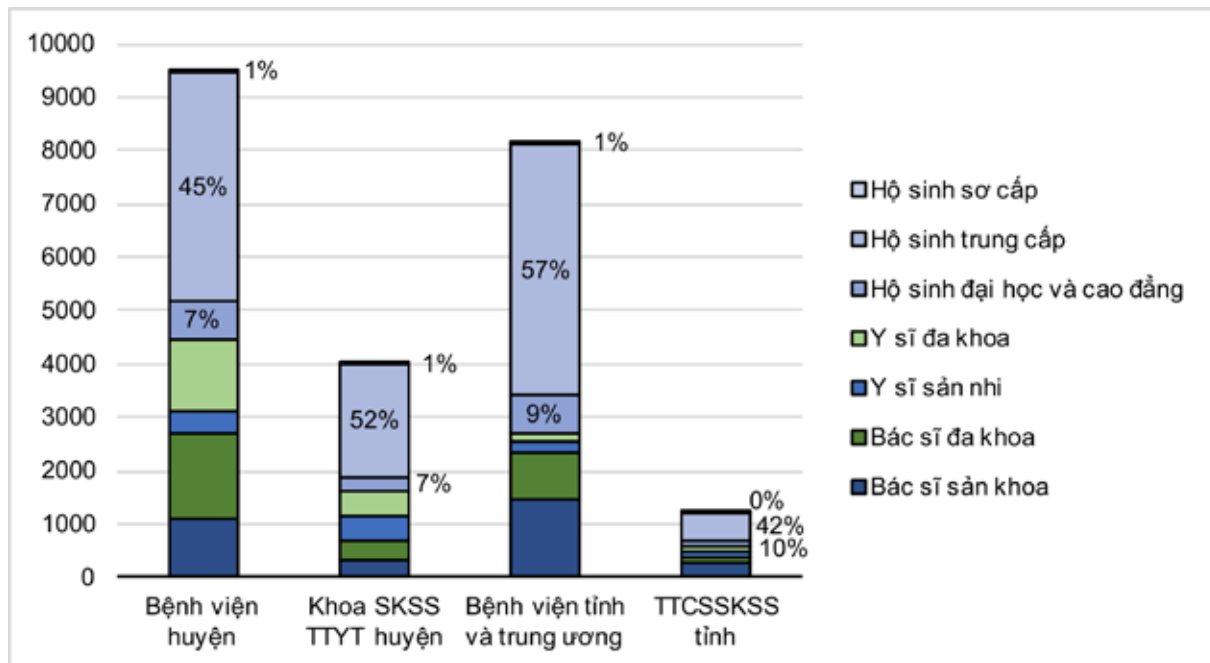


Nguồn: Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Bộ y tế. Báo cáo Khảo sát Cập nhật tình hình mạng lưới chăm sóc sức khỏe sinh sản 2013 [5].

Hộ sinh có trình độ trung cấp chiếm phần lớn lực lượng lao động về hộ sinh tại các bệnh viện và các trung tâm sức khỏe sinh sản. Trong các bệnh viện huyện, dường như bác sĩ đa khoa và y sĩ đa khoa chiếm phần lớn lực lượng lao động về hộ sinh, nhưng số nhân viên này có thể bao gồm các nhân viên làm việc tại khoa nhi mà không phải là sản khoa và họ không dành toàn bộ thời gian

cho cung cấp dịch vụ chăm sóc hộ sinh. Bác sĩ sản khoa chiếm một phần tương đối nhỏ trong lực lượng lao động về hộ sinh, ngoại trừ ở các bệnh viện trung ương và cấp tỉnh và các trung tâm sức khỏe sinh sản, nơi bác sĩ sản khoa chiếm khoảng một phần năm số nhân viên cung cấp dịch vụ hộ sinh (Hình 31).

Hình 31: Cơ cấu bằng cấp hộ sinh theo bệnh viện và trung tâm SKSS, 2013



Ghi chú: Các tiêu đề chỉ cơ cấu lực lượng lao động hộ sinh tại mỗi cơ sở

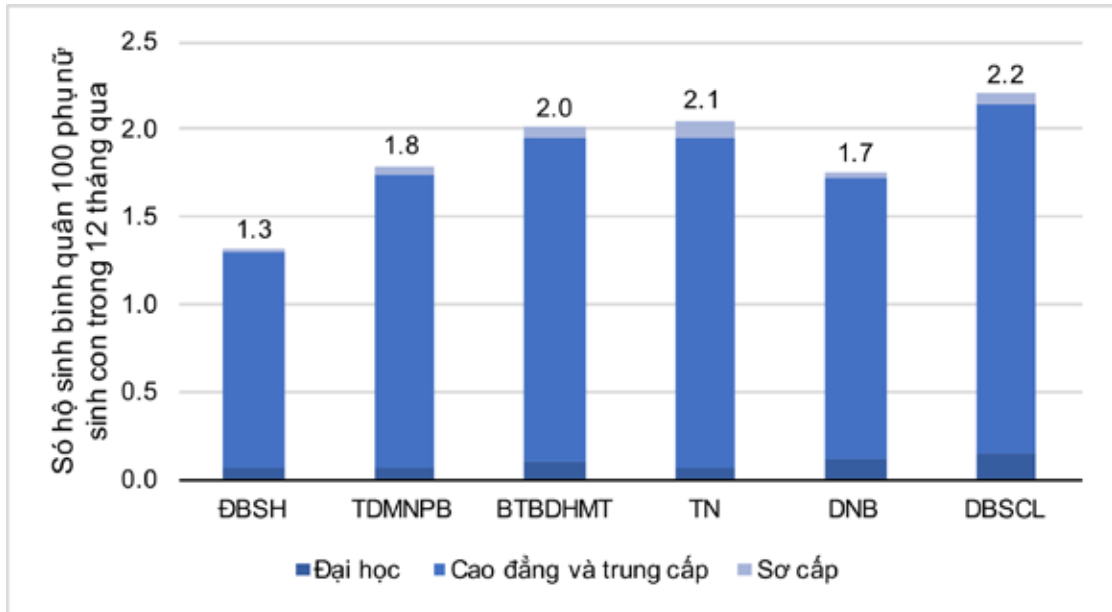
Nguồn: Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Bộ y tế. Báo cáo Khảo sát Cập nhật tình hình mạng lưới chăm sóc sức khỏe sinh sản 2013 [5]

3.2.3. Khả năng cung cấp hộ sinh theo vùng địa lý

Phân bố địa lý của hộ sinh thường theo phân bố địa lý của quy mô dân số. Một chỉ số thường được sử dụng để đánh giá sự chênh lệch về mức độ sẵn có của các hộ sinh là tỷ lệ Hộ sinh cho 1.000 sản phụ. Kết quả trong Hình 32 cho thấy sự sẵn có của hộ sinh theo yêu cầu ở hai khu vực giàu có nhất lại thấp nhất. Tuy nhiên, số liệu thống kê về mức độ sẵn có của ngành hộ sinh không xem xét đến các bệnh viện trung ương và tư nhân tập trung chủ yếu ở hai khu vực giàu có nhất của vùng đồng bằng sông Hồng và Đông Nam Bộ. Các con số này cũng không bao gồm các cô đỡ thôn bản, làm việc ở vùng trung du, khu vực miền núi phía Bắc và Tây Nguyên. Tuy nhiên, con

số này cho thấy có khoảng một hộ sinh cho 50 sản phụ sinh con mỗi năm và tỷ lệ này thay đổi ít giữa các khu vực, ngoại trừ ở vùng trung du và miền núi phía Bắc, nơi có sự thiếu hụt hộ sinh tương đối nhiều. Đáng tiếc là con số theo khu vực không thể cho chúng ta biết các hộ sinh có trình độ cao đẳng tập trung ở đâu khi họ được gộp chung với hộ sinh có trình độ trung cấp trong Niên giám thống kê y tế.

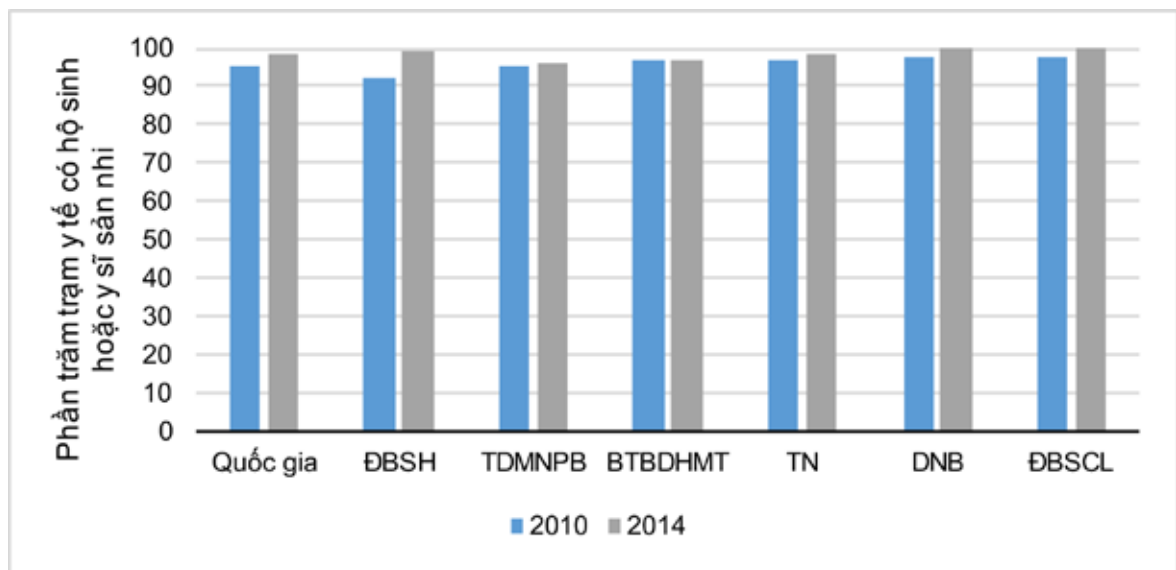
Hình 32: Tỷ số hộ sinh/100 sản phụ trong 12 tháng qua, 2014



Nguồn: Thông tin về số liệu sản phụ từ Tổng cục Thống kê. Tổng Điều tra Dân số và Nhà ở giữa kỳ 1/4/2014; Số hộ sinh từ niên giám thống kê y tế của Bộ Y tế 2014.

Một chỉ số về sự sẵn có của nhân lực hộ sinh là tỷ lệ các trạm y tế xã có hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi. Chỉ số này đã được sử dụng từ năm 1996 trong chiến lược ngành y tế trong giai đoạn 1996-2000 (37-CP). Hình 33 cho thấy năm 2010, hộ sinh có mặt ở hầu hết các TYTX và chỉ số này tiếp tục tăng trong năm 2014.

Hình 33: Sự phân bố của hộ sinh tại trạm y tế xã theo khu vực 2010~2014



Nguồn: Niên giám Thống kê y tế 2010 và 2014.

3.2.4. Đào tạo hộ sinh góp phần làm tăng khả năng cung cấp lao động hộ sinh

Phần này thảo luận về vai trò của hệ thống đào tạo để làm tăng số lượng của hộ sinh đáp ứng nhu cầu dịch vụ hộ sinh ở Việt Nam. Vấn đề chất lượng của đào tạo hộ sinh được bàn luận chi tiết trong phần 3.5 về Chất lượng.

Năng lực hiện tại của hệ thống đào tạo hộ sinh chính qui

Việt Nam đang thực hiện các chương trình đào tạo hộ sinh chính qui gồm chương trình trung cấp 2 năm, chương trình cao đẳng 3 năm và chương trình cử nhân 4 năm (Bảng 26). Các khung chương trình và tài liệu đào tạo của các chương trình 2, 3 và 4 đã được phê duyệt vào các năm 2003, 2010 và 2014. Việc cải cách chương trình sẽ được bàn luận ở phần 3.5.

Trong số 156 cơ sở đào tạo y khoa ở thời điểm 2016, chỉ có 40 cơ sở báo cáo đang thực hiện một số chương trình đào tạo hộ sinh (Bảng 11). Trong số đó, 6 trường báo cáo đào tạo chương trình hộ sinh cử nhân và một trong những cơ sở này là đại học y tư nhân. Đại học Điều dưỡng Nam Định là cơ sở duy nhất thực hiện chương trình đào tạo cử nhân hộ sinh chuyên ngành, các trường còn lại thực hiện chương trình đào tạo cử nhân điều dưỡng, chuyên ngành hộ sinh hoặc sản phụ khoa. 21 trường công đào tạo chương trình hộ sinh 3 năm (16 trường cao đẳng và 5 trường đại học), 27 cơ sở đào tạo công thực hiện chương trình đào tạo 2 năm (13 trường trung cấp, 13 trường cao đẳng và 1 trường đại học)²². Một số trường thông báo tuyển sinh thông qua Bộ GD-ĐT²³ nhưng không thông báo kết quả tuyển sinh, đặc biệt ở cấp trung cấp vì 44 trường trung cấp và cao đẳng có chỉ tiêu tuyển học sinh năm 2016 nhưng chỉ có 26 trường báo cáo kết quả tuyển sinh.

Bảng 11: Các cơ sở đào tạo hộ sinh ở Việt Nam, 2016

Nội dung	Loại hình cơ sở đào tạo			Tổng số
	Đại học	Cao đẳng	Trung học y tế	
Tổng số	32	49	75	156
Không đào tạo hộ sinh	26	28	62	116
Đào tạo một phần nội dung hộ sinh	6	21	13	40
Trình độ đào tạo hộ sinh				
Trình độ đại học (hệ đào tạo 4 năm) *	6	0	0	6
Đào tạo hộ sinh hệ cao đẳng (hệ đào tạo 3 năm)	5	20	0	25
Đào tạo hộ sinh hệ trung cấp với thời gian đào tạo 2 năm	1	13	13	27

Lưu ý:

* Bao gồm điều dưỡng sản khoa, điều dưỡng hộ sinh tương đương trình độ ĐH; Một số trường thực hiện đào tạo hộ sinh ở nhiều trình độ

Số liệu trong cột "Tổng số" bao gồm tất cả các trường có tham gia đào tạo về ngành Y, điều dưỡng, y sỹ hoặc hộ sinh trong Hướng dẫn tuyển sinh năm 2016.

Một số trường đào tạo hơn một chương trình đào tạo hộ sinh.

Sáu trường đại học bao gồm: Đại học Y Hà Nội, Đại học Thăng Long, Đại học Y Dược Hải Phòng, Đại học Y Dược Thành phố HCM, Đại học Điều dưỡng Nam Định và Đại học kỹ thuật Y Dược Hải Dương. Chỉ có Đại học Điều dưỡng Nam Định có chương trình tuyển thẳng học sinh tốt nghiệp lớp 12 vào học Cử nhân hộ sinh.

Nguồn: Điều tra VMR năm 2016 và Những điều cần biết về tuyển sinh Đại học, Cao đẳng và Trung cấp chuyên nghiệp của Bộ Giáo dục và Đào tạo (2016).

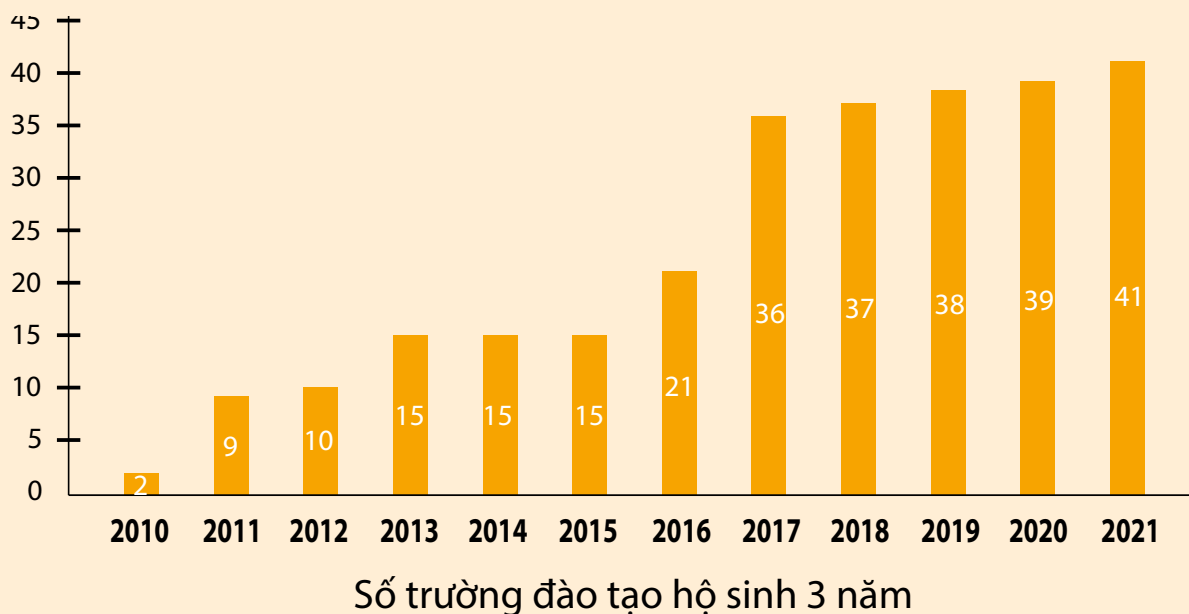
22 Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch báo cáo đang đào tạo cả cao đẳng và trung cấp hộ sinh.

23 Thông tin từ cuốn "Những điều cần biết về tuyển sinh đại học và cao đẳng"

Sau khi chương trình đào tạo hộ sinh ba năm được bắt đầu vào năm 2010, số lượng các trường đại học và cao đẳng thực hiện chương trình đào tạo này tăng nhanh chóng về số lượng (Hình 34). Số liệu của cuộc điều tra Hộ sinh năm 2016 cho thấy nhiều trường đã có kế hoạch thực hiện đào

tạo hộ sinh hệ 3 năm vào năm 2021, bao gồm cả một số trường trung cấp có kế hoạch nâng cấp lên hệ cao đẳng. Cuộc điều tra cũng cho thấy đến năm 2016 có ít nhất 2.000 hộ sinh hệ ba năm đã tốt nghiệp.

Hình 34: Các trường đại học cao đẳng có đào tạo hộ sinh 3 năm



Ghi chú: 6 trường được biết có đào tạo cao đẳng hộ sinh không có số liệu về thời gian bắt đầu chương trình. Số các trường có thể thấp hơn thực tế do 35% trường trung cấp và 22% trường cao đẳng không trả lời khảo sát về kế hoạch bắt đầu chương trình

Nguồn: Điều tra đào tạo hộ sinh 2016

Các cơ sở đào tạo đang thực hiện chương trình ba năm hoặc có kế hoạch mở chương trình đào tạo 3 năm hiện phân bố không đồng đều ở các khu vực. Hiện nay, khu vực Tây Nguyên không có trường cao đẳng hoặc đại học nào có đào tạo hộ sinh, nhưng có kế hoạch mở chương trình đào tạo hộ sinh ở một trường Trung cấp y tế vì trường này sẽ được nâng cấp lên cao đẳng vào năm học 2017-2018. Ở vùng miền núi phía bắc, chỉ có hai tỉnh có trường cao đẳng. Phần lớn các trường y khoa không mở chương trình đào tạo hộ sinh và nhiều tỉnh không có trường cao đẳng. Điều này có nghĩa là một trường ở tỉnh này sẽ phải đào tạo hộ sinh cao đẳng cho sinh viên của các tỉnh lân cận. Như vậy, việc đào tạo cho sinh viên của tỉnh

khác có thể tạo ra một gánh nặng ngân sách cho tỉnh nơi các trường này tổ chức đào tạo, nếu học phí cho chương trình học do các tỉnh hỗ trợ.

Kế hoạch đào tạo đáp ứng Thông tư 26

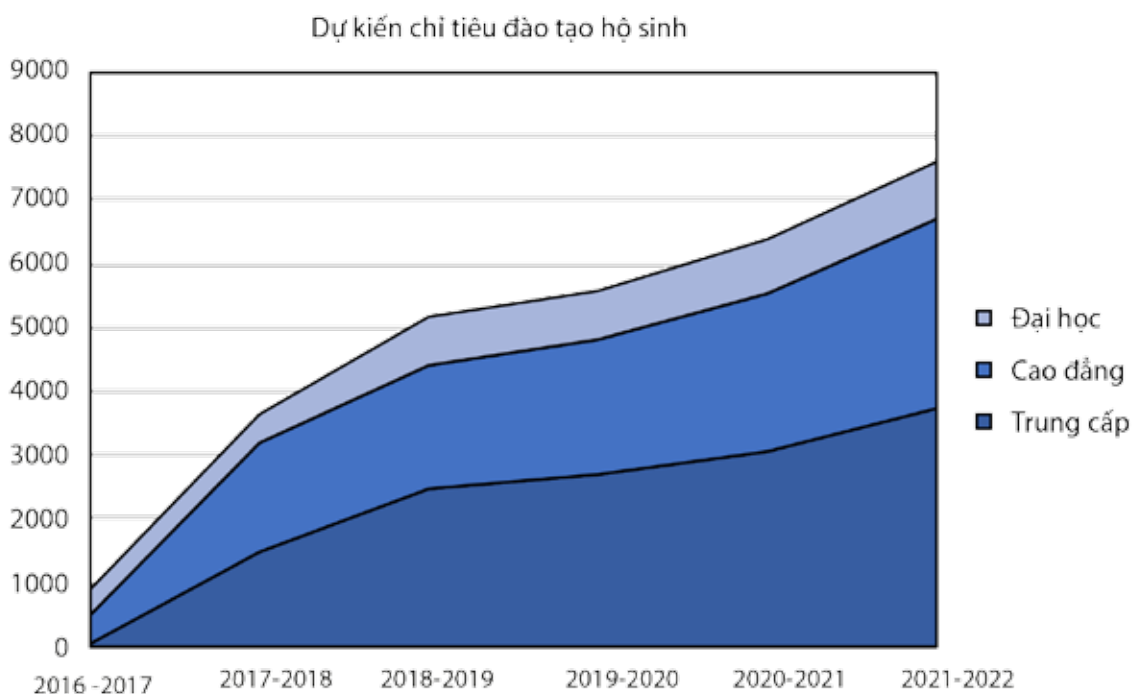
Hiện có khoảng 32.800 hộ sinh có trình độ trung cấp, sơ cấp (bao gồm y sĩ sản nhi) có nhu cầu học liên thông nâng cao trình độ từ bậc trung cấp lên bậc cao đẳng cho đến năm 2025. Các kế hoạch của các trường đào tạo nhân lực y tế nhằm mở rộng số lượng các cơ sở đào tạo hộ sinh hệ cao đẳng 3 năm cho thấy họ đáp ứng mạnh mẽ với Thông tư liên tịch 26/2015/TTLT-BYT-BNV và có nhu cầu sự gia tăng số lượng hộ sinh có trình độ cao nhằm phục vụ cho công tác chăm sóc sức

khỏe sinh sản. Theo dự đoán, việc tuyển sinh sinh viên hộ sinh cũng đang phát triển nhanh chóng. Tuy nhiên, điều đáng lo ngại là việc mở các khóa học đào tạo mới hộ sinh trung cấp theo kế hoạch vẫn không có xu hướng giảm (Hình 35) trong khi chúng ta đều biết rằng các hộ sinh hệ trung cấp mới tốt nghiệp sẽ không kiếm được việc làm trong khu vực nhà nước kể từ năm 2021. Trong khi đây là những kế hoạch từ các nhà cung cấp dịch vụ đào tạo, thì một điều chúng tôi ghi nhận được là tác động của Thông tư 26 đến cơ hội việc làm, nghề nghiệp của hộ sinh trung cấp có vẻ đã không được truyền thông rộng rãi đến các cơ sở đào tạo và sinh viên trung cấp hộ sinh tương lai.

Tuy nhiên, các bằng chứng cho thấy sinh viên đã bắt đầu nhận thức được tác động của Thông tư này, nên số tuyển sinh thực tế cho chương trình hộ sinh trung cấp mà các trường cao đẳng và trường trung cấp y đã cung cấp số liệu trong khi

điều tra ít hơn rất nhiều so với kế hoạch tuyển sinh, chỉ tuyển được 37 sinh viên trong số 550 sinh viên mà các trường được giao chỉ tiêu tuyển sinh. Việc nâng cấp một trường từ bậc trung cấp lên bậc cao đẳng đòi hỏi thời gian, nguồn lực và sự đáp ứng được các yêu cầu về nguồn nhân lực đào tạo, cơ sở vật chất và phòng thực hành để đảm bảo thực hiện được phương pháp đào tạo dựa trên năng lực (Quyết định 659/QĐ-BYT năm 2015). Thậm chí trong số các trường cao đẳng, chỉ tiêu tuyển sinh hộ sinh cho năm học 2016-2017 do Bộ GD-ĐT giao là 850, nhưng số tuyển sinh thực tế chỉ đạt được 440. Một số trường có tuyển sinh nhưng lại không báo cáo số lượng. Điều này cho thấy nếu các trường này tuyển đủ sinh viên thì năng lực cung cấp đào tạo liên thông có thể bị ảnh hưởng. Tuy vậy, chúng tôi cũng không biết tại sao số lượng sinh viên tuyển được thực tế lại thấp trong khi chỉ tiêu cao như vậy.

Hình 35: Kế hoạch tuyển sinh của các cơ sở đào tạo hộ sinh, 2017-2022



Nguồn: Điều tra đào tạo hộ sinh 2016

Đào tạo liên thông

Nhu cầu cấp thiết hơn cho đào tạo hộ sinh trong thập kỷ tiếp theo là đào tạo các hộ sinh hiện đang làm việc nâng cao trình độ từ bậc trung cấp lên bậc cao đẳng, từ đó cho phép họ được đăng ký chuyên môn và tiếp tục hành nghề của mình từ năm 2025. Số liệu của Bảng 10 cho thấy năm 2013, có khoảng 32.800 hộ sinh trong hệ thống y tế công (trong đó bao gồm 24.135 hộ sinh trung cấp; 7.902 Y sĩ sản nhi và 763 hộ sinh sơ cấp) những người sẽ hoặc là về hưu, hoặc là học nâng cao lên cao đẳng hoặc cao hơn vào năm 2025. Cuộc điều tra có hỏi các trường đang đào tạo chương trình hộ sinh 3 năm về kế hoạch của các trường mở đào tạo liên thông. Trong khi một số trường không đưa ra câu trả lời, các trường hiện chưa cung cấp chương trình đào tạo hộ sinh cao đẳng thì cho biết có thể mở các chương trình như vậy trong tương lai và xu

hướng này có vẻ không mấy triển vọng để có thể đáp ứng các nhu cầu đào tạo cao như vậy (Hình 36). Chúng tôi cũng nhận thấy, trong các kế hoạch đào tạo của các trường, không có kế hoạch đào tạo liên thông dành cho nhóm y sĩ sản nhi vì các trường cho biết rằng họ không có đủ thẩm quyền để tuyển sinh nhóm y sĩ sản nhi. Việc đào tạo một khóa liên thông mất 1,5 năm, và trường chỉ có thể cung cấp loại hình đào tạo liên thông khi trường đã có sinh viên hộ sinh hệ 3 năm tốt nghiệp, bên cạnh đó các trường bị giới hạn khi chỉ được cung cấp đào tạo liên thông cho một số lượng học viên tương đương 15% chỉ tiêu đầu vào trực tiếp của chương trình đào tạo hộ sinh 3 năm của trường²⁴. Vì vậy, tính khả thi của việc thực hiện Thông tư 26 về lộ trình đào tạo liên thông nâng cấp hộ sinh 2 năm lên 3 năm có thể bị ảnh hưởng khi mà khả năng đào tạo liên thông của các cơ sở đào tạo hộ sinh ở trường đại học và cao đẳng vẫn hạn chế như hiện nay.

Hình 36: Xu hướng thực tế và kế hoạch việc đào tạo liên thông hộ sinh từ trung cấp lên cao đẳng 2013-2021



Nguồn: Điều tra Hộ sinh 2016

24 Thông tư 55/2012/TT-BGDĐT Bộ Giáo dục và Đào tạo quy định về đào tạo nâng cao cho các trường cao đẳng và đại học và các sửa đổi trong Thông tư 8/2015/TT-BGDĐT, được tìm thấy trong các tài liệu chính sách được tích hợp (02/VBHN-BGDĐT năm 2015).

3.2.5. Sự hấp dẫn của nghề hộ sinh

Mặc dù có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến sự lựa chọn cá nhân để trở thành một hộ sinh, chẳng hạn như mong muốn làm việc với trẻ sơ sinh, hoặc gia đình có người mẹ là một nữ hộ sinh, tuy nhiên, mức thù lao và khả năng tìm kiếm việc làm chính là yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng đến quyết định này. Nghề hộ sinh thường đòi hỏi làm ca đêm bởi phụ nữ có thể chuyển dạ vào tất cả các giờ trong ngày cũng như đòi hỏi sự chuyên tâm. Nhiều nhà tuyển dụng lao động có vẻ như muốn tuyển dụng các nhân viên y tế có thể làm được nhiều việc khác như điều dưỡng hơn là tuyển dụng người chỉ có chuyên môn hộ sinh, vì hộ sinh là những người được đào tạo chuyên sâu vào chăm sóc hộ sinh. Điều này có thể là một bất lợi cho hộ sinh khi so sánh với điều dưỡng.

Thu nhập hiện tại: Hộ sinh trong các cơ sở y tế công cộng có trình độ và kinh nghiệm như điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên được trả cùng mức lương (Thông tư liên tịch 26/2015 / TTLT-BYT-BNV). Mức lương cơ bản vào thời điểm 1/5/2016 là 1.210.000 đồng mỗi tháng (Nghị định 47/2016 / NĐ-CP). Mức lương cơ bản này được nhân với

hệ số lương tùy thuộc vào bằng cấp và số năm thâm niên (kinh nghiệm) (Bảng 12). Tất cả các hộ sinh phục vụ trực tiếp bệnh nhân sẽ nhận được một hệ số tiền lương bổ sung là 0,4 (Nghị định 56/2011 / NĐ-CP). Một khoản phụ cấp tiền lương sẽ được chi trả cho những người có trách nhiệm lãnh đạo (như hộ sinh trưởng) (117/2016 / NĐ-CP) hoặc làm việc ở vùng khó khăn (Nghị định 64/2009 / NĐ-CP). Một khoản phụ cấp bổ sung được trả cho nhân viên y tế làm việc ca đêm. Ở cấp xã chi trả bổ sung cho một ca 24 giờ chỉ là 25.000 đồng và tăng lên từ 65.000 đến 115.000 VND tại các bệnh viện khác nhau. Có khoản phụ cấp nữa cho các hộ sinh lấy từ lợi nhuận của cơ sở, và được phân phối lại cho các nhân viên của cơ sở gọi là "thu nhập thêm". Dịch vụ làm thêm thường được cung cấp tại các cơ sở công, hoặc bởi các nhân viên sau giờ làm như tắm bé sơ sinh, chăm sóc rốn hoặc vết khâu cắt tầng sinh môn sau khi mẹ và bé đã ra viện. Ngoài ra, hộ sinh và các nhân viên khác đã tham gia hỗ trợ cuộc đẻ có thể có nhận được quà như hoa quả, bánh, hoặc thậm chí một ít tiền từ các bà mẹ và gia đình và đó có thể là một nguồn thu nhập quan trọng. Không có thông tin về thu nhập thực tế của hộ sinh.

Bảng 12: Lương hộ sinh cơ bản, 2016

	Hệ số lương	Lương cơ bản hàng năm bao gồm phụ cấp đặc biệt 0,4	Lương cơ bản hàng năm theo USD
Hộ sinh bậc II	4,40 đến hệ số lương 6,78	89 đến 138 triệu VND	4.067 đến 6.267 USD
Hộ sinh bậc III	2,34 đến hệ số lương 4,98	48 đến 101 triệu VND	2.163 đến 4.603 USD
Hộ sinh bậc IV	1,86 đến hệ số lương 4,06.	38 đến 83 triệu VND	1.719 đến 3.753 USD

Ghi chú: Sự khác biệt giữa ba hạng hộ sinh (Hạng II: sau đại học; hạng III: Đại học; Hạng I: cao đẳng và trung cấp hộ sinh). (theo thông tư 26)

Nguồn: tác giả tính toán dựa vào các chính sách trên

Cô đỡ thôn bản là thành viên quan trọng của lực lượng chăm sóc sức khỏe bà mẹ ở các vùng dân tộc miền núi khó khăn. Theo Thông tư 07/2013-BYT, cô đỡ thôn bản được coi như một loại hình nhân viên y tế thôn bản. Năm 2014, số cô đỡ thôn bản là 1.575. Tuy vậy, chính sách về phụ cấp cho cô đỡ thôn bản chưa được cập nhật trong Quyết định 75/2009/QĐ-TTg. Nhân viên y tế thôn bản hiện nay đang được trả khoản phụ cấp tương đương với 0,3 hoặc 0,5 lần mức lương tối thiểu (4.400.000-7.300.000 đồng mỗi năm), mức cao hơn được áp dụng nếu YTTB làm việc ở vùng sâu vùng xa tương tự như điều kiện làm việc của cô đỡ thôn bản. Phụ cấp cho YTTB, cô đỡ thôn bản nhằm để đảm bảo sự duy trì ổn định của mạng lưới YTTB ở các vùng khó khăn, xa xôi hẻo lánh bằng cách cho phép sử dụng tối đa hai vị trí YTTB cho một thôn/bản và đảm bảo rằng kinh phí để chi trả là từ ngân sách nhà nước (có thể ngân sách địa phương hoặc ngân sách hỗ trợ của trung ương). Tuy nhiên, báo cáo hệ thống chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em và nhiều nghiên cứu cho thấy hiện nay mới chỉ có khoảng 50% số cô đỡ thôn bản và họ cũng đang làm việc với chức danh YTTB, được chi trả phụ cấp theo Quyết định 75. Số cô đỡ thôn bản còn lại, chiếm 50% và là những người không phải là YTTB thì chỉ được trả phụ cấp rất thấp chỉ vài trăm nghìn đồng/

tháng từ các dự án mục tiêu quốc gia hoặc một số nhà tài trợ, thậm chí nhiều cô không được hỗ trợ phụ cấp. Đây là một vấn đề quan trọng và cần quan tâm đặc biệt nếu không được trả phụ cấp từ ngân sách nhà nước, nhiều cô đỡ thôn bản có thể sẽ bỏ việc.

3.2.6. Sự sẵn có các dịch vụ hộ sinh

Điều quan trọng nhất là phụ nữ có thể nhận được các dịch vụ hộ sinh từ một cán bộ y tế có năng lực và chuyên môn, cho dù đó là một hộ sinh hoặc một cán bộ y tế khác. Bảng 13 cho thấy rằng đã có một sự gia tăng đáng kể về sự sẵn có của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. Cụ thể mức độ sẵn có của MgSO₄ trong điều trị tiền sản giật và sản giật đã tăng hơn gấp đôi tại các bệnh viện huyện và cao gần gấp bốn lần tại trạm y tế xã trong thời gian 2010 - 2013. Cũng có sự tăng đáng kể về khả năng cung cấp các dịch vụ như siêu âm sản khoa, sàng lọc cổ tử cung, điều trị vàng da sơ sinh (gần gấp đôi) và chăm sóc trẻ sơ sinh nhẹ cân (tăng hơn hai lần). Siêu âm sản khoa thậm chí còn nhiều hơn cả mức độ cần thiết (xem thêm thông tin ở phần 3.3.5 về mức độ cân bằng giữa tăng tiếp cận và cung cấp dịch vụ quá mức).



Bảng 13: Sự có sẵn của các dịch vụ SKSS cơ bản tại tuyến huyện và xã, 2010~2013

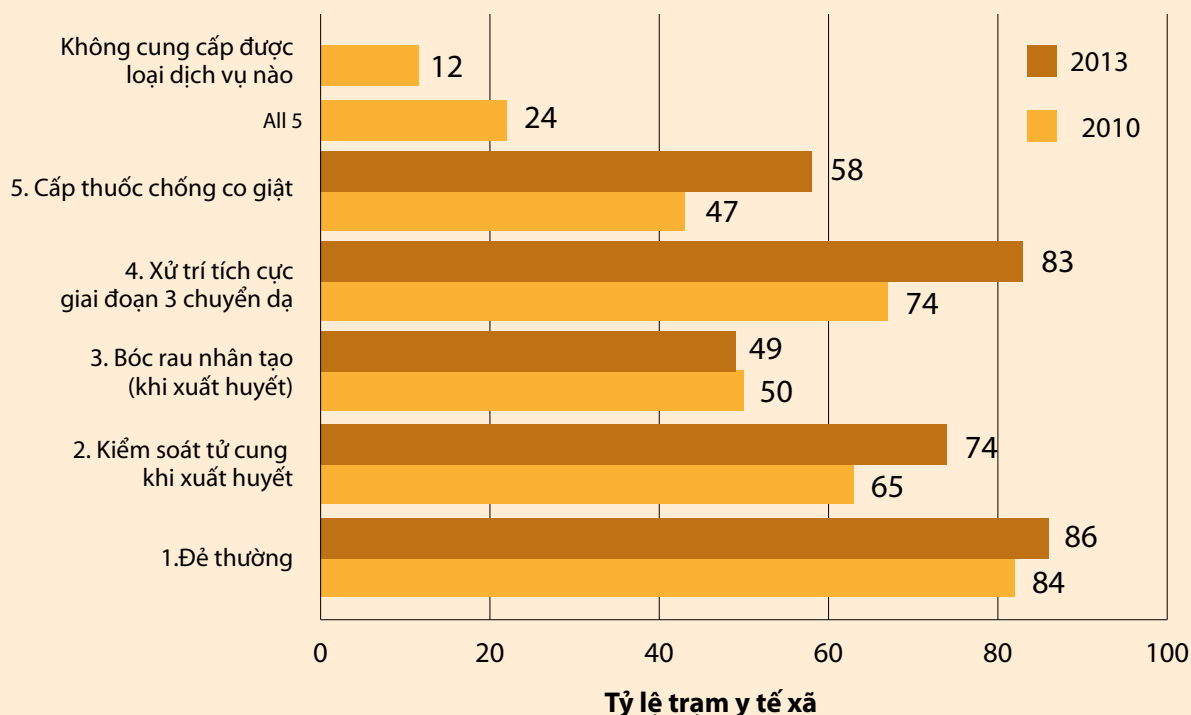
Dịch vụ cung cấp		2010	2013	% tăng	% các cơ sở cung cấp dịch vụ năm 2013
Số bệnh viện huyện cung cấp:					
1	Sinh mổ	406	465	15%	67%
2	Truyền máu	356	388	9%	56%
3	Phẫu thuật và truyền máu (chăm sóc sản khoa cần thiết toàn diện)	328	373	14%	54%
4	Cắt bỏ tử cung bán phần cấp cứu	321	372	16%	54%
5	Mổ thai ngoài tử cung cấp cứu	387	425	10%	61%
6	Dùng MgSO ₄	260	566	118%	81%
7	Phá thai hút chân không cho thai đến 12 tuần	374	489	31%	70%
8	Chăm sóc và điều trị trẻ sinh non khỏe mạnh >1,500g	160	394	146%	57%
9	Điều trị vàng da sơ sinh	214	400	87%	58%
10	Điều trị suy hô hấp bằng máy thở áp lực dương liên tục (CPAP)	99	228	130%	33%
Số TYTX cung cấp:					
1	Dịch vụ đỡ đẻ ngôi chỏm	9 185	9 546	4%	87%
2	Dịch vụ xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ	8 171	9 197	13%	83%
3	Hồi sức sơ sinh cơ bản	8 542	9 435	10%	86%
4	Xoa bóp tử cung bằng hai tay trong trường hợp xuất huyết	7 110	8 247	16%	75%
5	Tiêm vitamin K1 cho trẻ sơ sinh	6 794	8 859	30%	80%
6	Phá thai hút chân không cho thai đến 7 tuần	3 484	4 735	36%	43%
7	MgSO ₄ trong điều trị tiền sản giật và sản giật	1 857	6 453	247%	58%
8	Xét nghiệm protein trong nước tiểu	2 072	8 187	295%	74%
9	Dịch vụ phát hiện sớm ung thư cổ tử cung bằng acid acetic (VIA) hoặc dung dịch iốt Lugol (VILI)	1 426	3 701	160%	34%
10	Siêu âm sản khoa chẩn đoán	742	1 853	150%	17%
11	Dịch vụ lấy mẫu xét nghiệm phết tế bào cổ tử cung (PAP Smear) và để chuyển lên tuyến cao hơn	940	2336	149%	21%

Nguồn: Khảo sát của Vụ SKBMTE 2010 [20] và 2013 [5]

Trong năm 2010, Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em đã đánh giá năng lực cấp xã trong việc thực hiện 5 dịch vụ cấp cứu sản khoa mà các cơ sở này được phép cung cấp theo quyết định 385/2001 / QĐ-BYT của Bộ Y tế. Kết quả cho thấy chỉ có

khoảng một phần tư TYTX có thể cung cấp tất cả 5 dịch vụ (Hình 37). Một số TYTX không thể cung cấp dịch vụ nào, mặc dù các cơ sở này có thể ở các khu vực đô thị và là nơi đã có các bệnh viện nhưng không có nhu cầu về dịch vụ này.

Hình 37: Sự có sẵn của các dịch vụ cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản tại TYTX, 2010

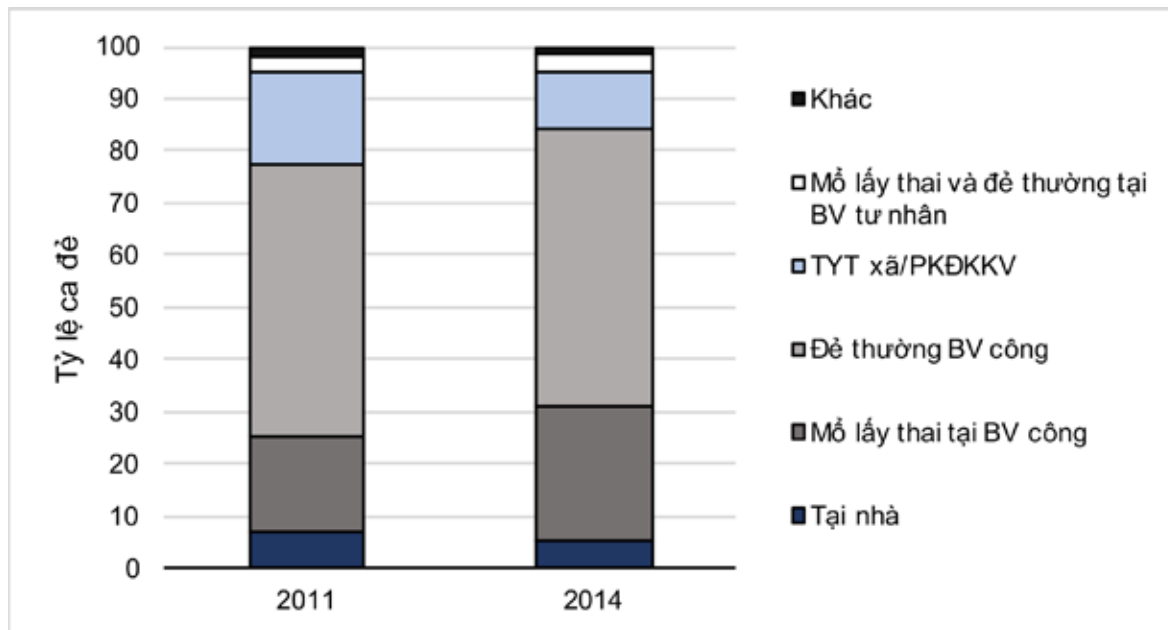


Nguồn: Khảo sát 2010 và 2013 của Vụ SKBMTE [5,20]

Trạm y tế xã đang mất dần chức năng là nơi đỡ các ca đẻ thường. Trong khi dịch vụ có sẵn ở TYTX, nhưng người dân ít sử dụng các dịch vụ này vì rất nhiều lý do. Về mặt lịch sử, các TYT là nơi đỡ các ca đẻ thường, tuy nhiên một số người được phỏng vấn nói rằng họ yên tâm hơn nếu họ đẻ ở bệnh viện có chất lượng dịch vụ cao hơn và đó có thể là lý do làm giảm mức độ sử dụng dịch vụ đỡ đẻ ở TYT xã. Bảng 38 cho thấy TYT đang mất dần chức năng là nơi phụ nữ đến

để đẻ thường, mặc dù TYT có nhiều lợi thế như gần nhà, cho phép người nhà vào thăm, có đủ thời gian để cho cuộc đẻ diễn ra tự nhiên do không bị áp lực về tình trạng quá đông bệnh nhân. Tuy nhiên, phụ nữ đi đẻ ngày càng nhiều tại các bệnh viện công đồng đức và là nơi họ có xu hướng nhận được các can thiệp quá mức cần thiết, bao gồm cả mổ đẻ (ngày càng tăng ở bệnh viện công). Chỉ một phần nhỏ phụ nữ đẻ tại bệnh viện tư nhân.

Hình 38: Phụ nữ đã sinh con ở đâu?



Nguồn: MICS 2011 [7], MICS 2014 [6]

3.2.7. Dịch vụ hộ sinh được cung cấp ở đâu trong hệ thống CSSKSS

Phần này của báo cáo cung cấp một bức tranh chi tiết hơn về sự có sẵn của các loại hình dịch vụ do nhiều nhà cung cấp khác nhau. Vui lòng xem Phụ lục 6 về thông tin thống kê chi tiết từ các cuộc điều tra của Vụ Sức khỏe Bà Mẹ và Trẻ Em

Ở hộ gia đình và thôn bản: phối hợp công việc giữa YTTB/CĐTB và cộng tác viên dân số

Dưới sự quản lý của hệ thống y tế công, YTTB cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu. YTTB có nhiệm vụ theo dõi dân cư nơi họ chịu trách nhiệm và kết nối các dịch vụ người dân cần để đáp ứng nhu cầu của người dân. Tuy vậy, không biết là họ làm tốt nhiệm vụ đến mức nào. Năm 2014, khoảng 100.000 YTTB đang làm việc ở 97,5% các thôn bản ở Việt Nam, đặc biệt ở vùng nông thôn và miền núi [12].

CĐTB làm việc ở những thôn bản xa xôi hẻo lánh nơi có nhiều người dân tộc thiểu số sinh sống.

Họ cung cấp dịch vụ SKSS, tập trung vào các dịch vụ chăm sóc trước đẻ, phát hiện các thai nghén nguy cơ cao, các tai biến sản khoa trong lúc có thai, trong khi đẻ, sau khi đẻ, khuyến khích phụ nữ đi đẻ tại TYTX và chuyển tuyến phụ nữ và trẻ sơ sinh đến cơ sở y tế khi cần thiết và được đào tạo để hỗ trợ cho các cuộc đẻ tại nhà. Họ cũng cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu. Báo cáo của Vụ SKBMTE năm 2014 cho biết hiện nay có 1.575 CĐTB đang làm việc ở 29 tỉnh, bao phủ 18% thôn bản khó khăn nhất.²⁵ Khoảng 50% CĐTB đang đồng thời làm nhiệm vụ của YTTB hoặc cộng tác viên dân số. Việc thực hiện chính sách phụ cấp cho YTTB hiện nay (Quyết định 75/2009/QĐ-TTg) không bao gồm CĐTB, do đó CĐTB chỉ nhận được phụ cấp nếu cùng một lúc họ làm cả vai trò của YTTB.

Cộng tác viên dân số do Tổng cục Dân số-KHHGD quản lý. Phần lớn các công việc của cộng tác viên dân số liên quan đến hoạt động truyền thông, giáo dục sức khỏe tại các hộ gia đình, cung cấp các phương tiện tránh thai phi lâm sàng như bao cao su, viên tránh thai, theo dõi

25 Báo cáo của Vụ Sức khỏe Bà mẹ Trẻ em "Đào tạo và sử dụng Cô đỡ thôn bản" năm 2014.

tình trạng dinh dưỡng và cập nhật thông tin về dân số và các chức năng y tế cộng đồng khác.

Điều đáng quan tâm là làm thế nào BYT và Tổng cục Dân số-KHHGD có thể quản lý hiệu quả việc phối kết hợp, thực hiện nhiệm vụ và các chức năng của ba nhóm cán bộ y tế ở tuyến thôn bản để có thể tối ưu hóa sự đóng góp của họ ở thôn bản và hộ gia đình.

Trạm y tế xã

Trạm y tế xã là tuyến thấp nhất trong hệ thống y tế. Trong năm 2014, có 11.101 TYTX trong số 11.161 (99,4 %) xã trong cả nước. Khoảng 98,2% số TYTX có nữ hộ sinh hoặc y sĩ sản-nhi và 78,5% TYTX có một bác sĩ. Có khoảng 50% số xã đạt tiêu chuẩn quốc gia (tiêu chuẩn chất lượng và năng lực) cho y tế xã [12].

TYTX cung cấp dịch vụ chăm sóc trước đẻ bao gồm cả phát hiện và điều trị các BLTQĐTD/NKĐSS, HIV, sàng lọc phát hiện ung thư cổ tử cung thông qua test VIA/VILI [20]. Các xét nghiệm lâm sàng không có đủ tại tuyến xã, ngoài các xét nghiệm chẩn đoán thai nghén và protein trong nước tiểu. Kết quả điều tra của Vụ SKBMTE năm 2010 cho thấy 7% TYTX có khả năng siêu âm chẩn đoán thai nhi mặc dù dịch vụ này không được phép thực hiện tại trạm y tế xã theo Thông tư 43/2013/TT-BYT [20]. TYTX là nơi cung cấp chủ yếu các biện pháp tránh thai không phẫu thuật. Chỉ có 42% số TYTX thực hiện được kỹ thuật hút thai chân không [20]. Chăm sóc trước đẻ, tiêm vắc xin phòng uốn ván và đỡ đẻ thường là những dịch vụ phổ biến nhất ở các trạm y tế xã. Tuy nhiên, tỉ lệ TYTX cung cấp viên sắt và acid folic chỉ 59,5%, hoặc tiêm MgSO₄ trong các trường hợp tiền sản giật và sản giật (57.9%), hoặc bóc rau nhân tạo (48.7%) trong trường hợp chảy máu. Khả năng thực hiện cắt khâu tầng sinh môn khá cao (77.7% năm 2010), nhưng việc chăm sóc cho các vết khâu cắt tầng sinh môn bị nhiễm khuẩn (62% năm 2010) hoặc khả năng khâu rách độ 2 (54.2% năm 2010) thì còn hạn chế [20]. Các dịch vụ cơ bản của chăm sóc sơ sinh, khám và điều trị các bệnh thông thường có ở hầu hết các

TYTX và mức độ bao phủ tăng dần trong giai đoạn 2010-2013. Tuy nhiên, dịch vụ chăm sóc trẻ sơ sinh khỏe mạnh đủ cân chỉ có sẵn ở 61% TYTX. TYTX là đơn vị chăm sóc sức khỏe ban đầu có thể cung cấp dịch vụ hộ sinh phù hợp với Tầm nhìn hộ sinh 2030, do mối quan hệ gần gũi và liên tục mà hộ sinh đã xây dựng với phụ nữ và trẻ sơ sinh họ đang chăm sóc trong cộng đồng.

TYTX làm việc cùng với YTTB, CĐTĐ và cộng tác viên dân số thông qua các cuộc họp hàng tháng, thu thập báo cáo và cung cấp các hỗ trợ cho YTTB, CĐTĐ, dụng cụ và vật tư y tế.

Các phòng khám đa khoa khu vực

Các phòng khám đa khoa khu vực là loại hình cơ sở y tế trung gian giữa tuyến xã và huyện, và trong một số trường hợp được gọi là phòng khám liên xã. Ở các khu vực đô thị, đôi khi phòng khám đa khoa đóng vai trò của trạm y tế phường, vì các cơ sở có thể cung cấp dịch vụ nhiều hơn so với các TYTX. Tại những vùng xa xôi hơn, những cơ sở này có thể phục vụ như là một cơ sở vệ tinh cho các bệnh viện huyện và có giường nội trú. Trên toàn quốc, có 544 phòng khám đa khoa khu vực, tuy nhiên 14 tỉnh không có cơ sở này [12]. Dịch vụ sức khỏe sinh sản có sẵn tại các phòng khám đa khoa tương tự như tại các TYTX, mặc dù các phòng khám đa khoa cung cấp nhiều hơn các dịch vụ cận lâm sàng và dịch vụ phá thai. Trong khi đó, so với TYTX, phòng khám đa khoa cung cấp ít hơn các dịch vụ phụ khoa (tầm soát NKĐSS/BLTQĐTD và tầm soát ung thư cổ tử cung), tránh thai, khám thai, hỗ trợ khi sinh và chăm sóc trẻ sơ sinh và trẻ em [20].

Nhà hộ sinh

Nhà hộ sinh là một hình thức cung cấp dịch vụ sức khỏe sinh sản, tuy nhiên hiện nay có rất ít thông tin về loại cơ sở này. Toàn quốc hiện có 12 nhà hộ sinh khu vực công và một số nhà hộ sinh tư nhân, nhưng không có thông tin về phạm vi dịch vụ của họ. Dịch vụ chủ yếu ở Nhà hộ sinh là chăm sóc trước sinh và đỡ đẻ cho các ca đẻ thường có nguy cơ thấp.

Phòng khám tư nhân

Phòng khám tư nhân cung cấp dịch vụ tương tự như TYTX, nhưng có xu hướng cung cấp các dịch vụ có công nghệ cao hơn như siêu âm và họ có phạm vi hoạt động hẹp hơn. Hiện nay, có rất ít thông tin về số lượng dịch vụ và loại hình dịch vụ do phòng khám tư nhân cung cấp, loại trừ các thông tin từ các điều tra hộ gia đình. Phụ nữ sử dụng dịch vụ y tế tư nhân thường nhận được chăm sóc liên tục tốt hơn trong chăm sóc thai trước sinh. Nhiều phòng khám tư nhân cũng cung cấp dịch vụ chăm sóc sản, bao gồm cả sản phụ khoa, khoa nhi hoặc đa khoa. Dịch vụ tư nhân có xu hướng tập trung ở các khu vực đô thị, tuy nhiên thông tin về các cơ sở này từ các nguồn thống kê hiện rất ít. Trong tương lai cơ sở dữ liệu của Cục QLKCB cần có khả năng cung cấp thông tin chi tiết về các cơ sở này, bao gồm phạm vi hành nghề và nhân viên y tế.

Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản ở tuyến huyện và Trung tâm sức khỏe sinh sản tỉnh

Các dịch vụ sức khỏe sinh sản ngoại trú cũng được cung cấp tại Khoa sức khỏe sinh sản của các Trung tâm y tế huyện và Trung tâm Sức khỏe sinh sản tỉnh. Trong năm 2010, có 687 cơ sở sức khỏe sinh sản của trung tâm y tế huyện và tăng lên 695 cơ sở trong năm 2013 [5]. Có 64 Trung tâm sức khỏe sinh sản tỉnh, riêng ở Hà Nội có hai trung tâm. Thông tin chi tiết về dịch vụ sẵn có tại những cơ sở này được trình bày trong Báo cáo điều tra hệ thống chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em [20].

Dịch vụ siêu âm được cung cấp phổ biến tại các trung tâm sức khỏe sinh sản tỉnh và các đơn vị lưu động của các trung tâm này và có thể thực hiện siêu âm chuyên sâu như sàng lọc dị tật thai nhi trước khi sinh. Những dịch vụ này ít được cung cấp tại các trung tâm y tế huyện, vì bệnh viện huyện cũng đang cung cấp dịch vụ này. Dịch vụ kiểm tra vú (chụp quang tuyến vú) và chụp x-quang cổ tử cung vẫn chưa phổ biến tại các cơ sở tuyến huyện. Khoảng hai phần ba số trung tâm tỉnh có xét nghiệm huyết học và nước tiểu cơ bản, nhưng chỉ khoảng một nửa số trung tâm y tế huyện có thể thực hiện các xét

nghiệm này. Các cơ sở y tế các tuyến cũng cung cấp các dịch vụ kiểm tra sàng lọc HIV và viêm gan B với test nhanh, tuy nhiên các dịch vụ xét nghiệm NTLTQĐT khác như bệnh giang mai và chlamydia còn tương đối ít. Xét nghiệm bệnh lậu không được đề cập trong báo cáo. Khá nhiều trung tâm có dịch vụ soi dịch tiết âm đạo để chẩn đoán NKĐSS, tuy nhiên, dịch vụ làm sinh thiết và tế bào học lại không được làm nhiều tại các cơ sở này. Các cơ sở y tế huyện và tỉnh đều cung cấp dịch vụ chẩn đoán và điều trị NKĐSS/NTLTQĐT thông thường trong năm 2013, tuy nhiên chỉ có các cơ sở tuyến tỉnh cung cấp dịch vụ khám sàng lọc HPV (mụn cóc sinh dục) và sàng lọc ung thư cổ tử cung thông qua PAP smear và soi cổ tử cung. Trong khi đó, các cơ sở y tế tuyến huyện chủ yếu cung cấp dịch vụ phát hiện sớm ung thư cổ tử cung bằng acid acetic (VIA) hoặc dung dịch iốt Lugol (VILI), chỉ một nửa số cơ sở y tế huyện cung cấp dịch vụ này. Dịch vụ cho phụ nữ mãn kinh được cung cấp ở các cơ sở tuyến tỉnh.

Biện pháp tránh thai không phẫu thuật được cung cấp phổ biến tại các Khoa SKSS của trung tâm y tế huyện. Trung tâm CSSKSS tỉnh cung cấp các dịch vụ phẫu thuật triệt sản, đặt và tháo vòng tránh thai. Các Trung tâm SKSS tỉnh cung cấp dịch vụ phá thai với nhiều phương pháp khác nhau, trong khi đó các cơ sở tuyến huyện chỉ cung cấp dịch vụ hút điều hoà kinh nguyệt và chỉ có một số cơ sở tuyến huyện cung cấp dịch vụ phá thai muộn. Chỉ khoảng một phần tư số Trung tâm SKSS tỉnh thực hiện thủ thuật nong nạo buồng tử cung đối với phá thai muộn và có vẻ như các cơ sở tuyến huyện không cung cấp dịch vụ này. Các cơ sở tuyến tỉnh cung cấp dịch vụ nam học và các dịch vụ vô sinh. Ở tuyến huyện chỉ có khoảng một phần tư các cơ sở cung cấp dịch vụ chẩn đoán và điều trị vô sinh nam, nhưng chỉ có 6% số cơ sở có khả năng đếm tinh trùng.

Các cơ sở SKSS của cả hai tuyến tỉnh và huyện đều cung cấp dịch vụ xét nghiệm thai và khám thai. Năm 2010, các khoa SKSS tuyến tỉnh và gần một nửa số khoa SKSS tại trung tâm y tế huyện cung cấp dịch vụ kiểm tra sàng lọc trước sinh cho thai nhi bất thường. Mặc dù các cơ sở này không cung cấp dịch vụ đỡ đẻ, nhưng phụ nữ mang

thai được tư vấn về các phương pháp Kangaroo và cho con bú. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe trẻ em được cung cấp rộng rãi tại các Trung tâm SKSS tỉnh, nhưng không có ở các trung tâm y tế huyện.

Bệnh viện huyện

Bệnh viện huyện loại III và loại IV, hoặc chưa được phân loại, hoặc trung tâm y tế huyện có điều trị, là những cơ sở nhận chuyển tuyến đầu tiên cho các dịch vụ phẫu thuật²⁶. Do đó, các cơ sở này đóng một vai trò quan trọng trong trường hợp cần phẫu thuật khẩn cấp và điều trị các biến chứng sản khoa, đặc biệt ở những vùng xa xôi. Năm 2014, trên toàn quốc có 629 bệnh viện huyện. Một số huyện không có bệnh viện vì một số huyện trong thành phố nơi đã có bệnh viện tỉnh hoặc khu vực, trong khi các huyện khác mới được tách ra và chưa xây bệnh viện. Tại một số huyện đảo, dân cư quá thưa thớt để có một bệnh viện, và người dân được chuyển đến bệnh viện huyện ở các huyện lân cận. Một vài huyện có đến 2 bệnh viện cấp huyện. Có sự khác biệt đáng kể giữa các bệnh viện huyện về năng lực cung cấp dịch vụ. Ở tuyến huyện, năng lực để xử trí các tai biến cùng với việc sử dụng các kỹ thuật chẩn đoán và điều trị cao hơn, nhưng việc chăm sóc liên tục và mối quan hệ giữa khách hàng và người cung cấp dịch vụ thì kém hơn nhiều. Bệnh viện huyện thường có đủ gói dịch vụ mà TYTX cung cấp và nhiều dịch vụ kỹ thuật khác. Số liệu về sự sẵn có của dịch vụ tại bệnh viện huyện được lấy từ cuộc điều tra của hệ thống chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em năm 2010 [20]. Cuộc điều tra không đánh giá các dịch vụ cơ bản vì cho rằng các dịch vụ này có ở tất cả các bệnh viện huyện.

Theo kết quả điều tra của hệ thống chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em được thực hiện năm 2010 và 2013, việc chăm sóc trước khi mang thai ở các bệnh viện huyện khá toàn diện và đồng bộ hơn tuyến xã. Bệnh viện huyện cung cấp dịch vụ phẫu thuật triệt sản, và một số cơ sở cung cấp được cả dịch vụ điều trị vô sinh và các dịch vụ sàng lọc phát hiện và điều trị các bệnh HIV/

BLTQĐTD/NKĐSS. Tuy nhiên, năng lực chẩn đoán và điều trị các bệnh loét sinh dục và ung thư cổ tử cung còn hạn chế. Chỉ có khoảng 1/3 bệnh viện huyện cung cấp dịch vụ cấy que tránh thai và 19% có cung cấp viên tránh thai khẩn cấp. Trong khi đó, 57% bệnh viện huyện báo cáo cung cấp dịch vụ triệt sản nam và 71% cung cấp dịch vụ triệt sản nữ và đây là hai thủ thuật động chạm đến cơ thể. Chỉ có 30% bệnh viện huyện có dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản thân thiện với TN/VTN, trong khi 77% cơ sở có dịch vụ tư vấn về các vấn đề mãn kinh, 48% có tư vấn và dịch vụ cho nạn nhân của các bạo lực tình dục. Dịch vụ điều trị vô sinh sử dụng phương pháp IUI chỉ có ở 2 bệnh viện huyện, dịch vụ nam học chỉ có ở 10% số bệnh viện huyện. Khoảng 50-70% bệnh viện huyện có thể cung cấp được các phẫu thuật phụ khoa như cắt tử cung bán phần, hoặc phẫu thuật cắt bỏ khối u buồng trứng, nhưng chỉ có 5% bệnh viện huyện có thể mổ nội soi [20].

Bệnh viện huyện thực hiện khá tốt dịch vụ chăm sóc trong thời kỳ có thai [20]. Khoảng 63% bệnh viện huyện thực hiện được hút thai muộn, 51% bệnh viện thực hiện thủ thuật nong và nạo thai độ tuổi 13 đến 18 tuổi. Các xét nghiệm cận lâm sàng ở bệnh viện huyện nhiều hơn so với tuyến xã. Năm 2010, khoảng 71% bệnh viện huyện đã có một máy siêu âm đen trắng để chẩn đoán thai. Tuy nhiên, nhiều bệnh viện tuyến huyện có siêu âm âm đạo, siêu âm 3D hoặc có khả năng sử dụng siêu âm để kiểm tra dị tật bẩm sinh trước khi sinh. Hiện ở tuyến huyện vẫn còn ít cơ sở cung cấp dịch vụ chụp nhũ ảnh hay chụp x-quang cổ tử cung để phát hiện các khối u vú hoặc các vấn đề liên quan tới khả năng sinh sản, do các cơ sở này thiếu các kỹ thuật viên và thường không có năng lực điều trị sau khi phát hiện bệnh [20].

Gần như tất cả các bệnh viện huyện có thể cung cấp dịch vụ đẻ thường và xử trí tích cực giai đoạn ba của chuyển dạ, nhưng chỉ có 45% có thể cung cấp hỗ trợ sinh đẻ bằng giác hút và 39% có thể cung cấp hỗ trợ bằng forceps, và 68% có thể cung cấp dịch vụ mổ đẻ. 66% bệnh viện huyện có khả năng cung cấp các dịch vụ cấp

26 Bộ Y tế có kế hoạch kết hợp bệnh viện huyện và trung tâm y tế huyện để trở thành trung tâm y tế huyện có cả chức năng điều trị và dự phòng, bao gồm cả chăm sóc sức khỏe sinh sản

cứu sản khoa lưu động cho các tuyến dưới. Bệnh viện huyện nhìn chung có khả năng xử trí các tai biến sản khoa. Năm 2013, 67% số bệnh viện huyện có thể điều trị tiền sản giật và sản giật với magnesium sulphate [20].

Việc chăm sóc sau sinh cho trẻ sơ sinh bị các biến chứng là không phổ biến rộng rãi ở các bệnh viện huyện. Chỉ có 27% bệnh viện có lồng ấp cho trẻ sinh non và 36% có đèn chiếu cho trẻ vàng da để điều trị vàng da sơ sinh và 17% có thể cung cấp máy thở CPAP cho trẻ sơ sinh có biến chứng hoặc khó khăn về hô hấp [20].

Các bệnh viện tỉnh và trung ương

Các bệnh viện tỉnh gồm các bệnh viện hạng II và hạng III trực thuộc BHYT, bệnh viện hạng I và hạng II của các tỉnh và của các ngành khác mà không được coi là các bệnh viện chuyên khoa đầu ngành.²⁷ Các bệnh viện này bao gồm bệnh viện đa khoa có khoa sản và khoa nhi hoặc các bệnh viện phụ sản hoặc bệnh viện sản nhi. Khi các tỉnh có các bệnh viện chuyên khoa, các khoa sản hoặc nhi trong các bệnh viện đa khoa sẽ mất dần vai trò vì ở tỉnh số lượng các bác sĩ chuyên khoa rất ít nên khó có thể vận hành cùng lúc cả hai cơ sở y tế có cùng chuyên ngành sản và nhi. Năng lực của tuyến tỉnh khác biệt rất lớn, một số bệnh viện có khả năng cung cấp một số dịch vụ kỹ thuật gần giống như bệnh viện trung ương, trong khi một số bệnh viện có năng lực không khác nhiều so với bệnh viện huyện [20]. Phần lớn khách hàng của các bệnh viện tỉnh vẫn là các ca đẻ thường không có biến chứng.

Bệnh viện trung ương, bệnh viện hạng I, là tuyến cao nhất, có khả năng cung cấp các kỹ thuật cao nhất trong lĩnh vực sản-phụ khoa và nhi khoa. Các bệnh viện này gồm các bệnh viện hạng I của BHYT, một số bệnh viện được các tỉnh và các ngành quản lý, được xếp hạng I và được BHYT giao nhiệm vụ là bệnh viện tuyến cao nhất. Các bệnh viện này cung cấp các dịch vụ kỹ thuật phức tạp nhất như thụ tinh trong ống nghiệm, các phẫu thuật sản phụ khoa phức tạp,

chẩn đoán và điều trị ung thư. Các bệnh viện này thường rất đông, bao gồm sản phụ, khách hàng có các bệnh lý không quá phức tạp, hoặc đẻ thường không có tai biến nhưng họ cảm thấy yên tâm hơn về chất lượng khi đến khám chữa bệnh ở các bệnh viện tuyến trung ương và mặc dù họ có thể nhận được các dịch vụ có chất lượng như ở các cơ sở y tế tuyến dưới.

Bệnh viện tư nhân

Một số bệnh viện tư nhân cũng cung cấp nhiều dịch vụ hộ sinh bao gồm KHHGD, sàng lọc BLTQĐTD, phá thai, chăm sóc trong khi mang thai, đỡ đẻ và chăm sóc sau đẻ. Năng lực kỹ thuật của các bệnh viện khá khác nhau, một số bệnh viện có dịch vụ đẻ thường, mổ đẻ, chuyển tuyến các trường hợp có biến chứng; một số bệnh viện cung cấp dịch vụ điều trị vô sinh và các dịch vụ hi-tech khác. Thông tư 43/2014/TT-BYT cho phép BHYT và Sở Y tế đánh giá năng lực kỹ thuật và phạm vi các dịch vụ của từng bệnh viện để xác định các bệnh viện này tương đương với cơ sở y tế này trong hệ thống y tế công. Chỉ có 3.9% số phụ nữ đẻ trong các cơ sở y tế tư nhân vào thời điểm năm 2014 [6].

3.2.8. Sự sẵn có của trang thiết bị và thuốc thiết yếu cho dịch vụ hộ sinh

Bên cạnh nguồn nhân lực, việc cung cấp dịch vụ hộ sinh đòi hỏi phải có cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc thiết yếu, vật tư tiêu hao phù hợp và đầy đủ. Phần này trình bày tóm tắt sự sẵn có của các nguồn lực trên tập trung vào tuyến xã, phòng khám đa khoa khu vực và tuyến huyện là nơi nhận chuyển tuyến.

Đối với thuốc, khi xét về mức độ thuốc thiết yếu, danh mục thuốc trong Quyết định 45/2013/TT-BYT và danh mục được bảo hiểm y tế chi trả trong Quyết định 40/2014/TT-BYT khá đầy đủ cho dịch vụ hộ sinh ở tuyến xã và tuyến huyện trở lên. Tuy nhiên, vấn đề nằm ở chỗ là danh mục thuốc thực tế có ở các cơ sở y tế như thế nào. Bảng 14 cho thấy rằng các TYTX, các phòng

27 Thông tư số 43/2013/TT-BYT ngày 11/12/2013 của Bộ Y tế quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

khám đa khoa khu vực không có đủ thuốc thiết yếu cho chăm sóc trong khi có thai, trong khi đẻ và sau đẻ; chỉ có một tỉ lệ rất nhỏ TYTX có khả năng thực hiện cấp cứu các trường hợp tiền sản giật hoặc sản giật do có đủ MgSO₄. Các phương

tiện tránh thai uống, tiêm và bao cao su có ở nhiều TYTX, nhưng ít hơn ở phòng khám đa khoa khu vực, dụng cụ tử cung có ở cả hai nơi nhưng viên uống tránh thai khẩn cấp không có sẵn ở cả hai nơi.

Bảng 14: Sự sẵn có của thuốc thiết yếu, phương tiện tránh thai và dụng cụ y tế ở TYTX và phòng khám đa khoa khu vực, 2010

Danh sách	TYTX (%)	Phòng khám đa khoa khu vực (%)
Oxytocin	86.4	87.1
Iron và folic acid	82.8	63.5
Vitamin K1	66.1	78.2
MgSO ₄	16.9	20.8
Thuốc tránh thai uống kết hợp	82.8	45.5
Thuốc tránh thai chỉ có Progestin	68.1	34.7
DMPA thuốc tránh thai tiêm	76.7	47.3
Thuốc tránh thai khẩn cấp	18.3	7.6
Vòng tránh thai	83.3	73.7
Bao cao su	83.4	49.0
Bộ đặt tháo vòng	48.9	48.2
Bộ hút thai chân không một van	18.4	28.8
Book khám thai đầy đủ	0.5	3.1
Bộ đỡ đẻ đầy đủ	52.7	47.5
Bộ cắt khâu tầng sinh môn đầy đủ	30.2	29.2
Bộ hồi sức sơ sinh đầy đủ	17.5	23.1

Nguồn: Điều tra hệ thống sức khỏe bà mẹ trẻ em 2010 [20]

Sự sẵn có của trang thiết bị y tế được đánh giá dựa vào tỷ lệ phần trăm các cơ sở có ít nhất một bộ dụng cụ đầy đủ. Kết quả cho thấy TYTX và phòng khám đa khoa khu vực thiếu các dụng cụ y tế liên quan đến dịch vụ hộ sinh, đặt tháo dụng cụ tử cung, dụng cụ phá thai, dụng cụ chăm sóc trong khi có thai, trong khi đẻ và dụng cụ hồi sức sơ sinh. Điều đáng lo ngại là các TYTX không có đầy đủ dụng cụ y tế để chăm sóc trong thời kỳ có thai.

Ở bệnh viện huyện, nơi nhận chuyển tuyến từ dưới lên, điều quan trọng là có đủ trang thiết bị, dụng cụ y tế cho cấp cứu sản khoa và hồi sức sơ sinh. Cuộc điều tra năm 2010 của Vụ SKBMTE cho thấy máy thở CPAP để chăm sóc sơ sinh chỉ có ở gần 17% các bệnh viện huyện [20]. Kể từ năm 2010, nhiều đầu tư cho bổ sung trang thiết bị chăm sóc sơ sinh ở bệnh viện huyện đã được tiến hành, tuy vậy thông tin cập nhật về tình hình trang thiết bị không có sẵn. Máy thở CPAP ở bệnh viện huyện đã tăng từ gần 17% đến 32.8%; việc điều trị vàng da sơ sinh đã tăng từ 36.0% đến 57.6% từ năm 2010 đến 2013. Số bệnh viện có đơn vị hồi sức cấp cứu sơ sinh đã tăng lên từ 47.6% đến 61.6% trong cùng thời gian [5,20]. Tuy vậy, những con số này có thể gây hiểu nhầm vì trong thực tế chỉ có 12.7% số đơn vị cấp cứu sơ sinh này có số lượng bệnh nhân trên 10 cháu sơ sinh non tháng, nhẹ cân, hoặc dị tật được chăm sóc và điều trị trong một năm. Điều này cho thấy việc duy trì kiến thức, kỹ năng để điều trị các trường hợp này rất khó khăn [5]. Dịch vụ cấp cứu sản khoa quan trọng nhất ở tuyến huyện là khả năng mổ đẻ. Năm 2010, 71.6% bệnh viện huyện có trang thiết bị để phẫu thuật mổ đẻ, tuy nhiên thực tế chỉ có 68,2% cơ sở thực hiện mổ đẻ [20]. Năm 2013, các bệnh viện giải thích lý do không có khả năng cung cấp dịch vụ mổ đẻ là do thiếu phòng mổ, hoặc trang thiết bị, hoặc đã có các cơ sở y tế khác đã cung cấp dịch vụ mổ đẻ, hoặc thiếu nhân viên y tế được đào tạo [5].

3.3. Khả năng tiếp cận

Khả năng tiếp cận là lĩnh vực tiếp theo trong việc đánh giá độ bao phủ hiệu quả của các dịch vụ hộ sinh. Các dịch vụ thiết yếu có thể được cung cấp rộng rãi, nhưng phụ nữ không thể sử dụng các dịch vụ này do các yếu tố địa lý, tài chính, văn hóa, sự kỳ thị hoặc các yếu tố khác. Như vậy có thể hiểu là luôn có nhu cầu cho các dịch vụ này và những người không sử dụng (tiếp cận) các dịch vụ này có nhu cầu chưa được đáp ứng. Khi đã xác định được các nhu cầu chưa được đáp ứng, bước tiếp theo là phân tích những rào cản cho việc tiếp cận các nhu cầu này để tìm hiểu lý do tại sao các nhu cầu vẫn chưa được đáp ứng. Phần cuối cùng trong chương này nhằm mục đích nâng cao nhận thức của một xu hướng gần đây – đó là lạm dụng các dịch vụ không cần thiết. Lạm dụng quá nhiều dịch vụ đang ngày càng phổ biến, ngay cả ở khu vực nông thôn, và đây là kết quả của sự mở rộng quá nhanh các dịch vụ và do khả năng tiếp cận tài chính và nhu cầu của xã hội tăng lên, cùng với việc thiếu kiểm soát để đảm bảo các dịch vụ được cung cấp phù hợp. Các bàn luận chi tiết về sự tiếp cận đến dịch vụ, nhu cầu chưa được đáp ứng và các rào cản trong tiếp cận đến dịch vụ của vị thành niên, thanh niên, người chưa kết hôn và người dân tộc sẽ được đề cập đến trong phần 3.4 liên quan đến khả năng chấp nhận.

3.3.1. Thành tựu chính về khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc hộ sinh

Những thành tựu chủ yếu về khả năng tiếp cận các dịch vụ hộ sinh bao gồm sự cải thiện về khả năng thu hút của các dịch vụ chăm sóc trước sinh và các dịch vụ hỗ trợ sinh đẻ cũng như những nỗ lực nhằm nâng cao khả năng tiếp cận tài chính cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản (Bảng 15).

Bảng 15: Các thành tựu quan trọng từ 2010 ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận các dịch vụ thai sản

Rà soát các quy định	Bằng chứng	Nguồn số liệu
Sử dụng ngày càng tăng các dịch vụ chăm sóc trước sinh và các phần của dịch vụ này	Phụ nữ người Kinh có tiếp cận phổ cập các dịch vụ khám thai; mức độ sử dụng ngày càng tăng trong phụ nữ dân tộc thiểu số.	Khảo sát MICS 2011 và 2014
Cải thiện việc sử dụng cán bộ đã được đào tạo khi sinh đẻ	Việc sử dụng dịch vụ đỡ đẻ của cán bộ y tế đã được đào tạo ở phụ nữ người Kinh gần như phổ cập; của phụ nữ dân tộc thiểu số sử dụng ngày càng tăng dịch vụ đỡ đẻ do cán bộ y tế đã được đào tạo hỗ trợ và dịch vụ mổ đẻ	Khảo sát MICS 2011 và 2014
Hành động nhằm nâng cao khả năng tiếp cận về tài chính cho các can thiệp thai sản thiết yếu	Liên tục mở rộng bảo hiểm y tế trong nhóm các phụ nữ tuổi sinh đẻ và trẻ sơ sinh. Các dịch vụ liên quan đến HIV được lồng ghép vào bảo hiểm y tế	Điều tra mức sống hộ gia đình (VHLSS) năm 2010 và 2012 Rà soát các quy định

Ghi chú: Số liệu VHLSS 2014 chưa được TCTK công bố tại thời điểm nghiên cứu này được tiến hành

3.3.2. Tiếp cận và sử dụng thực tế các dịch vụ hộ sinh

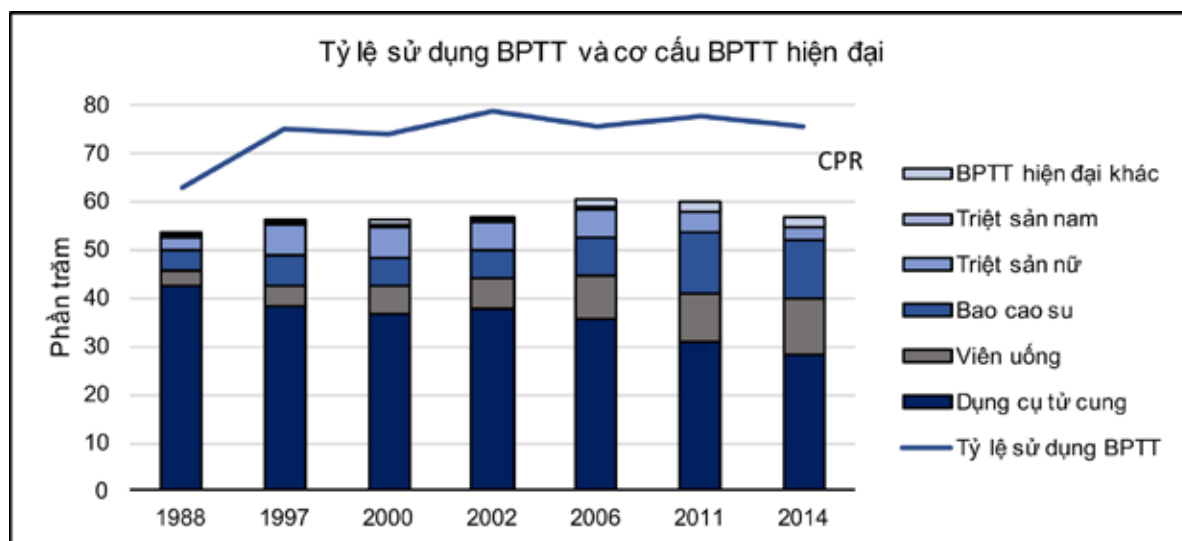
Dựa theo đánh giá các nguồn dữ liệu hiện có, tỷ lệ phụ nữ Việt Nam tiếp cận các dịch vụ hộ sinh khá cao. Phần này sẽ xem xét việc sử dụng thực tế các dịch vụ được lựa chọn trong các nhóm dịch vụ trước khi mang thai, trong khi mang thai, trong khi sinh và sau khi đẻ. Các bộ chỉ số tương ứng được sử dụng để minh họa cho tình hình thực tế bao gồm việc sử dụng các biện pháp tránh thai và việc sinh con sớm, các khía cạnh của dịch vụ khám thai, hỗ trợ sinh sản và việc cho trẻ bú mẹ. Các số liệu không chỉ minh họa các xu hướng theo thời gian mà đồng thời nó cũng cho thấy sự bất bình đẳng giữa các dân tộc. Việc tập trung vào phân tích sự bất bình đẳng ở các dân tộc là do người dân tộc thiểu số thường sống ở vùng sâu vùng xa và vùng khó khăn, ít có cơ hội để theo đuổi việc học tập hơn, nên việc phân tách nhóm dân tộc thiểu số sẽ giúp phản ánh sự bất bình đẳng đa chiều. Phụ nữ dân tộc thiểu số

bị thiệt thòi nhiều thứ, do tách biệt về địa lý, tiếp cận với giáo dục ít hơn và nghèo. Nhiều người cưới tảo hôn và sinh đẻ sớm. Các chính sách công đặc biệt hướng tới các phụ nữ dân tộc thiểu số, chẳng hạn như việc triển khai mô hình cô đỡ thôn bản ở khu vực có tỷ lệ dân tộc thiểu số sinh sống lớn ở vùng sâu vùng xa cao.

Dịch vụ chăm sóc trước khi mang thai

Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai ở Việt Nam tương đối cao, các biện pháp tránh thai kết hợp khác đã trở nên đa dạng hơn theo thời gian (Hình 39). Nhu cầu chưa được đáp ứng kế hoạch hóa gia đình được định nghĩa là tỷ lệ phụ nữ trong độ tuổi từ 15-49 hiện đang kết hôn hoặc trong nhóm đã sinh nhiều con và chưa muốn sinh thêm con hoặc muốn hạn chế số con cũng như những người hiện không sử dụng biện pháp tránh thai. Ước tính tỷ lệ này là 4,3% năm 2011 [7] và tăng lên 6,1% năm 2014 [6].

Hình 39: Tỷ lệ tránh thai trong người kết hôn và cơ cấu biện pháp tránh thai hiện đại, 1988~2014

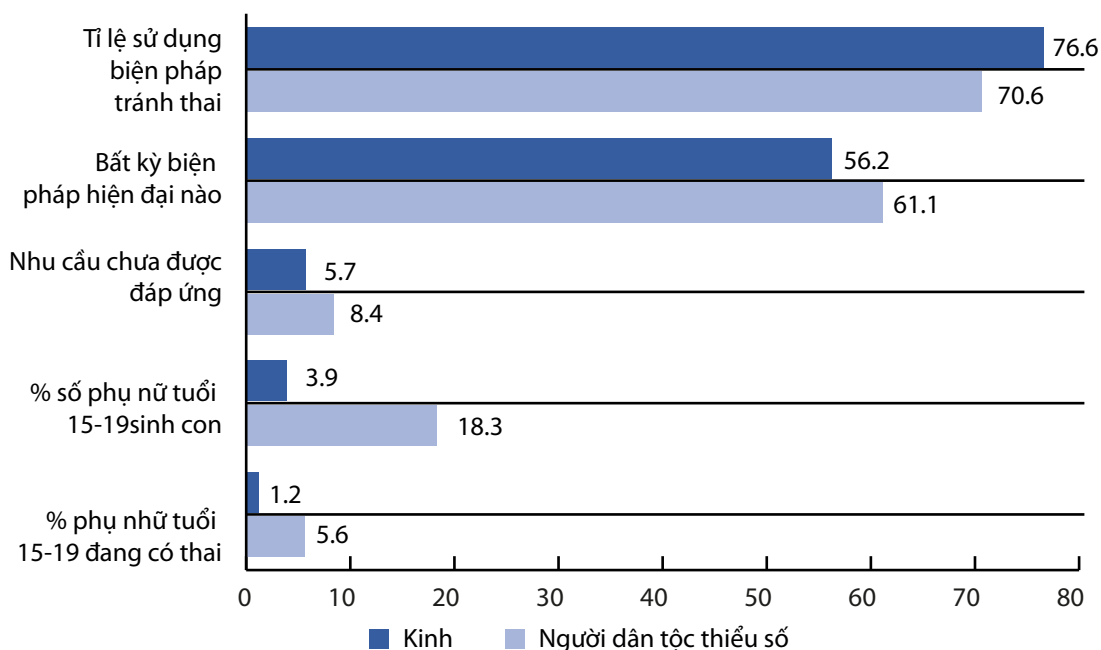


Nguồn: 1988 DHS, 1997 DHS, 2000 MICS, 2002 DHS, 2006 MICS, 2011 MICS, 2014 MICS.

Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai chung ở phụ nữ đã lập gia đình cao hơn ở phụ nữ người Kinh so với nhóm dân tộc thiểu số, nhưng phụ nữ dân tộc thiểu số có tỷ lệ sử dụng các hình thức tránh thai hiện đại cao hơn. Tuy nhiên, so với phụ nữ

dân tộc Kinh, phụ nữ dân tộc thiểu số sinh đẻ sớm hơn và nhu cầu chưa được đáp ứng về kế hoạch hóa gia đình ở phụ nữ dân tộc thiểu số cũng cao hơn (Hình 40).

Hình 40: Khác biệt về dân tộc trong sử dụng các biện pháp tránh thai và mang thai ở vị thành niên, 2014



Nguồn: MICS 2014.

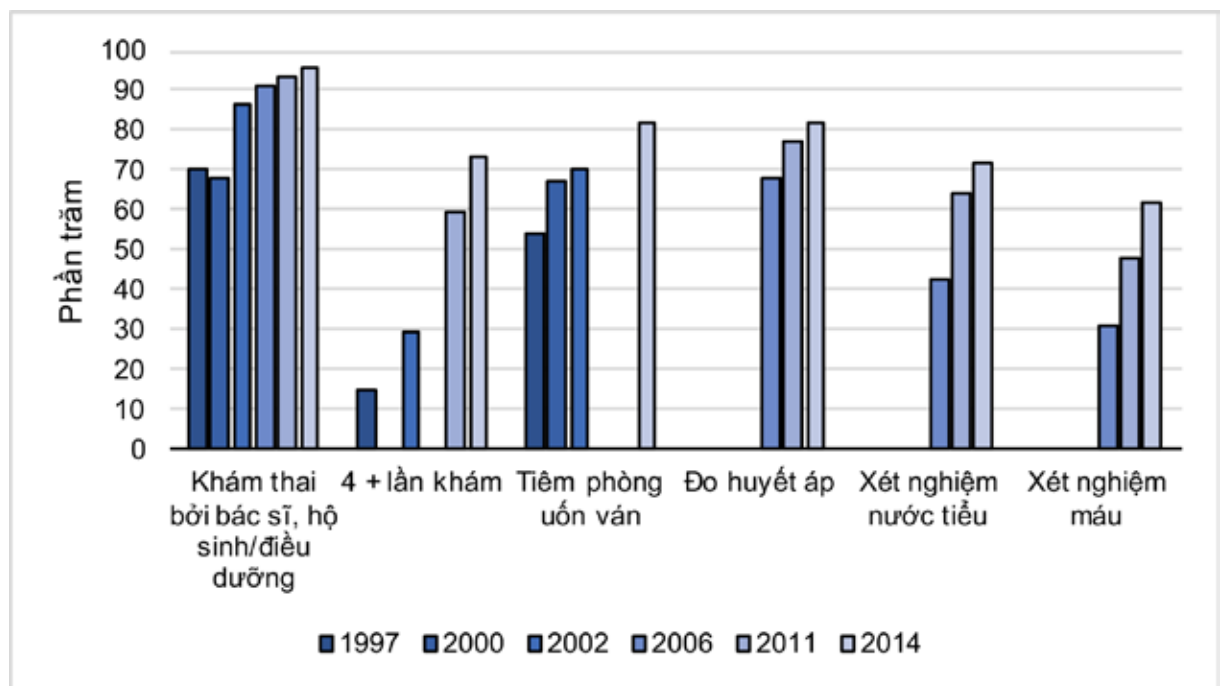
Ở TN/VTN trong độ tuổi 15-24, tỉ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại là 50,5% và nhu cầu chưa được đáp ứng là 30% [194]. Trong khi nhóm này không phải là nhóm đối tượng của cộng tác viên dân số hoặc TYTX trong công tác KHHGD, thì việc mở rộng các dịch vụ thân thiện với TN/VTN đang giúp nhóm này tăng việc tiếp cận của tới các dịch vụ tránh thai. Có vẻ như nhiều người trẻ chưa lập gia đình mua các phương tiện tránh thai (bao cao su và viên uống tránh thai) tại các nhà thuốc.

Các dịch vụ trong khi có thai

Việt Nam đã rất thành công trong việc nâng cao việc sử dụng dịch vụ chăm sóc trước sinh nói chung và trong việc đưa các hạng mục trong vào gói dịch vụ khám thai. Tỷ lệ phụ nữ khám thai 4

lần hoặc nhiều hơn, tỷ lệ tiêm phòng uốn ván sơ sinh, và tỷ lệ được xét nghiệm huyết áp, nước tiểu và máu như một phần của gói dịch vụ chăm sóc trước sinh ngày càng tăng (Hình 41). Thêm vào đó, năm 2014, 88,5% phụ nữ có thai đã báo cáo việc sử dụng folic acid trong thai kỳ [6]. Tuy nhiên, theo điều tra MICS 2014, chỉ có 30% phụ nữ tuổi 15-49 có con trong vòng hai năm trước khi điều tra và nhận được dịch vụ chăm sóc trước sinh cho biết họ được thử test HIV và nhận được kết quả [6]. Theo số liệu của Vụ SKBMTE, 31% phụ nữ đẻ được thử test HIV trước khi có thai hoặc trong khi có thai và 54% được thử test HIV trong khi chuyển dạ đẻ [23]. Điều này cho thấy rằng, việc sàng lọc phát hiện được thực hiện quá muộn mà đáng ra cần được làm trong khi có thai để tối đa hóa hiệu quả của việc dự phòng lây truyền mẹ con.

Hình 41: Xu hướng sử dụng dịch vụ chăm sóc trước khi đẻ, 1997~2014

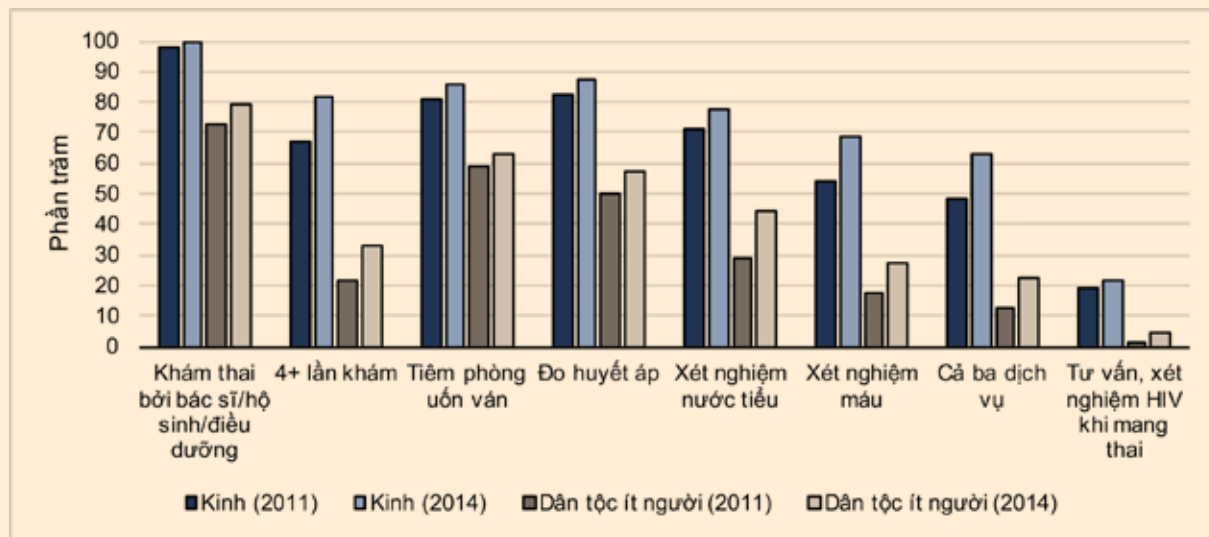


Nguồn: 1997 DHS, 2000 MICS, 2002 DHS, 2006 MICS, 2011 MICS, 2014 MICS.

Đã có sự cải thiện việc tiếp cận tới dịch vụ khám thai và các nội dung chăm sóc khác nhau của dịch vụ chăm sóc ở cả nhóm phụ nữ người Kinh và phụ nữ dân tộc thiểu số. Tuy nhiên, việc sử dụng dịch vụ trong chăm sóc trước sinh vẫn còn

thấp làm giảm khả năng và tác dụng của dịch vụ hộ sinh trong việc phát hiện các nguy cơ trong thai kỳ và giúp lựa chọn hình thức sinh đẻ an toàn (Hình 42).

Hình 42: Khác biệt về dân tộc trong sử dụng dịch vụ chăm sóc trước sinh, 2014

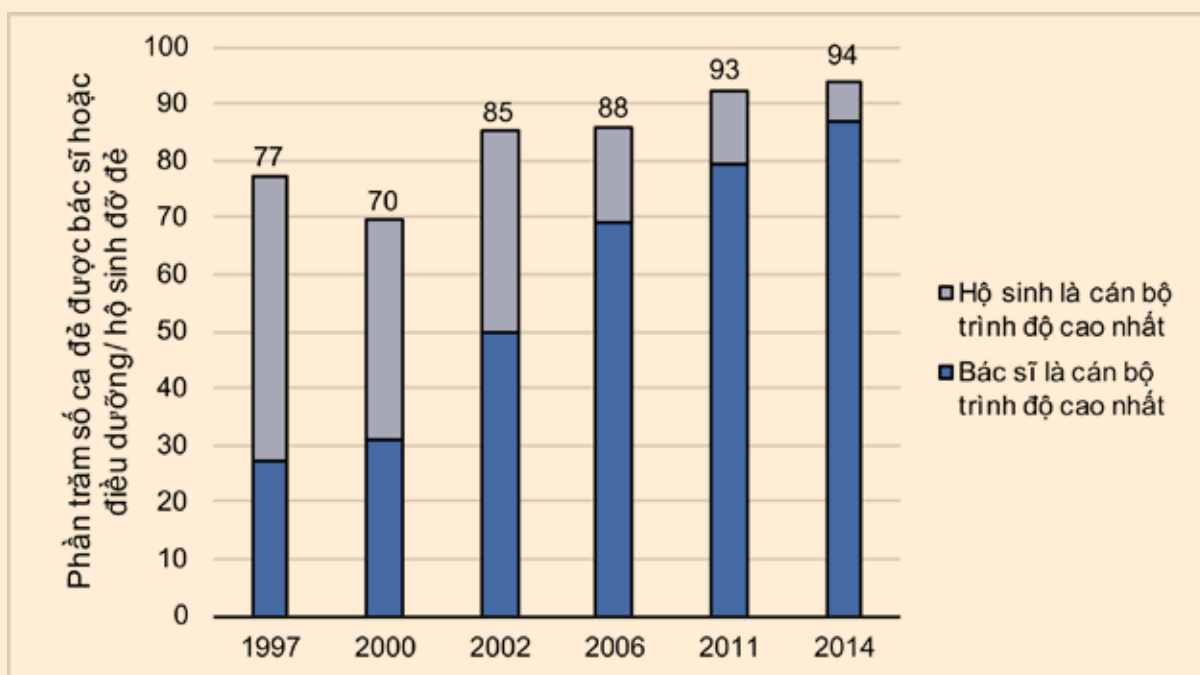


Nguồn: MICS 2011 and MICS 2014.

Dịch vụ chăm sóc trong khi sinh

Tỷ lệ ca sinh được hỗ trợ bởi một cán bộ y tế đã được đào tạo đã tăng đều theo thời gian, tuy nhiên xu hướng này cũng cho thấy việc y khoa hoá đáng kể các dịch vụ sinh đẻ. Năm 1997 hộ sinh hoặc điều dưỡng là những người hỗ trợ chủ yếu cho hầu hết ca sinh, thì nay bác sĩ lại hỗ trợ phần lớn các ca đẻ (Hình 43).

Hình 43: Các xu hướng của dịch vụ sinh đẻ, 1997~2014

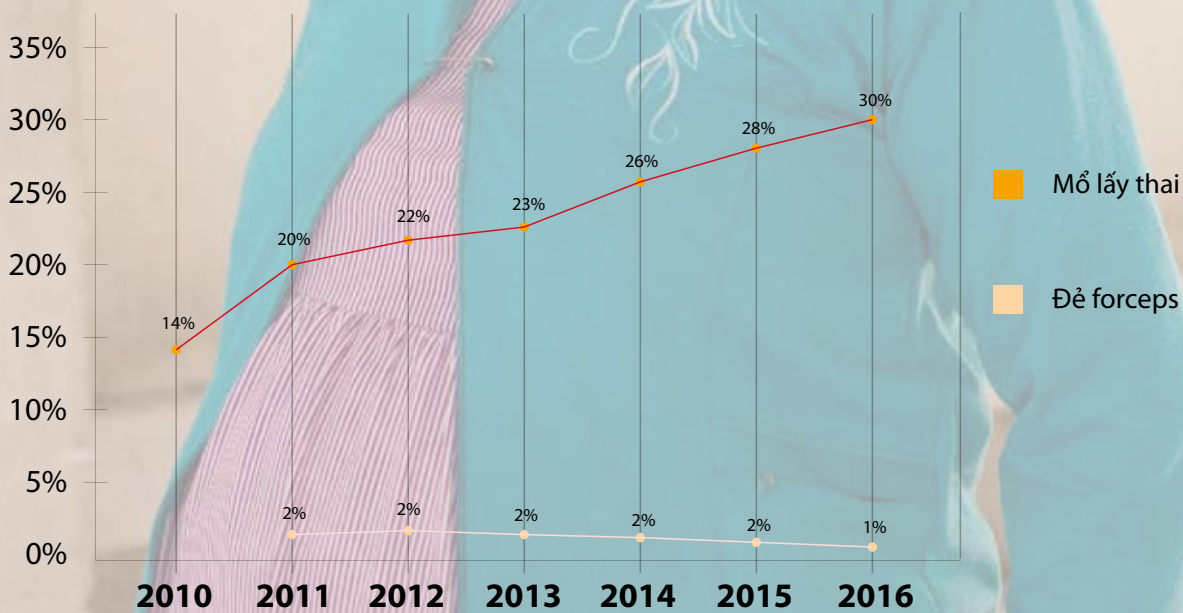


Nguồn: 1997 DHS, 2000 MICS, 2002 DHS, 2006 MICS, 2011 MICS, 2014 MICS.

Cùng với tình trạng các ca sinh đẻ do bác sĩ hỗ trợ ngày càng tăng, tỷ lệ can thiệp sản khoa cũng gia tăng nhanh chóng. Hình 44 cho thấy tỷ lệ đẻ mổ đã tăng từ 14% đến 30% trong khoảng thời gian chỉ có 6 năm tại các cơ sở y tế công (theo báo cáo của Vụ SKBMTE); Kết quả nghiên cứu thực địa cho thấy một số bệnh viện có tỷ lệ sinh mổ là 50-60%. Điều tra MICS cho thấy tỉ lệ mổ

đẻ năm 2013-2014 là 27.5%, năm 2011 là 20%, và kết quả này cũng tương tự với số liệu báo cáo của Vụ SKBMTE [6,7]. Mổ đẻ cao hơn ở bệnh viện tư nhân (45%) khi so sánh với bệnh viện công (32,6%) [6], mặc dù chỉ có 3,9% số ca đẻ ở các bệnh viện tư nhân.

Hình 44: Xu hướng tỷ lệ sinh bằng forcep và đẻ mổ, 2009-2015



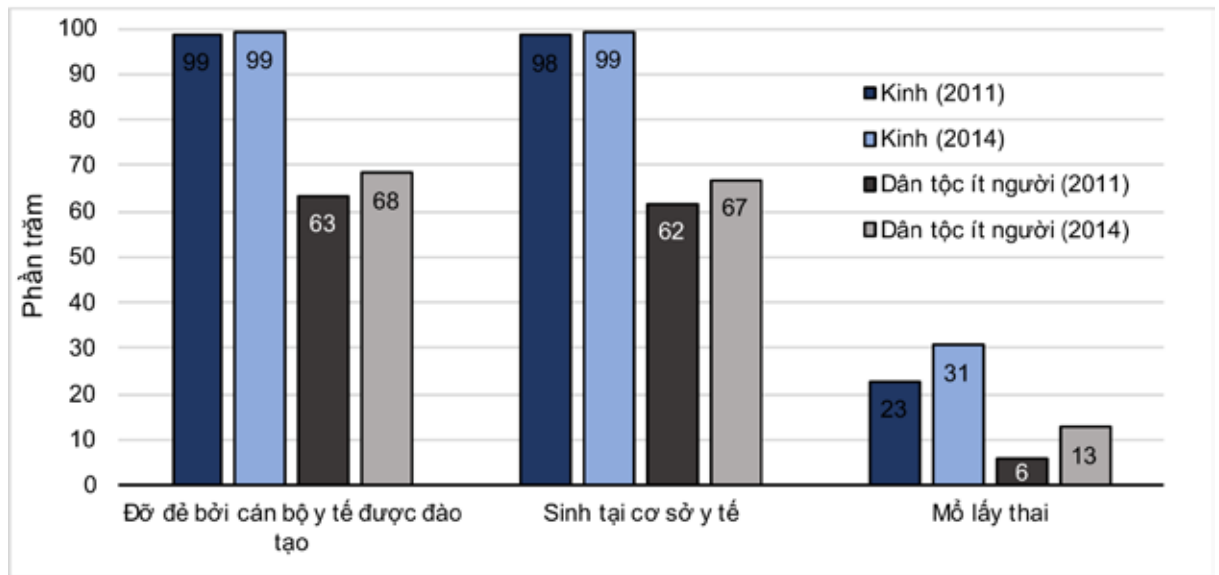
Lưu ý: không có thông tin về đẻ bằng hút chân không

Nguồn: Thống kê của Vụ SKBMT. Biểu số 1/BMTE-V Báo cáo hoạt động chăm sóc sức khỏe bà mẹ trong nhiều năm.

Hầu hết phụ nữ người Kinh đã được tiếp cận với dịch vụ đỡ đẻ có kỹ năng khi sinh con, trong khi đó chỉ có hai phần ba số phụ nữ dân tộc thiểu số tiếp cận được dịch vụ này (Hình 45). Đã có những cải thiện ở nhóm phụ nữ dân tộc trong tiếp cận các dịch vụ này khi tỉ lệ tăng từ 63% năm 2011 lên đến 68% năm 2014. Đối với đẻ mổ, phụ nữ

dân tộc thiểu số đã có sự cải thiện trong tiếp cận khi tỉ lệ mổ đẻ tăng từ tỉ lệ rất thấp (6%) năm 2011 đến một mức tối ưu hơn là 13% trong năm 2014. Mặt khác, tỷ lệ mổ đẻ ở phụ nữ người Kinh vốn đã cao lại càng cao hơn và chiếm tới 30% số ca sinh.

Hình 45: Sự khác biệt về tỷ lệ đẻ có sự hỗ trợ của nhân viên y tế đã được đào tạo và tỷ lệ sinh mổ, 2014



Nguồn: MICS 2011, MICS 2014

Chăm sóc sau đẻ cho mẹ và trẻ sơ sinh

Trong quá trình xây dựng báo cáo này, các đối tác bày tỏ sự băn khoăn về việc các bà mẹ và trẻ sơ sinh không nhận được đầy đủ chăm sóc sau đẻ cho mẹ và con. Điều tra MICS 2014 cho thấy 27,4% số bà mẹ sau đẻ chỉ ở lại cơ sở y tế 1-2 ngày sau đẻ và 70,6% ở trong cơ sở y tế từ 3 ngày trở lên. Thời gian sau đẻ vô cùng quan trọng để hộ sinh có thể thực hiện các chăm sóc sau đẻ cho cả mẹ và trẻ sơ sinh và để có thể ngăn ngừa các ca chết mẹ xảy ra trong vòng 24g đầu tiên sau đẻ thông qua việc theo dõi mẹ, phát hiện chảy máu hoặc nhiễm trùng và sản giật. Báo cáo kỹ thuật thẩm định tử vong mẹ năm 2012 cho thấy 59% các ca chết mẹ xảy ra trong vòng 24h sau đẻ, 29,5% trong vòng 42 ngày sau đẻ [119]. Bên cạnh đó, giai đoạn này vô cùng quan trọng để chăm sóc trẻ sơ sinh non, phát hiện nhiễm trùng sơ sinh, và đảm bảo người mẹ cho con bú sớm.

Bên cạnh việc chăm sóc sau sinh tại cơ sở y tế, việc tiếp tục chăm sóc sức khỏe của mẹ và trẻ sơ sinh sau khi trở về nhà cũng rất quan trọng, đặc biệt đối với các tình trạng bệnh lý như vàng da sơ sinh, nhiễm trùng sơ sinh vì triệu chứng có thể chưa xuất hiện khi còn ở cơ sở y tế. Báo cáo MICS

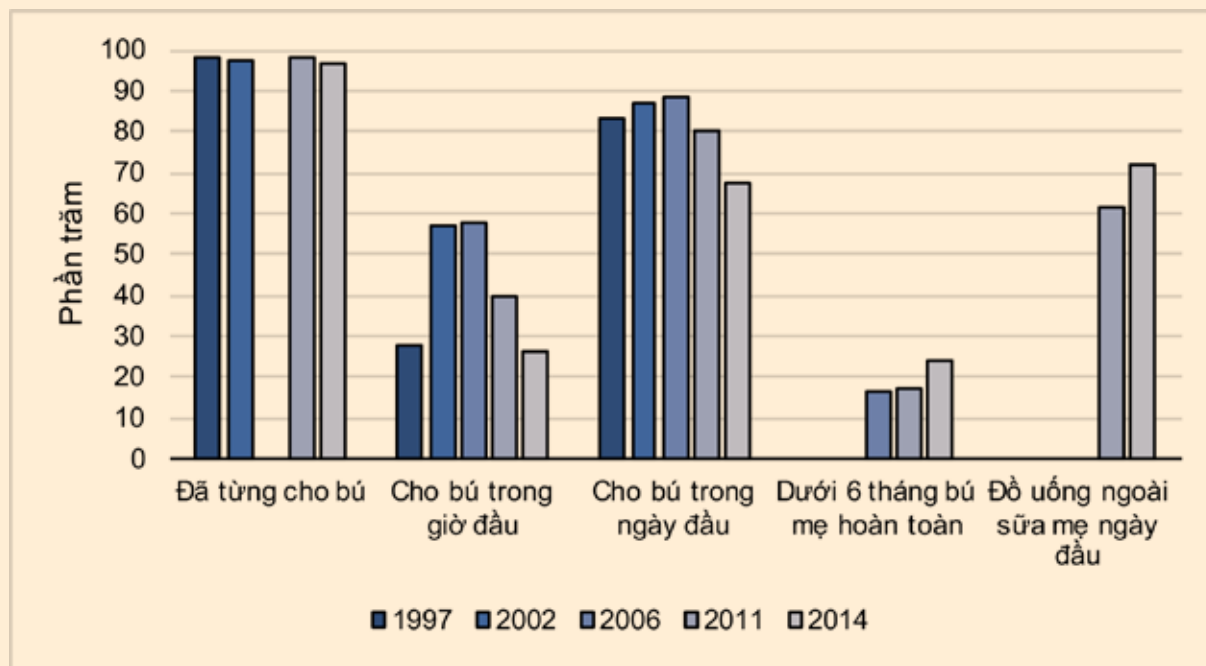
2014 cho thấy 88,9% trẻ sơ sinh đã được thăm khám trước khi rời cơ sở y tế hoặc trước khi người đỡ đẻ đi khỏi nhà sản phụ trong trường hợp đẻ tại nhà. Nhưng phần lớn trẻ sơ sinh (74,7%) không được theo dõi thêm lần nào nữa. Một điều quan trọng nữa là trong số trẻ sơ sinh đẻ tại nhà, chỉ có 14,8% đã được người đỡ đẻ hỗ trợ cuộc đẻ khám sức khỏe trước khi họ rời nhà và chỉ có 0,5% được khám lần tiếp theo. Chỉ có 63% trẻ sơ sinh người dân tộc được khám sau sinh, trong khi tỉ lệ này ở trẻ sơ sinh người Kinh là 94,5%. Chăm sóc sau đẻ cho bà mẹ cũng tương tự, khi 89,7% phụ nữ được khám tại cơ sở y tế, nhưng 79,6% không được thăm khám thêm bất kỳ một lần nào sau đó. Chỉ có 17% các bà mẹ đẻ tại nhà được khám sau đẻ trước khi người đỡ đẻ rời khỏi nhà; và 98% không được thăm khám thêm bất kỳ một lần nào nữa [6].

Cho trẻ bú sữa mẹ đúng cách là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến sự sống còn và sức khỏe suốt đời của trẻ, và là một lĩnh vực mà các hộ sinh có thể có ảnh hưởng lớn đến hành vi của bà mẹ thông qua việc tư vấn trong chăm sóc trước sinh và hỗ trợ ngay sau khi sinh. Trong khi tỷ lệ trẻ sơ

sinh Việt Nam được bú sữa mẹ khá cao, các xu hướng gần đây cho thấy việc giảm cho trẻ bú sữa mẹ trong vòng một giờ đầu tiên và trong ngày đầu tiên, và tỷ lệ cho trẻ bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu rất thấp (như Tổ chức Y tế thế giới khuyến cáo), và có sự gia tăng ngày càng cao

việc cho ăn thực phẩm khác ngoài sữa mẹ cho trẻ sơ sinh trước khi bắt đầu cho bú (gọi là cho ăn trước khi có sữa như trong hình 46). Có một tiến bộ là đã có một sự gia tăng nhỏ trong tỷ lệ cho trẻ bú sữa mẹ hoàn toàn sáu tháng đầu mặc dù tỷ lệ này còn rất thấp.

Hình 46: Xu hướng nuôi con bằng sữa mẹ, 1997~2014

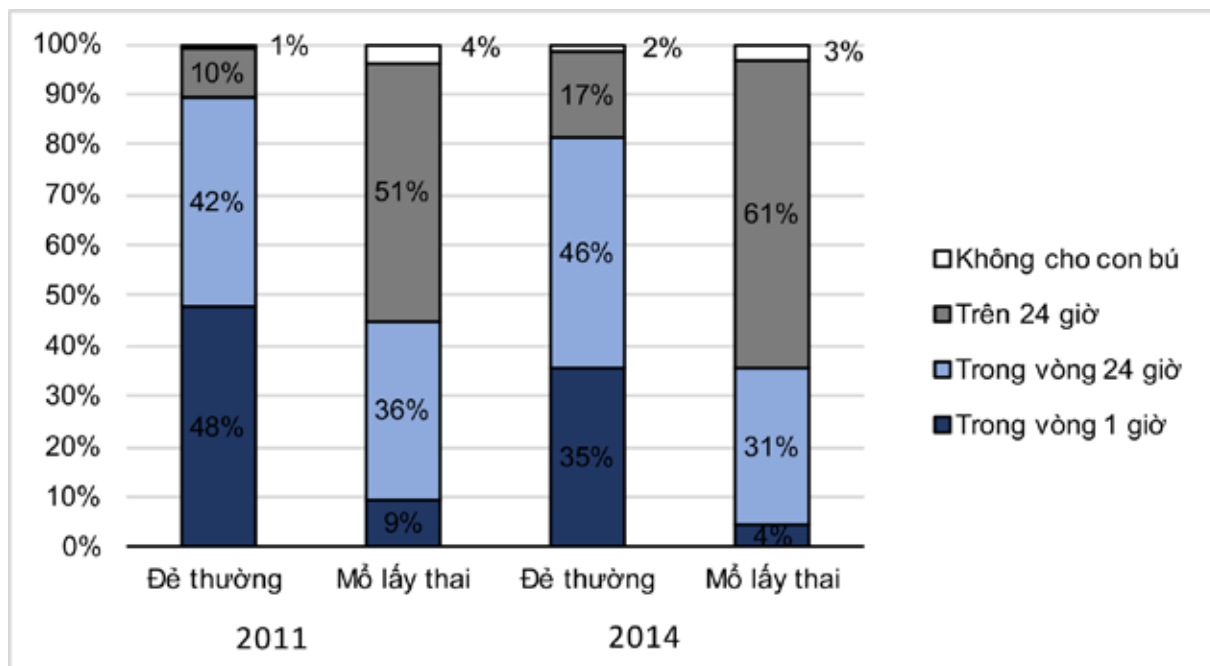


Nguồn: 1997 DHS, 2002 DHS, 2006 MICS, 2011 MICS, 2014 MICS.

Việc cho trẻ bú sữa mẹ dưới chuẩn tối ưu đã được ghi nhận ở Việt Nam [120-129] và ưu tiên của ngành y tế là can thiệp để cải thiện chỉ số này. Một chương trình vận động nuôi con bằng sữa mẹ gọi là Alive & Thrive đã được triển khai tại Việt Nam từ năm 2009 để thúc đẩy việc cho trẻ bú mẹ một cách tối ưu. Đến năm 2014, chương trình đã tiếp cận hơn 2,3 triệu bà mẹ có con dưới 2 tuổi, thông qua các phương tiện truyền thông đại chúng, các nhóm hỗ trợ cộng đồng và tư vấn tại cơ sở y tế. Ngành y tế cũng đã cấm quảng cáo các sản phẩm thay thế sữa mẹ bán trên thị trường cho trẻ em dưới 24 tháng tuổi và tăng

thời gian nghỉ sinh từ 4 lên 6 tháng [130]. Mặc dù có nhiều nỗ lực, việc nuôi con bằng sữa mẹ vẫn tiếp tục giảm kể từ năm 2006. Điều này xảy ra cùng thời gian mà tỷ lệ mổ đẻ tăng gấp đôi. Trong số những phụ nữ đẻ mổ, chỉ có 10% bắt đầu cho con bú ngay sau đó vào năm 2011 và giảm xuống 4% vào năm 2014. Đồng thời, hơn 53% số những phụ nữ này không cho trẻ bú mẹ trong 24 giờ đầu tiên sau khi sinh vào năm 2011 và tỷ lệ này sau đó tăng lên 63% vào năm 2014. Đây là bằng chứng mạnh mẽ về mối liên hệ giữa mổ đẻ và việc thất bại của việc cho trẻ bú sớm (Hình 47).

Hình 47: Thời gian cho con bú lần đầu tiên theo hình thức sinh đẻ, 2011~2014

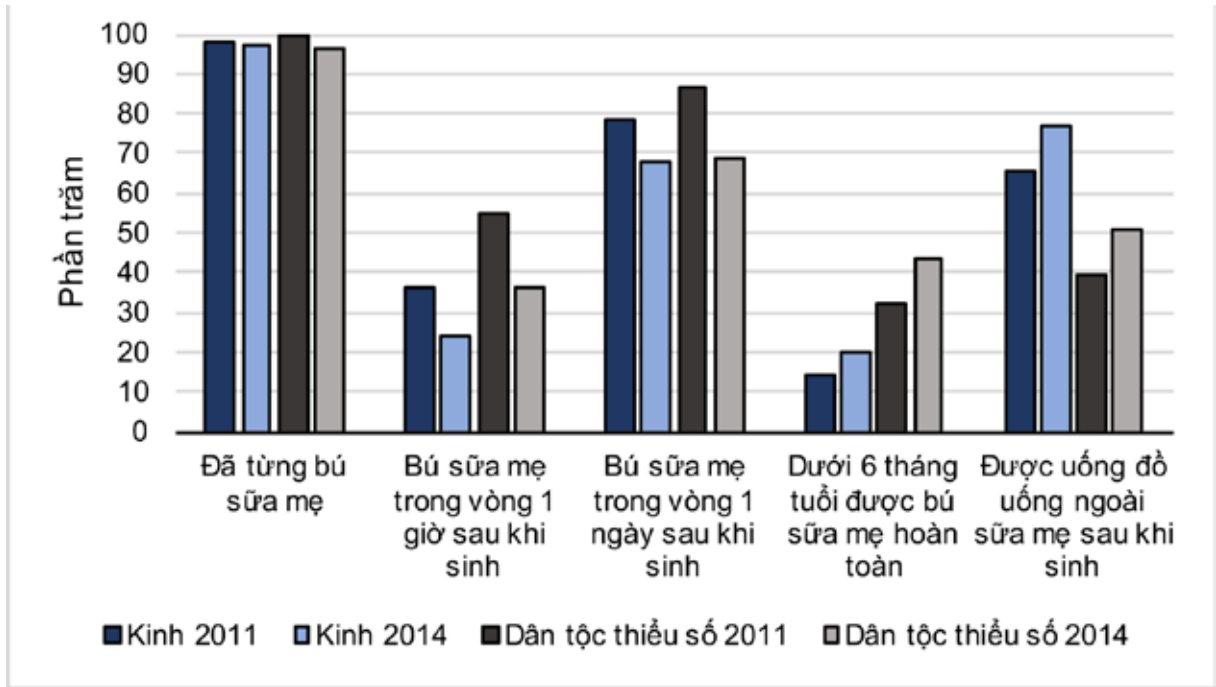


Nguồn: Tác giả tính toán từ số liệu MICS 2011 và MICS 2014.

Trong khi hầu hết các bà mẹ Việt Nam cho con bú sữa mẹ, phụ nữ dân tộc thiểu số thực hành cho con bú tốt hơn phụ nữ người Kinh, như họ bắt đầu cho con bú sớm hơn, tỷ lệ trẻ bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng cao hơn và ít có xu hướng cho con ăn các thức ăn dặm ngoài sữa mẹ (Hình 48). Tuy nhiên, xu hướng chung của cho

thấy sự sụt giảm trong việc bắt đầu cho trẻ bú sớm và tăng thực hành ăn dặm ở cả hai nhóm. Một dấu hiệu tích cực là tỷ lệ cho trẻ bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng ngày càng tăng, mặc dù tỷ lệ chung ở cả 2 nhóm này vẫn thấp hơn 50%, và tỷ lệ này ở phụ nữ người Kinh chỉ đạt 20%.

Hình 48: Khác biệt về dân tộc trong thực hành nuôi con bằng sữa mẹ, 2014



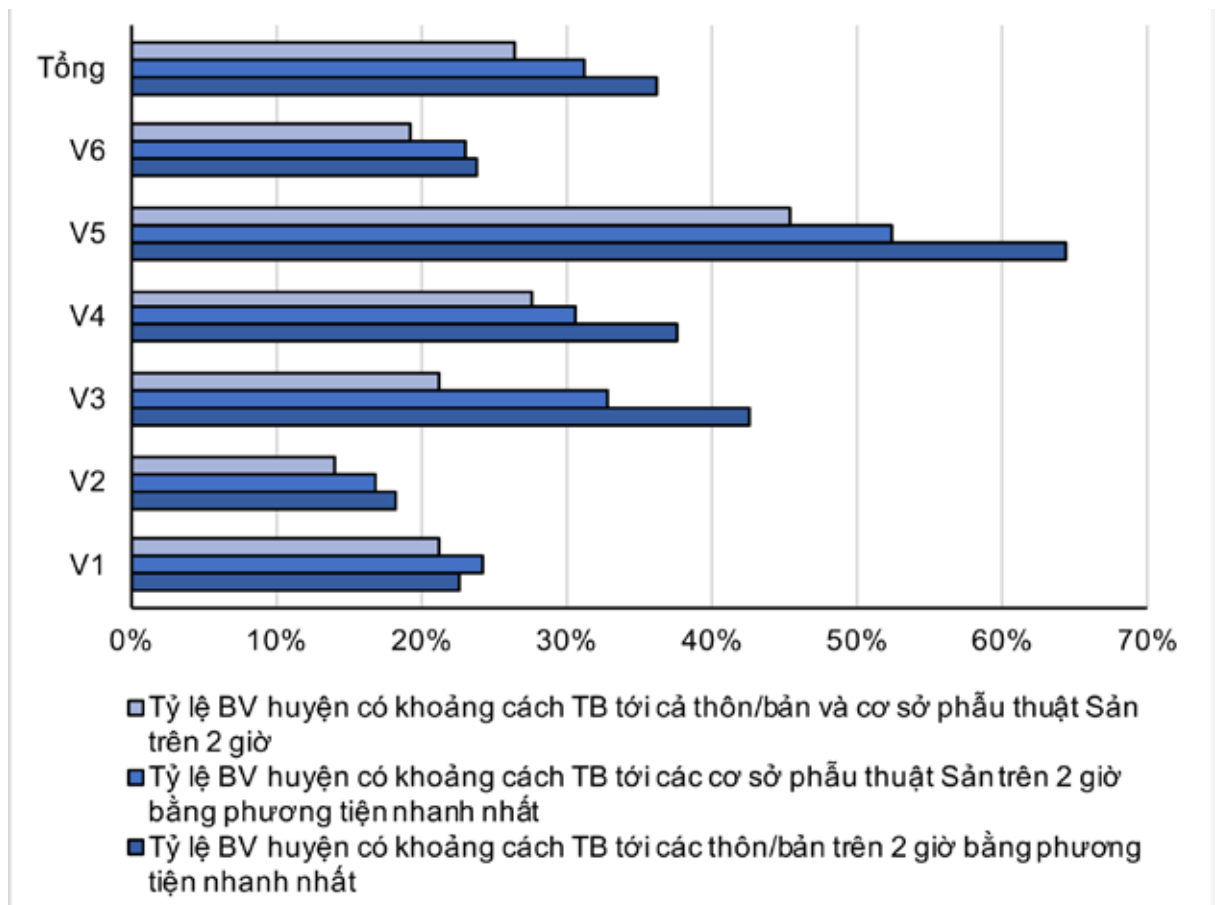
Nguồn: MICS 2014

3.3.3. Các rào cản tiếp cận phi tài chính

Trong khi việc tiếp cận với các dịch vụ cơ bản đã được cải thiện rất nhiều, vẫn còn khá nhiều rào cản về mặt địa lý đối với phụ nữ trong tiếp cận dịch vụ chăm sóc sản khoa cấp cứu ở những vùng khó khăn. Các rào cản này đã được phản ánh khá nhiều trong các phần nói về sự khác biệt trong tiếp cận đến dịch vụ CSSKSS của các nhóm dân tộc ở các phần trình bày trên và sẽ được tiếp tục thảo luận trong Phần 3.4 liên quan đến khả năng chấp nhận dịch vụ dưới đây.

Việc tiếp cận đến dịch vụ cấp cứu sản khoa đóng vai trò quan trọng trong việc giảm tử vong mẹ và sơ sinh, tuy nhiên vẫn có sự khó khăn về địa lý, đặc biệt các bà mẹ đẻ tại nhà (Hình 49). Tại khu vực Miền núi và Trung du phía Bắc, hơn 65% số thôn bản mất hơn 2 giờ mới đến được bệnh viện huyện gần nhất, và trên 50% số thôn bản cần hơn 2 giờ để đi lại giữa thôn bản và cơ sở phẫu thuật sản khoa gần nhất. Nếu có tai biến sản khoa trong khi sinh tại tuyến cơ sở, việc chuyển tuyến kịp thời đến một bệnh viện có khả năng phẫu thuật sản khoa để đảm bảo tính mạng của mẹ và trẻ sơ sinh là vô cùng quan trọng.

Hình 49: Tỷ lệ phần trăm các huyện có rào cản địa lí trong phẫu thuật sản khoa cấp cứu, 2013



Nguồn: khảo sát Vụ SKBMTE 2013 [5]

Rào cản về địa lí không phải là rào cản duy nhất làm trì hoãn hoặc hạn chế việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc. Sự kỳ thị và trình độ học vấn thấp là những rào cản quan trọng, đặc biệt đối với việc sử dụng dịch vụ chăm sóc và điều trị BLTQĐTD và HIV. Một bộ phận đáng kể phụ nữ đã đi khám BLTQĐTD (36%) và thường bỏ qua các triệu chứng hoặc tự chữa bệnh. Thiếu kiến thức hay nhận thức sai lầm cùng với sự kỳ thị đã góp phần khiến phụ nữ không đến được với các dịch vụ chăm sóc này [131,132]. Trình độ học vấn thấp và sống ở khu vực nông thôn và vùng sâu vùng xa cũng liên quan đến sự chậm trễ trong đi khám và điều trị các BLTQĐTD. Những phụ nữ này có ít kiến thức hơn về các đường lây truyền các bệnh BLTQĐTD và vẫn quan hệ tình dục nhiều hơn trong khi đang có triệu chứng bệnh so với những phụ nữ biết tìm kiếm các dịch vụ chăm sóc và điều trị sớm [133]. Hiểu biết sai lầm về BLTQĐTD rất phổ biến và thái độ tiêu cực của nhân viên y

tế về BLTQĐTD có thể là yếu tố cản trở việc tìm kiếm các dịch vụ chăm sóc bệnh BLTQĐTD [36], đặc biệt là ở giới trẻ và phụ nữ chưa lập gia đình. Hộ sinh có kiến thức về BLTQĐTD cao hơn một chút so với các nhóm nhân viên y tế khác, nhưng nhìn chung kiến thức về các bệnh BLTQĐTD trong số nhân viên y tế vẫn còn thấp [35]. Điều cần lưu ý là số phụ nữ sống chung với HIV được báo cáo trong hệ thống thông tin y tế thấp hơn khá nhiều so với tỷ lệ nhiễm HIV trong dân số. Nguyên nhân của điều này thường là do người dân thiếu hiểu biết về các nguy cơ hoặc là do không được tiếp cận đến các dịch vụ thân thiện và không kỳ thị [39].

3.3.4. Các rào cản tài chính cho việc tiếp cận và bảo hiểm y tế

Về nguyên tắc, chính sách bảo hiểm y tế xã hội

của Việt Nam và nhiều chương trình y tế quốc gia được nhà nước trợ cấp cung cấp phần lớn các bảo đảm về tài chính cho phụ nữ trong việc tìm kiếm các dịch vụ SKSS/SKTD/SKBM/TSS/TE. Trước hết, phần này xem xét các mức giá được quy định chính thức cho việc sử dụng các dịch vụ sức khỏe sinh sản cơ bản để hiểu được gánh nặng tài chính tiềm năng của việc sử dụng các dịch vụ này. Thứ hai, phần này sẽ xem xét các quy định bảo hiểm y tế đối với các nội dung được bảo hiểm và không được bảo hiểm. Thứ ba, phần này rà soát các chính sách hiện hành về hỗ trợ của nhà nước cho các chương trình y tế khác nhau. Phần cuối cùng của phần này rà soát các nghiên cứu định tính về ảnh hưởng của rào cản tài chính đến việc tiếp cận các dịch vụ SKSS/SKTD/SKBM/TSS/TE.

Giá cả cho các dịch vụ sức khỏe sinh sản

Với người phải chi trả cho các dịch vụ y tế từ tiền túi của họ, giá cao có thể làm giảm khả năng tiếp cận đến dịch vụ y tế, đặc biệt là dịch vụ chuyên tuyến nếu như tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu không điều trị được. Một danh sách chi tiết các dịch vụ kỹ thuật y tế và mức giá được quy định tại Thông tư liên tịch số 37/2015 /TTLT-BYT-BTC. Các loại dịch vụ y tế khác nhau tại các tuyến khác nhau được quy định trong Thông tư 43/2013/TT-BYT. Mức phí cho mỗi dịch vụ kỹ thuật là như nhau cho tất cả các tuyến và các cơ sở trong năm 2016. Tuy nhiên, ngoài các dịch vụ kỹ thuật, bệnh nhân phải trả thêm tiền cho các loại thuốc, vật

phẩm y tế và ngày nằm viện. Các lệ phí nằm viện khác nhau tùy theo phân tuyến của cơ sở y tế và các khoa khác nhau của bệnh viện, ví dụ chi phí cho các dịch vụ chăm sóc chuyên sâu và chăm sóc hậu phẫu cao hơn so với dịch vụ ở các khoa lâm sàng khác nói chung. Chi phí thuốc và các vật tư tiêu hao có xu hướng cao hơn ở các bệnh viện tuyến cao hơn vì bệnh nhân sẽ được kê đơn nhiều thuốc hơn và thuốc đắt hơn.

Bảng 16 trình bày giá các dịch vụ kỹ thuật (các chi phí liên quan được bảo hiểm y tế thanh toán cho người được bảo hiểm cũng như các dịch vụ do bệnh nhân phải tự trả bằng tiền túi) khác nhau, phụ thuộc vào các dịch vụ được cung cấp đáp ứng các nhu cầu dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản khác nhau. Lý tưởng nhất là người cung cấp dịch vụ y tế chỉ nên cung cấp các dịch vụ mà bệnh nhân cần. Tuy nhiên, bằng chứng tại nhiều nước cho thấy người cung cấp dịch vụ có xu hướng cung cấp các dịch vụ y tế có thể đem lại lợi ích kinh tế cao hơn cho họ. Vì thế, về nguyên tắc, phụ nữ Việt Nam có thể chỉ cần siêu âm đen trắng và hai chiều thai nhi với giá 49.000 đồng, tuy nhiên vì lợi ích kinh tế nhiều cơ sở chỉ cung cấp dịch vụ siêu âm màu hoặc siêu âm 3D (chí phí trung bình là 446.000 đồng). Điều này có nghĩa là dịch vụ siêu âm đắt hơn nhưng lợi ích nói chung rất ít hoặc không có. Vì vậy, một số bệnh nhân không có khả năng chi trả cho các dịch vụ này và các quỹ bảo hiểm y tế phải trả các chi phí nhiều hơn và không cần thiết.

Bảng 16: Chi phí của các dịch vụ kỹ thuật hộ sinh chủ yếu

Dịch vụ	Giá năm 2016 (Đồng)	Tuyến y tế có dịch vụ
Các xét nghiệm BLTQĐTD		
Vi khuẩn nuôi cấy định danh phương pháp thông thường (bệnh lậu, nhiễm Trichomonas, chlamydia)	230 000	AB
Vi khuẩn nuôi cấy và định danh hệ thống tự động (bệnh lậu, nhiễm Trichomonas, chlamydia)	287 000	AB
Chlamydia (xét nghiệm nhanh)	69 000	ABCD
Chlamydia (Chlamydia IgG miễn dịch bán tự động/tự động)	172 000	AB
Treponema pallidum rapid test (test nhanh)	Không có giá	ABCD
Xét nghiệm RPR định tính vi khuẩn giang mai (Giang mai)	36 800	ABCD
Xét nghiệm RPR định lượng vi khuẩn giang mai (Giang mai)	83 900	AB
Dịch vụ triệt sản		AB
Triệt sản nữ qua đường rạch nhỏ	2 728 000	
Triệt sản nữ nội soi	4 568 000	ABC
Siêu âm		ABC
Siêu âm đen trắng cơ bản	49 000	ABC
Siêu âm âm đạo	176 000	ABC
Siêu âm 3D Doppler màu cho bệnh tim mạch (còn gọi là siêu âm 4D)	446 000	AB
Dịch vụ phá thai		
Phá thai đến hết 7 tuần bằng thuốc (thuốc tính thêm phí)	177 000	ABC
Phá phá thai đến hết 7 tuần bằng phương pháp hút chân không	358 000	ABCD
Phá thai từ tuần thứ 6 đến hết 13 tuần bằng thuốc (thuốc tính thêm phí)	283 000	Không có thông tin
Phá thai hút chân không 6-12 tuần	383000	ABC
Dịch vụ đỡ đẻ		
Đỡ đẻ ngôi chỏm	675 000	ABCD
Forceps hoặc giác hút sản khoa	877 000	ABC
Đỡ đẻ ngôi ngược	927 000	ABC
Đỡ đẻ từ sinh đôi trở lên	1 114 000	ABC
Phẫu thuật lấy thai lần đầu	2 223 000	ABC
Phẫu thuật lấy thai lần thứ 2 trở lên	2 773 000	AB
Đẻ thường sau mổ đẻ	Không có số liệu	

Nguồn: Thông tư liên tịch số 37/2015/TTLT-BYT-BTC

Khả năng tiếp cận tài chính cũng được qui định dựa trên loại hình cơ sở y tế và dịch vụ được cung cấp vì tuyến cao hơn thường đi kèm với các chi phí đi lại, chi phí giường nằm và các chi phí chăm sóc đắt đỏ hơn. Theo sự phân loại dịch vụ được phân tuyến (Thông tư 43/2013/TT-BYT), một số dịch vụ được qui định chỉ được cung cấp tại các bệnh viện chuyên khoa nhận chuyển tuyến (A), và bệnh viện trực thuộc BHYT hạng II, bệnh viện trực thuộc tuyến tỉnh hạng I và II mà không được giao nhiệm vụ nhận chuyển tuyến (B). Một số dịch vụ được qui định cung cấp tại bệnh viện huyện, phòng khám đa khoa khu vực, nhà hộ sinh (C), trong khi một số dịch vụ được cung cấp tại TYTX (D). Nếu một dịch vụ được cung cấp tại tuyến TYT không theo đúng qui định của Thông tư 43 thì không được bảo hiểm y tế thanh toán, trừ các trường hợp ngoại lệ. Rõ ràng là các dịch vụ chuyên khoa sâu chỉ được cung cấp ở các cơ sở y tế chuyên khoa vì các cơ sở này có đầy đủ trang thiết bị, thuốc và chuyên gia giỏi. Tuy nhiên trong thực tế, năng lực của các cơ sở y tế được cải thiện thường xuyên vì vậy cần đánh giá lại năng lực cung cấp dịch vụ chuyên khoa của các cơ sở để tránh những giới hạn không cần thiết các dịch vụ y tế có chất lượng cao gần nơi sinh sống của người bệnh khi các cơ sở y tế địa phương cũng cung cấp được các dịch vụ có chất lượng và hiệu quả tương tự như các cơ sở chuyên khoa sâu ở tuyến trên.

Chính sách giá qui định là ngoài các danh mục chi phí đi kèm với dịch vụ, người bệnh nhân sẽ không phải trả thêm bất kỳ chi phí nào khác vì mức giá quy định đã bao gồm các chi phí liên quan đến nhân lực y tế và vật tư tiêu hao. Tuy nhiên, các bệnh viện vẫn tính chi phí bổ sung đối với bệnh nhân cho những khoản mục như chỉ khâu chất lượng cao hơn hay vật tư tiêu hao ví dụ như gạc che vết mổ để. Bắt đầu từ năm 2006 (trong QĐ 34/2006/QĐ-BYT), BHYT đã thực hiện việc chi tiết hóa các vật tư tiêu hao và thuốc cần thiết cho các dịch vụ chăm sóc SKSS và qui định này được cập nhật năm 2009 (06/2009/TT-BYT) (Bảng 17). Điều này giúp cho việc minh bạch các khoản chi phí trong gói dịch vụ và là cơ sở cần thiết cho việc tính toán chi phí của dịch vụ. Ví dụ, danh mục này cho thấy gói dịch vụ chăm sóc thai không bao gồm các chi phí cho test thử thai, cho cung cấp acid folic, cho thử protein trong nước tiểu và cho test thử xác định nhiễm khuẩn cho các trường hợp phụ nữ có tiết dịch âm đạo. Tuy nhiên, gói dịch vụ lại bao gồm chi phí siêu âm, sàng lọc BLTQĐTĐ và HIV và điều trị NKĐSS.

Tuy nhiên, hầu hết các dịch vụ còn lại đều chưa rõ ràng và thiếu chi tiết hóa. Việc so sánh Thông tư 43 về danh mục các dịch vụ kỹ thuật và các tuyến cung cấp các dịch vụ này, Thông tư 37 về giá của dịch vụ, và danh mục các dịch vụ y tế trong Thông tư 06/2009/TT-BYT cho thấy rằng có một số lớn các dịch vụ không có giá kèm theo, không có các chi phí thành phần, hoặc trong một số trường hợp có giá nhưng lại không có các dịch vụ y tế tương đương trong Thông tư 43 (Bảng 18). Sự thiếu thống nhất như vậy cũng được phát hiện khi phân tích giá các dịch vụ phá thai. Cần lưu ý là tên của nhiều dịch vụ trong Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc SKSS (2009) không trùng tên với các dịch vụ qui định trong hai Thông tư 37 và 43.



Bảng 18: Sự không thống nhất trong danh mục dịch vụ và giá dịch vụ chăm sóc thai, trong khi sinh và phá thai ở Việt Nam

Tên dịch vụ	Mức phí trong Thông tư 37	Dịch vụ trong Thông tư 43	Dịch vụ trong Thông tư 06
Chăm sóc trước sinh	Không có	x	x
Chăm sóc trong khi sinh			
Đẻ ngôi mông	x	x	Không có
Đẻ thường	x	x	x
Đẻ nhiều thai	x	x	Không có
Đẻ bằng forceps hoặc giác hút	x	x	x
Đẻ gây tê tùy sống	x	x	Không có
Đẻ chỉ huy	Không có	x	Không có
Gây chuyển dạ đẻ bằng Oxytocin	Không có	x	x
Theo dõi tim thai và cơn co tử cung bằng Monitor sản khoa	Không có	x	Không có
Cắt khâu tầng sinh môn	Không có	x	x
Xử trí tích cực giai đoạn 3 của cuộc đẻ	Không có	x	Một phần của đẻ thường
Đỡ đẻ và kiểm tra rau thai	Không có	x	Một phần của đẻ thường
Xoa bóp tử cung	Không có	x	x
Bóc rau nhân tạo	Không có	x	x
Các nhiễm trùng sau cắt tầng sinh môn	x	x	Không có
Ngoại xoay thai	x	x	Không có
Chăm sóc sau đẻ	Không có	Không có	x (First day)
Dịch vụ phá thai			
Phá thai có hướng dẫn của siêu âm	x	x	Không có
Phá thai có giảm đau	Không có	x	Không có
Phá thai kèm phẫu thuật triệt sản đường rạch nhỏ	Không có	x	Không có
Phá thai nong và nạo 13-22 tuần	x	x	x
Phá thai bằng thuốc 13-22 tuần	x	x	x
Phá thai bằng thuốc từ 7 đến hết 13 tuần	x	Không có	x
Phá thai bằng thuốc đến hết 7 tuần	x	x	x
Phá thai bằng thuốc đến hết 9 tuần	Không có	x	Không có
Phá thai bằng thuốc cho thai nhi đến hết 8 tuần	Không có	x	Không có
Thủ thuật Kovacs	x	x	Không có
Phá thai bằng hút chân không từ 6 tuần đến 12 tuần	x	x	x
Phá thai bằng hút chân không đến hết 6 tuần	x	x	Không có
Phá thai do bệnh của phụ nữ mang thai hoặc thai nhi	Không có	x	Không có
Phá thai cho khách hàng có sẹo mổ đẻ cũ	Không có	x	Không có

Bảo hiểm y tế

Bảo hiểm y tế là một công cụ chính được sử dụng để đảm bảo việc tiếp cận về tài chính và bảo vệ về mặt tài chính cho phụ nữ và trẻ em, những người cần sử dụng dịch vụ sức khỏe sinh sản và sức khỏe bà mẹ và trẻ em. Theo Luật Bảo hiểm y tế (10/VBHN-VPQH), Điều 21 về khám và điều trị bệnh, “dịch vụ đỡ đẻ và dịch vụ khám thai định kỳ” được bảo hiểm y tế chi trả. Tuy nhiên, phạm vi bảo hiểm của dịch vụ “sàng lọc chẩn đoán bệnh sớm” không có trong Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi năm 2014. Luật cũng quy định các hạng mục bị đưa ra khỏi danh sách thanh toán bảo hiểm y tế (Điều 23), bao gồm các hạng mục được trả thông qua các chương trình khác của chính phủ, dịch vụ thử thai mà “không có ý định điều trị”, sử dụng các phương pháp điều trị vô sinh, kế hoạch hóa gia đình, phá thai “trừ khi chấm dứt thai kỳ là cần thiết do bệnh của thai nhi hoặc thai phụ” và điều trị nghiện (ma túy, rượu hay thuốc lá) và các kiểm tra y tế (điều này cho thấy có khả năng là các thăm khám cho mẹ và trẻ sơ sinh sau đẻ không được bảo hiểm y tế chi trả).

Bảo hiểm y tế không chi trả cho các dịch vụ được cung cấp tại nhà. Phần lớn phụ nữ đẻ tại nhà là người dân tộc sống ở vùng khó khăn và đang có bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, họ không thể nhận được quyền lợi của bảo hiểm y tế khi họ phải đi rất xa đến một cơ sở y tế để nhận dịch vụ chăm sóc trong khi có thai. Chăm sóc sau sinh cho mẹ và bé được thực hiện lần đầu tại cơ sở y tế, nhưng những lần thăm khám tiếp theo tại nhà không được bảo hiểm y tế chi trả và có thể dẫn đến việc sử dụng dịch vụ sau đẻ thấp và do đó có những biến chứng sau đẻ sẽ không được phát hiện kịp thời. Điều này cũng có thể ảnh hưởng đến chăm sóc sơ sinh sau đẻ, đặc biệt việc khuyến khích cho con bú hoặc tiêm chủng cho trẻ.

Trong khi bảo hiểm y tế chi trả cho những người sử dụng các dịch vụ sức khỏe sinh sản, vẫn còn một số vấn đề không rõ ràng về việc hiểu và thực hiện các quyền lợi tại địa phương. Sức khỏe sinh sản liên quan nhiều đến việc kiểm tra sàng lọc, phát hiện bao gồm sàng lọc các bệnh lây truyền qua đường tình dục, kiểm tra theo dõi các vấn đề

của người mẹ và thai nhi trong quá trình mang thai và khám sau sinh. Chúng ta cần xác định những dịch vụ kiểm tra sàng lọc nào được chi trả từ các chương trình y tế của ngân sách nhà nước, dịch vụ nào được coi là chăm sóc trước sinh, dịch vụ nào được coi là không cần thiết và người dân có trách nhiệm chi trả bằng tiền túi?

Mặc dù việc sàng lọc các NKĐSS/LTQĐTD được đưa vào trong Chương trình mục tiêu quốc gia về Y tế và Dân số 2016-2020 (Phần Sức khỏe sinh sản), ngân sách được phân bổ quá ít để có thể thực hiện dịch vụ này. Đặc biệt, chi phí các lần siêu âm thai có được bảo hiểm y tế như là một phần của chăm sóc thai, hoặc là cần có những hướng dẫn hợp lý khi nào các dịch vụ được chi trả? Và thế nào là “ý định điều trị” khi đề cập đến việc mang thai, vì mang thai không phải là một căn bệnh. Hoặc như thế nào được xem bệnh của thai nhi hoặc của phụ nữ có thai, để sau đó phụ nữ được thanh toán bảo hiểm y tế cho phá thai (vì lý do y khoa)? Các dịch vụ thăm khám sau đẻ cho mẹ và con tại cơ sở y tế hoặc tại nhà trong tuần đầu và trong 42 ngày hiện nay không có trong gói dịch vụ chăm sóc trong khi sinh đang được bảo hiểm y tế chi trả và điều này sẽ ngăn cản phụ nữ sau sinh sử dụng các dịch vụ này.

Bên cạnh những qui định không rõ ràng về những mục dịch vụ kỹ thuật nào được bảo hiểm, cũng không có sự rõ ràng các loại thuốc men, các vật tư y tế nào và các chi phí khác được bảo hiểm trả như giá quy định của mỗi dịch vụ. Ví dụ, khi một người phụ nữ được mổ đẻ, liệu giá có bao gồm các chi phí của chỉ khâu và gạc băng vết thương? Khi một người phụ nữ bị cắt tầng sinh môn, giá có bao gồm lidocaine, chỉ khâu và kháng sinh dự phòng không?

Bảo hiểm y tế xã hội ở Việt Nam đang phát triển mạnh mẽ. Luật Bảo hiểm y tế hỗ trợ tất cả trẻ em dưới 6 tuổi, phụ nữ nghèo và phụ nữ dân tộc thiểu số khó khăn được bảo hiểm y tế miễn phí. Nhiều phụ nữ khác có bảo hiểm y tế tại nơi làm việc hoặc đóng tiền bảo hiểm tự nguyện để được bảo hiểm. Trong năm 2012, tỷ lệ phụ nữ trong độ tuổi sinh sản có bảo hiểm y tế là 55%, trong khi trẻ em dưới 1 tuổi được báo cáo có bảo hiểm

là 85% trong năm 2012²⁸. Tỷ lệ bao phủ của bảo hiểm y tế tăng lên và các chi trả bảo hiểm y tế cũng tăng. Phụ nữ có bảo hiểm y tế phải thanh toán các khoản đồng chi trả khác nhau tùy thuộc vào loại bảo hiểm. Phụ nữ nghèo sẽ không phải thanh toán khoản đồng chi trả, phụ nữ cận nghèo đồng chi trả 5% và những phụ nữ khác phải thanh toán khoản đồng chi trả 20% chi phí như là một khoản phải tự thanh toán. Các khoản đồng chi trả bổ sung có thể phát sinh đối với các mục không được bảo hiểm y tế, chẳng hạn như dịch vụ tại Khoa dịch vụ theo yêu cầu của cơ sở công hoặc trong một cơ sở tư nhân, hoặc cho các hạng mục mà cơ sở y tế coi như nằm ngoài gói dịch vụ kỹ thuật cơ bản. Như vậy mức độ bao phủ bảo hiểm y tế hiện nay chỉ mang tính chất sơ bộ và điều đó ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận tài chính để sử dụng các dịch vụ chăm sóc y tế.

Các nguồn kinh phí hỗ trợ khác của Nhà nước cho dịch vụ sức khỏe sinh sản

Trong khi bảo hiểm y tế bao gồm việc bảo hiểm một loạt các dịch vụ và thuốc men, nó không bao gồm các hạng mục được hỗ trợ bởi các nguồn kinh phí ngân sách nhà nước khác. Trong lịch sử, Việt Nam đã thực hiện một loạt các chương trình quốc gia, cung cấp dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, dịch vụ phòng chống HIV/AIDS, tiêm phòng, tư vấn dinh dưỡng, và các hạng mục miễn phí khác tại các cơ sở nhà nước, đặc biệt là ở tuyến cơ sở. Nhiều chương trình này đã nhận được nguồn tài trợ lớn từ các tổ chức quốc tế, đặc biệt là chương trình HIV/AIDS. Mục tiêu của những quỹ ngân sách hỗ trợ hướng tới nhóm dân cư nghèo hơn và bao gồm các dịch vụ y tế dự phòng cần thiết, kiểm soát bệnh truyền nhiễm, sức khỏe bà mẹ trẻ em, và các dịch vụ SKSS. Trong những năm gần đây, các quỹ tài trợ của các tổ chức quốc tế giảm sút và ngân sách hạn chế đã dẫn đến việc suy giảm phạm vi hoạt động của một số chương trình. Trong khi các chương trình mục tiêu quốc gia về sức khỏe và dân số sẽ tiếp tục đến năm 2020, các chiến lược mới dựa vào việc huy động nguồn lực xã hội để chi trả cho các chi phí, thay cho các trợ cấp của nhà nước. Trong một số trường hợp, như HIV/

AIDS, đã có một sự dịch chuyển từ phương thức tài trợ theo chương trình quốc gia sang bảo hiểm y tế. Một số bộ phận cung cấp dịch vụ cũng đang thay đổi từ cách tiếp cận làm việc theo hệ thống riêng rẽ sang cách tiếp cận kết hợp hơn, chẳng hạn như tư vấn và xét nghiệm HIV tại các cơ sở y tế (1/2015 / TT-BYT) và hướng dẫn kiểm soát và điều trị HIV/AIDS mới (3047 / QĐ -BYT (2015) trong đó cho phép phân phát thuốc ARV cho bệnh nhân tại các trạm y tế xã sau khi đã có chế độ/đơn thuốc điều trị ổn định ở tuyến huyện. Trước đây, việc cung cấp các phương tiện tránh thai bao gồm đặt dụng cụ tử cung, triệt sản, bao cao su, viên uống tránh thai và các biện pháp khác ở các cơ sở y tế là miễn phí. Do thiếu hụt ngân sách, các hỗ trợ miễn phí hiện nay chỉ cấp cho các nhóm dân số ở vùng khó khăn hoặc vùng có mức sinh cao.

Các quy định bảo hiểm nêu rõ những mục được chi trả bởi nguồn vốn ngân sách nhà nước khác và không được bảo hiểm y tế chi trả, tuy nhiên không phải lúc nào cũng có sự rõ ràng về việc chương trình nào được tài trợ bởi các nguồn kinh phí ngân sách nhà nước. Bảng 19 trình bày các tài liệu mới nhất về các chương trình y tế quốc gia liên quan đến lĩnh vực SKSS/SKTD/SKBMTSS/TE. Nhiều chương trình kéo dài đến năm 2015, nhưng không có chương trình nào cho giai đoạn 2016-2020, hoặc có các văn bản cho biết các chương trình và nguồn ngân sách đã kết thúc hoặc vẫn tiếp tục và những mục nào đang được hỗ trợ.

28 *Tính toán của tác giả từ số liệu Điều tra Hộ gia đình và Mức sống dân cư 2012*

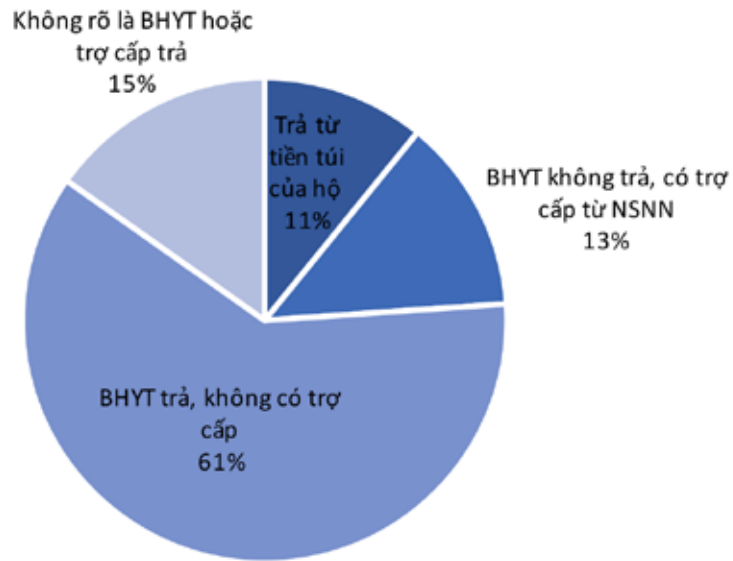
Bảng 19: Chính sách liên quan tới hỗ trợ của nhà nước và các nguồn khác cho dịch vụ SKSS

Mã chính sách	Chính sách	Tiếp tục giai đoạn 2016-2020?
Chương trình mục tiêu quốc gia chung		
Thông tư liên tịch 113/2013/TTLT-BTC-BYT; 15/8/2013	Quản lý và sử dụng các quỹ tài trợ để thực hiện các chương trình mục tiêu quốc gia cho lĩnh vực y tế giai đoạn 2012-2015.	Không
Nghị quyết 73 / NQ-CP26, 8/2016	Phê duyệt chủ trương đầu tư các chương trình mục tiêu giai đoạn 2016 - 2020; Chương trình mục tiêu Y tế - Dân số; Chương trình mục tiêu đầu tư phát triển hệ thống y tế địa phương.	Có
KHHGD		
Thông tư liên tịch 20/2013/ TTLT-BTC-BYT; 20/2/2013	Quy định quản lý và sử dụng kinh phí thực hiện chương trình mục tiêu quốc gia dân số và kế hoạch hóa gia đình 2012-2015	Không
Thông tư liên tịch 25/2013/ TTLT-BYT-BTC	Quy định chế độ quản lý tài chính đối với việc thực hiện hoạt động tiếp thị xã hội các phương tiện tránh thai, phòng, chống HIV và bệnh lây truyền qua đường tình dục	Có
Quyết định Bộ Y tế 818 / QĐ-BYT; 12/3/2015	Phê duyệt đề án "Xã hội hóa cung cấp phương tiện tránh thai và dịch vụ kế hoạch hóa gia đình và sức khỏe sinh sản tại khu vực thành thị và nông thôn phát triển giai đoạn 2015-2020"	Có
Quyết định Bộ Y tế 2169/ QĐ-BYT; 27/6/2011	Ban hành Kế hoạch tổng thể cho phương tiện tránh thai trong chương trình mục tiêu quốc gia Dân số và Kế hoạch hoá gia đình	Không
NKĐSS/BLTQĐTĐ/HIV		
Thông tư Bộ Y tế 15/2015 / TT-BYT; 26/6/2015	Hướng dẫn thực hiện khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với người nhiễm HIV và người sử dụng các dịch vụ y tế liên quan đến HIV/AIDS	Có
Quyết định của Thủ tướng 02/QĐ-TTg; 31/8/2012	Phê duyệt Chương trình mục tiêu quốc gia về phòng, chống HIV / AIDS giai đoạn 2012-2015	Không
Quyết định của Bộ Văn hóa, Thông tin và Du lịch 2859/ QĐ-BVHTTDL; 17/8/2010	Phê duyệt Kế hoạch triển khai thực hiện chương trình bao cao su dự phòng lây nhiễm HIV/NKLTQĐTĐ tại các cơ sở kinh doanh lưu trú du lịch giai đoạn 2010-2015	Không
Quyết định của Bộ Y tế 03/2007/QĐ-BYT; 15/1/2007	Phê duyệt chương trình hành động phòng, chống các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục đến năm 2010	Không
Các chương trình khác		
Quyết định của Thủ tướng 468/QĐ-TTg; 23/3/2016	Phê duyệt dự án kiểm soát mất cân bằng giới tính khi sinh giai đoạn 2016-2025	Có

Trong báo cáo này, mỗi dịch vụ trong số 46 dịch vụ hộ sinh thiết yếu trong báo cáo của BCHSTC được đánh giá về các điều kiện được bảo hiểm y tế chi trả hoặc được nhà nước hỗ trợ. Hình 50

lượng hóa một cách tương đối cơ cấu nguồn tài chính cho 46 biện pháp can thiệp hộ sinh cần thiết được ưu tiên trong Báo cáo Hộ sinh toàn cầu 2014.

Hình 50: Nguồn tài chính cho 46 can thiệp hộ sinh cần thiết, 2016

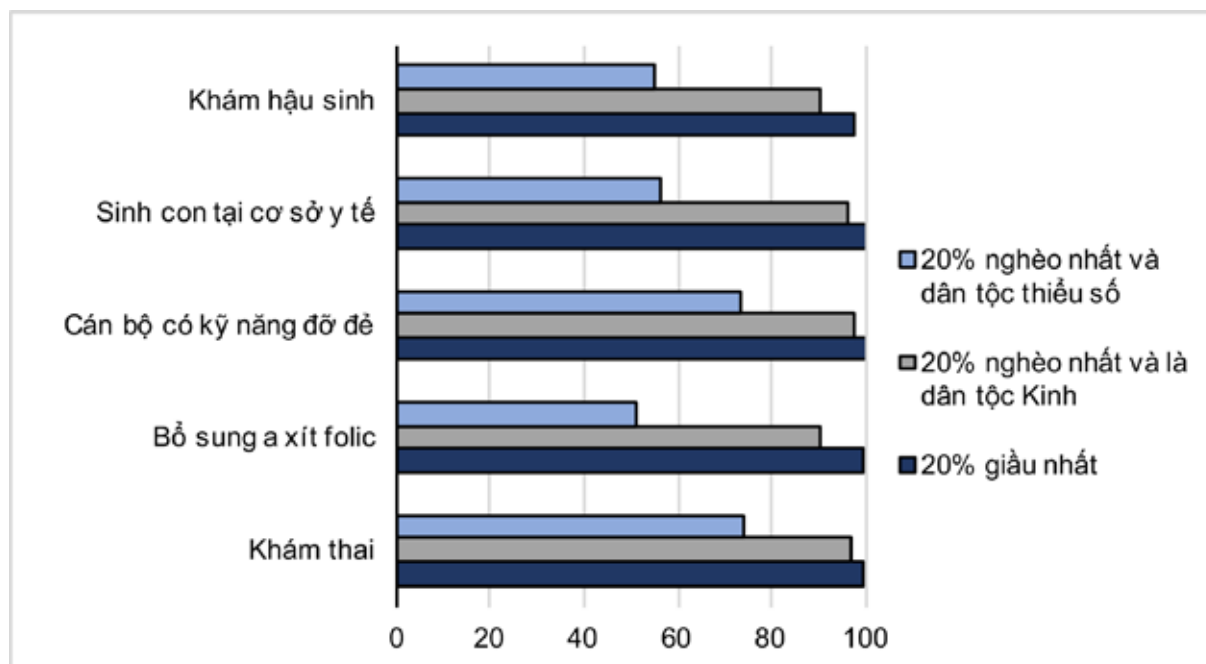


Ghi chú: Các con số này được tính toán dựa trên việc đánh giá liệu trong số 46 can thiệp SKSS/SKTD/BM/TSS/TE cần thiết có được bảo hiểm bởi gói bảo hiểm sức khỏe, hoặc bởi các chương trình y tế được nhà nước hỗ trợ, hoặc cả hai hoặc là không. Các mục chi tiết và cách chúng được phân loại trong Phụ lục 3.

Sự khác biệt trong tiếp cận dịch vụ hộ sinh bao gồm chăm sóc trước đẻ, trong đẻ và sau đẻ được phản ánh thông qua sự khác biệt về kinh tế. Tuy nhiên, mối quan hệ này cũng bị nhiễu bởi một số các yếu tố khác như dân tộc, vị trí địa lý và giáo dục. Hình 51 mô tả tách riêng nhóm dân tộc và sự nghèo đói để cho thấy sự khác nhau giữa kinh

tế và nhóm dân tộc. Biểu đồ cho thấy sự khác nhau trong sự tiếp cận giữa nhóm phụ nữ Kinh nghèo và giàu không lớn, trong khi đó sự khác biệt giữa nhóm phụ nữ Kinh nghèo và nhóm phụ nữ dân tộc nghèo rất lớn và điều này cho thấy rằng rào cản về tài chính không phải là nguyên nhân chủ yếu của sự bất bình đẳng.

Hình 51: Sự khác biệt về kinh tế trong sử dụng dịch vụ hộ sinh, 2014



Nguồn: MICS 2014 [6]

Việc rà soát các nghiên cứu khác cũng cho thấy mặc dù yếu tố về tài chính ngăn cản việc cận đến dịch vụ hộ sinh trong một số nhóm dân tộc, các yếu tố tài chính không phải là rào cản chính của việc tiếp cận dịch vụ. Trong báo cáo của Chính phủ Việt Nam cho Liên hợp quốc về thực hiện Mục tiêu Thiên niên kỷ năm 2015, rào cản về tài chính không được coi là yếu tố chính ảnh hưởng đến việc tiếp cận các phương tiện tránh thai hoặc chăm sóc trước sinh, mà chính là khác biệt về địa lý và dân tộc mới là những yếu tố đóng vai trò quan trọng [134]. Tuy vậy, báo cáo thẩm định tử vong mẹ năm 2012 cho thấy trong một số trường hợp tử vong mẹ, chi phí dịch vụ cao là một trong những nguyên nhân làm chậm trễ việc tiếp cận các dịch vụ cấp cứu sản khoa cao thiết yếu [119]. Mặc dù chi phí y tế không phải là yếu tố chính ảnh hưởng đến tiếp cận, tuy nhiên yếu tố này đóng góp quan trọng vào tăng gánh nặng tài chính chăm sóc y tế, làm các gia đình bị nghèo đi, đặc biệt khi có các tai biến, hoặc khi người dân phải chi trả cho các dịch vụ y tế quá mức cần thiết.

3.3.5. Đạt được sự cân bằng trong việc tiếp cận đầy đủ các dịch vụ chăm sóc mà không cung cấp dịch vụ quá mức

Đạt được sự cân bằng trong việc tiếp cận đầy đủ các dịch vụ chăm sóc mà không cung cấp dịch vụ quá mức là một vấn đề mà quốc tế quan tâm trong suốt 15 năm qua. Kết quả rà soát có hệ thống về hướng dẫn thực hành lâm sàng dựa vào bằng chứng trong khám thai định kỳ, trong chuyển dạ và sau khi đẻ trên tạp chí Lancet gần đây cho thấy có hai tình huống đã tồn tại ở nhiều quốc gia: **quá ít quá muộn và quá nhiều quá sớm** [135].

Quá ít quá muộn: mô tả những trường hợp được chăm sóc không đầy đủ nguồn lực, chất lượng chăm sóc không đáp ứng theo tiêu chuẩn dựa vào bằng chứng, hoặc là từ chối không chăm sóc hoặc là không được chăm sóc cho đến khi quá muộn. Tình trạng này thường liên quan tới tỷ lệ chết và mắc bệnh của các bà mẹ cao. Ở Việt Nam, TYTX được cho là đang cung cấp quá ít các dịch vụ chăm sóc thai và trong khi sinh con, đây là yếu tố đóng góp ngày càng nhiều vào tình trạng

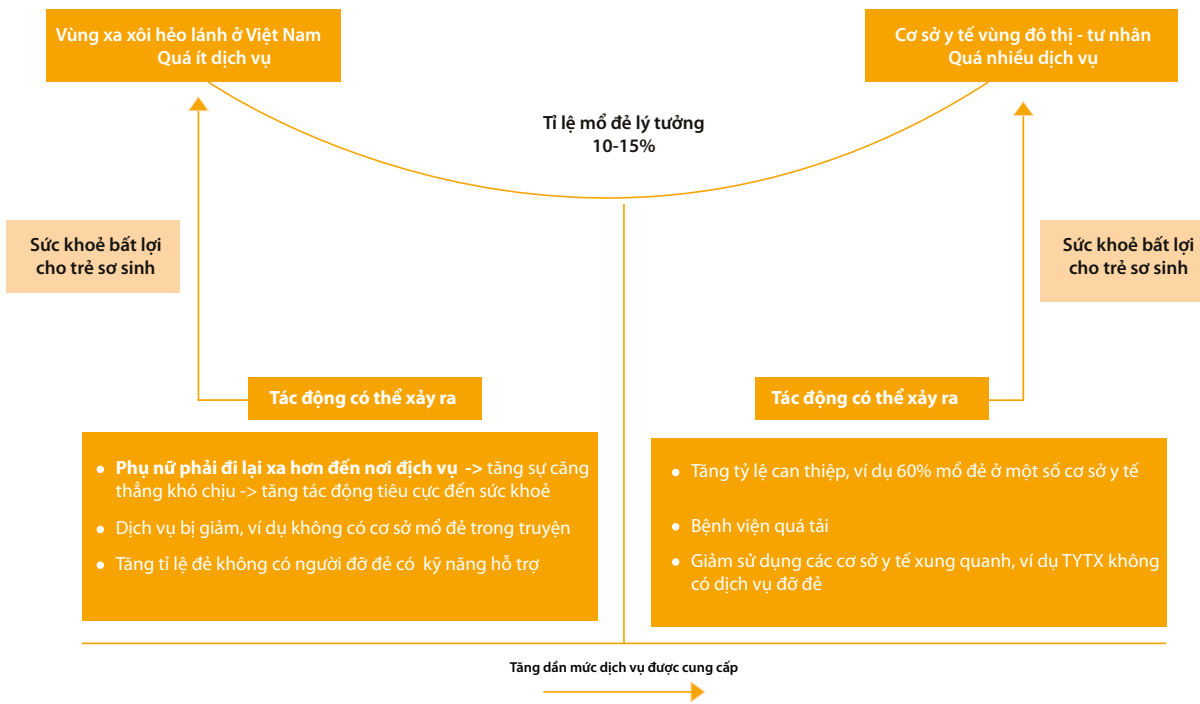


phụ nữ tăng sử dụng dịch vụ này ở các bệnh viện hoặc cơ sở y tế tư nhân. Tuy nhiên, các chuyên gia trong nước tin rằng các TYTX là nơi tốt nhất cho các trường hợp đẻ thường, vì hộ sinh ở đây đóng vai trò chính trong chăm sóc cho phụ nữ có thai và trẻ sơ sinh, TYTX không bị áp lực về thời gian vì không có tình trạng đông khách hàng, linh hoạt cho phép người thân trong gia đình ở bên cạnh động viên chia sẻ với phụ nữ trong quá trình chuyển dạ đẻ và đẻ, và trong nhiều trường hợp khoảng cách đến các cơ sở cấp cứu sản khoa cũng rất gần nếu như có biến chứng xảy ra. Việc người dân không sử dụng dịch vụ đỡ đẻ ở các TYTX sẽ có thể dẫn đến làm giảm kỹ năng của lực lượng hộ sinh và giảm chất lượng dịch vụ hộ sinh ở tuyến này.

Quá nhiều quá sớm nói về tình trạng chỉ định sử dụng quá mức các dịch vụ cho các trường hợp có thai bình thường hoặc sinh thường đã gia tăng tại nhiều quốc gia trong 20 năm qua. *Quá nhiều quá sớm* bao gồm cả việc sử dụng không cần thiết các can thiệp không dựa vào bằng chứng, cũng như sử dụng các biện pháp can thiệp có thể cứu sống bệnh nhân thích hợp, nhưng lại có

hại khi áp dụng thường xuyên hoặc lạm dụng quá mức. *Quá nhiều quá sớm* gây tác hại ngắn hạn và dài hạn cho các bà mẹ và trẻ sơ sinh, cũng như lạm dụng nguồn lực của hệ thống y tế. Quá nhiều quá sớm được xem là một khía cạnh của sự thiếu tôn trọng và lạm dụng. Ở nhiều quốc gia, *quá nhiều quá sớm* và *quá ít quá muộn* cùng tồn tại mặc dù thường có sự khác nhau giữa những phụ nữ ở đô thị và ở vùng sâu, vùng xa hay là giữa các mô hình chăm sóc khác nhau (ví dụ khu vực công so với tư nhân). Bài báo trên tạp chí Lancet công bố kết quả của một rà soát một cách hệ thống các hướng dẫn thực hành lâm sàng dựa vào bằng chứng cho khám thai định kỳ, chăm sóc khi chuyển dạ và sau khi sinh, và phân loại chúng thành 3 loại: theo khuyến cáo, chỉ khuyến cáo cho những chỉ định lâm sàng, và không được khuyến cáo. Như kết quả trình bày trong Hình 52, một quốc gia sẽ bị ảnh hưởng từ việc cung cấp dịch vụ chăm sóc quá mức và cung cấp dịch vụ chăm sóc thiếu và chúng đều có hại cho người dân cũng như có những tác động lớn đến nguồn lực và chi phí.

Hình 52: Cân bằng giữa việc cung cấp dịch vụ chăm sóc thiếu và quá mức



Nguồn: Chỉnh sửa với sự cho phép của Grzybowski, S. et al. Planning the optimal level of local maternity service for small rural communities: A systems study in British Columbia. Health Policy. 2009 92(2);p. 149-157.

Ở Việt Nam, một số biện pháp can thiệp sản khoa thường bị lạm dụng và có nguy cơ làm tăng kết quả có hại cho các bà mẹ và trẻ sơ sinh. Báo cáo này sẽ tập trung vào ba trong số các biện pháp can thiệp phổ biến nhất hiện nay: 1) siêu âm sản khoa, 2) cắt tầng sinh môn và 3) mổ đẻ. Mỗi can thiệp sẽ được xem xét về mức độ phổ biến (so với các nơi khác) và các rủi ro tiềm tàng liên quan đến lạm dụng. Các khuyến cáo thực hành sẽ được trình bày ở Chương 5.

3.3.5.1 Siêu âm sản khoa

Tỷ lệ sử dụng

Có một xu hướng toàn cầu trong việc tăng sử dụng siêu âm sản khoa trong thai kỳ bình thường trong hai thập kỷ qua và thường là không cần sự đồng ý của người phụ nữ [136]. Ví dụ, tại Hoa Kỳ, một nghiên cứu lớn về các trường hợp mang thai có nguy cơ thấp cho thấy con số siêu âm sản

khoa trung bình là 4,55 lần (trung bình 4) [137]. Tại Vương quốc Anh (Anh), trung bình là 4,03 lần siêu âm cho một thai có nguy cơ thấp [138]. Ở các nước đang phát triển số lượng trung bình của siêu âm có thể thấp hơn. Ví dụ, ở nông thôn Trung Quốc, trung bình có 2,55 lần siêu âm sản khoa cho mỗi thai [139]. Ở Việt Nam, siêu âm đã trở thành một phần không thể thiếu trong chăm sóc thai kỳ và máy siêu âm ba chiều và bốn chiều được sử dụng rộng rãi [140]. Phụ nữ ở Việt Nam nhận trung bình 6 lần siêu âm tại các khu vực đô thị [141] hoặc 3.5 lần ở nông thôn [142]. Sử dụng quá nhiều dịch vụ có thể do các yêu cầu của phụ nữ và các lợi ích tài chính cho các nhà cung cấp dịch vụ và điều này đã dẫn đến tình trạng siêu âm thường được thực hiện mà không có chỉ định lâm sàng [143].

Hướng dẫn quốc tế về việc sử dụng siêu âm định kì trong suốt thai kỳ có sự khác nhau. Hướng dẫn tại Anh đề nghị 2 lần siêu âm định kì trong quá

trình mang thai thông thường có rủi ro thấp: 1) ba tháng đầu và sàng lọc hội chứng Down, và 2) soi chiếu trong ba tháng thứ hai để tìm cấu trúc bất thường [144]. Trong khi đó, hướng dẫn của Việt Nam đề nghị 3 lần siêu âm định kì (cứ mỗi ba tháng) và thêm một lần siêu âm theo dõi tăng trưởng quý thứ ba [145].

Rủi ro

Có ít nghiên cứu đánh giá các kết quả có hại lâu dài từ việc tiếp xúc với siêu âm sản khoa [146]. Một đánh giá năm 2005 về các tác động và an toàn sinh học đã kết luận rằng chỉ nên thực hiện siêu âm khi cần tìm các dấu hiệu y khoa và việc tiếp xúc nên giữ ở mức thấp và hợp lý vì những tác động nhiệt tiềm năng đối với các mô bào thai [147]. Một số nghiên cứu đã trình bày những quan tâm và lo lắng về mối liên quan giữa việc tiếp xúc với siêu âm thai nhi đối và các trường hợp sinh thiếu cân, chậm nói, khó đọc và thuận tay trái [148].

Sinh nhẹ cân: việc các mô bào thai bị nóng lên, ảnh hưởng của sóng siêu âm đối với yếu tố tăng trưởng insulin và việc các protein được sinh ra do hậu quả của nhiệt có thể tạo ra cơ chế mà theo đó siêu âm sản khoa có liên quan đến việc gây ra trẻ đẻ ra nhẹ cân (ở người, khỉ và chuột) [146]. Một nghiên cứu hồi cứu ở người cho thấy nguy cơ sinh nhẹ cân tăng gấp đôi nếu có tiếp xúc với siêu âm 4 lần hoặc nhiều hơn [149]. Một nghiên cứu ngẫu nhiên cho thấy bào thai tiếp xúc nhiều với máy quét (tức là từ 5 lần, bao gồm cả nghiên cứu sử dụng Doppler) có nguy cơ cao hơn về thai bị nhỏ khi so với nhóm đối chứng và điều này có thể do ảnh hưởng sóng siêu âm đến sự phát triển xương [150]. Tuy nhiên kết quả của việc theo dõi ngắn hạn với các mẫu trong các nghiên cứu nói trên cho thấy không còn sự khác biệt về chiều cao và cân nặng khi trẻ phát triển đến 1 tuổi [151]. Các nghiên cứu ngẫu nhiên [152-154] cho thấy nếu siêu âm 1 hoặc 2 lần trong cả thai kỳ thì không có tác dụng phụ.

Chậm nói: Kết quả một nghiên cứu bệnh chứng hồi cứu cho thấy trẻ em bị đánh giá là chậm nói “không rõ nguyên nhân” có nhiều khả năng đã tiếp xúc với một tỷ lệ cao siêu âm sản khoa khi

so với nhóm đối chứng với nhóm trẻ nói bình thường [155]. Tuy nhiên, nghiên cứu này không xem xét các biến chứng sản khoa có thể ảnh hưởng đến khả năng chậm nói. Vì vậy bằng chứng không thể nhân rộng và cần một nghiên cứu tiếp theo với một mẫu lớn hơn nhiều [156].

Chứng khó đọc: Một nghiên cứu nhỏ công bố một phát hiện ngẫu nhiên về mối liên quan giữa tiếp xúc với siêu âm và chứng khó đọc. Tuy nhiên hai thử nghiệm ngẫu nhiên sau đó không tìm thấy mối liên hệ này [148].

Thuận tay trái: Hai nghiên cứu ngẫu nhiên [157-158] báo cáo mối liên hệ giữa tiếp xúc với siêu âm trong tử cung và thuận tay trái ở các bé trai. Trong khi có một sự gia tăng nhỏ trong tỷ lệ thuận tay trái, hiện chưa có đủ bằng chứng để kết luận siêu âm có tác động trực tiếp vào cấu trúc hoặc chức năng não [148].

Tự kỷ: các rối loạn tự kỷ (hội chứng tự kỷ) được chẩn đoán ngày càng tăng trong hai thập kỷ vừa qua, song song với sự gia tăng trong việc sử dụng siêu âm sản khoa [159]. Tuy nhiên không có bằng chứng mạnh mẽ hỗ trợ cho sự tồn tại của mối quan hệ nguyên nhân và hậu quả này [148].

Các thực hành quốc tế

Trường Sản Phụ khoa Mỹ khuyến cáo rằng siêu âm sản khoa nên được sử dụng “một cách thận trọng và chỉ sử dụng khi cần giải đáp một vấn đề lâm sàng có liên quan” [160] Một số khuyến nghị sau khi đánh giá hiệu quả và an toàn [139] sinh học bao gồm:

- 1) Siêu âm sản khoa chỉ nên được sử dụng khi các lợi ích điều trị y tế lớn hơn các rủi ro tiềm năng và rủi ro theo lý thuyết (II-2A).
- 2) Siêu âm sản khoa không nên được sử dụng vì những lý do phi y tế (ví dụ xác định giới tính hoặc sản xuất hình ảnh phi y tế) (III-B).
- 3) Tiếp xúc với siêu âm nên càng thấp càng

hợp lý vì những rủi ro làm nóng mô khi chỉ số nhiệt vượt quá 1. Tiếp xúc có thể được giảm xuống thông qua việc sử dụng kiểm soát đầu ra và (hoặc) bằng cách giảm thời gian chùm tia tập trung (thời gian dừng vào 1 điểm) (II-1A).

- 4) Thiết bị siêu âm chẩn đoán phải tuân thủ các tiêu chuẩn hiển thị đầu ra (MI và TI) (III-B).
- 5) Trong khi chụp ảnh bào thai trong ba tháng đầu, nên tránh dùng Doppler và Doppler màu (III-B).
- 6) Thực hiện cách thức kiểm tra siêu âm đúng tiêu chuẩn làm gia tăng hiệu quả và giảm thời gian tiếp xúc với siêu âm [161].

3.5.5.2. Cắt tầng sinh môn

Tỷ lệ thực hiện

Phụ nữ châu Á có tỷ lệ rách đáy chậu cao hơn [162], điều đó dẫn đến một giả định rằng sự khác biệt về cơ thể phụ nữ châu Á và đòi hỏi việc cắt tầng sinh môn thường xuyên nhằm tránh việc đáy chậu bị tổn thương nghiêm trọng hơn [163-164]. Một ví dụ về tình trạng quá nhiều quá sớm ở Việt Nam là việc sử dụng thường xuyên thủ thuật cắt tầng sinh môn trong sinh đẻ theo đường âm đạo bình thường. Trong một cuộc khảo sát với 148 nhân viên y tế ở Việt Nam, hầu hết các bác sĩ sản khoa và hộ sinh báo cáo đã thực hiện cắt tầng sinh môn cho ít nhất 90% phụ nữ đẻ con so [165]. Các nghiên cứu ở các quốc gia châu Á khác báo cáo tỷ lệ cao tương tự [163,166,167]. Tuy nhiên, phụ nữ gốc Việt sinh đẻ ở Úc rất ít bị cắt tầng sinh môn so với những người sinh ở Việt Nam và không hề bị các kết quả bất lợi [168]. Một nghiên cứu cho thấy độ dài đáy chậu của phụ nữ Trung Quốc không ngắn hơn so với phụ nữ thuộc các chủng tộc khác, cũng như chiều dài đáy chậu không phải là yếu tố gây rách đáy chậu [166]. Các kết quả trên đặt dấu hỏi cho việc thường xuyên sử dụng thủ thuật cắt tầng sinh môn ở Việt Nam. Các yếu tố văn hóa như tin rằng việc cắt tầng sinh môn giúp giữ gìn độ kín của âm đạo sau khi sinh cũng có thể phổ biến các

nước châu Á [164].

Rủi ro

Một đánh giá của Cochrane về các thử nghiệm ngẫu nhiên có kiểm soát (8 thử nghiệm; n = 5541) kết luận là các nguy cơ cắt tầng sinh môn thường xuyên, bao gồm tăng nguy cơ chấn thương đáy chậu nguy hiểm, lớn hơn bất kỳ lợi ích nào [169]. Tuy nhiên, do đánh giá của Cochrane không có bất cứ nghiên cứu nào xem xét yếu tố dân tộc như một yếu tố nguy cơ, các bác sĩ đã đặt câu hỏi liệu các kết quả này có phù hợp với phụ nữ Việt Nam [168].

Các thực hành quốc tế

Hướng dẫn quốc tế kể cả nhiều hướng dẫn có từ rất lâu khuyến cáo việc sử dụng hạn chế thủ thuật này [135,170-171]. Các nghiên cứu ở Trung Quốc cho thấy một chính sách hạn chế việc cắt tầng sinh môn đã có hiệu quả trong việc giảm tỷ lệ cắt tầng sinh môn mà không ảnh hưởng đến an toàn đáy chậu [166]. Một nghiên cứu cùng lúc ở bốn quốc gia Đông Nam Á đã xem xét tác động của can thiệp phức tạp với mục đích nâng cao hiểu biết và việc sử dụng các yếu tố có sẵn của bác sĩ lâm sàng về việc cắt tầng sinh môn, và cho thấy những cải thiện đáng kể trong thực hành lâm sàng và kết quả sức khỏe của phụ nữ [172]. Thay đổi thực hành ở Việt Nam sẽ phụ thuộc vào sự thay đổi văn hóa, bao gồm cả đào tạo để bảo vệ tầng sinh môn khi sinh đường âm đạo bình thường [165].

3.3.5.1 Mổ đẻ (CS)

Tỷ lệ thực hiện

Quay trở lại năm 1985, tỷ lệ mổ đẻ lý tưởng (CS) là giữa 10-15% [170]. Tuy nhiên càng ngày chuẩn này càng bị chỉ trích là không phù hợp, mặc dù nghiên cứu gần đây xem xét tỷ lệ mổ đẻ lý tưởng khẳng định rằng khi tỷ lệ mổ đẻ tăng lên 10% trên dân số, số lượng tử vong bà mẹ và trẻ sơ sinh giảm. Tuy nhiên, nghiên cứu gần đây của WHO đã khẳng định tỷ lệ trước đó và cho rằng không có bằng chứng cho thấy tỷ lệ tử vong cải thiện khi tỷ lệ mổ đẻ tăng trên 10% [86]. Ở nhiều nước có

sự khác biệt về tỷ lệ mổ đẻ đáng kể giữa các khu vực đô thị và vùng sâu vùng xa và ở một số nước có sự khác nhau nhiều giữa các dịch vụ khu vực tư nhân và khu vực công. Do bệnh nhân của dịch vụ sản khoa khác nhau nên khó có thể nói rằng tất cả các bệnh viện phải có tỷ lệ mổ đẻ là 10%. Có một công cụ để tính toán tỷ lệ mổ đẻ tối ưu cho một cơ sở nhất định đã được phát triển và được gọi là C-Model [173]. Để tạo điều kiện cho việc so sánh trong nước và giữa các nước WHO đã khuyến cáo việc sử dụng hệ thống phân loại Robson [174] (Hình 53).

Hình 53: Hệ thống phân loại Robson



Nguồn: Tổ chức Y tế Thế giới [175]

Rủi ro

Đối với phần lớn ca mang thai nguy cơ thấp, mổ đẻ làm tăng nguy cơ bệnh tật và tử vong cho sản phụ hơn là sinh thường (Bảng 20).

Bảng 20: Nguy cơ bất lợi cho bà mẹ và trẻ sơ sinh theo hình thức sinh

Kết quả	Nguy cơ	
	Sinh thường	Mổ đẻ
Sản phụ		
Tỷ lệ tử vong của sản phụ	3,6:100 000	13,3:100 000
Tắc ối	3,3–7,7:100 000	15,8:100 000
Rách đáy chậu cấp 3 và cấp 4	1.0–3.0%	Không có (theo kế hoạch)
Bất thường của rau thai	Tăng lên với mổ đẻ so với sinh đường âm đạo, và có nguy cơ tiếp tục tăng với lần mổ đẻ tiếp theo.	
Tiểu không tự chủ	Không khác biệt giữa đẻ thường và mổ đẻ trong 2 năm.	
Trầm cảm sau sinh	Không khác biệt giữa đẻ thường và mổ đẻ trong 2 năm.	
<i>Trẻ sơ sinh</i>	<i>Sinh thường</i>	<i>Mổ đẻ</i>
Rạch vào thai nhi	Không có	1,0–2,0%
Tỷ lệ mắc bệnh hô hấp	< 1,0%	1,0–4,0% (không chuyển dạ)
Đe khó vùng vai	1,0–2,0%	0%

Nguồn: theo Trường Sản Phụ khoa Mỹ [156]

Tỷ lệ bệnh tật và tử vong sơ sinh: mổ đẻ có liên quan tới khả năng làm gia tăng chăm sóc cấp cứu sơ sinh cho trẻ sơ sinh [176], tăng nguy cơ tử vong sơ sinh [177] và thai chết lưu trong lần mang thai tiếp theo [178].

Bệnh mãn tính cho người lớn đã được sinh ra bằng mổ đẻ: Các ảnh hưởng lâu dài của mổ đẻ hiện cũng đã được biết đến như việc tăng bệnh tiểu đường [179] và hen suyễn [180] ở trẻ sơ sinh, tăng chỉ số **chỉ số khối lượng cơ thể** (Body Mass Index), thừa cân và béo phì ở người lớn [181]. Một số giả thuyết về mối quan hệ giữa nguyên nhân và kết quả là việc khác nhau của microbiome ruột giữa trẻ sơ sinh được sinh ra theo mổ đẻ và những người sinh ra đường âm đạo dẫn đến những thay đổi trong chức năng trao đổi chất bình thường [182]. Không tiếp xúc với chuyển dạ khiến trạng thái phản ứng của gen đối với sự trao đổi chất bị thay đổi [183] và làm tăng tính nhạy cảm với bệnh béo phì và các bệnh

mạn tính ở tuổi trưởng thành, chủ yếu thông qua cơ chế biểu sinh [184]. Vì vậy việc ngăn ngừa việc mổ đẻ lần đầu là rất quan trọng [175].

Mổ đẻ lần sau và bệnh lý liên quan: các phụ nữ được mổ đẻ lần đầu ở Việt Nam gần như sẽ có mổ đẻ lần sau. Mổ đẻ lần sau liên quan tới các biến chứng sản khoa nguy hiểm [185], giảm khả năng sinh sản [186], và tăng nguy cơ mang thai ngoài tử cung và sẩy thai tự phát [187].

Chi phí: mổ đẻ làm tăng đáng kể chi phí chung của việc sinh đẻ và tỉ lệ đẻ mổ không cần thiết có thể thu hút các nguồn lực từ các dịch vụ khác trong hệ thống y tế đã quá tải và yếu.

Các thực hành quốc tế

Các trường đại học sản phụ khoa ở Mỹ đã đưa ra một tuyên bố nhất trí cao về việc ngăn ngừa mổ đẻ lần đầu một cách an toàn [175]. Những

hướng dẫn này bao gồm đánh giá tổng quan về những rủi ro và lợi ích của các hình thức sinh con khác nhau và được dựa theo các báo cáo dựa vào bằng chứng được Viện Y tế Quốc Gia của Mỹ xây dựng. Ngoài ra, một báo cáo năm 2010 về sinh bằng đường âm đạo sau lần mổ đẻ cho thấy rằng đây là một sự lựa chọn hợp lý cho phụ nữ khi có nhiều bằng chứng cho thấy tác hại nghiêm trọng có thể từ việc mổ đẻ nhiều lần [188]. Tiêu chuẩn đánh giá Robson được sử dụng rộng rãi để thu thập thông tin về mổ đẻ. Với những cơ sở y tế có tỉ lệ mổ đẻ cao trên mức khuyến cáo, các can thiệp cần làm là đào tạo lại và tăng cường giám sát xem việc chỉ định mổ đẻ có hợp lý. Phụ nữ có thai và gia đình cần được thông báo trong quá trình chuyển dạ đẻ về những điều sẽ diễn ra, bao gồm cả lý do tại sao có thể cần mổ đẻ và các giải pháp lựa chọn khác sẵn có cho họ ngoài mổ đẻ và do đó để họ có thể lên kế hoạch trước cho cuộc sinh đẻ của mình.

3.4. Sự chấp nhận dịch vụ

Ngay cả khi các dịch vụ y tế đã sẵn có và thậm chí có thể dễ dàng tiếp cận, các dịch vụ này có thể không được cung cấp theo cách đảm bảo sự tôn trọng nhu cầu và sự lựa chọn của khách hàng. Nội dung của phần này trình bày khái niệm tôn trọng khách hàng phụ nữ khi họ sử dụng dịch vụ hộ sinh ở Việt Nam. Trong bối cảnh của Việt Nam, có hai nhóm cần phải ưu tiên đặc biệt khi

phân tích về sự chấp nhận của dịch vụ được cung cấp đó là TN/VTN chưa kết hôn và phụ nữ dân tộc thiểu số. Do vậy, phần này sẽ tập trung vào phân tích các vấn đề chấp nhận dịch vụ thể ảnh hưởng đến sự tiếp cận và sử dụng các dịch vụ đối với TN/VTN chưa kết hôn và phụ nữ dân tộc thiểu số. Đây là hai nhóm dễ nhận được dịch vụ thiếu tôn trọng và không được chấp nhận và điều này có thể là lý do các nhóm dân số này đang sử dụng hạn chế các dịch vụ. Phần này cũng sẽ trình bày các hạn chế thông tin liên quan đến các đáp ứng về chính sách nhằm tăng cường sự chấp nhận dịch vụ cho TN/VTN thông qua dịch vụ thân thiện và với phụ nữ dân tộc thiểu số thông qua mô hình CĐTĐB.

Việt Nam đã đạt được những thành tựu trong việc cải thiện mức độ chấp nhận dịch vụ, đặc biệt là trong tỷ lệ chấp nhận các dịch vụ chăm sóc trẻ sơ sinh – nhất là ở giai đoạn bắt đầu cho con bú. Ngoài ra, số lượng các cơ sở y tế cung cấp các dịch vụ thân thiện với TN/VTN cũng có sự gia tăng nhanh chóng. Các cơ sở này hoàn toàn có đủ khả năng cung cấp các dịch vụ chăm sóc SKSS tương đối có chất lượng cho nhóm dân số đặc biệt này. Ngoài ra BHYT đã ban hành được một khuôn khổ pháp lý đảm bảo sự phát triển bền vững và duy trì hoạt động của CĐTĐB nhằm phục vụ nhu cầu chăm sóc sức khỏe sinh sản cho phụ nữ dân tộc thiểu số theo cách thức được chấp thuận về văn hóa và dễ dàng tiếp cận về địa lý (Bảng 21).

Bảng 21: Những thành tựu đạt được kể từ năm 2010 ảnh hưởng đến khả năng chấp nhận dịch vụ

Thành tựu	Bằng chứng	Nguồn thông tin dữ liệu
Chính sách và mạng lưới cơ sở thôn bản được củng cố	Giáo trình đào tạo dựa trên năng lực, phụ cấp được trả bằng ngân sách trung ương/địa phương, có hướng dẫn và quy định phạm vi công việc rõ ràng	Các chính sách, các báo cáo của Bộ Y tế, UNFPA
Tăng tính sẵn có của các dịch vụ chăm sóc SKSS thân thiện cho thanh niên và vị thành niên	Tăng số lượng trạm y tế xã và các cơ sở cung cấp chăm sóc SKSS cung cấp các dịch vụ thân thiện với thanh niên và vị thành niên	Điều tra của Vụ SKBMTE về các cơ sở năm 2010 và 2013

3.4.1. Chăm sóc tôn trọng cho tất cả khách hàng

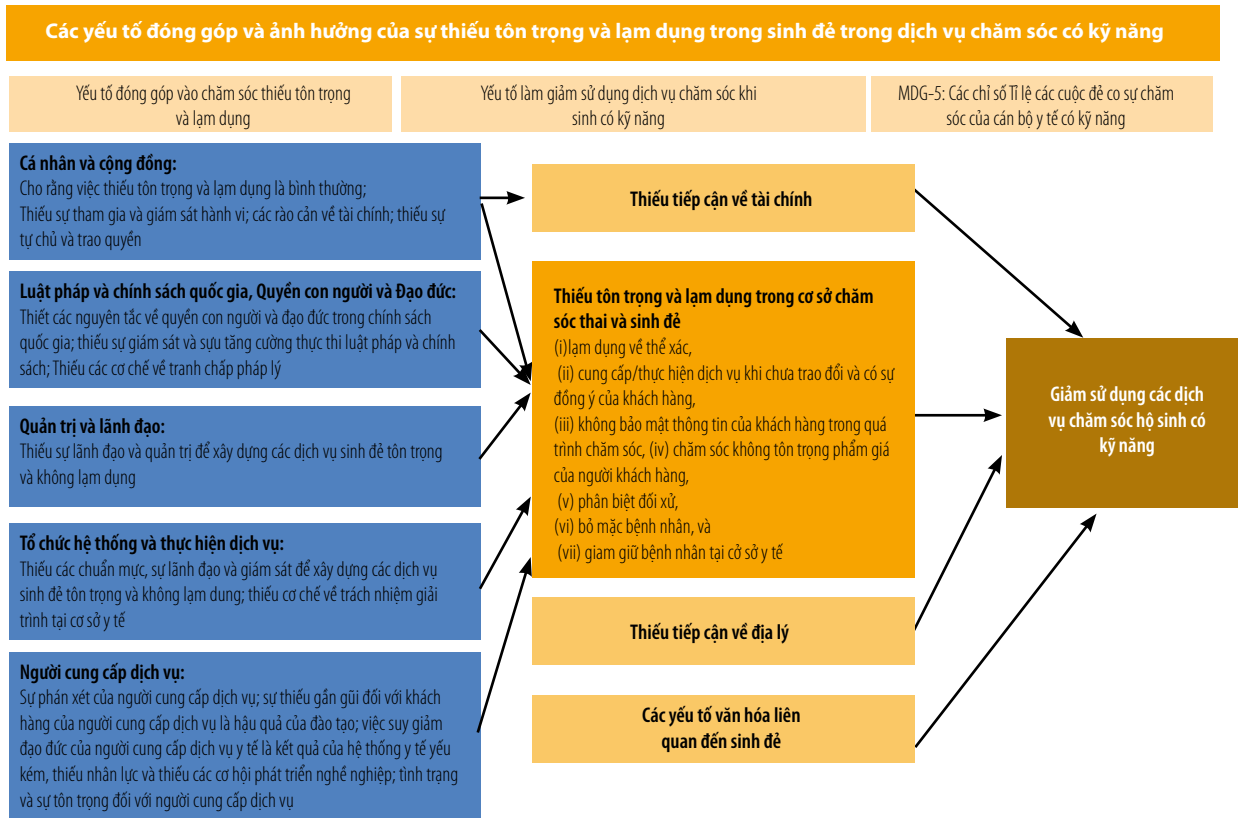
Phần này đưa ra khái niệm về sự chăm sóc có tôn trọng. Nhóm nghiên cứu sử dụng các thông tin từ cuộc điều tra các cơ ở đào tạo hộ sinh và của cuộc thảo luận nhóm với các đại diện các tổ chức phi chính phủ đang hoạt động trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản để xác định các khía cạnh chăm sóc có mức độ tôn trọng cao hoặc khía cạnh chăm sóc tôn trọng nào đã được nhấn mạnh trong đào tạo. Việc tập trung vào khía cạnh chăm sóc tôn trọng sẽ giúp đảm bảo các thế hệ sinh viên mới được đào tạo trong tương lai sẽ được đào tạo trong lĩnh vực này để họ có thể cung cấp được các dịch vụ có sự tôn trọng cao hơn khi ra trường và làm việc ở các cơ sở.

Sự quan tâm toàn cầu trong vấn đề tôn trọng khách hàng khi cung cấp dịch vụ

Nhiều quốc gia trên thế giới đã nhận ra rằng cần phải hành động nhiều hơn nhằm đảm bảo rằng phụ nữ được tôn trọng khi sử dụng dịch vụ và đây là một khía cạnh quan trọng trong chất lượng dịch vụ đối với phụ nữ trong quá trình sinh đẻ [189]. Những thảo luận về sự tôn trọng khi nhận dịch vụ nhấn mạnh rằng đây là một vấn đề phức tạp, liên quan tới sự công bằng trong xã hội, nhân quyền, các tiêu chuẩn xã hội và liên quan tới việc củng cố và cải thiện chất lượng của hệ thống y tế. Mặc dù việc tiếp cận với các hộ sinh có năng lực và thực hiện sinh đẻ tại cơ sở y tế được coi là chiến lược chính nhằm giảm tử

vong mẹ và tử vong sơ sinh, nhưng thái độ phục vụ thiếu tôn trọng và việc lạm dụng trong các cơ sở y tế cung cấp dịch vụ sinh đẻ được xem là rào cản ngăn cản phụ nữ sử dụng những dịch vụ này [190]. Năm 2014, Tổ chức Y tế Thế giới đã kêu gọi ngăn chặn và loại bỏ thái độ thiếu tôn trọng và tình trạng lạm dụng trong các dịch vụ chăm sóc hộ sinh, lời kêu gọi ghi rõ: *“Tất cả phụ nữ đều có quyền tiếp cận những tiêu chuẩn cao nhất về chăm sóc sức khỏe, bao gồm cả quyền của họ được nhận các chăm sóc tôn trọng quyền và phẩm giá trong thời gian mang thai và sinh đẻ”* [191]. Việc kêu gọi sự tham gia của các Chính phủ, các nhà hoạch định chương trình, các nhà nghiên cứu, những người làm công tác vận động và cộng đồng và lời kêu gọi này là một bước tiến quan trọng trong việc cải thiện hệ thống y tế để hệ thống y tế có thể thực hiện tốt hơn quyền của phụ nữ và quyền của người cung cấp dịch vụ y tế. Lời kêu gọi này được xây dựng dựa vào các bằng chứng về tình trạng và các hành vi thiếu tôn trọng và lạm dụng xảy ra tại các cơ sở y tế về dịch vụ sinh đẻ [192]. Những hành vi lạm dụng và thiếu tôn trọng khách hàng được chia thành 7 nhóm: (i) lạm dụng về thể xác, (ii) cung cấp/ thực hiện dịch vụ khi chưa trao đổi và có sự đồng ý của khách hàng, (iii) không bảo mật thông tin của khách hàng trong quá trình chăm sóc, (iv) chăm sóc không tôn trọng phẩm giá của người khách hàng, (v) phân biệt đối xử, (vi) bỏ mặc bệnh nhân, và (vii) giam giữ bệnh nhân tại cơ sở y tế (Hình 54).

Hình 54: Khung đánh giá về chăm sóc tôn trọng khách hàng



Nguồn: Bowser [192]

Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu về thái độ thiếu tôn trọng và lạm dụng trong chăm sóc sinh sản đã được thực hiện tại các cơ sở y tế tại Châu Phi [193], Bowser và các đồng sự [192] định nghĩa mỗi loại trên đây dựa vào các báo cáo về tình trạng thiếu tôn trọng và lạm dụng khi sinh đẻ tại các cơ sở y tế của các nước thu nhập thấp, thu nhập trung bình và thu nhập cao. Bảy loại hành vi được xác định như sau [192]:

- Lạm dụng thể xác bao gồm các hành vi như đánh hoặc tát sản phụ, cũng như việc lạm dụng việc cắt tầng sinh môn không cần thiết và khâu tầng sinh môn sau sinh mà không dùng thuốc mê.
- Cung cấp dịch vụ mà không có sự đồng ý của khách hàng là việc thực hiện cung cấp dịch vụ mà chưa có sự cho phép của sản phụ, đồng thời không cung cấp đầy đủ thông tin để sản phụ có thể chấp thuận, kể cả việc ép buộc sản phụ chấp thuận dịch vụ. Những can thiệp như cắt tầng

sinh môn thường được thực hiện mà sản phụ chưa biết và chưa chấp thuận.

- Dịch vụ không bảo mật thông tin bao gồm việc tiết lộ thông tin cá nhân và vi phạm riêng tư về thể xác. Vi phạm riêng tư về thể xác bao gồm việc để sản phụ sinh tại nơi không kín đáo. Vi phạm riêng tư về thông tin bao gồm để lộ các thông tin nhạy cảm như tình trạng nhiễm bệnh HIV, tuổi, tình trạng hôn nhân, tiền sử bệnh tật, và đặc biệt các thông tin liên quan đến phân biệt và cản trở phụ nữ sinh con tại cơ sở y tế.
- Dịch vụ chăm sóc không tôn trọng phẩm giá, bất lịch sự bao gồm các hành vi xúc phạm, xỉ nhục kể cả việc la hét, cư xử thô lỗ. Cần chú ý là một loạt các “hành vi” có thể được phụ nữ xem là tôn trọng phẩm giá hay không còn tùy thuộc vào hoàn cảnh.

- Phân biệt đối xử trong khi phụ nữ sinh để có thể dựa trên chủng tộc, dân tộc, tuổi tác, ngôn ngữ, các chẩn đoán khác (như tình trạng nhiễm HIV và những bệnh lây nhiễm tình dục khác), các quan niệm truyền thống, trạng thái kinh tế hoặc trình độ học vấn.
- Bỏ mặc việc chăm sóc bao gồm sản phụ bị bỏ một mình trong khi chuyển dạ và sinh đẻ, và việc nhân viên y tế không giám sát đầy đủ sản phụ và không can thiệp trong các tình huống có thể đe dọa đến tính mạng. Có một số phụ nữ trả tiền hối lộ để tránh bị bỏ mặc và để nhận được chất lượng chăm sóc tốt hơn [194].
- Giám giữ tại cơ sở y tế liên quan đến việc sản phụ không được phép đưa con rời khỏi cơ sở y tế cho đến khi thanh toán đầy đủ các khoản phí còn lại.

Định hướng quốc tế để cải thiện dịch vụ tôn trọng khách hàng

Để làm tốt vấn đề cung cấp dịch vụ tôn trọng khách hàng, việc giải quyết vấn đề *quá nhiều, quá sớm và quá ít, quá chậm* cần phải được thực hiện đồng thời với các nỗ lực để xây dựng và làm tốt việc cung cấp dịch vụ tôn trọng khách hàng vì đây chính là trọng tâm của việc cung cấp dịch vụ chất lượng tốt [135]. Tác giả Bowser và cộng sự (Hình 54 ở trên và [192]) đã xác định được các yếu tố liên quan đến tình trạng cung cấp dịch vụ thiếu tôn trọng và sự lạm dụng trong quá trình sinh đẻ tại các tuyến khác nhau của hệ thống cung cấp dịch vụ: cá nhân và cộng đồng; các luật và chính sách quốc gia đóng góp vào duy trì quyền và đạo đức con người; quản trị và lãnh đạo. Sự thay đổi của từng mức độ vì vậy là cần thiết để khuyến khích dịch vụ hướng đến tôn trọng khách hàng phụ nữ, bao gồm cả phụ nữ người dân tộc thiểu số, vị thành niên và thanh niên chưa kết hôn. Một nhóm các tổ chức cùng làm việc trong lĩnh vực chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh gần đây đã xây dựng Chiến lược “Trung tâm sinh đẻ thân thiện với bà mẹ và trẻ sơ sinh” [195], trong đó chiến lược đưa ra một bộ các tiêu chí, các chỉ số và biện pháp khuyến khích nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ

y tế và các chăm sóc tôn trọng khách hàng. Các tác giả mô tả cách tiếp cận: “tiến hành ngay can thiệp giảm nguy cơ và chi phí thấp” và phù hợp với cả nước giàu và nước nghèo [195]. Chiến lược thân thiện với bà mẹ và trẻ sơ sinh có thể được áp dụng để phát triển và cải thiện việc cung cấp dịch vụ tôn trọng khách hàng ở Việt Nam.

Mặc dù hiện nay đã có khá nhiều số liệu liên quan đến chất lượng kỹ thuật của dịch vụ y tế, nhưng các nỗ lực để đo lường, phân loại và cải thiện thông tin về các “chủ đề mềm” trong mối quan hệ giao tiếp là nền tảng cho cung cấp dịch vụ tôn trọng khách hàng vẫn còn thiếu [196]. Chính vì vậy, các nhà lập chính sách hiện nay mới chỉ bắt đầu hiểu về sự chăm sóc sản khoa tôn trọng [197]. Các can thiệp tổng hợp gồm đào tạo cho các bác sĩ lâm sàng và tăng nhận thức cộng đồng góp phần làm giảm sự thiếu tôn trọng và lạm dụng trong chăm sóc hộ sinh [198], đặc biệt cần có cách tiếp cận huy động sự tham gia của cộng đồng và cán bộ y tế liên quan [199]. Mặc dù còn thiếu các bằng chứng về cách tiếp cận đặc thù cho bà mẹ, các bài học kinh nghiệm từ các lĩnh vực khác như phòng chống HIV/AIDS có thể giúp xây dựng các chiến lược để cải thiện chăm sóc tôn trọng [193]. Trong chương trình phòng chống HIV/AIDS, một nghiên cứu ở Việt Nam [200] cho thấy các cán bộ y tế khi đã được tham gia vào quá trình xây dựng kế hoạch hành động để giảm sự kỳ thị và phân biệt đối xử thì họ sẽ có thái độ tốt hơn với người có HIV. Cách tiếp cận tương tự có thể được áp dụng để khuyến khích sự chăm sóc hộ sinh có tôn trọng khách hàng. Đặc biệt trong các cuộc họp với các bên liên quan về việc cần có tiếng nói của người sử dụng dịch vụ, chúng ta cần sử dụng các công cụ để đo lường sự đánh giá của khách hàng về dịch vụ chăm sóc hộ sinh tôn trọng [201]. Việc hiểu biết về thực trạng phụ nữ đang nhìn nhận dịch vụ chăm sóc như thế nào có vai trò vô cùng quan trọng tối ưu hóa việc tăng sử dụng các dịch vụ sinh con ở cơ sở y tế.

Hiện trạng của chăm sóc tôn trọng khách hàng tại Việt Nam

Chúng tôi đã thực hiện một thảo luận nhóm và khảo sát với số lượng mẫu nhỏ (n=8) với một số bên liên quan (các tổ chức phi chính phủ hoạt

động trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản, làm mẹ an toàn bao gồm cả hộ sinh) để xem hiện các cơ sở này đang tập trung vào những lĩnh vực nào (đào tạo, quản lý, xây dựng tiêu chuẩn, thanh tra, giáo dục công cộng, vv) để đạt được mục tiêu trong chăm sóc hộ sinh tôn trọng khách hàng tại Việt Nam. Sau đó chúng tôi tổ chức thảo luận nhóm và tập trung tìm hiểu quan điểm của người tham gia thảo luận về chăm sóc tôn trọng khách hàng với tư cách là người cung cấp dịch vụ, là người làm công tác vận động và người sử dụng dịch vụ hộ sinh. Kết quả của thảo luận nhóm này cung cấp các cơ hội để tăng cường việc đưa ra các lựa chọn cho sản phụ, kiểm soát khi sinh đối với sản phụ cũng như cung cấp các thông tin giúp chúng tôi thiết kế các bộ câu hỏi của cuộc điều tra các cơ sở đào tạo hộ sinh.

Cho phép có người thân bên cạnh trong thời gian chuyển dạ và khi sinh là một trong những chỉ số thể hiện sự tôn trọng trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản và đã được chứng minh là yếu tố giúp cải thiện chất lượng chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh [202]. Những người được phỏng vấn và tham gia thảo luận nhóm cho biết cần cho phép sản phụ lựa chọn người bên cạnh mình khi sinh. Tuy nhiên kết quả của một nghiên cứu cho thấy chỉ 9,5 % sản phụ tại Việt Nam được lựa chọn người bên cạnh khi sinh [135]. Mặc dù những người tham gia thảo luận cho biết sản phụ thường xuyên được hỏi ý kiến xem họ có đồng ý thực hiện can thiệp hay không, họ cho biết họ có nhu cầu được cung cấp thông tin về lợi ích và rủi ro của các can thiệp hơn. Việc cung cấp các thông tin liên quan và hỗ trợ kịp thời cho sản phụ sẽ giúp cho người phụ nữ giữ được sự tôn trọng và kiểm soát bản thân tốt hơn [15], vì thế có thể nói đây là yếu tố cơ bản cung cấp dịch vụ tôn trọng. Những người tham gia thảo luận nhóm cũng xác định việc cần phải khuyến khích phụ nữ lựa chọn tư thế sinh cho mình, bao gồm việc khuyến khích họ tránh nằm ngửa trên bàn đẻ trong khi chuyển dạ.

Cuộc thảo luận nhóm với các tổ chức cũng xác định các lĩnh vực chăm sóc đã có những cải thiện tích cực trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc hộ sinh tôn trọng khách hàng tại Việt Nam. Vì

dụ, những người tham gia cho biết họ thấy càng ngày sản phụ càng được khuyến khích thực hiện cho con bú trong giờ đầu tiên sau khi sinh. Một số khác đã nhận ra tầm quan trọng của việc tìm hiểu các bằng chứng khi sử dụng các biện pháp can thiệp như khởi động quá trình chuyển dạ, mổ sinh hoặc cắt tầng sinh môn, và tầm quan trọng của việc cần phải tránh các can thiệp mà chưa có các bằng chứng chứng minh có lợi như (thụt tháo, cạo lông mu và siêu âm định kỳ sau 24 tuần tuổi thai). Tuy nhiên, một số hành vi vẫn còn tồn tại (như đã trình bày trong nội dung về lạm dụng dịch vụ), và cần phải nỗ lực nhiều hơn để duy trì và nhân rộng các tiến bộ. Những vấn đề chính đưa ra trong thảo luận nhóm sau khi thực hiện khảo sát bao gồm:

- Sự khác nhau về chất lượng dịch vụ tại các khu vực khác nhau của Việt Nam và đặc biệt là những lo ngại trong vấn đề “khả năng tiếp cận với cán bộ hộ sinh có trình độ, tay nghề tại vùng sâu vùng xa”;
- Sự khác biệt giữa cung cấp các dịch vụ công và tư nhân và các bên liên quan muốn coi việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em là vấn đề quyền con người, chứ không phải là vấn đề về thương mại;
- Cần sự tham gia tích cực hơn của những người sử dụng dịch vụ và cần có các chiến lược phù hợp nhằm thu thập ý kiến phản hồi của họ;

Trong Mẫu khảo sát 3 của điều tra đào tạo hộ sinh, chúng tôi yêu cầu những người trả lời phỏng vấn tham khảo danh sách liệt kê các quyền của khách hàng thu thập được từ các nghiên cứu quốc tế về chăm sóc tôn trọng khách hàng. Đối với mỗi mục, chúng tôi yêu cầu người trả lời khảo sát chỉ ra mức độ cảm nhận của họ về mức độ tập trung của cơ sở đào tạo đối với mỗi mục cụ thể đó trong suốt thời gian đào tạo hộ sinh hệ 3 năm. Kết quả được trình bày trong Bảng 22 dưới đây, trong đó điểm 1 thể hiện cơ sở đào tạo không tập trung hoặc mức tập trung rất ít, trong khi điểm 5 thể hiện độ tập trung cao.

Bảng 22: Cách tiếp cận dựa trên quyền và quyền sinh sản trong đào tạo và trong chăm sóc tôn trọng khách hàng

Chăm sóc tôn trọng khách hàng	Trung bình
Cho con bú sữa mẹ sớm (trong vòng giờ đầu tiên kể từ khi sinh)	5.0
Cho con tiếp xúc da liền da với mẹ ngay khi sinh trong ít nhất 1 giờ đồng hồ	4.9
Khuyến khích cho con bú theo nhu cầu của con	4.9
Thông tin cá nhân của khách hàng cần được giữ bí mật	4.7
Giữ mẹ và con ở cạnh nhau 24 tiếng/ngày	4.6
Sản phụ được chăm sóc trong các giai đoạn mang thai, sinh và sau sinh theo đúng Hướng dẫn quốc gia về chăm sóc SKSS	4.5
Thực hiện hỗ trợ liên tục trong suốt thời gian chuyển dạ	4.5
Sản phụ cần được đảm bảo riêng tư trong thời gian được chăm sóc	4.5
Chăm sóc tôn trọng khách hàng bao gồm tôn trọng các lợi ích, văn hóa và truyền thống của họ	4.4
Tự do đi lại trong quá trình chuyển dạ	4.4
Hộ sinh có kỹ năng thông báo cho sản phụ và gia đình của họ về những lợi ích và những rủi ro của các can thiệp trước khi, trong khi và sau khi sinh	4.3
Lựa chọn vị trí sinh, và khuyến khích sản phụ tránh nằm ngửa	3.1
Sản phụ có thể lựa chọn người bên cạnh mình trong suốt thời gian chuyển dạ	2.9

Nguồn: Điều tra cơ sở đào tạo hộ sinh 2016

Kết quả cho thấy một số lĩnh vực được cho là quan trọng và nhấn mạnh trong các cơ sở đào tạo này như việc cho bú sớm và tiếp xúc da liền da giữa mẹ và con. Tuy nhiên, cần tiếp tục cải thiện trong một số lĩnh vực khác như cho phép

sản phụ có người thân bên cạnh trong thời gian sinh và cho phép lựa chọn tư thế sinh.

Các vấn đề liên quan tới đảm bảo chăm sóc tôn trọng khách hàng khi cung cấp dịch vụ cũng

được phát hiện qua một số nghiên cứu ở Việt Nam. Ví dụ, các nghiên cứu về phòng chống lây nhiễm từ mẹ sang con tại Việt Nam đã phát hiện một vài thiếu sót quan trọng trong cung cấp dịch vụ y tế và cho thấy cán bộ cung cấp dịch vụ chưa nhạy cảm với các khía cạnh về tâm lý xã hội khi chăm sóc bệnh nhân và việc chăm sóc theo dõi sau sinh không đầy đủ. Kết quả của một nghiên cứu cho thấy nhìn chung phụ nữ sẵn sàng kiểm tra HIV khi sử dụng dịch vụ chăm sóc trước sinh, tuy nhiên, những phụ nữ có kết quả kiểm tra dương tính cảm thấy rất không hài lòng do chất lượng tư vấn chưa tốt và cán bộ cung cấp dịch vụ chăm sóc trước sinh không đề xuất điều trị ARV [62]. Một nghiên cứu khác tại Hà Nội cũng phát hiện rằng việc kiểm tra HIV khi sinh là quy định tại các bệnh viện nhà nước, và không có thủ tục để từ chối. Dường như bệnh nhân chấp nhận kiểm tra HIV định kỳ, nhưng cán bộ y tế tại những bệnh viện này dường như không thoả mái nói chuyện với sản phụ về tình trạng nhiễm HIV của họ. Thay vào đó, họ dựa vào hệ thống báo cáo bệnh truyền nhiễm chính thống để thông báo tình trạng nhiễm HIV cho sản phụ, điều này chính là một hình thức chia sẻ thông tin với các cơ sở y tế khác của nhà nước mà không có sự đồng ý của bệnh nhân về tình trạng nhiễm HIV của họ [203].

Một số thử nghiệm đang được tiến hành để cải thiện chất lượng chăm sóc sức khỏe sinh sản, bao gồm thái độ tôn trọng của cán bộ y tế tại các trạm y tế xã [204]. Kết quả của việc đánh giá tác động cho thấy việc đào tạo thêm và việc xây dựng thương hiệu cho mô hình nhượng quyền xã hội đã tác động tích cực đến sự hài lòng của khách hàng về thái độ của người cung cấp dịch vụ. Bộ Y tế đang có rất nhiều nỗ lực để cải thiện hình thức cung cấp dịch vụ và thái độ của người cung cấp dịch vụ để đảm bảo sự hài lòng của khách hàng. Bộ Quy chuẩn về đạo đức của cán bộ y tế đã được phê duyệt năm 2014 (Thông tư 7/2014/TT-BYT). Đây là một điều kiện rất phù hợp để áp dụng Bộ quy chuẩn trong lĩnh vực hộ sinh. Mặc dù Luật Khám chữa bệnh năm 2009 đã có một số điều khoản liên quan đến bảo vệ quyền cho khách hàng (Điều 3), nhưng thực tế Điều luật về Quyền của khách hàng ở Việt Nam chưa có, một điều luật tương tự như của Thái Lan,

để khách hàng có thể chủ động thực hiện quyền được tôn trọng của mình khi khám chữa bệnh.

Sự chấp nhận của nhân dân đối với mô hình chăm sóc Sức khỏe sinh sản hiện đại do hộ sinh chịu trách nhiệm

Ở Việt Nam hiện nay, phần lớn phụ nữ đẻ trong bệnh viện và họ chấp nhận các can thiệp không cần thiết trong quá trình sinh đẻ vì họ không biết rằng họ có sự lựa chọn được đẻ một cách tự nhiên hơn. Hiện nay, không có nhiều thông tin về các mong muốn của phụ nữ về sinh đẻ, nhưng xu hướng chung ở Việt Nam cũng như ở các nước là phụ nữ chấp nhận quá trình sinh đẻ tự nhiên hơn là một quá trình có sự can thiệp quá mức của y khoa, với điều kiện là người cán bộ y tế được đào tạo kỹ càng và có kỹ năng và cơ sở y tế nơi người phụ nữ đến đẻ phải ở gần nơi có khả năng thực hiện cấp cứu sản khoa để có thể chuyển tuyến khi cần thiết. Các nghiên cứu thêm về chủ đề này trong bối cảnh hiện nay ở Việt Nam cần được thực hiện càng sớm càng tốt.

3.4.2. Chăm sóc sức khỏe sinh sản cho thanh niên/vị thành niên (TN/VTN) chưa lập gia đình

Tình dục của TN/VTN ở Việt Nam chịu ảnh hưởng của cả tập tục truyền thống và hệ quả của quá trình toàn cầu hóa và hiện đại hóa [45, 205] cũng như những đáp ứng về chính sách và thái độ của người cung cấp dịch vụ liên quan đến chăm sóc sức khỏe sinh sản cho TN/VTN [206]. Các kết quả nghiên cứu cho thấy TN/VTN đang ở độ tuổi quan hệ tình dục có nhu cầu về sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục, đặc biệt là thông tin để giúp TN/VTN tự bảo vệ mình khỏi việc mang thai và bệnh tật, cũng như thông tin về việc cung cấp các biện pháp tránh thai, điều trị và sàng lọc các BLTQĐTD [207]. Từ năm 2003 đến năm 2009, tỷ lệ TN/VTN trong độ tuổi từ 14-25 tuổi có quan hệ tình dục trước hôn nhân tăng từ 7,6% đến 9,5%, trong khi độ tuổi trung bình lúc quan hệ tình dục lần đầu ở TN/VTN Việt Nam trong độ tuổi 14-25 giảm từ 19,6 đến 18,1 [208, 209]. Vào năm 2015, độ tuổi trung bình lúc quan hệ tình dục lần đầu ở TN/

VTN tuổi 10-24 là 18.7 [210]. Năm 2015, tỷ lệ TN/VTN độc thân đã từng có quan hệ tình dục vẫn còn thấp ở nhóm tuổi từ 14-17, nhưng tỷ lệ này tăng lên 14,8% ở nam giới và 2,1% ở nữ giới trong nhóm tuổi 18-21 và 29,8% ở nam giới và 6,1% ở nữ giới trong độ tuổi từ 22 đến 25. Quan hệ tình dục ở nhóm TN độc thân ở đô thị cao hơn ở nông thôn. Thái độ của TN/VTN cho thấy phần lớn TN/VTN có thể chấp nhận việc có quan hệ tình dục trước hôn nhân. Tuy nhiên, sự kỳ thị đối với quan hệ tình dục ngoài hôn nhân, đặc biệt là đối với phụ nữ trẻ dẫn đến tình trạng dấu diếm nhiều hơn. Điều này ngăn cản TN/VTN có được các thông tin chính xác về tình dục, về HIV / STI, và quan hệ tình dục an toàn hơn [207].

Trong Điều tra quốc gia 2016 về TN/VTN, khoảng 50.5% phụ nữ tuổi 15-24 cho biết đang sử dụng biện pháp tránh thai, trong đó bao cao su (21.5%), viên tránh thai uống (17%) và đặt vòng (12%). Tuy nhiên, tỉ lệ sử dụng không liên tục lên đến 40.5%. Khoảng 30% phụ nữ tuổi 15-24 có nhu cầu chưa được đáp ứng về biện pháp tránh thai hiện đại, tỉ lệ này cao hơn ở thanh niên Kinh và nhóm chưa kết hôn [210]. Kết quả điều tra cũng cho thấy sự sẵn có của các phương tiện tránh thai không phải là vấn đề cản trở việc sử dụng bao cao su (3.0% và 0.8% lần lượt ở nữ và nam) và thay vào đó, rào cản lớn nhất là các cô gái cảm thấy rất xấu hổ khi đi mua bao cao su (77%) và nỗi sợ khi bị phát hiện đang làm một điều gì đó mà xã hội không chấp nhận (21%) [210].

Những người có liên quan nhận thức được nhu cầu cần thiết phải đảm bảo các dịch vụ sức khỏe sinh sản phù hợp cho thanh niên. Chiến lược quốc gia về sức khỏe sinh sản giai đoạn 2001-2010 (136/2000 / QĐ-TTg) có một mục tiêu cụ thể là "Cải thiện sức khỏe sinh sản và Sức khỏe tình dục của TN/VTN dưới 18 tuổi" thông qua các hoạt động giáo dục, tư vấn và cung cấp các dịch vụ sức khỏe sinh sản phù hợp với lứa tuổi, và tăng cường hoạt động để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe sinh sản của TN/VTN trong giai đoạn 2001-2005. Chiến lược về Dân số và Sức khỏe sinh sản của Việt Nam giai đoạn 2011-2020 (Theo Quyết định 2013 / QĐ-TTg ban hành năm 2011

của Thủ tướng Chính) đặt ra mục tiêu cụ thể về việc cải thiện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản cho TN/VTN trong độ tuổi từ 16-30, xây dựng và cung cấp các dịch vụ sức khỏe sinh sản thân thiện với TN/VTN trong các cơ sở chăm sóc sức khỏe sinh sản và giảm thiểu việc mang thai ngoài ý muốn ở TN/VTN. Kế hoạch của chiến lược là xây dựng một dự án riêng để cải thiện sức khỏe sinh sản của TN/VTN.

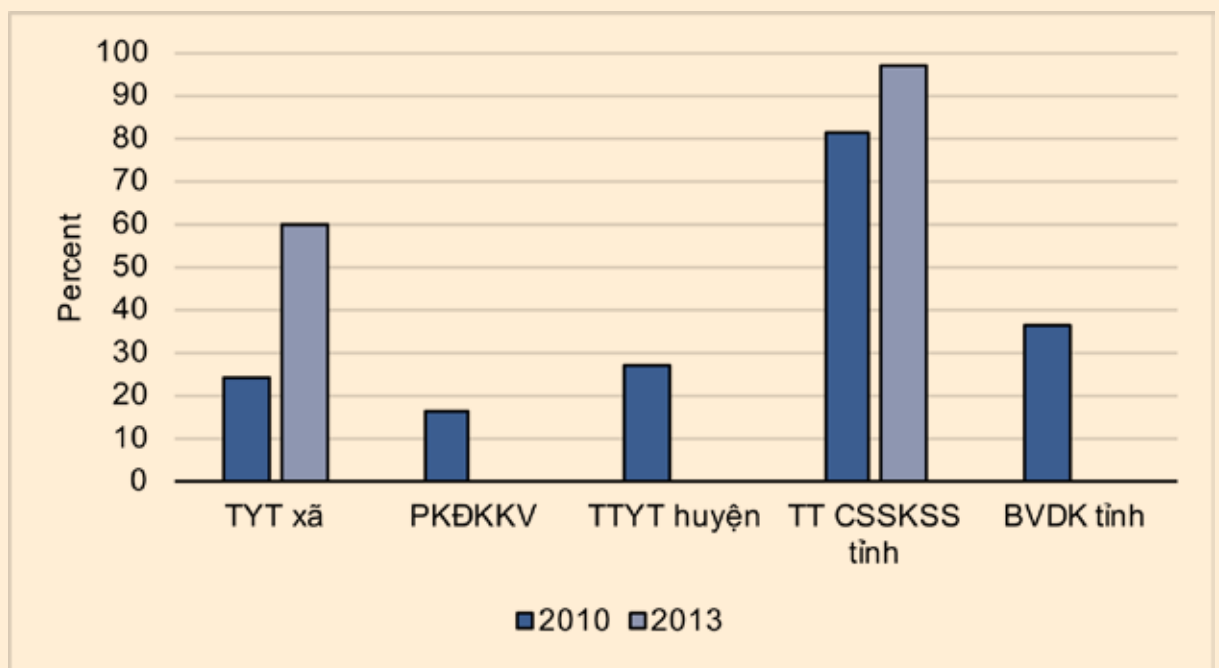
Việc thực hiện các chính sách để giải quyết những nhu cầu về sức khỏe sinh sản chưa được đáp ứng của TN/VTN vẫn chưa đạt được độ bao phủ hoặc chưa đạt được hiệu quả cao. Mặc dù hệ thống các trường phổ thông đang thực hiện giảng dạy những kiến thức cơ bản về sinh sản của con người, kiến thức thực hành sức khỏe tình dục của học sinh trung học chưa đầy đủ. Kết quả của một nghiên cứu ở học sinh lớp 11 tại Hà Nội cho thấy 62,1% số học sinh đã học về tình dục và sinh sản trong trường học, nhưng chỉ có 15,3% học sinh lớp 11 hiểu biết về phương pháp tránh thai hiệu quả nhất, 46,9% biết thời gian thích hợp để đeo bao cao su và 41,2% biết cần làm gì nếu bao cao su bị rách [211]. Không có thông tin về việc các trường học có tổ chức các chương trình giới thiệu kỹ năng sống cần thiết cho việc đàm phán quan hệ tình dục đồng thuận hoặc quan hệ tình dục an toàn [212]. Khi được hỏi về vấn đề tình dục, tránh thai và phá thai ở tuổi TN/VTN, sinh viên hộ sinh đang được đào tạo cho biết họ không chấp nhận việc quan hệ tình dục trước hôn nhân và phá thai ở tuổi TN/VTN. Điều này có khả năng ảnh hưởng đến thái độ của họ khi phục vụ khách hàng. Những sinh viên hộ sinh đang được đào tạo cũng bày tỏ quan ngại về sự mất cân bằng giới tính trong các mối quan hệ tình dục, kiến thức hạn chế của TN/VTN về vấn đề sức khỏe sinh sản, và thái độ xã hội tiêu cực [45]. Họ cho rằng những điều trên có ảnh hưởng mạnh mẽ tới nhu cầu sức khỏe sinh sản và hành vi tình dục của TN/VTN.

Tại thời điểm năm 2013, các dịch vụ sức khỏe thân thiện với TN đã được cung cấp tại 62 trong số 64 trung tâm sức khỏe sinh sản tỉnh và 59,4% số TYT xã có dịch vụ sức khỏe sinh sản thân thiện với TN/VTN, dưới hình thức là góc tư vấn riêng

cho TN/VTN [5] (Hình 55). Tuy nhiên, chúng tôi không được thông tin để biết là những người cung cấp dịch vụ có thụ động chờ đợi TN/VTN đến tìm kiếm dịch vụ hay họ chủ động tiếp cận để giúp TN/VTN biết và sử dụng các dịch vụ do TYT xã cung cấp. Trong khi cộng tác viên KHHGD chủ yếu tập trung vào các cặp vợ chồng đã kết hôn và có con đầu lòng, thì tại các trường học,

nhà máy, và những nơi khác (vốn là những nơi có một số lượng lớn TN/VTN) lại không có các hoạt động cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản thân thiện với TN/VTN để đảm bảo họ có kiến thức đầy đủ và cung cấp bao cao su cũng như các phương pháp tránh thai khác cho nhóm này.

Hình 55: Sự sẵn có của các dịch vụ thân thiện với thanh niên và vị thành niên theo loại hình cơ sở, 2010 & 2013



Ghi chú: Điều tra năm 2013 chỉ hỏi về các dịch vụ thân thiện với thanh niên và vị thành niên tại các trạm y tế xã và các trung tâm SKSS tỉnh.
 Nguồn: Điều tra của vụ SKBMTE, 2010 [20] và 2013 [5]

Tình trạng mang thai ngoài ý muốn ở TN/VTN chưa kết hôn là một vấn đề nghiêm trọng vì đây là kết quả của việc tư vấn không đầy đủ về biện pháp tránh thai và sự kỳ thị về việc mang thai khi chưa lập gia đình có thể dẫn đến sự chậm trễ trong việc phá thai sớm. Các cuộc điều tra về nhân khẩu học gần đây thường tránh hỏi phụ nữ chưa kết hôn những câu hỏi nhạy cảm về sử dụng biện pháp tránh thai, mang thai hoặc phá thai, vì thế thực trạng của vấn đề này chưa rõ. Thống kê của Vụ SKBMTE cho thấy rằng chỉ có 5.548 ca phá thai ở TN/VTN trong số 266.857 ca

phá thai được báo cáo, trong khi một số nghiên cứu khác cho thấy con số này có thể cao hơn rất nhiều [206]. Không biết có bao nhiêu TN/VTN chưa lập gia đình (tuổi từ 18 đến 30) đã phá thai do mang thai ngoài ý muốn. Mang thai ngoài ý muốn và phá thai trong TN/VTN ở Việt Nam là do thiếu thông tin và dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản cho TN/VTN cũng như thái độ xã hội tiêu cực đối với tình dục ở TN/VTN [206]. Trong các cuộc phỏng vấn, cán bộ cung cấp dịch vụ cho rằng việc tư vấn cho khách hàng chưa lập gia đình nên tập trung vào việc cảnh báo về những

rủi ro và nguy hiểm của việc phá thai và quan hệ tình dục trước hôn nhân và bản thân các nhà cung cấp cũng không chấp nhận điều này ở TN/VTN [206]. Vì nhiều rào cản khác nhau, phụ nữ trẻ chưa lập gia đình có xu hướng tiếp cận các dịch vụ phá thai muộn, họ có thể tìm kiếm dịch vụ phá thai bí mật (và không an toàn) hoặc sinh con và sau đó bỏ rơi trẻ sơ sinh [45,70, 205]. Phá thai không an toàn có thể làm cho các phụ nữ này có nguy cơ vô sinh trong tương lai.

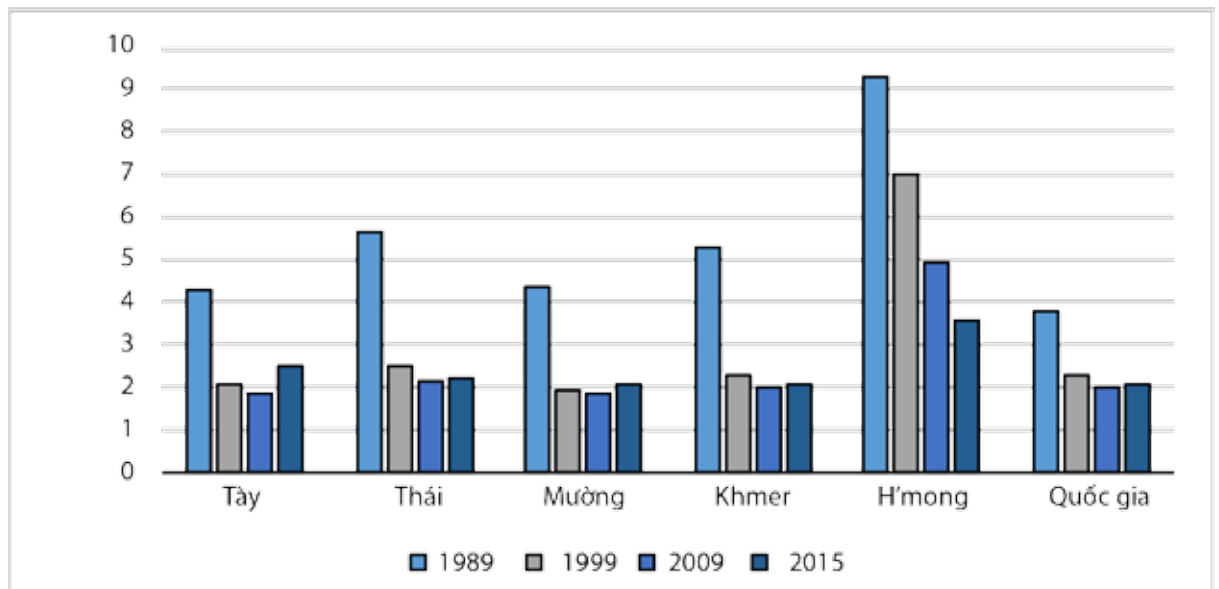
Các bệnh lây truyền qua đường tình dục bao gồm HIV, là một mối đe dọa nghiêm trọng đối với sức khỏe sinh sản và tình dục của TN/VTN. Các nhà hoạch định chính sách và người cung cấp dịch vụ cần khuyến khích TN/VTN nhận được kiến thức đầy đủ về những rủi ro và các phương pháp để tự bảo vệ mình. Các khuyến khích này bao gồm việc bảo vệ và trao quyền năng cho phụ nữ để họ đủ khả năng thương thảo và yêu cầu có quan hệ tình dục an toàn trong các mối quan hệ tình dục. Liên quan đến vấn đề này, là việc HIV lây lan qua hành vi cầu nối giữa người có nguy cơ cao và người có nguy cơ thấp nếu họ không thực hiện đúng và liên tục các thực hành tình dục an toàn. Một nghiên cứu gần đây cho thấy rằng một nửa số TN/VTN từ 18-29 tuổi đang có quan hệ tình dục, trong đó 43,3% có quan hệ tình dục trước hôn nhân. Tình dục với nhiều đối tác là 31% và tỷ lệ này cao hơn ở nam giới (56,7%) và nữ giới (9,2%). Gần 27% nam giới và 5% nữ giới tham gia vào các hành vi tình dục cầu nối, nghĩa là quan hệ tình dục với các nhóm nguy cơ cao như người bán dâm hay đối tượng tiêm chích ma túy và với một đối tác trong nhóm có nguy cơ thấp. Trong khi tỷ lệ sử dụng bao cao su ở người bán dâm là cao, thì tỷ lệ này lại thấp ở các đối tác thường xuyên và các cặp vợ chồng và các đối tác không thường xuyên [213].

3.4.3. Nhạy cảm về văn hóa là yếu tố chính trong chăm sóc Sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục cho người dân tộc thiểu số

Phụ nữ dân tộc thiểu số có nhu cầu cao đối với các dịch vụ sức khỏe sinh sản vì một số lý do. Tỷ lệ TN/VTN sinh con có xu hướng phổ biến hơn ở các vùng dân tộc thiểu số (Hình 40 ở trên) và điều này dẫn đến rủi ro cao hơn đối với bà mẹ và

trẻ em [214], trong bối cảnh các cơ sở y tế ít có khả năng đối phó với các tai biến. Mắc bệnh sốt rét trong quá trình mang thai là bệnh đặc trưng ở nhiều vùng miền núi và là nơi có người dân tộc thiểu số sinh sống. Mắc bệnh sốt rét trong thai kỳ dẫn đến bệnh thiếu máu ở người mẹ, có thể dẫn đến sẩy thai, sinh non, trẻ nhẹ cân, nhiễm trùng bẩm sinh, hoặc tử vong chu sinh [215]. Tỷ suất sinh cao là một yếu tố khác có ảnh hưởng lớn đến nhu cầu về các dịch vụ sức khỏe sinh sản trong nhóm dân tộc thiểu số. Tổng Điều tra Dân số và Nhà ở năm 2009 cho thấy tỷ suất sinh ở dân tộc H'mông cao hơn đáng kể so với các nhóm dân tộc khác (Hình 56). Tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh và trẻ dưới 5 tuổi ở nhóm người dân tộc thiểu số cao hơn đáng kể so với nhóm người Kinh. Năm 2009, trong khi tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh trong nhóm người Kinh là 13/1.000 trẻ đẻ sống, thì ở nhóm dân tộc Thái là 27/1.000 trẻ đẻ sống, và ở dân tộc H'mông cao hơn 3 lần (46/1.000 trẻ đẻ sống) [216]. Ngoài ra, do nghèo đói, nhiều phụ nữ dân tộc thiểu số bị suy dinh dưỡng và phải làm việc đặc biệt nặng nhọc từ rất sớm, điều này tạo ra thêm rủi ro cho độ tuổi sinh sản của họ [217].

Hình 56: Các xu hướng trong tổng tỷ suất sinh theo nhóm dân tộc, 1989-2015



Nguồn: UNFPA. Dân tộc thiểu số ở Việt Nam 2011.[216];

Ghi chú: Số liệu năm 2015 có thể không tương thích vì cuộc điều tra chỉ được thực hiện ở vùng dân tộc thiểu số, không đại diện cho quốc gia, do vậy các chỉ số tăng xảy ra giữa hai thời điểm 2009 và 2015 ở một số nhóm có thể do sự khác nhau về tính đại diện của cỡ mẫu.

Nguồn: 1989-2009: UNFPA. Các nhóm dân tộc thiểu số ở Việt Nam. 2011. 2015. [216] Bảng 17: Điều tra tình hình kinh tế xã hội của 53 nhóm dân tộc thiểu số năm 2015 [218]

Phụ nữ dân tộc thiểu số ít có khả năng sử dụng các dịch vụ sức khỏe sinh sản hơn so với phụ nữ người Kinh. Phần nội dung trên đây về khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản cho thấy phụ nữ dân tộc thiểu số có nhu cầu về dịch vụ tránh thai chưa được đáp ứng cao hơn so với phụ nữ người Kinh (mặc dù tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai hiện đại của họ cao hơn). Tỷ lệ phụ nữ mang thai là người dân tộc thiểu số sử dụng dịch vụ chăm sóc trước sinh (Hình 42) và tỷ lệ sinh tại các cơ sở y tế hay sinh có sự hỗ trợ của cô đỡ thôn bản đã qua đào tạo (Hình 45) đều thấp hơn đáng kể so với tỷ lệ sử dụng dịch vụ gần như phổ cập của phụ nữ dân tộc Kinh.

Sự khó khăn về địa hình là một trong các rào cản quan trọng đối với việc sử dụng các dịch vụ chăm sóc trước sinh và dịch vụ trong sinh. Phụ nữ dân tộc thiểu số thường sống ở các vùng miền núi, ở nơi các làng mạc nằm rải rác và khoảng cách đến trạm y tế xã gần nhất có thể phải mất nửa ngày đi đường. Đây là một rào cản lớn ngăn cản

họ tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc trước sinh và khi sinh, đặc biệt là khi nhận thức về lợi ích của các dịch vụ này còn thấp hoặc có những rào cản văn hóa dẫn đến việc không muốn sử dụng các dịch vụ đó. Địa hình mấp mô cũng đặt người phụ nữ vào nguy cơ sẩy thai cao hơn [217] hoặc việc di chuyển đến cơ sở y tế trong ba tháng cuối của thai kỳ là rất khó khăn nên đây một rào cản đối với việc sinh tại cơ sở y tế [219]. Khoảng cách liên quan đến tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh cao hơn [220].

Khả năng chi trả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ cũng có thể ảnh hưởng đến mức độ sử dụng dịch vụ. Rào cản về tài chính ngăn cản phụ nữ tìm kiếm các dịch vụ sức khỏe sinh sản đã giảm khi Chính phủ có các chính sách trợ cấp bảo hiểm y tế cho người dân tộc thiểu số sống ở vùng sâu và vùng xa. Chính phủ có một chính sách khác hỗ trợ 2 triệu đồng cho phụ nữ dân tộc thiểu số thuộc các hộ gia đình nghèo ở các địa phương khó khăn, những người không có bảo

hiểm y tế để khuyến khích họ khi họ sinh con tại cơ sở y tế với điều kiện là họ tuân thủ các chính sách dân số của Chính phủ (Theo Nghị định số 39/2015 / NĐ-CP)²⁹. Tuy nhiên, chi phí chăm sóc gián tiếp có thể là một gánh nặng tài chính lớn, đặc biệt là nếu sản phụ được chuyển đến một bệnh viện để chăm sóc và như thường lệ sẽ có thêm nhiều thành viên trong gia đình đi kèm với sản phụ đó [217]. Thậm chí khi phụ nữ nhận được hỗ trợ để trả cho các chi phí về thức ăn, nhiều phụ nữ vẫn thích đẻ tại nhà vì các lý do văn hóa [32].

Sự chấp nhận về văn hóa và xã hội của dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ liên quan đến quan niệm của phụ nữ dân tộc cho rằng việc có thai và sinh con là quá trình khỏe mạnh và bình thường, không cần sự can thiệp của cán bộ y tế trừ khi có biến chứng [32]. Họ cho rằng chăm sóc trong khi có thai đặc biệt là siêu âm sẽ xác định cuộc đẻ có an toàn hay không và điều này là một trong các yếu tố mà họ quyết định đẻ ở nhà. Phụ nữ đẻ con so có xu hướng đẻ tại cơ sở y tế, nhưng phụ nữ đẻ con dạ, đặc biệt người có các cuộc đẻ bình thường lần trước, thường hay đẻ tại nhà, do họ được ở nhà với các con và gia đình của họ [32]. Một số nghiên cứu cũng cho thấy một số nhóm dân tộc đẻ tại nhà vì họ có thể thực hiện được các nghi lễ tâm linh [219], hoặc do họ sợ các cơ sở y tế sẽ không cho phép việc có một người thầy cúng đến nơi họ đẻ để làm lễ hoặc cho phép có nhiều người trong gia đình cùng có mặt trong khi họ đẻ [32]. Việc người dân bản khoăn, lo lắng các cơ sở y tế sẽ không cho phép họ thực hiện một số điều như họ không phải nằm trên bàn đẻ đẻ (thay bằng ngồi xổm hoặc quỳ gối), được tắm lá thuốc ngay sau cuộc đẻ, được thực hiện nghi lễ chôn rau thai có thể là lý do khiến cho phụ nữ chọn đẻ tại nhà [32]. Nhiều phụ nữ dân tộc thiểu số chưa bao giờ được tham gia vào các hoạt động truyền thông, giáo dục sức khỏe để họ hiểu về những lợi ích mà họ có thể nhận được từ dịch vụ chăm sóc trong khi có thai hoặc do người hộ sinh có trình độ chuyên môn cung cấp. Các nghiên cứu cho thấy việc người phụ nữ

không hoặc thiếu nhận thức về các dấu hiệu của chuyển dạ đẻ hoặc của các tai biến có thể dẫn đến việc chậm trễ trong việc tìm kiếm các điều trị các tai biến trong khi có thai và sinh đẻ [32].

Chất lượng dịch vụ bà mẹ và trẻ em cũng có thể là yếu tố ảnh hưởng đến mức độ sử dụng dịch vụ của phụ nữ dân tộc. Kết quả đánh giá của Vụ SKBMTTE về năng lực cung cấp dịch vụ sức khỏe sinh sản trong năm 2010 cho thấy những khu vực mà đồng bào dân tộc thiểu số chiếm đa số, như Trung du và Miền núi phía Bắc và Tây Nguyên, tỷ lệ TYTX không có đủ khả năng cung cấp 5 dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ thiết yếu [20]³⁰ rất cao với tỷ lệ là 65% không cung cấp được các dịch vụ này. Một nghiên cứu khác năm 2009 cho thấy các bác sĩ và hộ sinh đang cung cấp dịch vụ hộ sinh tại các TYTX và bệnh viện huyện thiếu hụt năng lực lớn vì họ không thể thực hiện đúng tất cả các bước cần thiết của các kỹ thuật cấp cứu tính mạng như thực hiện xử trí tích cực giai đoạn 3 của cuộc chuyển dạ, bóc rau nhân tạo hoặc hồi sức sơ sinh [21]. Rào cản về ngôn ngữ cũng ảnh hưởng đến việc sử dụng dịch vụ bởi vì nhiều cán bộ y tế không nói được tiếng dân tộc thiểu số. Thái độ không phù hợp của nhân viên y tế, bao gồm sự thiếu quan tâm đến khách hàng hay thô lỗ, cũng góp phần làm giảm sự chấp nhận các dịch vụ chăm sóc của người dân tộc [217]. Trong khi một số phụ nữ dân tộc thiểu số tỏ ra miễn cưỡng khi cán bộ y tế nam khám bệnh cho họ [221], thì những người thuộc nhóm dân tộc khác lại không bị các lý do trên hạn chế việc sử dụng dịch vụ [32, 219].

Những nỗ lực để giảm bớt sự bất bình đẳng trong việc sử dụng dịch vụ sức khỏe sinh sản và các dịch vụ y tế khác thể hiện qua sự đầu tư cho các TYTX để đáp ứng các tiêu chuẩn cơ bản để đánh giá hoạt động y tế, điều trị và phòng bệnh [222]. Cho đến nay, kết quả của việc cải thiện các tiêu chuẩn ở các TYTX đã cho thấy có những tiến bộ nhanh chóng ở các khu vực đồng bằng, trừ đồng bằng sông Cửu Long; hai khu vực có người dân tộc thiểu số chiếm đa số, gồm vùng Trung

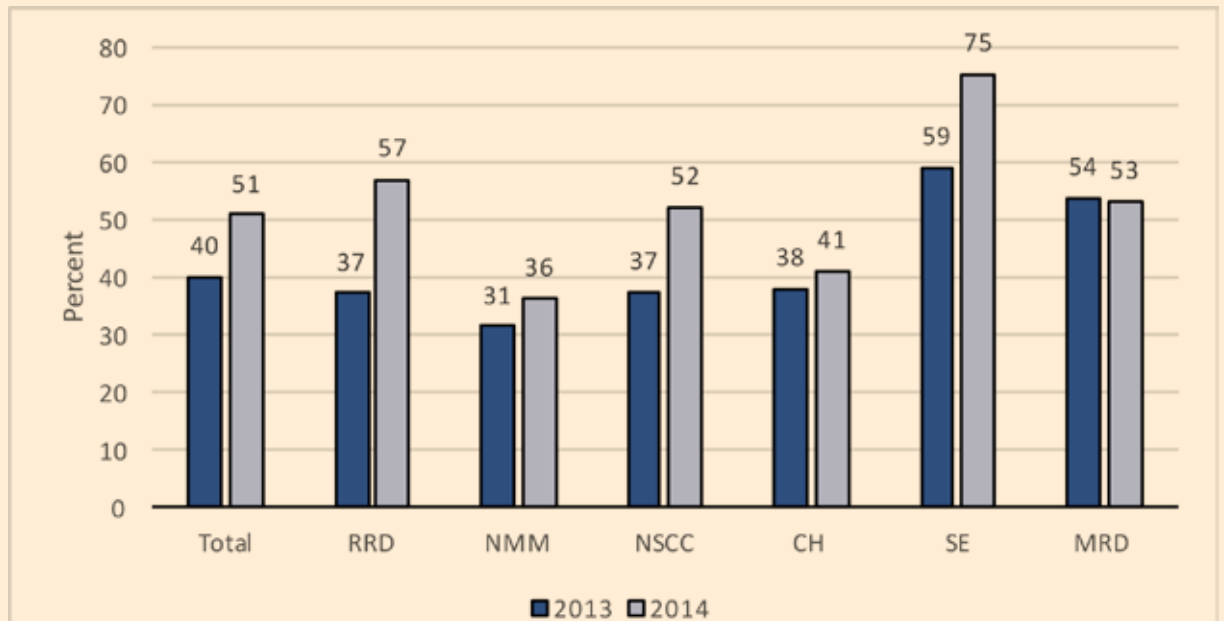
29 Chính sách hiện tại có hiệu lực với phụ nữ sinh con đầu hoặc con thứ hai. Nếu sinh con thứ ba thì quyền vẫn có hiệu lực nếu một tiêu chí trong danh sách các tiêu chí được đáp ứng, ví dụ, đây là lần sinh con đầu tiên và là sinh ba.

30 Đờ đẻ ngồi chòm, xử trí tích cực giai đoạn ba của chuyển dạ đẻ, xoa đáy tử cung, bóc rau nhân tạo bằng tay và tiêm thuốc chống co giật,

du và Miền núi phía Bắc và Tây Nguyên, thì việc cải thiện chậm hơn nhiều (Hình 57). Những nỗ lực gần đây nhằm thực hiện đào tạo liên tục, tập trung vào đào tạo người đỡ đẻ có kỹ năng và kỹ năng chăm sóc sơ sinh thiết yếu đã giúp tăng tỷ

lệ các TYTX có đủ khả năng cung cấp các dịch vụ thiết yếu, nhưng hiện không có cuộc điều tra nào được tiến hành để đánh giá mức độ được cải thiện.

Hình 57: Tỷ lệ các xã đáp ứng các tiêu chuẩn quốc gia cho y tế xã, 2013-2014



Nguồn: Niên giám Thống kê y tế 2013, 2014 [12]

Tăng cường mạng lưới cô đỡ thôn bản (CTTB) là một sáng kiến để đáp ứng nhu cầu về mặt văn hóa nhằm thúc đẩy phụ nữ dân tộc thiểu số sống ở vùng sâu vùng xa và vùng khó khăn tiếp cận và chấp nhận các dịch vụ sức khỏe sinh sản. Sáng kiến này đã được thực hiện thông qua quá trình đào tạo năng lực để CTTB đạt được các

tiêu chuẩn kỹ năng hộ sinh cần thiết, ban hành hướng dẫn nhiệm vụ cho các CTTB, vận động để ngân sách địa phương chi trả phụ cấp, xác định rõ nơi làm việc của CTTB (làm cơ sở để ngân sách trung ương sẽ chi vào đâu), và phạm vi trách nhiệm rõ ràng. Các chính sách cụ thể liên quan được trình bày trong Bảng 23.

Bảng 23: Các chính sách tăng cường mạng lưới cô đỡ thôn bản

Cô đỡ thôn bản (người dân tộc thiểu số)			
2009	Thù lao	Quyết định 75/2009/QĐ-TTg quy định về mức thù lao cho nhân viên y tế thôn bản	Số lượng nhân viên y tế thôn bản: Mỗi thôn vùng sâu vùng xa có thể tuyển dụng 1-2 nhân viên y tế thôn bản Thù lao: tương đương với 0,5 mức lương tối thiểu do chính phủ quy định đối với nhân viên y tế thôn bản làm việc tại các vùng sâu vùng xa. Thù lao được trả từ ngân sách nhà nước (trung ương)
2012	Đào tạo	Quyết định số 2847/QĐ-BYT phê duyệt chương trình và tài liệu đào tạo cơ bản cô đỡ thôn bản	Đào tạo dựa trên năng lực để đáp ứng tiêu chuẩn người đỡ đẻ có chuyên môn
2013	Đào tạo	Quyết định số 2531/QĐ-BYT: phê duyệt chương trình đào tạo nâng cao cho cô đỡ thôn bản	Đào tạo dựa trên năng lực để đáp ứng tiêu chuẩn người đỡ đẻ có chuyên môn
2013	Phạm vi công việc	Thông tư số 07/2013/TT-BYT: quy định về chức năng nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn bản	Cô đỡ thôn bản tương đương với nhân viên y tế thôn bản chuyên về chăm sóc sức khỏe BMTE; Làm việc tại các vùng sâu vùng xa nơi các thôn bản cách xa trạm y tế xã và việc sử dụng các dịch vụ chăm sóc trước sinh và các ca sinh có sự trợ giúp của cán bộ y tế có chuyên môn còn thấp. Thù lao cho cô đỡ thôn bản: tương đương như mức thù lao của nhân viên y tế thôn bản theo quy định của Quyết định 75 của Chính phủ
2013	Đào tạo	Công văn số 2930/BYT-BMTE. Hướng dẫn đào tạo cho cô đỡ thôn bản;	Yêu cầu sự phối hợp chặt chẽ của chính quyền địa phương trong việc thực hiện chính sách của Chính phủ và BHYT sử dụng CĐTB làm việc trong hệ thống y tế (Gửi lần đầu)
2014	Đào tạo và thù lao	Công văn số 4331/BYT-BMTE: tăng cường đào tạo, sử dụng và thanh toán thù lao cho cô đỡ thôn bản	Yêu cầu sự phối hợp chặt chẽ của chính quyền địa phương trong việc thực hiện chính sách của Chính phủ và BHYT sử dụng CĐTB làm việc trong hệ thống y tế (Gửi lần thứ hai)
2013	Trang thiết bị	Quyết định số 2737/QĐ-BYT: phê duyệt Túi y tế thiết yếu cho cô đỡ thôn bản	Cung cấp dụng cụ y tế, gói đẻ sạch cho CĐTB làm việc
2015	Hướng dẫn chuyên môn	Quyết định số 5702/QĐ-BYT phê duyệt Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em do cô đỡ thôn bản thực hiện;	Qui định các dịch vụ CĐTB được cung cấp và chuẩn kỹ thuật cho từng loại dịch vụ

Với việc ban hành Thông tư số 07/2013 /TT-BYT, Bộ Y tế đã quy định chức năng và nhiệm vụ của cán bộ y tế thôn bản. Thông tư này quy định CĐTĐ là một loại hình nhân viên y tế làm việc tại tuyến thôn bản (được trả phụ cấp), chuyên trách về sức khỏe bà mẹ và trẻ em, làm việc tại các thôn bản có tỷ lệ sử dụng dịch vụ chăm sóc trước sinh và trong sinh tại các cơ sở y tế thấp và tại các vùng sâu, vùng xa nơi người dân gặp khó khăn khi tiếp cận với các trạm y tế xã. Quyết định 75/2009/QĐ-TTg vẫn chưa được cập nhật để đưa chức danh CĐTĐ vào để trả phụ cấp và điều này hạn chế việc thực hiện và tính bền vững của mạng lưới CĐTĐ. Trong năm 2015, Bộ Y tế đã phê duyệt Hướng dẫn quốc gia về cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em cho CĐTĐ (Quyết định số 5702 / QĐ-BYT). CĐTĐ sẽ tiếp tục được đào tạo ở trình độ sơ cấp để phục vụ tại các vùng sâu, vùng xa, vùng dân tộc thiểu số, nơi có tỉ lệ sử dụng các dịch vụ chăm sóc thai và trong khi sinh tại cơ sở y tế thấp. Nhóm CĐTĐ không được đưa vào Thông tư liên tịch số 26/2015/TTLT-BYT-BNV.

Như đã bàn luận trong phần 3.2, CĐTĐ thực hiện chức năng cung cấp dịch vụ hộ sinh quan trọng ở cộng đồng vùng xa xôi hẻo lánh. Lợi thế của CĐTĐ là sống ở cùng cộng đồng với khách hàng nên việc tiếp cận rất dễ dàng. Thêm vào đó, CĐTĐ có cùng văn hóa với người dân nên CĐTĐ vừa có thể giới thiệu những thực hành sinh an toàn cho cộng đồng như cắt dây rốn bằng dụng cụ sạch, trong khi vẫn khuyến khích thực hiện những thực hành truyền thống có hiệu quả với người dân như ngồi xổm khi đẻ, hoặc cho bú ngay và bú đủ thời gian. Một đánh giá của dự án hỗ trợ đào tạo CĐTĐ và tăng cường nhận thức của phụ nữ về vấn đề SKSS cho thấy nhiều lợi ích từ các tiếp cận sử dụng CĐTĐ trong chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ dân tộc [223].

Trong khi chiến lược sử dụng CĐTĐ ở cộng đồng và hộ gia đình có hiệu quả như vậy, những cố gắng để thuyết phục phụ nữ dân tộc sử dụng dịch vụ ở trạm y tế xã và bệnh viện huyện trong khi có thai và trong khi đẻ vẫn là ưu tiên hàng đầu vì nếu đẻ tại nhà ở những nơi vô cùng khó khăn như thế thì sẽ rất khó có thể vận chuyển

phụ nữ đến các cơ sở có khả năng cấp cứu nếu có tai biến xảy ra. Nhân viên y tế ở các trạm y tế xã và bệnh viện huyện cần phải tăng cường tính nhạy cảm với các yếu tố văn hóa của người dân tộc thiểu số. Hệ thống đào tạo y khoa hiện nay không đào tạo cán bộ y tế tương lai về sự nhạy cảm văn hóa và sự hiểu biết về các thực hành liên quan đến văn hóa của các nhóm dân tộc thiểu số khác nhau, đặc biệt các thực hành liên quan đến mang thai và sinh đẻ. Tài liệu đào tạo về nhân chủng học y tế [224] đã được xây dựng và đào tạo ở các trường đại học y, cao đẳng và trung cấp y. Tuy vậy, các nội dung này chưa được lồng ghép đầy đủ vào các chương trình giảng dạy.

3.5. Chất lượng

Định hướng cho công tác hộ sinh tới năm 2030 được hỗ trợ với các bằng chứng về hộ sinh được trình bày trên một tạp chí Y khoa danh tiếng The Lancet trong thời gian gần đây [225]. Các bài báo trên tạp chí Lancet đặc biệt nhấn mạnh vào các bằng chứng thực tế và sự thống nhất giữa các cán bộ chuyên ngành y tế, khi cho rằng chăm sóc hộ sinh có đóng góp quan trọng cho việc nâng cao chất lượng những dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh. Mặc dù có thể thấy rằng trong nhiều trường hợp, việc cung cấp các dịch vụ hộ sinh được các cán bộ y tế khác thực hiện, nhưng kinh nghiệm từ nhiều nước trên thế giới khẳng định việc có một đội ngũ hộ sinh đã qua đào tạo, được khích lệ làm việc, được đăng ký hành nghề là phù hợp nhất trong cung cấp các dịch vụ hộ sinh. Khi người hộ sinh được lồng ghép vào hệ thống y tế, được hỗ trợ bằng một cơ chế làm việc theo nhóm hiệu quả, cho phép thực hiện hội chẩn, chuyển tuyến, và có đủ nguồn lực để người hộ sinh thực hiện công việc của mình, thì lực lượng hộ sinh sẽ góp phần giảm đáng kể tỷ lệ tử vong mẹ và trẻ sơ sinh, đồng thời cải thiện chất lượng chăm sóc.

Một trong những cách hiệu quả nhất nhằm đạt được lợi ích cao nhất trong chăm sóc hộ sinh là sắp xếp lại cách thức làm việc của người hộ sinh để họ có thể cung cấp dịch vụ liên tục cho phụ nữ. Đánh giá hệ thống của Cochrane đối với 15 can thiệp thử nghiệm ngẫu nhiên có kiểm soát

(n=17.674) cho thấy sức khỏe của bà mẹ và trẻ sơ sinh được cải thiện đáng kể nếu được người hộ sinh chăm sóc liên tục trong suốt thời kỳ mang thai, sinh đẻ và nuôi con [19]. Các can thiệp chăm sóc này được thực hiện theo mô hình Chăm sóc Hộ sinh theo nhóm. Mỗi nhóm gồm 3-4 hộ sinh cùng phối hợp với nhau khi cung cấp dịch vụ chăm sóc cho phụ nữ mang thai (theo hình thức một hộ sinh chăm sóc một khách hàng/-người hộ sinh riêng). Lợi ích của mô hình chăm sóc này bao gồm việc giảm đáng kể các can thiệp khi sinh con (như gây tê ngoài màng cứng hoặc các hình thức gây mê khác, chọc màng ối, cắt tầng sinh môn và giảm các ca đẻ cần sự hỗ trợ của các thiết bị hỗ trợ cuộc đẻ). Với cách chăm sóc này, tỷ lệ phụ nữ sinh non, thai chết lưu hoặc tử vong sơ sinh cũng giảm đáng kể. Phụ nữ được chăm sóc liên tục cũng có tỉ lệ đẻ thường, tỷ lệ hài lòng với dịch vụ nhận được và tỷ lệ cho con bú sữa mẹ cao hơn. Dịch vụ chăm sóc liên tục do hộ sinh thực hiện mang lại hiệu quả cao hơn thông qua việc xây dựng một mối quan hệ tin tưởng giữa người phụ nữ và người hộ sinh của mình. Điều này được gọi là mối quan hệ liên tục và nó khuyến khích khách hàng tham gia nhận dịch vụ sớm hơn, tăng cơ hội nhận biết và xử lý các biến chứng đối với mẹ và trẻ sơ sinh.

Kết quả phân tích, rà soát có hệ thống 461

nghiên cứu cho thấy đầy đủ bằng chứng về các ảnh hưởng tích cực của hoạt động hộ sinh đối với 56 đầu ra sức khỏe ngắn hạn, trung hạn và dài hạn và có thể được cải thiện nhờ vào chăm sóc hộ sinh. Hoạt động hộ sinh giúp giảm tử vong mẹ và trẻ sơ sinh, giảm tình trạng bệnh tật, thai chết lưu, sinh non, giảm số lượng can thiệp không cần thiết, và cải thiện các đầu ra trong chăm sóc tâm lý và sức khỏe cộng đồng [15]. Các khuyến nghị cũng được phân loại thành hiệu quả hoặc không hiệu quả, và cách phân loại này trùng khớp với khung chương trình thực hiện các dịch vụ chăm sóc có chất lượng [15]. Khung chất lượng để hướng dẫn thực hiện các dịch vụ chăm sóc có chất lượng đã được xây dựng nhằm định hướng cho việc tăng cường công tác hộ sinh và đảm bảo rằng phụ nữ được chăm sóc hộ sinh toàn diện (dịch vụ được cung cấp bởi một đội ngũ hộ sinh có kỹ năng và chuyên môn), thay vì dịch vụ chăm sóc hộ truyền thống bị ngắt quãng và chỉ tập trung vào xác định và điều trị các bệnh lý tại các cơ sở y tế (Hình 58). Độ bao phủ hiệu quả đòi hỏi chúng ta không chỉ tập trung vào việc tăng sự sẵn có của dịch vụ hộ sinh mà còn khuyến khích phụ nữ sử dụng các dịch vụ này, đảm bảo tính thích ứng của dịch vụ đối với các nhu cầu và mong muốn của phụ nữ đồng thời cải thiện chất lượng chăm sóc (ví dụ tạo ra các can thiệp hợp lý và hiệu quả)

Hình 58: Khung Lancet về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh có chất lượng



Nhằm mục đích nâng cao chất lượng dịch vụ hộ sinh, Liên đoàn Hộ sinh thế giới đã khuyến nghị việc củng cố ba trụ cột trong ngành hộ sinh. Các trụ cột này bao gồm: **Giáo dục** nhằm xây dựng một lực lượng hộ sinh có năng lực và trình độ chuyên môn cao; xây dựng một **Hiệp hội vững mạnh trong ngành hộ sinh** nhằm thực hiện các hoạt động vận động với mục đích nâng cao vai trò của nghề hộ sinh; và **có các quy định luật pháp** được ban hành quy định hoạt động của

hộ sinh. Nhóm nghiên cứu đã đánh giá cả ba lĩnh vực này khi xây dựng Báo cáo hộ sinh Việt Nam. Đặc biệt phần nội dung tiếp theo của báo cáo cung cấp thông tin về hoạt động đào tạo hộ sinh và các cải cách đã được thực hiện trong giáo trình đào tạo. Tiếp theo đó, báo cáo sẽ trình bày các thông tin về Hội Nữ hộ sinh Việt Nam. Các vấn đề liên quan tới quy chế pháp lý sẽ được trình bày trong phần Khung pháp lý (3.6).

Hình 59: Ba trụ cột phát triển hộ sinh của Liên đoàn Hộ sinh quốc tế



Ngành hộ sinh Việt Nam đã ghi nhận có những bước tiến đáng kể trong cả ba lĩnh vực nêu trên kể từ thời điểm 2010 (Bảng 24).

Bảng 24: Những thành tựu nổi bật tác động tới chất lượng của các dịch vụ hộ sinh, 2010

Thành tựu	Bằng chứng	Nguồn số liệu
Chương trình đào tạo hộ sinh 3 năm và 4 năm theo chuẩn mực Liên đoàn hộ sinh thế giới	Hai chương trình 3 và 4 năm được BYT chính thức phê chuẩn; chương trình 3 năm được Bộ Giáo dục-Đào tạo phê chuẩn và có chính sách đi kèm.	Đánh giá việc thực hiện; thông tin của Bộ Y tế
Tỉ lệ hộ sinh có thời gian đào tạo ngắn hơn 3 năm trong lực lượng nhân lực hệ thống y tế công giảm bắt đầu đi.	Một sự chuyển đổi dẫn tỉ lệ hộ sinh có số năm đào tạo từ 3 năm trở lên tăng lên	Số liệu của BYT về xu hướng tăng dần theo thời gian và trình độ
Tăng dần các nỗ lực để cải thiện kinh nghiệm thực hành lâm sàng của sinh viên	Tăng dần thời gian học lâm sàng và các mô hình học thực hành	Số liệu thực địa và phỏng vấn
Số lượng các hướng dẫn lâm sàng tăng nhanh	Một số lớn các chuẩn mới và các hướng dẫn đã được xây dựng và phê duyệt	Rà soát các qui định
Tăng cường hiệp hội hộ sinh	Hộ sinh đứng đầu hiệp hội, các tổ chức NGO và tổ chức quốc tế hỗ trợ cho Hội Hộ sinh Việt Nam	Phỏng vấn các lãnh đạo
Ưu tiên tập trung vào các can thiệp liên quan đến trẻ sơ sinh, đặc biệt nuôi con bằng sữa mẹ và chăm sóc da-kề-da	Tỉ lệ các cơ sở đào tạo nhấn mạnh vào đào tạo chăm sóc sơ sinh cao; các tổ chức NGO cũng thống nhất quan điểm	Điều tra cơ sở đào tạo, quan sát trong môi trường bệnh viện

3.5.1. Đào tạo hộ sinh chính qui

Việt Nam đang tăng cường nhân lực hộ sinh thông qua việc nâng cấp chương trình đào tạo 2 năm lên chương trình 3 năm bằng chương trình giảng dạy dựa trên năng lực. Bảng 25 tóm tắt các chỉ số cơ bản của đào tạo hộ sinh Việt Nam trong Báo cáo hộ sinh toàn cầu 2014. Trong số 56 nước báo cáo thông tin trong điều tra Báo cáo hộ sinh toàn cầu 2014, Việt Nam là một trong 47 nước yêu cầu đầu vào chương trình đào tạo hộ sinh là tốt nghiệp lớp 12. Việt Nam nằm trong nhóm 35/56 nước yêu cầu cần đào tạo 3 năm hộ sinh, chỉ có 11 nước yêu cầu đào tạo ít hơn 3 năm, và 10 nước yêu cầu đào tạo từ 4-5 năm. Giống như Việt Nam, 42/52 nước báo cáo đã có chương trình đào tạo mới nhất của từ năm 2009. Chương trình đào tạo của Việt Nam đòi hỏi tối thiểu có 20 trường hợp chăm sóc liên tục, đồng

nghĩa việc yêu cầu sinh viên hộ sinh tham gia đỡ đẻ được 20 trường hợp. Trong khi đó, 32/52 nước yêu cầu sinh viên hộ sinh đỡ đẻ nhiều hơn 20 trường hợp. Hiện nay Việt Nam mới có 1 988 hộ sinh có trình độ cao đẳng 3 năm được đào tạo kể từ khi chương trình đào tạo hộ sinh 3 năm được đưa vào thực hiện và số hộ sinh này chiếm 5,7% tổng số hộ sinh trong nước. Điều tra hộ sinh 2016 hỏi thông tin về tình hình việc làm của hộ sinh sau tốt nghiệp, nhưng rất ít trường có số liệu này. Những số liệu báo cáo cho biết chỉ có một tỉ lệ nhỏ các hộ sinh được đào tạo ba năm tìm được việc làm trong lĩnh vực SKSS/SKTD/BMTSSTE trong năm qua.

Bảng 25: Chỉ số về đào tạo hộ sinh ở Việt Nam trong Báo cáo Hộ sinh thế giới 2014

Đào tạo hộ sinh	
Yêu cầu tối thiểu trình độ giáo dục đầu vào	Lớp 12+
Số năm học để đạt yêu cầu đạt trình độ (làm tròn)	2 (2016-2024); 3 (2024+)
Chương trình đào tạo chuẩn, năm cập nhật	Có, 2003 (chương trình 2 năm); 2010 (chương trình 3 năm) và 2014 (4-năm)
Số ca đề tối thiểu cần thực hiện	20
Số sinh viên cao đẳng 3 năm tốt nghiệp trong thời gian 2010 - 2016 và tỉ lệ của hộ sinh đang thực hành	1988/35 055 (5.7%)
% sinh viên cao đẳng 3 năm tốt nghiệp có việc làm trong lĩnh vực chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh	20% (được báo cáo, nhưng phần lớn không biết)

Lịch sử phát triển của ngành đào tạo hộ sinh ở Việt Nam

Đào tạo hộ sinh và nghề hộ sinh có sự phát triển liên tục để đáp ứng với các yêu cầu thay đổi về chính sách. Trước năm 1997, đào tạo hộ sinh sơ cấp kéo dài 1 năm, đào tạo hộ sinh trung cấp kéo dài 3 năm (2 năm dành toàn bộ cho đào tạo hộ sinh) trong các cơ sở đào tạo y tế của BYT. Bắt đầu từ năm 1998, Luật Giáo dục được thông qua đã chuyển vai trò quản lý nhà nước trong đào tạo nhân lực y tế từ BYT sang Bộ GD-ĐT và giảm thời gian đào tạo chương trình trung cấp xuống còn hai năm (với đầu vào là tốt nghiệp phổ thông trung học). Trong giai đoạn 1998-2005, để bù đắp sự thiếu hụt nhân lực của tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu ở trạm y tế xã, việc đào tạo hộ sinh đã được thay thế bằng chương trình đào tạo y sĩ sản nhi với thời gian đào tạo y sĩ đa khoa là 2 năm và thêm 6 tháng đào tạo hộ sinh (và được gọi là y sĩ sản nhi sau khi tốt nghiệp). Chính sách này đã cung cấp cho hệ thống y tế một số lượng lớn cán bộ y tế có kỹ năng hộ sinh, những người đã được đào tạo kiến thức về y tế cộng đồng và chăm sóc sức khỏe ban đầu và được quyền kê đơn. Đây đã là một giải pháp phù hợp để đáp ứng nhu cầu nhân lực chăm sóc sức khỏe ban đầu của trạm y tế xã tại thời kỳ đó. Vào năm 2005, chương trình đào tạo này dừng lại và thay thế bằng chương trình đào tạo hộ sinh trung cấp hai

năm. Trong thời gian này, chương trình hộ sinh sơ cấp cũng chấm dứt vì nhu cầu sử dụng hộ sinh sơ cấp không còn nữa, dẫn đến số học sinh của chương trình này giảm nhanh chóng và nhu cầu đào tạo nâng cấp nhóm sơ cấp lên thành hộ sinh trung cấp hai năm tăng lên.

Ở Việt Nam, nhân lực cho công tác hộ sinh thường được sử dụng để chỉ các nhóm nhân lực y tế có kỹ năng hộ sinh gồm y sĩ sản nhi, điều dưỡng sản, điều dưỡng-hộ sinh và hộ sinh. Chính vì thế, nhu cầu đào tạo của các chương trình rất khác nhau, một số tập trung vào kỹ năng điều dưỡng, một số vào tập trung vào kỹ năng cộng đồng và y tế công cộng, trong khi đó, hộ sinh được đào tạo chủ yếu về kỹ năng hộ sinh. Các tên gọi khác nhau phản ánh nhiều sự thay đổi trong các chính sách và đào tạo qua nhiều năm. Thông tư 26 quy định phạm vi hành nghề cho hộ sinh ở các mức khác nhau bao gồm hộ sinh hạng IV-có trình độ trung cấp hoặc cao đẳng, hộ sinh hạng III-có trình độ từ cử nhân trở lên, hộ sinh hạng II và hạng I-có trình độ thạc sĩ và tiến sĩ trở lên. Hai nhóm thuộc hạng I và II hiện nay chưa được đào tạo ở Việt Nam. Có điều cần quan tâm là Thông tư 26 hiện không quy định rõ ràng là các điều dưỡng chuyên ngành sản phụ khoa, y sĩ sản nhi-hộ sinh có phạm vi hành nghề là hộ sinh. Điều này có thể ảnh hưởng đến việc đăng ký hành nghề, khả năng đào tạo liên thông và nâng cấp của họ. Các

chính sách hiện nay nhằm nâng cao năng lực của nhân lực hộ sinh để đạt các chuẩn mực kỹ năng và năng lực của hộ sinh cao đẳng 3 năm hoặc cao hơn. CĐTĐ vẫn tiếp tục được đào tạo ở trình độ sơ cấp để cung cấp dịch vụ ở các vùng núi cao, xa

xôi, hẻo lánh có tỉ lệ chăm sóc trước đẻ và đẻ tại cơ sở y tế thấp. Chức danh hộ sinh sơ cấp không còn được đề cập trong Thông tư 26. Tương tự vậy, chức danh hộ sinh trung cấp cũng sẽ không còn trong hệ thống y tế vào năm 2025.

Bảng 26: Tóm tắt các đào tạo cho hộ sinh ở Việt Nam và chức danh/tên gọi

Đào tạo hộ sinh	Chương trình được phê duyệt gần đây nhất	Chức danh/tên gọi và vị trí nghề nghiệp
Dưới 2 năm	2012	Hộ sinh sơ cấp* (đã dừng đào tạo); chương trình đào tạo CĐTĐ
2 năm trung cấp	2003	Hộ sinh hạng IV, Y sĩ sản nhi
3 năm cao đẳng	2010	Hộ sinh hạng IV, cao đẳng điều dưỡng-hộ sinh
4 năm cử nhân	2014	Hộ sinh hạng III, điều dưỡng chuyên ngành sản phụ khoa, điều dưỡng hộ sinh ³¹
Cao học	Không có chương trình	Hộ sinh hạng II
Tiến sĩ	No program	Hộ sinh hạng I

*Không tuyển sinh thêm từ 2021; sẽ không còn chức danh này vào năm 2025

Trong khi hộ sinh đã được tách ra từ điều dưỡng, được công nhận là một ngành độc lập và có mã ngành riêng, thì đến năm 2010, hệ thống giáo dục quốc gia, dưới sự quản lý nhà nước của Bộ GD-ĐT, mới có một mã ngành đào tạo riêng ở mức độ 4 cho chương trình đào tạo hộ sinh.

Chương trình đào tạo cử nhân hộ sinh đầu tiên với 19 sinh viên đang được Đại học Điều dưỡng Nam Định thực hiện từ tháng 10/2016. BYT cũng đang làm việc với Bộ Giáo dục-Đào tạo để có một mã đào tạo riêng cấp 4 cho chương trình đào tạo cử nhân hộ sinh. Tuy nhiên việc này chưa hoàn thành và Cục Khoa học Công nghệ và Đào tạo của BYT đang chờ Bộ Giáo dục-Đào tạo phê chuẩn mã ngành đào tạo cử nhân hộ

sinh.³² Trong thời gian này, Đại học điều dưỡng Nam Định sử dụng tạm thời mã ngành đào tạo cử nhân dành cho điều dưỡng. Chương trình đào tạo cử nhân hộ sinh là điều kiện rất quan trọng để xây dựng nguồn giáo viên cho chuyên ngành đào tạo hộ sinh.

Các cán bộ y tế khác có năng lực và cung cấp hộ sinh

Hộ sinh là một trong các nhóm cán bộ y tế cung cấp dịch vụ hộ sinh và được các nhóm nhân viên y tế khác hỗ trợ bao gồm cán bộ y tế có trình độ chuyên khoa cao hơn, những người có kỹ năng bổ sung như điều dưỡng, CĐTĐ, y tế thôn bản

31 Trường Đại học Y Dược TP HCM gọi chương trình là cử nhân điều dưỡng-hộ sinh, các trường khác gọi là cử nhân điều dưỡng chuyên ngành sản phụ khoa. Chỉ có Đại học Điều dưỡng Nam Định tổ chức đào tạo chương trình cử nhân hộ sinh tuyển thẳng từ học sinh tốt nghiệp phổ thông trung học từ năm 2016.

32 Cục Khoa học Công nghệ và Đào tạo của BYT đã gửi công văn chính thức số 10145, ngày 24/12/2015 cho Bộ Giáo dục-Đào tạo để đóng góp ý kiến cho việc điều chỉnh mã ngành đào tạo. Trong công văn này, BYT đã yêu cầu bổ sung mã ngành đào tạo cử nhân hộ sinh vào trong hệ thống mã ngành đào tạo nhân lực quốc gia. Vào thời điểm tháng 12/2016, hệ thống mã ngành vẫn chưa được điều chỉnh. Điều này đã có ảnh hưởng không tốt đến việc tuyển sinh cử nhân hộ sinh cho năm học 2016-2017.

và chuyên trách dân số xã hoạt động cùng với hộ sinh. Phần này sẽ trình bày việc đào tạo các nhóm nhân viên y tế này.

Bác sĩ đa khoa và y sĩ đa khoa là một phần của đội chăm sóc sức khỏe ban đầu cung cấp dịch vụ hộ sinh chủ yếu ở tuyến phòng khám đa khoa khu vực và tuyến xã. Các bác sĩ sản khoa và nhi khoa là các bác sĩ chuyên khoa chăm sóc cho mẹ và trẻ sơ sinh, đặc biệt cho những bà mẹ và trẻ sơ sinh có nhiều loại bệnh lý hoặc bị tai biến và được chuyển tuyến đến các bệnh viện. Bác sĩ đa khoa học 6 năm trong các trường Đại học Y. Họ có thể trở thành các chuyên gia sau khi học thêm và thực hành có hướng dẫn ở ba mức độ gồm bác sĩ chuyên khoa định hướng, bác sĩ chuyên khoa 1 và bác sĩ chuyên khoa 2.

Điều dưỡng đóng vai trò quan trọng trong cung cấp dịch vụ hộ sinh. Họ hỗ trợ trong các phẫu thuật sản khoa, trong chăm sóc nhi khoa và hỗ trợ công việc của hộ sinh tại trạm y tế xã. Các điều dưỡng đa khoa có bằng trung cấp, bằng cao đẳng hoặc đại học tại các cơ sở đào tạo Việt Nam. Điều dưỡng chuyên ngành sản phụ khoa hoặc điều dưỡng-hộ sinh tốt nghiệp từ một số chương trình đào tạo hộ sinh đang được thực hiện ở một số trường đại học y (Đại học Y dược Thành phố HCM) và ở một số trường cao đẳng y tế như Cao đẳng Y Thanh Hóa.

CĐTB cung cấp dịch vụ hộ sinh thiết yếu ở các thôn bản xa xôi hẻo lánh vùng dân tộc dưới sự giám sát hỗ trợ và phối hợp với trạm y tế xã. Chương trình đào tạo CĐTB tập trung vào các kỹ năng cơ bản, xử trí cấp cứu ban đầu và chuyển tuyến, thông qua các chương trình đào tạo 6, 12 và 18 tháng như đã mô tả ở các phần 3.2 và 3.4 phía trên.

Chuyên trách dân số xã được đào tạo nâng cao hai năm theo chương trình chuẩn hóa cho cán bộ y tế-dân số (Quyết định 480/TCDS-TCCB năm 2011). Nội dung chương trình tập trung vào kiến thức và kỹ năng thực hiện thông tin, giáo dục, truyền thông và truyền thông thay đổi hành vi trong lĩnh vực dân số, sức khỏe sinh sản và KHHGĐ. Chương trình được thực hiện ở các trường trung cấp y tế. Hiện nay không có số liệu về bao nhiêu người được đào tạo.

Cải cách chương trình đào tạo hộ sinh

Khung chương trình đào tạo hộ sinh có ở tất cả các cấp độ, bao gồm khung chương trình cho CĐTB (các Quyết định 2847/QĐ-BYT năm 2012 và Quyết định 2531/QĐ-BYT năm 2013), hộ sinh trung cấp (Quyết định 23/2003/TT-BYT), hộ sinh cao đẳng (Quyết định 11/2010/TT-BGDĐT) và cử nhân hộ sinh (được xây dựng và đồng ý của BYT trong Công văn giới thiệu thực hiện chương trình của BYT 9513/BYT-K2DT ngày 27/12/2014). Chương trình đào tạo 3 và 4 năm đáp ứng được yêu cầu về năng lực hộ sinh Việt Nam đã được BYT phê duyệt theo Quyết định 342/QĐ-BYT năm 2014. Mỗi cơ sở đào tạo xây dựng chương trình chi tiết của chính trường của mình, dựa trên chương trình khung và tài liệu đào tạo và do đó có sự khác biệt giữa các trường về nội dung và phương pháp giảng dạy.

Chương trình đào tạo hộ sinh trung cấp hiện nay đã được BYT xây dựng, với sự hỗ trợ kỹ thuật và tài chính của UNFPA và được phê duyệt đưa vào áp dụng toàn quốc từ năm 2003. Tuy nhiên, chương trình hộ sinh trung cấp còn chưa được thiết kế dựa trên năng lực và vẫn theo hình thức tiết học là 50 phút chứ chưa áp dụng hình thức tín chỉ theo qui định của Bộ Giáo dục-Đào tạo. Chương trình đào tạo trung cấp sẽ dừng lại khi nhu cầu về tuyển dụng và sử dụng hộ sinh trung cấp của ngành y tế công giảm đi. Chương trình sẽ dừng lại vào năm 2021 theo Thông tư 26.

Chương trình đào tạo cao đẳng (3 năm) và chương trình cử nhân đại học (4 năm) mới được BYT xây dựng với sự hỗ trợ kỹ thuật của Đại học Sydney, Australia và hỗ trợ tài chính của UNFPA. Hai chương trình 3 và 4 năm đã được xây dựng theo chuẩn năng lực hộ sinh của Liên đoàn Hộ sinh quốc tế. So với chương trình hộ sinh trung cấp, chương trình hộ sinh cao đẳng và đại học đã nhấn mạnh nhiều hơn đến các kỹ năng cụ thể, các năng lực và thực hành lâm sàng, lấy khách hàng làm trung tâm, phụ nữ làm trọng tâm, đáp ứng các yếu tố văn hóa và được xây dựng dựa trên hệ thống tín chỉ. Thêm vào đó, các qui định và điều kiện cho đào tạo hộ sinh đã được xây dựng để đảm bảo các điều kiện cơ sở vật chất cơ bản, dụng cụ trang thiết bị, người hướng dẫn, các qui định về thực hành lâm sàng cho

đào tạo hộ sinh có chất lượng theo tiêu chuẩn như khuyến cáo của Liên đoàn Hộ sinh quốc tế (Quyết định phê duyệt các điều kiện số 659/QĐ-BYT năm 2015). Việc so sánh về sự tương đồng giữa chương trình đào tạo 3 năm với chuẩn 2013 của Liên đoàn Hộ sinh quốc tế được trình bày trong Bảng 27. So sánh cho thấy nhiều tiêu chí

của chương trình đào tạo 3 năm đã đáp ứng các chuẩn mực của Liên đoàn Hộ sinh quốc tế, mặc dù việc thực hiện các quy định đó chưa hoàn toàn đầy đủ, một số trường hợp quy định còn chung chung và không đặc thù cho hộ sinh mà cho các nhóm nhân viên y tế khác.

Bảng 27: Sự tương thích của chương trình đào tạo hộ sinh 3 năm của Việt Nam so với chuẩn của Liên đoàn Hộ sinh quốc tế

Tiêu chí	Chuẩn của Liên đoàn Hộ sinh quốc tế (ICM 2013)	Tình hình của Việt Nam
Tổ chức và hành chính	Cơ quan quản lý giúp để đảm bảo các hỗ trợ về chính sách và tài chính cho chương trình đào tạo hộ sinh	BYT đã có chính sách hỗ trợ cho chương trình hộ sinh. Đối với tất cả các cơ sở đào tạo y khoa, sự hỗ trợ của chính phủ và học phí của sinh viên có thể không đủ chi phí đào tạo.
Trường đào tạo Hộ sinh	Phần lớn là giảng viên là hộ sinh với sự hỗ trợ là một số nhóm có chuyên môn khác	Tỉ lệ các hướng dẫn thực hành lâm sàng, giảng viên là hộ sinh thấp vì thiếu hộ sinh ở trình độ cử nhân hoặc cao hơn. Phần lớn giáo viên là bác sĩ.
Hướng dẫn thực hành lâm sàng	Có sự chuẩn bị cho giảng dạy lâm sàng hoặc thực hiện các chuẩn bị này	Yêu cầu trong quyết định 659 của BYT: giảng viên cần có chứng chỉ đào tạo y học hoặc trên 10 năm có kinh nghiệm thực hành hộ sinh. Tuy nhiên nhiều người hướng dẫn thực hành không đáp ứng được các tiêu chuẩn này
Tỉ số giáo viên-sinh viên	Tỉ số sinh viên-giáo viên theo qui định của quốc gia.	Quyết định 659 của BYT qui định tỉ số sinh viên-giáo viên được xác định theo từng trường
Điều kiện đầu vào	Yêu cầu đầu vào tối thiểu tốt nghiệp trung học phổ thông	Tối thiểu tốt nghiệp lớp 12
Điều kiện thực hành để đạt năng lực	Kinh nghiệm thực hành tại các cơ sở khác nhau cần đủ để đạt được các năng lực cơ bản của ICM để cung cấp dịch vụ hộ sinh cơ bản.	Sinh viên cần thực hành trong bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu; các trường yêu cầu tiêu chí thực hành tối thiểu đối với các năng lực khác nhau.
Chương trình	Đáp ứng được tiêu chí của ICM Định nghĩa hộ sinh và các chuẩn về pháp lý để có thể đăng ký hành nghề hộ sinh	Thực hành thêm một năm có giám sát trước khi cấp chứng chỉ hành nghề
Độ dài chương trình	Học thặng: tối thiểu 3 năm	Học thặng: 3 năm
	Học sau điều dưỡng: 18 tháng	Học sau điều dưỡng: 18 tháng
Tỉ số lý thuyết và thực hành	Tối thiểu 40% lý thuyết	47% lý thuyết, 53% thực hành trong môi trường cung cấp dịch vụ
	Tối thiểu 50% thực hành	
Kiểu khung chương trình	Áp dụng cách tiếp cận dạy học và học dựa trên bằng chứng; khuyến khích học theo cách hình thành năng lực của người trưởng thành	Phương pháp dựa trên năng lực và bằng chứng nhờ sự hỗ trợ kỹ thuật của Đại học Sydney
Chuẩn mực đạo đức	Hộ sinh tốt nghiệp là người thực hành có hiểu biết và tự động thực hành chuẩn mực đạo đức của Liên đoàn Hộ sinh quốc tế	Việt Nam chưa có chuẩn mực đạo đức cho hộ sinh, nhưng có chuẩn mực cho nhân viên y tế nói chung.

Ghi chú: Chữ màu đen: đã đạt được; chữ màu xanh nước biển: cho biết tiêu chuẩn chưa được đạt được đầy đủ.

Nguồn: Chuẩn toàn cầu cho đào tạo hộ sinh-Liên đoàn Hộ sinh quốc tế (2010) cập nhật 2013. Thông tư 11/2010/TT-BGDĐT (2010) phê chuẩn chương trình đào tạo hộ sinh ba năm. Quyết định 659/QĐ-BYT (2015) về điều kiện đào tạo hộ sinh Việt Nam.

Các yêu cầu về các môn học không liên quan đến chuyên môn hộ sinh trong chương trình như các môn chính trị, giáo dục quốc phòng, giáo dục thể chất, ngoại ngữ, máy tính theo qui định của Luật giáo dục chiếm một phần quan trọng trong thời gian học của chương trình. Các chuyên gia của Đại học Sydney cho rằng điều này có thể ảnh hưởng đến khả năng sinh viên được học đầy đủ các năng lực và thực hành đầy đủ các năng lực trong thời gian học các nội dung về y khoa và hộ sinh trong 2,5 năm còn lại (thông thường cần 3 năm mới để có thể học hết các kiến thức và thực hành các năng lực và kỹ năng được học).

Trong khi Việt Nam có các chương trình đào tạo mới dựa trên bằng chứng, việc cập nhật liên tục các chương trình đáp ứng sự thay đổi của các hướng dẫn quốc gia về sức khỏe sinh sản là điều cần thiết. Chương trình 2 năm đã không được cập nhật từ năm 2003 và chương trình 3 năm được xây dựng năm 2010 sau khi Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ sức khỏe sinh sản được phê duyệt năm 2009. Tuy nhiên, năm 2016 Hướng dẫn quốc gia mới đã được phê duyệt dẫn đến việc cần phải cập nhật chương trình đào tạo hộ sinh. Tuy nhiên, hiện nay hệ thống y tế vẫn chưa một cơ chế hoặc một qui định bắt buộc phải cập nhật chương trình đào tạo hộ sinh khi có sự điều chỉnh của Hướng dẫn quốc gia hoặc khi có các phát triển mới về hộ sinh của Tổ chức Y tế Thế giới hoặc Liên đoàn Hộ sinh quốc tế.

Giảng viên ngành hộ sinh

Luật Dạy nghề số 24/2014/QH13 quy định giảng viên lý thuyết của chương trình đào tạo hộ sinh hệ cao đẳng ít nhất phải tốt nghiệp các khóa đào tạo hộ sinh hệ Cử nhân hoặc cao hơn và cán bộ hướng dẫn lâm sàng phải có đăng ký chuyên môn. Luật Giáo dục Đại học số 08/2012 /QH13 quy định giảng viên hệ đại học phải có bằng Thạc sĩ hoặc cao hơn, nhưng có thể có ngoại lệ với một số ngành đặc thù. Trong giai đoạn đầu triển khai các chương trình đào tạo hộ sinh, do thiếu đội ngũ hộ sinh có bằng cấp đào tạo bậc cao, Bộ giáo dục và Đào tạo đã cho phép Bác sĩ sản và điều dưỡng Sản/phụ khoa đã qua đào tạo bậc cử nhân được giảng dạy hộ sinh tại các cơ sở đào tạo.

Trong phạm vi của báo cáo này, nhóm nghiên cứu đã thực hiện một cuộc khảo sát để đánh giá trình độ bằng cấp chuyên môn của các cán bộ giảng dạy hiện đang công tác tại các trường đào tạo hộ sinh hệ 3 năm (Mẫu 3). Mẫu 3 cũng hỏi thêm một số thông tin về việc đội ngũ cán bộ giảng dạy này hiện đã đăng ký hành nghề chưa, đăng ký trong các lĩnh vực nào và kinh nghiệm làm việc của họ như thế nào. Kết quả khảo sát cho thấy hầu hết giảng viên ngành hộ sinh hiện đang giảng dạy cho các chương trình cao đẳng đều đã có bằng cử nhân theo đúng yêu cầu và chỉ 1,7% tổng số giảng viên này hiện đang có trình độ cao đẳng (chuyên về điều dưỡng) (Bảng 28). Kết quả điều tra cho thấy 11 trong số 17 cơ sở trả lời khảo sát cho biết cơ sở của họ có ít nhất một giảng viên có bằng cử nhân trong lĩnh vực hộ sinh hoặc điều dưỡng-hộ sinh.

Bảng 28: Trình độ chuyên môn cao nhất của giảng viên có biên chế

Trình độ chuyên môn cao nhất của giảng viên có biên chế	Số lượng	%
1. Thạc sĩ/tiến sĩ	76	43.2%
2. Chuyên khoa I hoặc II	37	21.0%
3. Bác sĩ y khoa	13	7.4%
4. Các bằng cấp bậc đại học khác	47	26.7%
5. Cao đẳng	3	1.7%
6. Bằng cấp khác	0	0.0%
Tổng số	176	100.0%

Lưu ý: thông tin từ 17 trường trả lời khảo sát. Nguồn: Điều tra Hộ sinh 2016.

Để đáp ứng yêu cầu về chuyên môn sư phạm và năng lực nghiên cứu, giảng viên ngành hộ sinh phải có nhiều hơn một loại chứng chỉ hoặc bằng cấp. Cuộc khảo sát cho Báo cáo hộ sinh 2016 này có một số câu hỏi về các vấn đề liên quan tới bằng cấp và chứng chỉ (Bảng 29). Quyết định số 659/QĐ-BYT năm 2015 của Bộ Y tế quy định giảng viên ngành hộ sinh phải có chứng chỉ sư phạm y khoa do Bộ Y tế cấp. Kết quả khảo sát cho thấy chưa tới 1/4 tổng số giảng viên hộ sinh trong phạm vi khảo sát đáp ứng được yêu cầu này. Có 2/17 cơ sở đào tạo không có giảng viên nào đáp ứng được yêu cầu này. Nhằm mục đích nâng cao hiệu quả cho các chương trình đào tạo hộ sinh hệ cao đẳng mới được áp dụng, trường Đại học Sydney đã tổ chức một khóa đào tạo cho giảng viên năm 2010. Học viên tham dự khóa đào tạo này là một số giảng viên được lựa

chọn từ các trường cao đẳng bắt đầu thực hiện các khóa đào tạo hộ sinh hệ 3 năm. Chỉ có 15% số giảng viên trong khảo sát cho biết họ đã được tham gia khóa tập huấn này, số giảng viên này thuộc 14 trong số 17 trường tham gia trả lời khảo sát. Một trong những yêu cầu đối với giảng viên ngành hộ sinh là cần phải liên tục cập nhật kiến thức và những tiến bộ trong lĩnh vực hộ sinh, để có thể thường xuyên tiếp cận đến các tài liệu đào tạo. Tuy nhiên chỉ có 1/4 giảng viên cho biết họ có thể đọc các tài liệu chuyên môn bằng tiếng Anh và hơn 1/3 số giảng viên có khả năng tiếp cận được internet. Chính vì vậy, cần phải áp dụng một hình thức khác, trên phạm vi cả nước, để đảm bảo thông tin về những tiến bộ mới nhất được chuyển đến các giảng viên và để họ có thể lồng ghép chúng vào việc giảng dạy.

Bảng 29: Một số chỉ số bổ sung phản ánh trình độ chuyên môn của giảng viên hộ sinh

Số lượng giảng viên chính có:	Số lượng	%
Chứng chỉ sư phạm do BYT cấp	125	23,3%
Đã từng tham gia vào khóa đào tạo giành cho giảng viên do trường đại học Sydney thực hiện	78	14,6%
Có thể đọc các tài liệu chuyên môn bằng tiếng Anh	137	25,6%
Tiếp cận được với internet	196	36,6%
Đăng ký hành nghề	142	89,3%

Lưu ý: thông tin từ 17 trường trả lời khảo sát báo cáo về 536 giảng viên. Nguồn: Khảo sát phục vụ Báo cáo Hộ sinh 2016.

Trong số các giảng viên biên chế giảng dạy các chương trình hộ sinh của trường, có 89% giảng viên (chiếm 142/159 người) đã đăng ký hành nghề trong lĩnh vực họ có trình độ chuyên môn cao nhất. Bác sĩ sản khoa chiếm tỷ lệ lớn nhất trong số các giảng viên hiện nay (36%), tiếp theo là điều dưỡng với 13%, và bác sĩ nhi khoa với 12%. Số giảng viên là hộ sinh chỉ chiếm 9% và số giảng viên là điều dưỡng-hộ sinh chiếm 6% trong tổng số giảng viên có biên chế hiện đang giảng dạy tại các trường đào tạo hộ sinh hệ cao đẳng

(Bảng 30). Điều quan trọng là cần nhanh chóng củng cố và đẩy mạnh hoạt động đào tạo hộ sinh hệ cử nhân nhằm tăng cường năng lực đào tạo cho ngành hộ sinh và đảm bảo rằng học viên hộ sinh được học những triết lý và kỹ năng hộ sinh phù hợp nhất từ các giảng viên đã tốt nghiệp ngành hộ sinh. Tuy nhiên, có khả năng là trong vòng 10 năm tới, hoạt động đào tạo hộ sinh, đặc biệt là đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn cho hộ sinh vẫn phải phụ thuộc nhiều vào các giảng viên không tốt nghiệp từ ngành hộ sinh.

Bảng 30: Trình độ chuyên môn cao nhất được giảng viên sử dụng để đăng ký hành nghề

Trình độ chuyên môn cao nhất được giảng viên sử dụng để đăng ký hành nghề	Số lượng	%
1. Sản khoa	63	36.0%
2. Nhi khoa	21	12.0%
3. Đa khoa	8	4.6%
4. Hộ sinh	16	9.1%
5. ĐD-hộ sinh	10	5.7%
6. Điều dưỡng	23	13.1%
7. Khác (ghi rõ)	34	19.4%
Tổng số	175	100.0%

Nguồn: Điều tra đào tạo Hộ sinh 2016.

Các môn học liên quan đến hộ sinh bắt buộc trong đào tạo hộ sinh hệ cao đẳng

Trung bình, mỗi môn học trong số 13 môn học liên quan đến hộ sinh bắt buộc về hộ sinh sẽ do một tổ 5 giảng viên biên chế của trường phụ trách. Một số trường chỉ có một giảng viên giảng dạy cho một bộ môn nhưng một số trường khác số giảng viên của bộ môn có thể lên tới 12 người (Bảng 31). Tỷ số sinh viên/giảng viên dao động từ 14 đến 26 tùy theo khóa học. Tỷ số này tương đối hợp lý. Tuy nhiên, tỷ lệ này dao động từ 1-100 nếu thực hiện so sánh giữa các trường. Phạm vi dao động này có vẻ không hợp lý hoặc có thể là do có những sai sót trong số liệu do các trường thực hiện báo cáo, mặc dù trên thực tế ở nhiều nước, một giảng viên có thể giảng dạy cho hàng trăm sinh viên trong các buổi học lý thuyết với sự trợ giúp của các trợ giảng. Tỷ lệ học sinh/giáo viên trong các giờ học thực hành mô phỏng tại các phòng thí nghiệm thấp hơn rất nhiều – tương đương từ 5-10 sinh viên/giảng viên.

Có thể thấy số giờ học giữa các trường có sự khác biệt đáng kể. Một số trường quy định giờ học lý thuyết là 15 giờ trong khi một số trường khác quy định số giờ học lý thuyết lên tới 60 giờ đối với cùng một khóa học. Số giờ thực hành mô

phỏng trong phòng lab và số giờ thực hành lâm sàng chưa được các trường báo cáo đầy đủ. Kết quả trong Bảng 31 cho thấy thời gian thực hành lâm sàng có vẻ cao hơn thời gian thực hành mô phỏng, mặc dù một số trường hoặc là báo cáo giờ thực hành lâm sàng hoặc báo cáo giờ thực hành mô phỏng và không có trường nào báo cáo số liệu cho cả hai loại hình “thực hành” này. Điều này khiến nhóm tác giả cho rằng có thể các trường không hoàn toàn tách biệt giữa hai loại hình thực hành này và không hiểu việc phân tách này để dùng cho mục đích thống kê. Nhìn chung, số giờ thực hành lâm sàng lớn hơn đáng kể so với số giờ học lý thuyết và thực hành mô phỏng. Nếu nhu cầu đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn cho hộ sinh từ hệ trung học chuyên nghiệp lên hệ cao đẳng tăng cao trong vòng 10 năm tới thì áp lực lên giảng viên sẽ tăng cao và quy mô lớp học cũng sẽ tăng cao hơn so với hiện nay. Công việc quá tải sẽ khiến giảng viên khó có thể liên tục cập nhật kiến thức và kỹ năng sư phạm của mình. Ngoài ra, hầu hết các giảng viên trước đây tốt nghiệp ngành hộ sinh đều đăng ký hành nghề hộ sinh áp lực trong giảng dạy sẽ khiến họ không có thời gian cung cấp dịch vụ hộ sinh cho khách hàng. Cần tích cực theo dõi các chỉ số này trong vòng 10 năm tới để đảm bảo chất lượng giảng dạy.

Bảng 31: Một số thông tin chi tiết về các học phần chính về hộ sinh

Môn học về Hộ sinh	Số lượng giảng viên có biên chế	Tỷ lệ sinh viên/giảng viên	Số giờ học lý thuyết	Số giờ học thực hành mô phỏng	Số giờ thực hành lâm sàng
Giải phẫu và sinh lý trong hộ sinh	5	17	26	45	5
Phụ khoa (chăm sóc phụ nữ) và Nam khoa	5	14	23	20	56
Chăm sóc khi mang thai	5	15	24	23	80
Chăm sóc trong các ca sinh thường	6	14	29	26	92
Chăm sóc sau sinh	5	15	21	7	68
Chăm sóc khi sinh trong các ca sinh khó	5	15	28	27	87
Chăm sóc sơ sinh	5	16	20	9	63
Chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi (chăm sóc nhi)	5	16	20	8	56
Chăm sóc hộ sinh nâng cao	5	16	31	6	62
Chăm sóc SKSS tại cộng đồng	5	21	19	1	72
Quản lý hộ sinh	4	26	22	20	20
Dân số và KHHGĐ	5	21	18	25	49
Nghiên cứu	4	24	19	30	15
Trung bình	5	18	23	19	56

Lưu ý: thông tin từ 17 trường trả lời khảo sát – tuy nhiên một số trường không đưa ra con số thống kê cho tất cả các khóa học. Nguồn: Điều tra đào tạo Hộ sinh 2016.

Sách giáo khoa và tài liệu đào tạo hộ sinh

Một bộ sách giáo khoa về hộ sinh do Bộ Y tế biên soạn cùng với Đại học Sydney hiện nay đang được sử dụng tại 11 trong số 17 trường đại học và cao đẳng có thực hiện đào tạo hộ sinh hệ cao đẳng (các cơ sở đào tạo trong khảo sát). Đây là một thực tế đáng mừng vì bộ sách giáo khoa này có những thông tin đã được cập nhật và đầy đủ bám sát theo yêu cầu của khung chương trình đào tạo và đã liệt kê cụ thể các địa chỉ trên internet giúp cho người học có thể cập nhật các thông tin hoặc tham khảo các đoạn băng video

hướng dẫn thực hiện các thủ thuật. Một vài trường cho biết họ không sử dụng bộ sách giáo khoa mặc dù họ đã cử cán bộ tham gia vào khóa tập huấn do trường Đại học Sydney tổ chức và chắc chắn các giảng viên này đã biết về bộ sách này khi tham gia tập huấn.

Một số trường hiện không sử dụng bộ sách giáo khoa nói trên đã cung cấp một danh sách dài các tài liệu đào tạo khác nhau. Các tài liệu này bao gồm: các tài liệu do trường tự xây dựng, tài liệu phục vụ cho giảng dạy do Bộ Y tế ban hành – bao gồm một vài tài liệu do Cục Khoa học Công nghệ

và Đào tạo ban hành; các tài liệu hướng dẫn về chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009 và bản dự thảo cập nhật năm 2015 và một số tài liệu khác do các tác giả Việt Nam hoặc quốc tế xây dựng. Nhiều tài liệu trong danh mục của trường đã lỗi thời (đã được sử dụng hơn 10 năm) hoặc không biết được xây dựng từ bao giờ trong khi đó các kiến thức y học đang phát triển với tốc độ nhanh chóng và vì vậy các tài liệu này trở nên thiếu cập nhật chỉ sau một thời gian ngắn. Việc mỗi trường tự quyết định tài liệu đào tạo cho cơ sở mình là hết sức bình thường nhưng thực tế cho thấy chỉ có 37% giảng viên cho biết họ có truy cập Internet để lấy thông tin phục vụ các hoạt động giảng dạy chuyên môn và chỉ có khoảng 25% có thể đọc tiếng Anh. Trong bối cảnh như vậy, chúng ta cần phải giao cho một cơ quan hoặc trường đại học chuyên phụ trách việc tiếp cận với các thông tin/bằng chứng cập nhật trên thế giới về kiến thức mới trong lĩnh vực hộ sinh và cung cấp các thông tin này cho các cơ sở đào tạo để các trường có cơ sở cập nhật các chương trình và tài liệu đào tạo một cách thường xuyên.

Các cơ sở thực hiện đào tạo lâm sàng

Một phần nội dung quan trọng trong đào tạo hộ sinh là thực hành lâm sàng. Nhóm nghiên cứu thấy trung bình số cơ sở có thể cung cấp thực hành lâm sàng cho các cơ sở đào tạo là 6.

Tuy nhiên, có trường chỉ có một cơ sở và một số trường có đến 14 cơ sở thực hành. Phần lớn sinh viên thực tập lâm sàng tại bệnh viện tỉnh (chiếm tỷ lệ 71%), 13% số sinh viên thực tập lâm sàng tại các bệnh viện huyện, 10% thực hành lâm sàng tại các bệnh viện trung ương và 6% trả lời “các nơi khác”. Tuy nhiên không có cơ sở nào cho biết sinh viên của họ hiện đang thực tập lâm sàng tại các bệnh viện tư. Có 94% các cơ sở đào tạo cho biết họ đã ký hợp đồng với các cơ sở cung cấp thực hành lâm sàng cho sinh viên trong đó có quy định các trách nhiệm cụ thể của từng bên. Số giường trung bình của cơ sở cung cấp thực hành lâm sàng là 321 giường (số giường tối đa của cơ sở cung cấp thực hành lâm sàng là 1.260 giường) với tổng số ca sinh trung bình hàng tháng là 698 ca. Trung bình, mỗi đợt thực hành lâm sàng, một cơ sở có thể nhận tối đa là 57 học viên (số lượng học viên dao động từ 12-400 học viên tùy thuộc vào cơ sở). Trung bình các cơ sở sẽ phân công 10 cán bộ hướng dẫn thực tập lâm sàng để hướng dẫn sinh viên/học viên (số lượng cán bộ hướng dẫn thực hành dao động từ 1-30 tùy thuộc vào cơ sở). Trung bình tỷ lệ sinh viên thực tập lâm sàng/cán bộ hướng dẫn thực tập lâm sàng là 5/1. Khoảng 92% số cán bộ hướng dẫn thực tập lâm sàng đã tốt nghiệp cao đẳng hoặc có trình độ đào tạo cao hơn và có trên 5 năm kinh nghiệm lâm sàng (Bảng 32).

Bảng 32: Trình độ chuyên môn và kinh nghiệm lâm sàng của cán bộ hướng dẫn thực tập lâm sàng

Trình độ chuyên môn và kinh nghiệm	Số lượng	%
Đã tốt nghiệp cao đẳng hoặc có trình độ cao hơn và có trên 5 năm kinh nghiệm lâm sàng	276	92.0%
Đã tốt nghiệp cao đẳng hoặc có trình độ cao hơn và có chưa tới 5 năm kinh nghiệm lâm sàng	26	8.7%
Chưa tốt nghiệp cao đẳng nhưng có trên 5 năm kinh nghiệm lâm sàng	23	7.7%
Chưa tốt nghiệp cao đẳng và chưa tới 5 năm kinh nghiệm lâm sàng	4	1.3%

Nguồn: Điều tra đào tạo Hộ sinh 2016.

Hầu hết các cơ sở trả lời khảo sát (16/17 cơ sở) cho biết sinh viên của trường có sách hướng dẫn thực hành lâm sàng. Số lượng các bài đánh giá/kiểm tra mô phỏng và lâm sàng được trình bày chi tiết trong Bảng 33 dưới đây. Có thể thấy hầu hết sinh viên đã hoàn thành các yêu cầu về thực hành mô phỏng và đã hoàn thành hơn mức yêu cầu về thực hành trong môi trường lâm

sàng thực tiễn (ngoại trừ với hồi sức sơ sinh). Tuy nhiên, số giờ yêu cầu trong thực hành lâm sàng của các cơ sở đào tạo không giống nhau (Hình 60). Rất nhiều trường có số giờ yêu cầu thực hành tương đối thấp, điều này đặt ra câu hỏi là những yêu cầu này có đủ giúp cho học viên đã đạt chuẩn kỹ năng về lâm sàng hay không.

Bảng 33: Yêu cầu đánh giá/kiểm tra với từng sinh viên

Số bài kiểm tra/đánh giá trung bình đối với mỗi học viên/sinh viên	Yêu cầu thực hành mô phỏng	Số lượng thực hành mô phỏng thực tế mà học viên hoàn thành	Yêu cầu về thực hành lâm sàng	Số lượng thực hành lâm sàng thực tế mà học viên hoàn thành	Tỷ lệ các trường đạt hoặc vượt chỉ tiêu về thực hành lâm sàng
Đánh giá trước sinh và dùng tay kiểm tra trực tiếp	6.0	5.6	13.6	16.6	13/14
Chăm sóc khi sinh bao gồm theo dõi tình trạng và sức khỏe của thai nhi	5.9	5.6	19.5	19.8	12/14
Chăm sóc thiết yếu cho mẹ và trẻ sơ sinh trong thời gian sinh và ngay sau khi sinh	6.1	6.8	14.4	14.7	11/14
Hồi sức sơ sinh	3.8	3.6	6.6	5.5	10/14
Chăm sóc ngay sau khi sinh bao gồm tư vấn và hỗ trợ về nuôi con bằng sữa mẹ	6.4	6.3	17.4	18.1	13/14
Chăm sóc sau sinh đối với trường hợp mẹ khỏe con khỏe, bao gồm hỗ trợ nuôi con bằng sữa mẹ	6.4	6.1	17.4	19.6	13/14
Theo dõi sau sinh và tư vấn về KHHGD	6.1	6.1	13.2	15.6	12/14

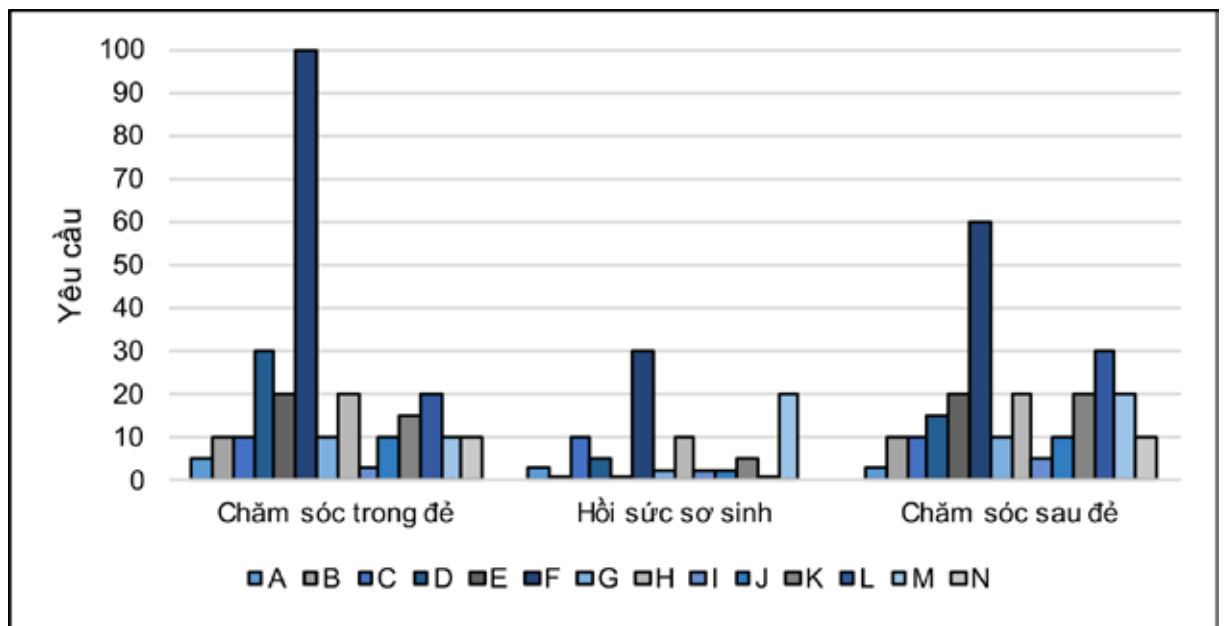
Lưu ý: thông tin từ 14 cơ sở đào tạo có thực hiện các khóa đào tạo hộ sinh hệ cao đẳng. Nguồn: Điều tra đào tạo Hộ sinh 2016.

Trong quá trình đào tạo, “cấp cứu sản khoa” là một lĩnh vực rất khó thực hành lâm sàng đầy đủ vì trên thực tế đây là những sự việc hiếm khi xảy ra. Cần đảm bảo rằng học viên ngành hộ sinh và đội ngũ hộ sinh hiện đang hành nghề được thực hành thường xuyên và liên tục tại các phòng thí nghiệm mô phỏng về các quy trình chuẩn khi ứng phó với các trường hợp cấp cứu sản khoa. Việc thực hành này sẽ giúp họ được chuẩn bị kỹ càng hơn để có thể kịp thời đáp ứng khi có trường hợp cấp cứu sản khoa xảy ra. Điều này có thể lý giải tại sao kinh nghiệm thực hành hồi sức sơ sinh thường không đáp ứng được với yêu cầu đề ra vì trên thực tế việc này rất hiếm khi xảy ra.

Một số các đối tác liên quan tham gia trả lời phỏng vấn đã nhấn mạnh vào tầm quan trọng của việc tăng đầu tư vào xây dựng các phòng lab

thực hành mô phỏng vì cơ hội thực hành tại các cơ sở lâm sàng ngày càng khó khăn. Trong cuộc điều tra này, nhóm nghiên cứu đã hỏi một câu hỏi về các khó khăn thách thức liên quan tới việc thực hành lâm sàng cho sinh viên và gần một nửa các cơ sở trả lời khảo sát nhấn mạnh vào một số thách thức sau: *Sản phụ không đồng ý để sinh viên thực hành trên cơ thể họ; số ca sinh thường quá ít do nhu cầu sinh mổ ngày càng tăng; thiếu trang thiết bị; thiếu giáo viên giảng dạy và cán bộ hướng dẫn thực tập lâm sàng; thiếu kinh phí để trả tiền thù lao cho cán bộ hướng dẫn thực hành lâm sàng; cán bộ hướng dẫn thực hành lâm sàng tại các bệnh viện quá bận bịu với công việc chính của họ vì thể lượng thời gian dành cho hỗ trợ thực tập lâm sàng và giám sát học viên/sinh viên còn rất hạn chế (chưa đủ).*

Hình 60: Yêu cầu về thực hành lâm sàng của các cơ sở thực hiện đào tạo hộ sinh hệ 3 năm khác nhau tùy thuộc vào từng cơ sở



Lưu ý: thông tin từ 14 cơ sở đào tạo có thực hiện các khóa đào tạo hộ sinh hệ cao đẳng, chữ cái đại diện cho 14 trường.

Trong tổng số các cơ sở được khảo sát, 76% cơ sở trả lời cho biết sinh viên phải tham gia thực hành để có kinh nghiệm về cách chăm sóc liên tục. Những kinh nghiệm về chăm sóc liên tục cho phép sinh viên ngành hộ sinh có cơ hội cung cấp các dịch vụ chăm sóc cho sản phụ từ khi mang thai cho tới sau khi sinh và điều này sẽ hỗ trợ việc thực hiện mô hình chăm sóc do hộ sinh chịu trách nhiệm trong Tầm nhìn Hộ sinh năm 2030.

Khi các cơ sở đào tạo được hỏi về các thách thức trong công tác đào tạo hộ sinh, kết quả trả lời như sau: *Tài liệu giảng dạy chưa đa dạng; các trang thiết bị chuyên ngành phục vụ đào tạo chỉ mới đáp ứng được ở mức tối thiểu; sinh viên/học viên không có nhiều cơ hội được thực hành lâm sàng trên cơ thể bệnh nhân; những thay đổi trong giáo trình đào tạo và cách thức tổ chức đào tạo dựa trên năng lực; nền kinh tế thị trường đã tác động tới việc lựa chọn nghề nghiệp của sinh viên và tác động tới cơ hội việc làm của sinh viên khi tốt nghiệp; số lượng cơ sở đào tạo đang gia tăng; kiến thức của người dân ngày càng nâng cao và việc thực hành trực tiếp trên bệnh nhân và các bà mẹ trở nên khó khăn hơn; tình trạng quá tải từ một số cơ sở đào tạo khác; sinh viên tốt nghiệp gặp nhiều khó khăn, nhất là trong việc tìm kiếm việc làm.*

Khi được hỏi về những khuyến nghị liên quan đào tạo ngành hộ sinh, các cơ sở trả lời khảo sát đưa ra một số khuyến nghị như sau: *Nâng cao chất lượng trang thiết bị sử dụng trong giảng dạy; đào tạo Bác sĩ sản chuyên về hướng dẫn thực tập lâm sàng; có tài liệu hỗ trợ cho đào tạo ngành hộ sinh; mở mã mới cho đào tạo hộ sinh hệ cao đẳng và đại học³³; đào tạo y khoa liên tục; cần tổ chức các khóa đào tạo ngắn hạn nhằm cải thiện và tăng cường kỹ năng và trình độ cho giảng viên của các cơ sở đào tạo; đào tạo lại cho giảng viên để thực hiện phương pháp đào tạo dựa trên năng lực thực hiện; đào tạo lại cho cán bộ hướng dẫn thực tập lâm sàng (giảng viên phụ trợ) về cách thức giảng dạy thực tập lâm sàng theo năng lực thực hiện; cung cấp đầy đủ trang thiết bị.*

3.5.2 Đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn

Các chương trình đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn đã được triển khai và ngày càng được đổi mới và phát triển. Năm 1998, Bộ Y tế đã ban hành chính sách đào tạo tại chức (Thông tư 06/1998 / TT-BYT) cho phép hộ sinh trung học hiện đang công tác tại các cơ sở y tế nhà nước được tiếp tục theo học để lấy bằng cao đẳng tại hai trường sau: Trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh (ở khu vực phía nam) và trường Cao đẳng Y tế Nam định – hiện nay là Trường Đại học Điều dưỡng Nam định ở phía Bắc. Đây là hai cơ sở được phân công nhiệm vụ thực hiện công tác đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn này.

Năm 2016, hộ sinh trung học đang làm việc có thể được nâng cấp lên thành hộ sinh cao đẳng sau khi hoàn thành một khóa đào tạo nâng cao 18 tháng và các yêu cầu về thực hành lâm sàng. Các chương trình đào tạo nâng cao hiện nay khá đa dạng, cho phép hộ sinh có thể đi làm bình thường các ngày trong tuần và tham gia đi học buổi tối hoặc học trong hai ngày cuối tuần. Tương tự như đối với hộ sinh trung học, hộ sinh hệ cao đẳng cũng cần tham gia một khóa đào tạo nâng cao 18 tháng để lấy bằng Điều dưỡng sản khoa hệ cử nhân. Tuy nhiên, các quy định hiện hành yêu cầu các cơ sở đào tạo y khoa phải thực hiện tuyển sinh mới ít nhất ba khóa đào tạo hộ sinh trước khi có thể tổ chức các lớp học nâng cao trình độ chuyên môn cho hộ sinh. Quy định này có thể gây ra những hạn chế không cần thiết cho hoạt động đào tạo nâng cao trình độ cho hộ sinh trong vòng 10 năm tới (Thông tư 08/2015 / TT- BGDĐT). Các quy định tương tự cũng được áp dụng cho các chương trình đào tạo ở bậc đại học và điều đó có nghĩa là Đại học Điều dưỡng Nam Định sẽ không thể thực hiện tuyển sinh các khóa học nâng cao trình độ cho hộ sinh tới năm 2019. Một vấn đề khác có thể nảy sinh khi tuyển sinh các khóa học đào tạo nâng cao này hiện nay nhận thức và sự hiểu biết về bằng cấp và chương trình về hộ sinh, điều dưỡng-hộ sinh và điều dưỡng sản phụ khoa hệ đại học còn tương đối thấp. Một cơ sở đào tạo trả lời khảo sát đã nhận

33 Cần lưu ý rằng có một trường cao đẳng chưa biết rằng họ được phép tuyển sinh mới cho các khóa học đào tạo hộ sinh hệ cao đẳng từ năm 2010.

xét như sau: “*cán bộ hộ sinh trung học và cán bộ hộ sinh cao đẳng rất muốn nâng cao trình độ của mình lên trình độ đại học nhưng cho tới nay chưa có cơ sở đào tạo nào cung cấp chương trình đào tạo nâng cao này*”.

Kết quả phỏng vấn với cán bộ của Bộ Y Tế và các bên liên quan khác cho thấy các trường y khoa phải tự tìm nguồn đầu tư để mở rộng và nâng cao năng lực đào tạo (cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, giảng viên) nhằm đáp ứng nhu cầu to lớn trong đào tạo theo yêu cầu của Thông tư 26. Nguồn kinh phí thường xuyên của các cơ sở đào tạo này là từ ngân sách của tỉnh và thu học phí từ học viên. Tuy nhiên, một số tỉnh không có trường cao đẳng y tế có thể gặp một số khó khăn nếu các tỉnh bạn nơi có trường đào tạo y tế không đồng ý tài trợ để đào tạo hộ sinh của các tỉnh này.

3.5.3 Đào tạo y khoa liên tục

Kiến thức về y khoa liên tục được cập nhật và vì vậy tất cả các cán bộ y tế cần liên tục cập nhật kiến thức chuyên môn của mình. Thông tư 22/2013 /TT-BYT của Bộ Y tế đã đưa ra những hướng dẫn trong việc thực hiện đào tạo y khoa liên tục cho ngành y tế nói chung. Nhóm nghiên cứu không tìm thấy một cơ chế nào hiện có để thu thập thông tin về việc tuân thủ các yêu cầu trong đào tạo y khoa liên tục và vì vậy hiện không có thống kê về tỷ lệ nữ hộ sinh hoặc các nhà cung cấp dịch vụ hộ sinh đã tiếp tục được đào tạo về chuyên môn y khoa liên tục. Vụ SKBMTE đã phối hợp thiết kế một số mô-đun đào tạo quan trọng nâng cao trình độ hộ sinh trong một số lĩnh vực kỹ thuật. Bảng 34 trình bày danh sách các chương trình đào tạo y khoa liên tục với các nội dung đào tạo đa dạng như: tăng cường kỹ năng cho CĐTĐ, cấp cứu sản khoa, thẩm định tử vong mẹ, chăm sóc và điều trị cho trẻ sơ sinh và trẻ em, cải thiện kỹ năng cho cán bộ công tác tại các đơn vị chăm sóc sơ sinh ở tuyến huyện, tư vấn về sức khỏe sinh sản, phòng chống BLTQĐTĐ/ NKĐSS và HIV, kỹ năng tư vấn và giới thiệu về các văn bản hướng dẫn mới được ban hành. Tuy nhiên, các báo cáo về đào tạo y khoa liên tục không cho biết liệu các

khóa học đào tạo y khoa liên tục này có được tính vào sổ giờ theo yêu cầu thực hiện 48 giờ đào tạo theo Thông tư 22 hay không. Các thông tin về số lượng học viên hoặc thậm chí loại học viên không phải lúc nào cũng được thống kê đầy đủ. Hiện nay, chưa có đủ thông tin để có thể khẳng định xem các khóa học đào tạo y khoa liên tục này thực sự đáp ứng nhu cầu thực tế và bổ sung kiến thức cho các cơ sở y tế, hay đây là các khóa học được các cơ quan tuyển trên xây dựng và yêu cầu các cơ sở tuyển dưới thực hiện theo. Rất nhiều các khóa đào tạo liên tục này là các khóa đào tạo giảng viên tuyển tỉnh, với mong muốn là đội ngũ giảng viên tại các tỉnh sẽ tiếp tục đào tạo cho tất cả cán bộ cung cấp dịch vụ tại các cơ sở có nhu cầu. Tuy nhiên nguồn kinh phí và số lượng nhân viên y tế có nhu cầu về đào tạo này ở tuyến tỉnh chưa rõ ràng. Nhiều khóa đào tạo đã được thiết kế và thực hiện theo chương trình của các dự án được các tổ chức quốc tế tài trợ và không biết liệu các khóa đào tạo này có được lồng ghép chính thức thành các chương trình đào tạo y khoa liên tục cho hộ sinh của BHYT hay không, cũng như không biết các khóa học này có được tiếp tục thực hiện trong tương lai và được cập nhật theo định kỳ các kiến thức mới hay không. Tính tới thời điểm năm 2012, các khóa đào tạo y khoa liên tục đã được phê duyệt và được phép thực hiện tại 100 trường đào tạo y tế, 50 bệnh viện, một số viện nghiên cứu, Hội Điều dưỡng Việt Nam và 20 bệnh viện tuyển tỉnh đào tạo y khoa liên tục (Quyết định 492 / QĐ-BYT năm 2012).

Bảng 34: Các chương trình đào tạo y khoa liên tục liên quan tới hộ sinh được thực hiện từ năm 2010 đến nay

Chương trình đào tạo	Thời gian đào tạo	Học viên	Năm được phê duyệt/nguồn thông tin
Cô đỡ thôn bản			
Đào tạo nâng cao cho cô đỡ thôn bản (tập trung vào việc phát hiện và xử trí ban đầu đối với các ca cấp cứu sản khoa và chuyển tuyến)	6 tháng	Cô đỡ thôn bản đã hoàn thành 6 tháng đào tạo cơ bản	Quyết định 2531/QĐ-BYT ngày 15/7/2013 của BYT
Làm mẹ an toàn			
Chương trình và tài liệu tập huấn về người đỡ đẻ có kỹ năng cho cán bộ sản khoa (theo danh mục kỹ năng áp dụng với người đỡ đẻ có kỹ năng do Bộ Y tế ban hành theo quyết định 3982/QĐ-BYT năm 2014)	5 tới 13 ngày	Hộ sinh trung học trở lên và y sĩ sản nhi; Bác sĩ đa khoa, y sĩ đa khoa, hộ sinh và hộ sinh sơ cấp	Quyết định 162/QĐ-K2DT ngày 3/10/2014 của Cục Khoa học Công nghệ và Đào tạo
Thẩm định tử vong mẹ	2-5 ngày	Thành viên Ban thẩm định tử vong mẹ của tỉnh và cán bộ y tế	Quyết định 4236/QĐ-BYT năm 2010 của BYT
Chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh trong khi sinh và ngay sau khi sinh (các can thiệp mới được Tổ chức Y tế Thế giới khuyến nghị gần đây)	5 ngày	Bác sỹ và hộ sinh làm việc trong các khoa sản của bệnh viện đa khoa hoặc bệnh viện chuyên khoa tỉnh	BYT Quyết định 4673/QĐ- năm 2014 của BYT
Chăm sóc sơ sinh			
Chăm sóc và điều trị cho trẻ sơ sinh tại các đơn vị chăm sóc sơ sinh tại tuyến huyện	28 ngày đối với đào tạo giảng viên		
3 tháng đối với cán bộ tuyến huyện	Đào tạo giảng viên (bác sỹ + điều dưỡng) công tác tại đơn vị chăm sóc sơ sinh tại tuyến tỉnh.		
Nhóm cán bộ công tác tại khoa chăm sóc đặc biệt dành cho sơ sinh tại bệnh viện huyện (bác sỹ + 2 điều dưỡng)	Tài liệu đào tạo của dự án		
Chăm sóc và điều trị cho trẻ nhẹ cân, trẻ sinh non và trẻ sơ sinh có bệnh	28 ngày đối với đào tạo giảng viên		

Chương trình đào tạo	Thời gian đào tạo	Học viên	Năm được phê duyệt/nguồn thông tin
3 tháng đối với cán bộ tuyến huyện	Đào tạo giảng viên (bác sỹ + điều dưỡng công tác tại đơn vị chăm sóc cho sơ sinh tại tuyến tỉnh)		
Nhóm cán bộ y tế chăm sóc sơ sinh bao gồm 1 bác sỹ và 2 hộ sinh làm việc tại khoa Nhi của bệnh viện huyện	Tài liệu đào tạo của dự án		
Các dịch vụ phá thai			
Phá thai nội khoa	không rõ	Đào tạo giảng viên cho các bác sỹ tuyến tỉnh (công tác tại các trung tâm SKSS hoặc khoa sản của các bệnh viện)	Báo cáo thường niên của vụ SKBMTE. 2014
Phá thai (hút thai dưới 7 tuần tuổi bằng máy hút chân không)	4 tuần	Trạm y tế xã, phòng khám đa khoa khu vực, nhà hộ sinh	Báo cáo thường niên của vụ SKBMTE. 2012
TT-GD-TT, truyền thông chuyển đổi hành vi, truyền thông nói chung			
Năng lực trong truyền thông trực tiếp về chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh	3 ngày	Nhân viên y tế thôn bản, cô đỡ thôn bản, cán bộ truyền thông tại cộng đồng	Quyết định 5172/QĐ-BYT năm 2012 của BYT
Cải thiện kỹ năng truyền thông về chăm sóc SKSS và làm mẹ an toàn	không rõ	Giảng viên tuyến tỉnh cho nhân viên y tế thôn bản; nhân viên y tế thôn bản và các nhóm tín dụng nhỏ của Hội phụ nữ	Báo cáo thường niên của vụ SKBMTE, 2012
BLTQĐTD/NKĐSS, phòng chống lây nhiễm từ mẹ sang con, sàng lọc ung thư cổ tử cung			
Lồng ghép phòng chống lây nhiễm từ mẹ sang con vào hệ thống chăm sóc SKSS	5 ngày	Bác sỹ sản và bác sỹ nhi công tác tại tuyến tỉnh và tuyến huyện. Không có hộ sinh	Báo cáo thường niên của vụ SKBMTE năm 2014

Chương trình đào tạo	Thời gian đào tạo	Học viên	Năm được phê duyệt/nguồn thông tin
Chăm sóc SKSS cho người cao tuổi (sàng lọc NKĐSS và ung thư cổ tử cung)	3 ngày	Giảng viên tuyến tỉnh, cán bộ cung cấp dịch vụ ở tất cả các tuyến	Báo cáo thường niên của vụ SKBMTE năm 2012
Kiểm tra cổ tử cung và lấy mẫu tế bào trong cổ tử cung để xét nghiệm sàng lọc ung thư cổ tử cung (Pap smear)	4 tuần	Cán bộ y tế tuyến tỉnh và tuyến huyện tại các tỉnh có dự án	Báo cáo thường niên của vụ SKBMTE năm 2012, 2013
Khác			
Chăm sóc SKSS thiết yếu	10 ngày	Đào tạo giảng viên cho bệnh viện tỉnh và trung tâm SSKSS Cán bộ làm công tác chăm sóc SKSS tại tất cả các tuyến trong huyện.	Báo cáo thường niên của vụ SKBMTE năm 2012.
Các hướng dẫn quốc gia về SKSS (Hướng dẫn 2009) (tổng quát)	20-22 ngày	Hộ sinh trung cấp, y sĩ sản nhi, bác sĩ đa khoa, bác sĩ chăm sóc sơ sinh và điều dưỡng sơ sinh	Phê duyệt năm 2012
Các dịch vụ thân thiện với thanh niên và vị thành niên và tổ chức các câu lạc bộ sức khỏe thanh niên	5 ngày	Giảng viên tuyến tỉnh	Báo cáo thường niên của vụ SKBMTE, 2012
Hướng dẫn kỹ năng tổ chức một số hoạt động chăm sóc SKSS cho thanh niên và VTN	không rõ	Giảng viên tuyến tỉnh	Báo cáo thường niên của vụ SKBMTE, 2013
Lồng ghép chăm sóc SKSS, phòng chống lây nhiễm HIV với các can thiệp phòng ngừa bạo lực gia đình	Không rõ	Cán bộ y tế tại những khu vực có nguy cơ lây nhiễm các BLTQĐTD cao	Báo cáo thường niên của vụ SKBMTE, 2014
Phương pháp sư phạm cho việc giảng dạy y khoa cơ bản	7 ngày	Giảng viên tuyến tỉnh	Báo cáo thường niên của vụ SKBMTE, 2012
Phương pháp sư phạm cho việc giảng dạy các khóa đào tạo y khoa liên tục	Không rõ	Giảng viên tuyến tỉnh trong các chương trình đào tạo liên tục về y khoa	Báo cáo thường niên của vụ SKBMTE, 2013
Các mô hình thực hành trong các khóa đào tạo y khoa liên tục về sản và nhi	Không rõ	Bác sĩ tuyến tỉnh (Bác sĩ sản, bác sĩ nhi, bác sĩ phòng cấp cứu)	Báo cáo thường niên của vụ SKBMTE, 2014

Nguồn: Tài liệu tóm tắt về các chương trình đào tạo về SKSS, chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh, chăm sóc sức khỏe và dinh dưỡng cho trẻ em do Vụ SKBMTE thực hiện và báo cáo thường niên của Vụ SKBMTE giai đoạn 2012-2014.

Thông tư số 22/2013 /TT-BYT của Bộ Y tế quy định cán bộ cung cấp dịch vụ y tế phải tham gia các khóa đào tạo y khoa liên tục để duy trì giấy phép hành nghề. Tuy nhiên rất nhiều chi tiết liên quan tới việc thực hiện chính sách vẫn chưa rõ ràng hoặc cần được hoàn thiện. Hiện nay không biết trong những khóa đào tạo này, khóa nào được xem là đáp ứng yêu cầu của Thông tư 22. Hiện nay có vẻ như việc hoàn thành các khóa đào tạo y khoa liên tục không giúp hộ sinh mở rộng phạm vi công việc ngoài các hoạt động liên quan đến hộ sinh cơ bản như đã đăng ký trong chứng chỉ hành nghề. Ví dụ như tại Úc, hộ sinh muốn được phép kê đơn các loại thuốc chăm sóc sản khoa thiết yếu trước hết sẽ phải tham gia một khóa đào tạo và được cấp chứng chỉ cho phép thực hiện kỹ năng này [226]. Tương tự như vậy, hộ sinh có thể cân nhắc việc tham gia đào tạo và được cấp chứng chỉ nhằm mở rộng phạm vi cung cấp dịch vụ đối với những kỹ năng như đặt dụng cụ tử cung, đặt que cấy tránh thai và cung cấp thuốc tiêm tránh thai, hoặc hút thai chân không hoặc phá thai nội khoa khi tuổi thai còn sớm nếu các quy định chung chưa cho phép hộ sinh hệ đào tạo 3 năm thực hiện các công việc này.

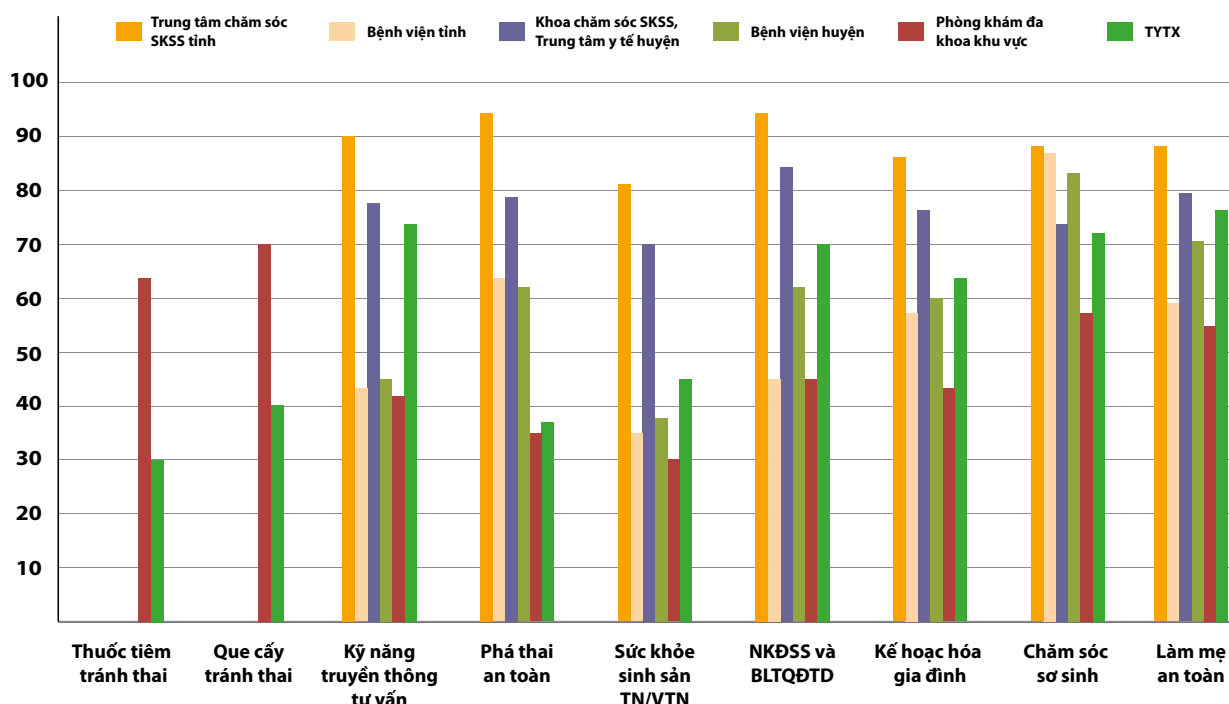
Các yêu cầu về đào tạo y khoa liên tục chưa được coi là một phần của chuẩn quốc gia về y tế tuyến xã (Quyết định 4667 / QĐ-BYT của Bộ Y tế năm 2014). Tuy nhiên, để người dân có thể tin tưởng vào chất lượng dịch vụ của trạm y tế xã và sinh con tại đây, cần có các quy định và áp dụng các tiêu chuẩn cho các phòng sinh tại trạm trong đó yêu cầu hộ sinh công tác tại trạm y tế xã phải hoàn thành và được cấp các chứng chỉ đào tạo y khoa liên tục về cấp cứu sản khoa, sàng lọc NKĐSS, tư vấn sức khỏe cho sản phụ trong thời gian mang thai, chăm sóc bà mẹ cho tới 6 tuần sau khi sinh, chăm sóc sơ sinh thiết yếu hoặc các nội dung liên quan khác như phá thai an toàn hoặc đặt dụng cụ tử cung. Chúng ta có thể tham khảo một ví dụ điển hình ở Philippines. Bảo hiểm PhilHealth quy định các nhà hộ sinh không trực thuộc bệnh viện đều phải được kiểm định và cấp chứng chỉ.³⁴ Một trong những nội dung kiểm định và để được cấp chứng chỉ công nhận

là bằng cấp chuyên môn của cán bộ công tác tại các nhà hộ sinh. Đối với các cán bộ có trình độ thấp họ cần tham gia các khóa đào tạo y khoa liên tục để các giúp cơ sở có thể đạt chuẩn kiểm định chất lượng được cấp chứng chỉ công nhận mà không cần bắt buộc nhân viên phải học thêm để lấy các văn bằng cao hơn.

Số liệu tốt nhất có sẵn hiện nay ở Việt Nam về độ bao phủ của các hoạt động đào tạo y khoa liên tục là từ số liệu thống kê năm 2010 của Vụ SKBMTE. Kết quả thống kê cho thấy tỷ lệ cán bộ công tác tại các các trạm y tế xã, huyện và tỉnh đã tham gia các khóa đào tạo y khoa liên tục về nội dung có liên quan đến hộ sinh tương đối cao trong giai đoạn 2008-2010 (Hình 61). Hai loại hình cơ sở có nhiều cán bộ tham gia và hoàn thành hầu hết các nội dung của các khóa đào tạo y khoa liên tục gồm: Trung tâm CSSKSS tỉnh và Khoa chăm sóc SKSS thuộc Trung tâm y tế huyện. Các cơ sở có ít cán bộ tham gia vào các khóa đào tạo y khoa liên tục nhất là phòng khám đa khoa khu vực và bệnh viện tỉnh. Các trạm y tế xã cho biết các cán bộ của trạm đã hoàn thành hầu hết các khóa học nói ở trên, trừ nội dung phá thai an toàn và các dịch vụ chăm sóc SKSS cho TN/VTN. Tỷ lệ cán bộ tham gia vào hai nội dung đào tạo này ở các cơ sở y tế đều thấp hơn so với các nội dung khác. Điều thú vị là tỷ lệ các trạm y tế xã tham gia vào các khóa đào tạo về làm mẹ an toàn, kế hoạch hóa gia đình, phòng chống các BLTQĐTD, thông tin, truyền thông, giáo dục sức khỏe, và tư vấn về chăm sóc SKSS TN/VTN cao hơn tỷ lệ tham gia của các bệnh viện huyện. Ngược lại tỷ lệ cán bộ tham gia vào các nội dung đào tạo về chăm sóc sơ sinh và phá thai an toàn của bệnh viện huyện lại cao hơn so với các trạm y tế xã.

34 Tham khảo Thông tư 30s.2009 của Philhealth ban hành, sửa đổi thông tư số 15 s. 2001 của Philhealth (Hướng dẫn kiểm định áp dụng với người cung cấp dịch vụ trong gói dịch vụ chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh). https://www.philhealth.gov.ph/circulars/2009/circ30_2009.pdf

Hình 61: Tỷ lệ các cơ sở y tế có cán bộ tham gia vào các khóa đào tạo khoa khoa liên tục liên quan tới các dịch vụ hộ sinh, 2010




Nguồn: Điều tra của vụ SKBMTE, 2010 [20]

3.5.4. Hiệp hội hộ sinh

Hội Nữ hộ sinh Việt Nam (VAM)³⁵ là một tổ chức phi chính phủ có vai trò quan trọng trong việc thực hiện các hoạt động vận động cho nghề hộ sinh và hỗ trợ các thành viên của Hội (Hộp 3). Hội là một trong những cơ sở được Liên đoàn hộ sinh thế giới hỗ trợ để giúp Việt Nam đạt được Tầm nhìn Hộ sinh năm 2030.

35 Tên tiếng Việt là Hội nữ Hộ sinh Việt Nam. Hiện nay đã có học viên nam tham gia vào các chương trình đào tạo hộ sinh vì thế tên của hội có thể phải thay đổi



Hộp 3: Vài nét về Hội Nữ hộ sinh Việt nam

Hội Nữ hộ sinh Việt Nam được thành lập theo Quyết định số 657 / TTg ngày 16 tháng 10 năm 1995 của Thủ tướng chính phủ. Hội là thành viên của Tổng hội Y học Việt Nam và trở thành thành viên của Liên đoàn Hộ sinh quốc tế ngay sau khi được thành lập.

Chiến lược phát triển Hội Nữ hộ sinh VN đến năm 2015 đã được xây dựng và thực hiện. Tầm nhìn của Hội cho đến năm 2015 kêu gọi hội thể hiện vai trò tích cực hơn trong công tác KHHGD nhằm góp phần vào việc thực hiện chiến lược SKSS tại cộng đồng, đặc biệt là trong làm mẹ an toàn, giảm tử vong mẹ và tử vong sơ sinh. Tại thời điểm 2016, không có thông tin cập nhật về chiến lược phát triển tiếp theo của Hội.

Hội Nữ hộ sinh Việt nam có 15 chi hội cấp tỉnh với khoảng 3.500 thành viên (theo thông tin cung cấp trên trang web). Hội đã tổ chức nhiều khóa đào tạo y khoa liên tục về các chủ đề như xử trí tích cực giai đoạn ba trong chuyển dạ, KHHGD, làm mẹ an toàn và chăm sóc sơ sinh thiết yếu, mặc dù hội chưa được chính thức công nhận là một cơ sở được phép thực hiện các khóa đào tạo y khoa liên tục và chưa được phép cấp chứng chỉ cho các học viên sau khi hoàn thành các khóa đào tạo liên tục. Hội còn tổ chức rất nhiều các cuộc hội thảo để chia sẻ thông tin. Một số đối tác có vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ sự phát triển của Hội bao gồm UNFPA, Pathfinder và Hiệp hội Hộ sinh Nhật Bản.

Hoạt động của hội được điều chỉnh trong Nghị định số 45/2010/ ND-CP của Chính phủ quy định về tổ chức, hoạt động và quản lý của các tổ chức xã hội chuyên nghiệp. Hiện nay một dự thảo Luật liên quan đến các Hội đang được thảo luận. Luật này nếu được ban hành sẽ giúp Hội có vai trò chuyên môn quan trọng hơn trong tương lai, chẳng hạn như cho phép hội tham gia tích cực hơn nữa trong việc xây dựng các hướng dẫn nghề nghiệp và cho phép hội tổ chức các hoạt động vận động và truyền tích cực hơn cho một mô hình chăm sóc sức khỏe sinh sản do hộ sinh chịu trách nhiệm.

Bảng 35 cho thấy Hội nữ Hộ sinh Việt Nam đã đảm nhận hầu hết các vai trò mà Liên đoàn Hộ sinh thế giới coi là các vai trò cơ bản của một hiệp hội hộ sinh chuyên nghiệp. Trên thực tế Hội và các thành viên của hội có thể có những đóng góp lớn hơn. Hội đã bắt đầu có những đóng góp tích cực hơn trong công tác hoạch định chính sách thông qua những đóng góp xây dựng các Chuẩn cơ bản cho hộ sinh Việt Nam (quyết định số 342 / QĐ-BYT 2014 của Bộ Y tế). Tuy nhiên, Hội cần tham gia tích cực hơn nữa vào các quá trình cấp giấy phép hành nghề (ví dụ: tham gia làm thành viên của Hội đồng Y khoa để đánh giá năng lực của Hộ sinh, tham gia vào việc thẩm

định các trường hợp nghi ngờ hộ sinh có những thực hành sai trái). Hội cũng cần tích cực tham gia hỗ trợ kỹ thuật và giúp các hội viên phát triển (ví dụ như ủy quyền cho các cơ sở đào tạo y khoa liên tục và tham gia xây dựng nội dung đào tạo hoặc tham gia tích cực hơn vào việc đào tạo hộ sinh đáp ứng được các yêu cầu về đào tạo y khoa liên tục). Ngoài ra Hội cũng cần tham gia nghiên cứu về các can thiệp hộ sinh và thay mặt hộ sinh vận động cho các hoạt động kỹ thuật có liên quan như cải thiện hình thức chăm sóc tôn trọng khách hàng và tránh lạm dụng trong cung cấp dịch vụ.

Bảng 35: Đánh giá về một số chỉ số về Hiệp hội Hộ sinh trong Báo cáo Hộ sinh Thế giới

Hiệp hội chuyên môn	
Năm thành lập Hiệp hội Hộ sinh	1995
Vai trò mà Hiệp hội Hộ sinh đảm nhận	
Liên tục phát triển nghề nghiệp hộ sinh	Có, nhưng không thường xuyên, chỉ khi có nguồn kinh phí.
Tư vấn cho thành viên bị cáo buộc có hành vi sai trái	Không. Trên thực tế, các quy tắc của Hội yêu cầu thành viên đó ra khỏi Hội
Tư vấn cho các thành viên về các tiêu chuẩn chất lượng trong chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh	Có, nhưng các cơ quan khác đóng vai trò tích cực và hiệu quả hơn trong công tác này
Tham mưu cho Chính phủ về các văn bản chính sách liên quan đến sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh	Có, nhưng hiếm khi thực hiện
Đàm phán các vấn đề liên quan đến công việc và lương/thù lao với Chính phủ	Không, chính phủ quy định mức lương cho hộ sinh

3.5.5. Một số Hướng dẫn về Chăm sóc Sức khỏe Sinh sản/Sức khỏe Tình dục, sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh

Cơ sở quan trọng cho việc xây dựng giáo trình và các biện pháp kiểm soát chất lượng là sự có sẵn các hướng dẫn quốc gia đã được xây dựng dựa trên các bằng chứng thực tế. Danh sách tất cả các hướng dẫn hiện hành về Chăm sóc Sức khỏe sinh sản/sức khỏe tình dục, sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ

sinh trình bày trong Bảng 36 cho thấy bộ hướng dẫn Chăm sóc Sức khỏe Sinh sản/Sức khỏe Tình dục, sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh của Việt nam tương đối toàn diện. Hầu hết các hướng dẫn này được xây dựng trong 10 năm trở lại đây. Các hướng dẫn quốc gia về sức khỏe sinh sản lần đầu tiên được ban hành năm 2002, được cập nhật năm 2009 và bản cập nhật gần đây nhất đã được ban hành năm 2016.

Bảng 36: Một số văn bản Hướng dẫn về SKSS/SKTD và sức khỏe bà mẹ và trẻ em góp phần nâng cao chất lượng của dịch vụ hộ sinh Việt Nam

Mã chính sách và ngày ban hành	Tên chính sách	Có thể hiện rõ vai trò của CB hộ sinh không ?	Có dựa trên bằng chứng không
Quyết định 4361/QĐ-BYT ngày 7/11/ 2007 của BYT	Ban hành quy trình chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con	Không	Không
Quyết định 3384/QĐ-BYT Ngày 10/9/ 2008 của BYT	Ban hành hướng dẫn quy trình kỹ thuật đặt máy trợ thở tạo áp lực dương liên tục (CPAP-KSE) ở trẻ sơ sinh	Không	Không
Quyết định 3821/QĐ-BYT Ngày 3/10/2008 của BYT	Ban hành hướng dẫn phác đồ điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con bằng thuốc kháng virus (ARV)	Không	Không
Quyết định 4620/QĐ-BYT ngày 25/11/ 2009 của BYT	Ban hành “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc Sức khỏe sinh sản” (thay cho Hướng dẫn năm 2002).	Có	Có
Quyết định 573/QĐ-BYT ngày 11/2/ 2010 của BYT	Ban hành quy trình sàng lọc, chuẩn đoán trước sinh và sơ sinh	Không	Không
Quyết định 5231/QĐ-BYT ngày 28/12/ 2010 của BYT	Phê duyệt tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chuẩn đoán, xử trí cấp cứu tai biến sản khoa”	Không	Không
Quyết định 1142/QĐ-BYT ngày 18/4/ 2011 của BYT	Phê duyệt tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn tổ chức thực hiện đơn nguyên sơ sinh và góc sơ sinh tại các tuyến y tế”	Có	Không
Quyết định 2620/QĐ-BYT ngày 27/7/ 2012 của BYT	Về việc ban hành “Hướng dẫn triển khai tiêm vắc xin viêm gan B liều sơ sinh”	Không	Có
Quyết định 4568/QĐ-BYT ngày 14/11/2013 của BYT	Ban hành hướng dẫn chuẩn đoán và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục	Không	Có
Quyết định 2919 ngày 6/8/ 2014 của BYT	Ban hành “Tài liệu chuyên môn hướng dẫn khám chữa bệnh tại trạm y tế xã, phường”	Có	Có

Mã chính sách và ngày ban hành	Tên chính sách	Có thể hiện rõ vai trò của CB hộ sinh không ?	Có dựa trên bằng chứng không
Quyết định 4673/QĐ-BYT ngày 10/11/ 2014 của BYT	Phê duyệt tài liệu hướng dẫn chuyên môn chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ	Không	Có
Quyết định 4674/QĐ-BYT ngày 10/11/ 2014 của BYT	Hướng dẫn phương pháp chăm sóc Kangaro cho mẹ	Có	Có
Quyết định 4869/QĐ-BYT ngày 21/11/ 2014 của BYT	Về việc phê duyệt tài liệu Hướng dẫn thẩm định tử vong mẹ	Có	Có
Quyết định 4944/QĐ-BYT ngày 27/11/ 2014 của BYT	Hướng dẫn quốc gia về phòng chống và kiểm soát thiếu vi chất dinh dưỡng	Có	Có
Quyết định 315/QĐ-BYT ngày 29/1/2015 của BYT	Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa	Không	Có
Quyết định 3047/QĐ-BYT ngày 22/7/2015 của BYT	Hướng dẫn quản lý, điều trị và chăm sóc HIV/AIDS	Không	Có
Quyết định 4068-QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của BYT	Ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh	Không	Không
Thông tư 34/2016/TT-BYT ngày 21/9/ 2016 của BYT	Quy định về thăm khám và các quy trình sàng lọc để phát hiện, điều trị, xử trí các bất thường, dị tật của bào thai	Không	Không
Thông tư 38/2016/TT-BYT ngày 31/10/ 2016 của BYT	Quy định một số biện pháp thúc đẩy việc nuôi con bằng sữa mẹ tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh	Không	Không
Quyết định 6734/QĐ-BYT ngày 15/11/ 2016 của BYT	Phê duyệt tài liệu hướng dẫn chuyên môn chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau mổ lấy thai	Có	Có
Bản dự thảo năm 2016	Bản dự thảo cập nhật hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản và đang đợi phê duyệt.	Có	Có

Lưu ý: Dựa trên bằng chứng bao gồm các tài liệu được trích dẫn hoặc nếu quá trình tham vấn có sự tham gia của các chuyên gia tư vấn quốc tế và trong nước

Hộ sinh chưa thể hiện quan điểm của mình và chưa tham gia vào quá trình xây dựng các Hướng dẫn quốc gia

Một thiếu sót trong quá trình xây dựng và cập nhật các hướng dẫn quốc gia là thiếu sự tham gia của hộ sinh. Danh sách ban soạn thảo hướng dẫn quốc gia về sức khỏe sinh sản không có hộ sinh mà chủ yếu là bác sĩ y khoa. Sự tham gia của Bác sĩ y khoa trong xây dựng Hướng dẫn rất thích hợp khi xây dựng các hướng dẫn điều trị bệnh chuyên ngành sản phụ khoa. Tuy nhiên đối với lĩnh vực chăm sóc SKSS nói chung, rất nhiều hoạt động trong đó là các hoạt động phòng ngừa hoặc ít liên quan tới các can thiệp và trong trường hợp như vậy hộ sinh cần có một tiếng nói mạnh mẽ hơn để giúp giảm bớt những can thiệp y tế không cần thiết hiện đang phổ biến ở Việt Nam. Tình trạng này cũng dễ hiểu vì đa số giảng viên hiện đang công tác trong các cơ sở đào tạo hộ sinh là bác sĩ sản chứ không phải hộ sinh và do số lượng hộ sinh tốt nghiệp hệ cử nhân hoặc hệ đại học hiện đang rất ít. Hội Nữ hộ sinh Việt Nam dường như cũng chưa được tham vấn và chưa thật sự tham gia một cách tích cực vào quá trình soạn thảo các hướng dẫn về SKSS, mặc dù ở hầu hết các quốc gia, đây là một trong những chức năng chính của Hiệp hội Nghề nghiệp Hộ sinh [14].

Nhu cầu cần các cơ chế nhằm đảm bảo việc thực hiện đồng bộ các văn bản hướng dẫn kỹ thuật

Sự tồn tại của các văn bản hướng dẫn này không đồng nghĩa với việc các văn bản đó sẽ được thực thi và điều này có ý nghĩa rất quan trọng với tử vong mẹ và tử vong sơ sinh. Hệ thống báo cáo về Sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh báo cáo khoảng 3.000 ca biến chứng sản khoa và 86 ca tử vong (chỉ khoảng 10% là các ca tử vong mẹ). Trong số các tai biến được báo cáo, 63% là do chảy máu, 22,5% do nhiễm trùng huyết sau sinh và 15,2% do sản giật. Kết quả thẩm định tử vong mẹ năm 2012 cho thấy tử vong mẹ không tập trung ở các vùng cụ thể mà rải rác ở khắp các địa phương trên cả nước. Hai phần ba số sản phụ tử vong để lại một hoặc nhiều trẻ em trở thành trẻ mồ côi mẹ. Kết quả thẩm định cũng cho thấy, khoảng

một nửa số ca tử vong xảy ra trong khi sinh hoặc trong vòng 24 giờ sau sinh, và một phần ba trường hợp tử vong xảy ra trong vòng 42 ngày sau sinh. Ngoài ra, khoảng 38% số ca tử vong mẹ được phát hiện tại nhà hoặc xảy ra trong quá trình vận chuyển đến cơ sở y tế. Chậm trễ trong việc xác định các trường hợp cần cấp cứu sản khoa và quyết định tự chăm sóc cùng với những sự chậm trễ khác chính là nguyên nhân gây ra một nửa số ca tử vong mẹ - đây là kết luận được đưa ra sau khi thực hiện thẩm định về tử vong mẹ.

Chậm trễ do nhân viên y tế phản ứng chậm hoặc là chậm trễ do cả nhân viên y tế phản ứng chậm và do các nguyên nhân khác chiếm đến 45%. Sau cùng, chậm trễ trong tiếp cận dịch vụ do khoảng cách xa hoặc do thiếu các phương tiện giao thông: chỉ riêng chậm trễ này hoặc kết hợp với một số chậm trễ khác là nguyên nhân gây ra 29% các ca tử vong trong tổng số các ca tử vong được thẩm định [119].

Kết quả thực địa của nhóm nghiên cứu cho thấy hiện chưa có các cơ chế thúc đẩy việc thực thi, hệ thống thanh tra chất lượng, các khung quản lý hoạt động lâm sàng tổng thể, các chuẩn hoặc hệ thống giám sát, và cán bộ chưa được tham gia các cuộc tập huấn thường xuyên để có thể chuẩn bị tốt cho các trường hợp cấp cứu sản khoa. Nhiều cơ sở đào tạo y tế và các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế không biết là có các Hướng dẫn quốc gia về chăm sóc SKSS và chăm sóc sơ sinh.

Tuy nhiên, Việt Nam hiện đã ban hành các văn bản nhằm đảm bảo việc tuân thủ và đảm bảo chất lượng việc thực hiện các văn bản quy định đã ban hành. Ví dụ, Quyết định số 471 / QĐ-BYT (năm 2014) của Bộ Y tế về chất lượng điều trị ngoại trú HIV, Quyết định 3994 / QĐ-BYT (năm 2015) và 5848 / QĐ-BYT (năm 2016) về chăm sóc sức khỏe sinh sản, và Thông tư 19/2013/TT-BYT (2013) của Bộ Y tế, Quyết định 4858/QĐ-BYT (2013) và Quyết định 6858/QĐ-BYT (2016) về đảm bảo chất lượng tại các bệnh viện. Tất cả các văn bản này đều có những quy định liên quan đến việc thu thập thông tin/dữ liệu về các chỉ số hoạt động chính để theo dõi và so sánh chất lượng

dịch vụ của các dịch vụ khác nhau (hoặc của các cán bộ cung cấp dịch vụ), gồm cả các dịch vụ chăm sóc SKSS và làm mệ an toàn.

Việc liên kết các yêu cầu về đào tạo y khoa liên tục để duy trì chứng chỉ hành nghề sẽ tạo ra một cơ chế đảm bảo việc đưa các nội dung hướng dẫn này vào thực tiễn. Tuy nhiên kết quả của những nỗ lực này phụ thuộc rất nhiều vào các yếu tố như: liệu thông tin thu thập được từ các hệ thống này có được phân tích một hiệu quả hay không; các bằng chứng có được sử dụng nhằm hỗ trợ và thực hiện giám sát thích hợp đối với các cơ sở hiện còn hoạt động chưa hiệu quả hay không. Các thông tin cụ thể về các quy định pháp lý được trình bày trong phần sau.

Các biện pháp để đảm bảo sự hài lòng của bệnh nhân

Với sự hỗ trợ kỹ thuật của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, hiện nay Bộ Y tế đang thực hiện một cuộc khảo sát định tính về sự hài lòng của khách hàng đối với tất cả các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế. Những phát hiện ban đầu từ cuộc điều tra này và một loạt các cuộc điều tra khác cho thấy những nỗ lực của Bộ Y tế trong việc thực thi các giải pháp nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ y tế ở Việt Nam [227-229].

3.6. Khuôn khổ pháp lý

Ngành y tế Việt Nam có một khuôn khổ pháp lý tương đối đa dạng, bao gồm cả lĩnh vực sức khỏe sinh sản. Ngoài ra, trong những năm gần đây, ngành y tế đã xây dựng được một số lượng lớn các văn bản pháp luật liên quan trực tiếp tới công tác hộ sinh, đào tạo hộ sinh và các dịch vụ hộ sinh. Trước hết nội dung của phần này sẽ trình bày các tiêu chuẩn do Liên đoàn Hộ sinh quốc tế đã ban hành, sau đó trình bày các cơ cấu quản lý liên quan tới ngành hộ sinh. Phần này cũng tóm lược một số thành tựu quan trọng trong xây dựng và phát triển các quy định liên quan tới hộ sinh tại Việt Nam, sau đó mô tả chi tiết từng lĩnh vực quan trọng của quy định hộ sinh và trình bày các chính sách mới nhất, một số bình luận về nội dung của các chính sách đó và sự không

nhất quán với các chính sách khác. Phần cuối của phần này, nhóm tác giả sẽ đưa ra một số ý kiến đánh giá về thực trạng hiện nay của các quy định pháp lý về hộ sinh ở Việt Nam, đồng thời đưa ra một số khuyến nghị liên quan tới các tiêu chuẩn mà Liên đoàn Hộ sinh quốc tế đưa ra và các khuyến nghị liên quan tới việc giải quyết các vấn đề hiện đang tồn tại trong hệ thống y tế của Việt Nam.

3.6.1. Giới thiệu về các tiêu chuẩn Toàn cầu về Hộ sinh do Liên đoàn hộ sinh quốc tế xây dựng

Theo Liên đoàn Hộ sinh quốc tế, “các quy định pháp lý trong ngành hộ sinh là một tập hợp các tiêu chí và quy trình từ góc độ pháp lý trong đó quy định những ai đủ điều kiện trở thành hộ sinh đồng thời đưa ra các thông tin chi tiết về phạm vi công việc của ngành hộ sinh. Phạm vi công việc của hộ sinh là những công việc/hoạt động mà hộ sinh đã được đào tạo, có năng lực thực hiện và được phép thực hiện. Việc đăng ký, đôi khi được gọi là giấy phép hoặc chứng chỉ nghề nghiệp, là việc được trao quyền về mặt pháp lý để hành nghề với chức danh hộ sinh. **Lý do chính của việc ban hành các quy định pháp lý là để bảo vệ người dân khỏi những người có ý định cung cấp dịch vụ hộ sinh một cách không thích hợp.** Ở một số quốc gia, công tác hộ sinh được quy định thông qua Luật Hộ sinh, một số quốc gia khác lại đưa ra các quy định cho công tác hộ sinh trong Luật Điều dưỡng. Trên thực tế chúng ta có thể thấy rõ rằng các quy định về Điều dưỡng không còn thích hợp với phạm vi hoạt động hộ sinh [230].”

Liên đoàn Hộ sinh quốc tế kêu gọi xây dựng các quy định nhằm đảm bảo sự an toàn cho người dân thông qua 6 yêu cầu sau:

- Xây dựng phạm vi công việc của ngành hộ sinh
- Đào tạo trước khi thực hiện đăng ký
- Đăng ký (cấp phép)

- Đăng ký lại và tiếp tục cập nhật trình độ tay nghề
- Khiếu nại và kỷ luật
- Các quy tắc ứng xử và đạo đức

Nội dung của phần này đánh giá hiện trạng các văn bản pháp luật liên quan đến hộ sinh hiện hành theo khung phân tích trình bày trên đây. Danh sách các văn bản chính sách được trình bày trong Phụ lục 5. Công cụ đánh giá giúp xác định các khoảng trống để phát triển các văn bản pháp luật phù hợp với bối cảnh của Việt Nam. Bên cạnh đó, công cụ này sẽ giúp Việt Nam đánh giá được những gì đã phù hợp và đầy đủ trong khuôn khổ pháp lý về hộ sinh so với tiêu chuẩn mà Liên đoàn Hộ sinh quốc tế đã đưa ra. Điều đáng tiếc là chúng tôi không thể đánh giá đầy đủ được xem là những quy định và văn bản nào được thực hiện và việc thực hiện thúc đẩy

Bản tóm tắt các quy định về hộ sinh ở Việt Nam tính đến năm 2016 được trình bày trong Bảng 37 theo mẫu hồ sơ được áp dụng cho các quốc gia. Mẫu này được trình bày trong *Báo cáo Tình trạng Hộ sinh thế giới năm 2014*. Khuôn khổ pháp lý của Việt Nam đáp ứng được bốn trong bảy tiêu chí đã đề ra. Tuy nhiên, có một số điểm hạn chế trong khuôn khổ pháp lý của Việt Nam như sau: chưa có hệ thống đăng ký trực tuyến trong việc cấp giấy phép cho hộ sinh; hạn chế quyền của hộ sinh trong việc thực hiện các kỹ năng cơ bản cấp cứu sản khoa và cấp cứu sơ sinh; chỉ cho phép hộ sinh tốt nghiệp đại học được cung cấp thuốc tiêm tránh thai và dụng cụ tử cung. So với 73 quốc gia khác được đề cập tới trong *Báo cáo Tình trạng Hộ sinh thế giới năm 2014*, tình hình của Việt Nam tương đối khả quan so với một số quốc gia khác. Việt Nam nằm trong số 36 quốc gia đã ban hành các quy định luật pháp công nhận nghề hộ sinh là một nghề độc lập³⁶, đồng thời là một trong 57 quốc gia có định nghĩa về hộ sinh được công nhận, một trong 67 quốc gia có cơ

quan quản lý nhà nước về hộ sinh (dù Việt Nam có nhiều cơ quan quản lý đang quản lý nhiều khía cạnh khác nhau liên quan đến hộ sinh) và là một trong số 34 quốc gia yêu cầu thực hiện giấy phép hành nghề hộ sinh. Tuy nhiên, Việt Nam lại nằm trong số 35 quốc gia có chưa có hệ thống đăng ký hộ sinh trực tuyến³⁷. Ngoài ra, Việt Nam cũng không thuộc nhóm 37 quốc gia cho phép hộ sinh cung cấp tất cả bảy kỹ năng cơ bản trong Chăm sóc cấp cứu sản khoa và cấp cứu sơ sinh (do Việt Nam đang áp dụng các nguyên tắc hạn chế không cho phép hộ sinh cung cấp dịch vụ dùng giác hút cho các ca sinh cần sử dụng dụng cụ hỗ trợ). Việc hạn chế chỉ cho phép hộ sinh bậc đại học được cung cấp thuốc tiêm tránh thai và dụng cụ tử cung khiến Việt Nam được xếp trong số 7 quốc gia không cho phép hộ sinh cung cấp thuốc tiêm tránh thai và một trong 11 quốc gia không cho phép hộ sinh đặt và tháo dụng cụ tử cung trong số 73 quốc gia được đề cập trong báo cáo *Tình trạng hộ sinh thế giới năm 2014*.

36 *Tính độc lập trong nghề hộ sinh bao gồm hai mặt: Hộ sinh là một nghề độc lập đối với điều dưỡng, có chương trình đào tạo và phạm vi công việc khác nhau. Hộ sinh là một công việc độc lập, quyết định các hoạt động lâm sàng thay mặt cho khách hàng, trong phạm vi được đào tạo chứ không phải đơn giản là làm theo chỉ định của bác sĩ.*

37 *Một hệ thống đăng ký trực tuyến được hiểu là một hệ thống có danh sách các hộ sinh đã đăng ký hành nghề được cập nhật liên tục, hoặc hộ sinh có đăng ký hành nghề bị thu hồi hoặc có các hạn chế trong phạm vi hành nghề. Hệ thống này bao gồm cả các bằng cấp đào tạo của hộ sinh và các hạn chế trong hành nghề. Có thể tham khảo hệ thống của New Zealand: <http://www.midwiferycouncil.health.nz/register-search>*

Bảng 37: Hiện trạng của các chỉ số quy định về hộ sinh từ Báo cáo Tình trạng hộ sinh thế giới 2014

Quy định về hộ sinh	Hiện trạng ở Việt Nam
Luật pháp công nhận nghề hộ sinh là một nghề độc lập	Có
Định nghĩa được công nhận về nữ hộ sinh	Có
Cơ quan quản lý nhà nước về hộ sinh	Có
Giấy phép hành nghề hộ sinh	Có
Cho phép đăng ký và cấp phép trực tuyến	Chưa có
Số lượng các kỹ năng cơ bản trong cấp cứu sản khoa và cấp cứu sơ sinh mà hộ sinh được phép thực hiện (trên tổng số 7 kỹ năng)	1 kỹ năng được phép thực hiện, 1 kỹ năng không được phép thực hiện, 5 kỹ năng có thể thực hiện trong trường hợp cấp cứu hoặc được phép thực hiện nếu có sự giám sát của bác sĩ
Hộ sinh được cung cấp thuốc tiêm tránh thai/dụng cụ tử cung	Có/Có, nhưng chỉ dành cho hộ sinh tốt nghiệp đại học hoặc các hệ đào tạo cao hơn

3.6.2. Hệ thống các quy định pháp lý của Việt Nam

Các cơ cấu quản lý ngành hộ sinh

Cơ quan chịu trách nhiệm quản lý chính nghề hộ sinh là Cục Quản lý Khám chữa bệnh trực thuộc Bộ Y tế. Cơ quan này có chức năng quản lý hệ thống đăng ký nghề nghiệp cho tất cả các ngành nghề trong lĩnh vực y tế (Bảng 38). Cục Quản lý Khám chữa bệnh có Phòng Chế độ Điều dưỡng và Ăn uống. Phòng này có một chuyên viên có chuyên môn về điều dưỡng, chuyên viên này sẽ chịu trách nhiệm quản lý cả các vấn đề về hộ sinh tại các bệnh viện, đồng thời chịu trách nhiệm phối hợp chặt chẽ với Vụ SKBMTE trong lĩnh vực phát triển ngành hộ sinh. Cục phối hợp với Vụ SKBMTE để tư các chính sách chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh đồng thời đưa ra các tiêu chuẩn cho hoạt động hộ sinh (năng lực thực hiện, kỹ năng đỡ đẻ). Vụ SKBMTE có chức năng quản lý các trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản của tỉnh, nhưng không có chức năng quản lý việc cung cấp các dịch vụ hộ sinh tại bệnh viện, vì phần này do Cục Quản lý Khám chữa bệnh trực tiếp quản lý.

Vụ SKBMTE, Vụ Tổ chức-Cán bộ và Cục Khoa học, Công nghệ và Đào tạo có trách nhiệm bảo vệ chức danh nghề nghiệp 'hộ sinh'. Vụ SKBMTE phối hợp cùng Cục Khoa học, Công nghệ và Đào tạo đưa ra các quy định về đào tạo y khoa liên tục trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ và trẻ em. Vụ Tổ chức-Cán bộ chịu trách nhiệm đưa ra phạm vi hành nghề cho hộ sinh. Phạm vi hành nghề này được sử dụng trong việc xây dựng giáo trình đào tạo và đăng ký nghề nghiệp. Cục Khoa học, Công nghệ và Đào tạo chịu trách nhiệm đặt ra các tiêu chuẩn và đảm bảo chất lượng trong đào tạo hộ sinh phù hợp với yêu cầu của Bộ Giáo dục và Đào tạo và tiêu chuẩn về đào tạo hộ sinh hệ cao đẳng và trung cấp do Bộ Lao động, Thương Binh và Xã hội quy định. Cho tới thời điểm này, việc đánh giá năng lực hộ sinh là trách nhiệm của các cơ sở đào tạo và các cơ sở thực hiện tuyển dụng hộ sinh sau khi tốt nghiệp.

Bảng 38: Đánh giá về chức năng và nhiệm vụ của các cơ quan thực hiện quản lý hộ sinh ở Việt nam

Chức năng và nhiệm vụ	Cơ quan quản lý/cơ quan chịu trách nhiệm
Tư vấn cho Chính phủ về chính sách chăm sóc sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh	Vụ SKBMTE (BYT)
Đặt ra tiêu chuẩn về phạm vi hoạt động của ngành hộ sinh	Vụ SKBMTE (BYT)
Đăng ký hành nghề hộ sinh (điều dưỡng-hộ sinh, điều dưỡng chuyên khoa về sản/nhi)	Cục QLKCB (BYT)
Xác nhận năng lực của hộ sinh ngoại quốc muốn tham gia thực hiện công tác hộ sinh ở Việt Nam (điều dưỡng-hộ sinh, điều dưỡng chuyên khoa về sản/nhi)	Cục QLKCB (BYT) đóng một phần trách nhiệm trong việc đăng ký
Xây dựng phạm vi hành nghề của ngành hộ sinh	Vụ TCCB (BYT) và Bộ Nội vụ
Bảo vệ chức danh “hộ sinh”	BYT (Cục Khoa học, Công nghệ và Đào tạo Vụ SKBMTE, Vụ Tổ chức-Cán bộ)
Đặt ra tiêu chuẩn về đạo đức nghề nghiệp	BYT (07/2014/TT-BYT Tiêu chuẩn đạo đức nghề nghiệp)
Áp dụng biện pháp xử phạt khi hộ sinh (điều dưỡng-hộ sinh, điều dưỡng chuyên khoa về sản/nhi) có những hành vi vi phạm đạo đức nghề nghiệp	BYT, chính quyền địa phương theo Nghị định 176/2013/NĐ-CP của chính phủ áp dụng cho tất cả cán bộ y tế
Điều tra cáo buộc hành vi sai trái hoặc thiếu năng lực	Cục Quản lý Khám chữa bệnh (BYT) là cơ quan đứng đầu trong Hội đồng nghề nghiệp trong việc đưa ra quyết định liên quan tới các hành vi sai trái trong chăm sóc sức khỏe
Đặt ra các tiêu chuẩn trong giáo dục đào tạo	Cục Khoa học, Công nghệ và Đào tạo (BYT) cùng với Bộ GD-ĐT (đào tạo hệ đại học) và Bộ LĐTBXH (đào tạo hệ cao đẳng hoặc thấp hơn)
Kiểm định các cơ sở giáo dục	Bộ GD-ĐT (đào tạo hệ đại học) và Bộ LĐTBXH (đào tạo hệ cao đẳng hoặc thấp hơn)
Đảm bảo chất lượng giáo dục	Bộ GD-ĐT (đào tạo hệ đại học) và Bộ LĐTBXH (đào tạo hệ cao đẳng hoặc thấp hơn) và Cục Khoa học, Công nghệ và Đào tạo (BYT)
Đánh giá năng lực trước khi thực hiện việc đăng ký	Đánh giá năng lực của các cơ sở thực hiện đào tạo y và đánh giá khả năng thực hành công việc của học viên/sinh viên tốt nghiệp sau 9 tháng đi làm tại các cơ sở y tế.
Không ngừng nâng cao trình độ chuyên môn hoặc trình độ học vấn	Vụ SKBMTE và Cục Khoa học, Công nghệ và Đào tạo (BYT)

Luật Khám chữa bệnh của Việt Nam là cơ sở pháp lý để Bộ Y tế thành lập Ban cố vấn về đăng ký hành nghề y khoa (Quyết định 2803/QĐ-BYT năm 2013 của Bộ Y tế). Trong thành phần của ban cố vấn, có một tiểu ban chuyên về điều dưỡng và hộ sinh với phạm vi công việc hẹp hơn bao gồm tư vấn về việc cấp, cấp lại và thu hồi đăng ký hành nghề và đình chỉ hành nghề đối với hộ sinh. Các tiểu ban khác xử lý các vấn đề như đào tạo, đào tạo y khoa liên tục, giải quyết khiếu nại và phụ trách các cơ sở dữ liệu về các ngành nghề y khoa đã đăng ký. Tuy nhiên cán bộ của các tiểu ban này không có chuyên môn về các ngành y khoa khác nhau như hộ sinh. Điều này có thể là một trong những nguyên nhân gây ra sự thiếu nhất quán giữa chương trình đào tạo hộ sinh, phạm vi công việc của hộ sinh và các chương trình đào tạo y khoa liên tục và sự thiếu sự phối hợp trong ngành y tế trong quá trình phát triển ngành hộ sinh.

Nhiều quốc gia đã xây dựng được Hội đồng Hộ sinh như New Zealand, Canada,³⁸ Anh,³⁹ Tamil Nadu ở Ấn Độ,⁴⁰ Nigeria,⁴¹ Campuchia,⁴² Thái Lan⁴³ Bangladesh,⁴⁴ và nhiều quốc gia khác. New Zealand và Thái Lan là những ví dụ điển hình về sự hoạt động hiệu quả của Hội đồng Hộ sinh.

Ở New Zealand, vai trò của Hội đồng Hộ sinh được quy định rõ trong Luật Bảo đảm Năng lực cho những người hành nghề Y (ban hành năm 2003). Đây là quy định khung pháp lý chung cho tất cả những người hành nghề y, nhưng cũng có các cơ quan quản lý chuyên biệt cho từng nghề cụ thể. Luật này được ban hành nhằm mục đích bảo vệ sức khỏe của người dân bằng cách

đảm bảo những người hành nghề y phải có đủ năng lực để thực hiện công việc. Việc quản lý này được thực hiện thông qua các Hội đồng nghề riêng biệt. Ví dụ, Hội đồng Hộ sinh là tổ chức ban hành các quy định phạm vi hành nghề và giới hạn công việc của nghề hộ sinh, thiết lập các cơ chế xác định năng lực của hộ sinh khi đăng ký hành nghề, xác định các yêu cầu về các kỹ năng cần được liên tục cập nhật khi hộ sinh gia hạn chứng chỉ hành nghề hàng năm. Hội đồng có quyền đình chỉ đăng ký hành nghề hộ sinh hoặc áp đặt các điều kiện và giới hạn về phạm vi hành nghề đối với hộ sinh. Các thành viên của Hội đồng Hộ sinh New Zealand được Bộ trưởng Bộ Y tế bổ nhiệm với nhiệm kỳ từ một đến ba năm và có thể được bổ nhiệm lại khi nhiệm kỳ đó kết thúc. Thành viên hội đồng bao gồm cả hộ sinh có chuyên môn và những người không có chuyên môn hộ sinh.⁴⁵

Tại Thái Lan, Nghị định Hoàng gia về Luật Điều dưỡng và Hộ sinh (ban hành năm 1985, cập nhật năm 1997) là cơ sở để thành lập Hội đồng Điều dưỡng và Hộ sinh Thái Lan. Mục đích của hội đồng là quản lý và thúc đẩy nghề hộ sinh và điều dưỡng. Trách nhiệm cụ thể của Hội bao gồm đăng ký hành nghề hộ sinh, đình chỉ và thu hồi giấy phép, phê duyệt chương trình đào tạo hộ sinh và các chương trình giáo dục được cấp chứng nhận, thực hiện kiểm định các cơ sở đào tạo hộ sinh. Hội đồng Điều dưỡng và Hộ sinh bao gồm 32 thành viên, một nửa trong số đó do Chính phủ bổ nhiệm (bao gồm Chủ tịch Hội Điều dưỡng Thái Lan và đại diện các Bộ, Hội Chữ thập đỏ và Khu vực Thủ đô Bangkok) và một nửa do các thành viên bầu ra.

38 <http://www.cmrc-ccosf.ca/>

39 <https://www.nmc.org.uk/>

40 <http://www.tamilnadunursingcouncil.com/>

41 <http://portal.nmcnigeria.org/>

42 <http://www.midwivesc.org/?lg=en>

43 <http://www.tnc.or.th/en>

44 <http://www.bnmc.gov.bd/>

45 <https://www.midwiferycouncil.health.nz/about-us/legislation>



Một số thành tựu trong hệ thống quản lý hộ sinh của Việt nam

Bảng 39 trình bày tóm tắt một số thành tựu mà Việt Nam đạt được gần đây trong quá trình phát triển hộ sinh. Mặc dù việc xây dựng các quy định trong các lĩnh vực khác (ví dụ như quy định nghề nghiệp) cũng có thể gây ảnh hưởng tới hộ sinh, những quy định này thường không cụ thể đối với hộ sinh và nghề hộ sinh và vì vậy không được tóm tắt tại đây. Tuy nhiên các quy định này sẽ được thảo luận trong khuôn khổ đánh giá quy định mà Liên đoàn Hộ sinh quốc tế ban hành. Các thành tựu trong xây dựng các quy định về hộ

sinh đã giúp Việt Nam tiến gần hơn tới các tiêu chuẩn của ASEAN và các tiêu chuẩn do Liên đoàn Hộ sinh quốc tế ban hành. Tuy nhiên, điều này cũng gây ra sức ép lên hệ thống y tế hiện hành do tốc độ thay đổi nhanh chóng để phù hợp với lộ trình và do các yêu cầu về cải thiện trình độ của lực lượng hộ sinh từ trung cấp đến cao đẳng hoặc ở các cấp đào tạo hộ sinh cao hơn và do sự thay đổi trong khối lượng công việc hộ sinh (ví dụ lực lượng bác sỹ sẽ thực hiện thêm một số công việc mà trước đây lực lượng hộ sinh vẫn đảm nhận, cụ thể là việc cung cấp dịch vụ tránh thai lâm sàng và phá thai).

Bảng 39: Một số thành tựu quan trọng trong việc ban hành các quy định pháp lý liên quan tới hộ sinh tại Việt Nam từ năm 2010

Thành tựu	Văn bản chính sách	Mức độ quan trọng
Đưa ra phạm vi công việc và phạm vi đăng ký hành nghề cho hộ sinh	Thông tư 26/2015 / TTLT-BYT-BNV quy định mã số, và các tiêu chuẩn cho điều dưỡng, hộ sinh và các ngành nghề kỹ thuật viên y tế	<ul style="list-style-type: none"> •Đưa ra phạm vi công việc mà hộ sinh sau khi đăng ký phải thực hiện trong hệ thống quy định nghề nghiệp y tế (mặc dù Thông tư có một vài hạn chế)
Đưa ra tiêu chuẩn năng lực	<p>Quyết định số 342 / QĐ-BYT (2014) phê duyệt các tiêu chuẩn năng lực cơ bản cho hộ sinh Việt Nam</p> <p>Quyết định 3982 / QĐ-BYT (2014) Phê duyệt các hướng dẫn về kỹ năng cơ bản cho cán bộ làm công tác hộ sinh</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Năng lực của hộ sinh được coi là cơ sở trong đào tạo trước khi hành nghề và trong xây dựng phạm vi quy chế làm việc. •Các tài liệu hướng dẫn kỹ năng cơ bản cho hộ sinh có vai trò quan trọng trong việc xây dựng các khóa đào tạo liên tục nhằm đảm bảo rằng tất cả các cán bộ y tế tuyển cơ sở có thể có đủ năng lực thực hiện các nhiệm vụ hộ sinh thiết yếu một cách thành thạo. •Cả hai bộ tiêu chuẩn đều phù hợp với tiêu chuẩn của Việt Nam và tiêu chuẩn của Liên đoàn Hộ sinh quốc tế
Xây dựng giáo trình đào tạo trước khi cung cấp dịch vụ và đặt ra các tiêu chuẩn đối với cơ sở đào tạo	<p>Thông tư 11/2010 / TT-BGDĐT ban hành bộ chương trình khung giáo dục đại học khối ngành Khoa học Sức khỏe trình độ cao đẳng (bao gồm điều dưỡng và hộ sinh)</p> <p>Khung giáo trình đào tạo hộ sinh hệ đại học (4 năm) được thông qua trong Chỉ thị 9513 / BYT-K2DT ngày 27/12/2014 Văn bản số 322 / K2DT-DH ngày 5/5/2015 về Chương trình đào tạo dành cho giảng viên thực hiện công tác đào tạo hộ sinh dựa trên năng lực thực hiện</p> <p>Quyết định số 659 / QĐ-BYT (2015) Ban hành các điều kiện để đảm bảo hoạt động đào tạo hộ sinh tại các trường đại học và cao đẳng tại Việt Nam Dự thảo Nghị định mới nhằm thay thế Thông tư số 09/2008 / TT-BYT Hướng dẫn việc phối hợp giữa các cơ sở đào tạo cán bộ y tế và các các bệnh viện có thực hiện đào tạo trong các lĩnh vực đào tạo, nghiên cứu và chăm sóc sức khỏe nhân dân.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Những chương trình đào tạo dựa trên năng lực này giúp cho công việc đào tạo hộ sinh của Việt Nam tiến gần hơn tới các tiêu chuẩn mà Liên đoàn hộ sinh thế giới xây dựng. •Với hệ đào tạo 4 năm, các chương trình đào tạo hộ sinh giờ đây đã có đầy đủ các hệ đào tạo (từ trung học chuyên nghiệp tới hệ đại học). • Các yêu cầu chuyên môn trong thực hiện đào tạo hộ sinh đòi hỏi các cơ sở đào tạo đáp ứng được các yêu cầu về chất lượng để thực hiện các chương trình giảng dạy có hiệu quả. •Sự phối hợp tốt hơn giữa các cơ sở thực hành và cơ sở đào tạo sẽ góp phần nâng cao chất lượng đào tạo và giúp học viên học sinh đạt được năng lực và tay nghề tốt hơn.
Đặt ra phạm vi công việc và chương trình đào tạo cho cô đỡ thôn bản	<p>Thông tư 07/2013/TT-BYT quy định tiêu chuẩn, chức năng, nhiệm vụ của cán bộ y tế thôn bản (với một số quy định cụ thể đối với cô đỡ thôn bản);</p> <p>Quyết định 2847/QĐ-BYT (2012) của BYT về phê duyệt các tài liệu đào tạo cô đỡ thôn bản dựa trên năng lực thực hiện</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Chính thức hóa và tiêu chuẩn hóa chất lượng cô đỡ thôn bản để phục vụ các vùng dân tộc thiểu số và vùng khó khăn nhằm góp phần làm giảm sự chênh lệch giữa các vùng miền.

3.6.3. Quy định phạm vi hành nghề hộ sinh

Cơ sở cho việc xây dựng phạm vi hành nghề hộ sinh là Thông tư liên tịch số 26/2015/TTLT-BYT-BNV (Thông tư 26) về hộ sinh và Thông tư 07/2013/TT-BYT về cô đỡ thôn bản. Từ góc độ cung cấp dịch vụ, các văn bản quy định phạm vi cho phép các cơ sở cung cấp các dịch vụ hộ sinh khác nhau đã được ban hành. Quyết định số 385/2001/QĐ-BYT của Bộ Y tế quy định rõ các loại hình dịch vụ chăm sóc SKSS được cung cấp tại các cơ sở y tế. Gần đây, Thông tư 43/2013/TT-BYT do Bộ Y tế ban hành cũng là một tài liệu tương tự tuy nhiên văn bản này phân cấp cho các Sở Y tế quyết định những cơ sở y tế nào được phép cung cấp từng loại hình dịch vụ này.

Thông tư 26 đã thay thế Thông tư 12/2011/TT-BYT với mục đích điều chỉnh các yêu cầu về nhân lực y tế Việt Nam cho phù hợp với các tiêu chuẩn mà các nước Đông Nam Á (ASEAN) đã đưa ra. Thỏa thuận công nhận nhau về hành nghề y khoa của ASEAN có bốn mục tiêu chính bao gồm: tạo điều kiện cho phép nhân viên trong ngành y tế được phép di chuyển tự do giữa các nước ASEAN; trao đổi các thông tin liên quan tới việc công nhận lẫn nhau đối với nhân sự ngành y; thúc đẩy việc áp dụng các thực hành tốt nhất về tiêu chuẩn và bằng cấp; tạo cơ hội cho việc xây dựng năng lực và đào tạo người hành nghề y. Việc này đòi hỏi hộ sinh phải hoàn thành chương trình đào tạo y khoa chuyên nghiệp và được cơ quan quản lý y tế chuyên nghiệp ở nước xuất xứ cấp bằng đảm bảo người hộ sinh đủ năng lực về các khía cạnh kỹ thuật, đạo đức và pháp luật trước khi được thực hiện các công việc chuyên môn. Mỗi nước trong khối ASEAN có thể ban hành các yêu cầu về đăng ký chuyên môn khác nhau, mặc dù nhiều nước cùng sử dụng các chuẩn năng lực mà Liên đoàn Hộ sinh Quốc tế quy định làm cơ sở cho các quy định của nước mình. Ví dụ, Campuchia yêu cầu hộ sinh có các năng lực đặc thù để thực hiện công việc của mình và duy trì các kỹ năng thông qua đào tạo y khoa liên tục. Trong khi đó, Việt Nam yêu cầu phải có chứng chỉ đào tạo chuyên về ngành hộ sinh. Hội đồng Hộ sinh tại các quốc gia ASEAN

đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo các năng lực hộ sinh được tuân thủ theo thỏa thuận này. Một số hội đồng yêu cầu hộ sinh phải hoàn thành kiểm tra tay nghề trong khi một số khác lại yêu cầu kiểm tra chứng nhận đào tạo và kinh nghiệm làm việc. Như vậy, dường như các nước ASEAN không có yêu cầu về số năm đào tạo mà chỉ có yêu cầu về năng lực thực hiện.

Phạm vi nhiệm vụ và chức danh liên quan tới bằng cấp của hộ sinh

Thông tư 26 quy định gồm 7 nhiệm vụ hộ sinh: a) Chăm sóc bà mẹ, trẻ sơ sinh, người bệnh và người sử dụng dịch vụ y tế, b) sức khỏe sinh sản tại cộng đồng, c) cấp cứu và sơ cứu, d) TT-GD-TT, tư vấn và chăm sóc sức khỏe sinh sản, e) hỗ trợ, phối hợp trong điều trị, f) bảo vệ và thực hiện các quyền cho bệnh nhân, g) đào tạo, nghiên cứu và phát triển nghề nghiệp.

Quy định về phạm vi thực hành chuyên môn tại thông tư này không đề cập tới các nhiệm vụ quan trọng khác mà hộ sinh đã được đào tạo, ví dụ như cung cấp các dịch vụ phụ khoa như sàng lọc ung thư vú và ung thư cổ tử cung, phát hiện các BLTQĐTĐ, tư vấn về SKSS cho TN/VTN và các vấn đề về chăm sóc SKSS cho người già (các vấn đề trong thời kỳ tiền mãn kinh) và tham gia vào các hoạt động thẩm định về tử vong mẹ.

Thông tư 26 cũng đặt ra **các yêu cầu về bằng cấp đào tạo** và kinh nghiệm thực hành nhằm đáp ứng phạm vi công việc. Thông tư 12/2011/TT-BYT ban hành trước đó đã nêu chi tiết phạm vi công việc cho năm cấp hộ sinh bao gồm: sau đại học, đại học, cao đẳng, trung cấp và sơ cấp. Trong quá trình đào tạo hộ sinh và nâng cao các tiêu chuẩn nghề nghiệp để đạt tiêu chuẩn khu vực và tiêu chuẩn toàn cầu, các chính sách mới của Việt Nam không còn công nhận hộ sinh sơ cấp là một hạng mục nghề trong danh mục nghề hộ sinh chính thống kể từ thời điểm năm 2025 trở đi trừ khi hộ sinh thuộc nhóm này tham gia các khóa đào tạo nâng cao trình độ của mình.

Các chính sách mới được xây dựng dựa trên nội dung của các chương trình đào tạo được xây dựng và áp dụng từ năm 2003. Tuy nhiên, hệ

thống thường phát triển theo thời gian và một số loại bằng cấp của hộ sinh không được nêu rõ trong các thông tư mới. Trước đây, hộ sinh hệ trung cấp được đào tạo rộng hơn nhiều so với chương trình đào tạo hộ sinh 2 năm hiện nay. Chương trình đào tạo cũ bao gồm 3 năm đào tạo và 3 năm thực hành có giám sát. Thời gian đào tạo y sỹ sản nhi là 2 năm đào tạo chung và 6 tháng đào tạo chuyên về sản và nhi. Điều dưỡng hộ sinh và điều dưỡng hộ sinh chuyên ngành sản phụ khoa là hai nhóm có chuyên môn hộ sinh bậc cử nhân. Tuy vậy, các chứng chỉ chuyên môn của họ lại là điều dưỡng mặc dù trình độ và phạm vi công việc của họ tương tự như của hộ sinh. Các chính sách về phạm vi công việc và đào tạo hiện tại không đề cập rõ ràng đến các chức danh hộ sinh này và hiện không tìm thấy tài liệu pháp lý hoặc quy định nào đề cập đến chức danh của nhóm này. Ngay trong nội bộ Bộ Y tế, các nghề này có thể được coi là tương đương với hộ sinh trung cấp hoặc đại học. Tuy nhiên để có thể hỗ trợ Sở Y tế trong việc cấp chứng chỉ hành nghề và tạo thuận lợi cho các cơ sở đào tạo trong hoạt động đào tạo nâng cao chuyên môn cho hộ sinh, BHYT cần ban hành các chính sách rõ ràng để các cán bộ y tế này có cơ hội nghề nghiệp như những người có chức danh hộ sinh. Bản mô tả phạm vi hành nghề của các y sỹ đa khoa trong Thông tư liên tịch số 10/2015/TTLT-BYT-BNV không phù hợp với phạm vi hành nghề của các y sỹ sản nhi, mặc dù quy định về đăng ký chuyên môn (Thông tư 41/2015/TT-BYT) dường như qui định là y sỹ sản nhi có phạm vi hành nghề tương đương với hộ sinh trung cấp.

Hạn chế về phạm vi được phép hành nghề

Thông tư 26 quy định những hạn chế đáng kể trong phạm vi cung cấp dịch vụ đối với hộ sinh trung cấp và cao đẳng. Từ trước tới nay, hộ sinh trung cấp vẫn là lực lượng chủ yếu thực hiện nhiệm vụ cung cấp các dịch vụ KHHGD lâm sàng như đặt và tháo dụng cụ tử cung và cung cấp thuốc tiêm tránh thai. Hộ sinh trung cấp cũng là những người chịu trách nhiệm chính thực hiện việc hút thai sớm (dưới 7 tuần) tại các cơ sở y tế tuyến cơ sở và các trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản. Thông tư 12/2011/TT-BYT quy định đây

là phạm vi công việc hộ sinh được phép thực hiện và Hướng dẫn Sức khỏe sinh sản Quốc gia năm 2009 và 2016 cũng quy định đây là các nhiệm vụ phù hợp với hộ sinh trung cấp. Các năng lực hút thai và tránh thai lâm sàng này được giảng dạy trong chương trình đào tạo hộ sinh hệ cao đẳng và được xem là năng lực cơ bản mà hộ sinh hệ cao đẳng có thể thực hiện (Quyết định 342/QĐ-BYT năm 2014). Có thể là nhiều hộ sinh trung học cũng có năng lực thực hiện các dịch vụ này do được đào tạo, hoặc các khóa đào tạo y khoa liên tục và qua kinh nghiệm tích lũy khi công tác. Khi Thông tư 26 bắt đầu có hiệu lực vào tháng 11 năm 2015, số lượng cán bộ y tế được phép cung cấp các dịch vụ tránh thai lâm sàng và hút thai giảm từ 51.000 người xuống còn 18.000 người (chủ yếu là bác sĩ sản, bác sỹ đa khoa và hộ sinh hệ đại học). Sự thay đổi này dồn những công việc đòi hỏi chuyên môn thấp cho những người có chuyên môn cao thực hiện, dẫn tới hiện tượng áp lực quá tải đối khối lượng công việc khổng lồ mà cán bộ y tế có chuyên môn cao phải thực hiện. Hộ sinh trung cấp và cao đẳng (hộ sinh hạng 4) chỉ được phép cung cấp dịch vụ tư vấn về kế hoạch hoá gia đình chứ không thực sự được thực hiện các thủ thuật như đặt dụng cụ tử cung, que cấy tránh thai hoặc tiêm thuốc tránh thai.

Thẩm quyền để thực hiện các phẫu thuật và thủ thuật, như phẫu thuật sản khoa, tiết trùng hoặc phá thai đã được quy định trong Thông tư 50/2014/TT-BYT của Bộ Y tế, trong đó có quy định thủ trưởng tại các cơ sở y tế có trách nhiệm phân chia trách nhiệm cho các hộ sinh hoặc các nhân viên khác dựa vào kiến thức, kỹ năng và trình độ đào tạo. Tuy nhiên nhóm nghiên cứu không tìm thấy bất kỳ tài liệu nào quy định bằng cấp hoặc chứng chỉ cho những người cung cấp các dịch vụ kỹ thuật nhằm đảm bảo tính an toàn và hiệu quả. Ví dụ, việc thực hiện siêu âm đòi hỏi bác sĩ phải có trình độ đào tạo nhất định để giảm thiểu việc tiếp xúc cho thai nhi và đọc đúng các kết quả/phát hiện sau khi thực hiện chuẩn đoán hình ảnh. Tuy nhiên, dường như chưa có quy định nào được ban hành liên quan tới vấn đề này. Tương tự như các dịch vụ phá thai, nhóm nghiên cứu cũng không tìm thấy các văn bản quy định

về loại hình phá thai nào hộ sinh được phép thực hiện và loại hình nào đòi hỏi bác sĩ sản phải thực hiện dù Thông tư 26 đã hạn chế hộ sinh hạng 4 (hệ trung cấp và cao đẳng) cung cấp các dịch vụ hút thai.

Việc kê đơn thuốc được quy định tại Thông tư 05/2016/TT-BYT về chăm sóc ngoại trú và Thông tư 23/2011/TT-BYT về chăm sóc tại các cơ sở y tế có giường bệnh nội trú. Theo các quy định này, việc kê đơn thuốc nói chung là trách nhiệm của bác sĩ và các quy định này giới hạn bác sĩ công tác tại các trạm y tế xã chỉ được kê đơn trong phạm vi chuyên môn mà các trạm y tế xã được phép thực hiện. Y sĩ công tác tại các trạm y tế xã và bệnh viện huyện chỉ được phép kê đơn thuốc trong phạm vi hành nghề và bổ sung yêu cầu được bệnh viện huyện ủy quyền để kê đơn thuốc cho bệnh nhân ngoại trú. **Tuy nhiên, hộ sinh không được phép kê đơn thuốc**, trừ trường hợp cấp cứu sản khoa khi sản phụ gặp tai biến khi sinh tại các trạm y tế xã và trạm không có bác sĩ hoặc y sĩ.⁴⁶Tuy nhiên, điều này mâu thuẫn với Hướng dẫn Quốc gia về Sức khỏe Sinh sản (Quyết định 4620/2009/QĐ-BYT) trong đó quy định hộ sinh là một trong những người cung cấp dịch vụ chính, chịu trách nhiệm cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản định kỳ và nhiều các dịch vụ trong số đó liên quan tới sử dụng thuốc theo đơn. Danh sách cụ thể các loại thuốc và dụng cụ chịu ảnh hưởng từ chính sách này bao gồm thuốc và dụng cụ tránh thai cho các dịch vụ kế hoạch hoá gia đình, thuốc sử dụng trong phá thai nội khoa, tiêm phòng uốn ván cho phụ nữ có thai, sử dụng kháng sinh điều trị các BLTQĐTD, điều trị sốt rét, sử dụng oxytocin trong xử trí tích cực giai đoạn 3 của cuộc đẻ, gây tê trong quá trình cắt tầng sinh môn hoặc hút thai sử dụng máy hút chân không, tiêm Vitamin K, tiêm phòng viêm gan B và tiêm phòng lao (BCG) cho trẻ sơ sinh. Thông tư 26 cũng không quy định rõ ràng về việc các danh mục này có được coi là một phần trong nhiệm vụ chăm sóc bà mẹ và trẻ em hay không, hay tất cả những thuốc trong danh mục này đều do bác sĩ điều trị kê đơn. Điều đáng quan tâm là liệu việc yêu cầu bác sĩ kê đơn cho các nhiệm vụ chăm sóc thiết yếu thông thường

như vậy có dẫn tới tình trạng cung cấp thiếu dịch vụ hoặc chậm trễ trong cung cấp dịch vụ hay không. Mặc dù còn nhiều ý kiến quan ngại về việc liệu hộ sinh kê đơn thuốc có đạt được trình độ đào tạo và giám sát thích hợp để đảm bảo việc tuân thủ các hướng dẫn quốc gia hay không, vấn đề quan trọng là chúng ta cần quy định rõ về quyền được kê đơn thuốc hoặc cung cấp các dịch vụ/dụng cụ cụ thể trong phạm vi đăng ký hành nghề của hộ sinh. Phạm vi công việc có thể khác biệt đối với từng cá nhân tùy thuộc vào trình độ và năng lực kỹ thuật mà họ đạt được thông qua đào tạo y khoa liên tục hay có thể thay đổi dựa trên điều kiện cơ sở vật chất nơi họ hành nghề. Việc BYT trao quyền tự chủ hơn cho các hộ sinh công tác tại ở trạm y tế xã là điều cần thiết vì không phải lúc nào tuyến này cũng có bác sĩ để xin tư vấn.

Cấp cứu sản nhi

Cấp cứu trong sản nhi cũng là những lĩnh vực quan trọng trong đó hộ sinh cần phải phản ứng nhanh và tự chủ trong phạm vi khả năng và kỹ năng chuyên môn của họ và không bị cản trở bởi giới hạn phạm vi công việc. Thông tư 26 quy định rõ hộ sinh được quyền tổ chức, thực hiện sơ cứu và chăm sóc cấp cứu sản khoa và thực hiện hồi sức khẩn cấp cho trẻ sơ sinh. Sau đó, họ phải báo cáo kịp thời và phối hợp với bác sĩ phụ trách hoặc chuyển tuyến bệnh nhân đến cơ sở cấp cao hơn. Hướng dẫn về chăm sóc SKSS ban hành năm 2009 cũng quy định rằng trong hầu hết các ca cấp cứu sản khoa, hộ sinh chính là những người có trách nhiệm cung cấp dịch vụ chính, đặc biệt là tại các trạm y tế xã. Trong quy chế hướng dẫn về kê đơn thuốc, hộ sinh được phép cung cấp các loại thuốc phục vụ cấp cứu sản khoa trong các ca sinh tại tuyến xã nếu trạm y tế xã không có bác sĩ hoặc y sĩ.

Báo cáo tình trạng Hộ sinh Thế giới lựa chọn 7 chức năng/nhiệm vụ liên quan tới dấu hiệu cần chăm sóc trong cấp cứu sản nhi để đánh giá phạm vi công việc của hộ sinh và cho phép họ có phản ứng phù hợp trong trường hợp khẩn cấp (Hộp 4).

46 Thông tư 23/2011/TT-BYT, Điều 2, khoản 1d-“Hộ sinh viên tại các trạm y tế xã khi không có bác sĩ, y sĩ được chỉ định thuốc cấp cứu trong trường hợp đỡ đẻ.”

Hộp 4: Bảy nhiệm vụ cơ bản trong cấp cứu sản khoa và phạm vi chuyên môn hộ sinh được phép thực hiện tại Việt Nam

1. **Chống co giật** (Magnesium sulfate và diazepam cho sản giật và tiền sản giật): chưa có quy định rõ ràng về việc hộ sinh có được cung dịch vụ này mà không có đơn của bác sỹ hay không, tuy nhiên Thông tư 26 cho phép sử dụng trong các cấp cứu sản khoa.
2. **Cung cấp Thuốc kháng sinh cho sản phụ** (vỡ ối sớm) – nhìn chung hộ sinh không được phép kê đơn thuốc kháng sinh
3. **Cung cấp oxytocin** (trong trường hợp băng huyết) – hiện chưa có quy định rõ ràng cho phép hộ sinh kê đơn oxytocin, mặc dù đây là một loại thuốc thiết yếu trong Xử trí tích cực giai đoạn 3 của cuộc đẻ. Thông tư 26 cho phép sử dụng trong các cấp cứu sản khoa.
4. **Các ca sinh có sử dụng dụng cụ giác hút** – hộ sinh không được phép cung cấp dịch vụ này và có thể cơ sở không có các trang thiết bị như vậy
5. **Bóc rau nhân tạo bằng tay** (bao gồm việc kê đơn thuốc dolosal, kháng sinh và oxytocin) - Thông tư 26 cho phép hộ sinh thực hiện việc bóc nhau nhân tạo bằng tay nếu xảy ra cấp cứu sản khoa nhằm ngăn ngừa xuất huyết sau sinh do sót rau trong những trường hợp không thể chuyển tuyến kịp thời lên tuyến cao hơn
6. **Hồi sức sơ sinh có sử dụng mặt nạ** (Thông tư 26 cho phép hộ sinh thực hiện nhiệm vụ này tuy nhiên cơ sở có thể không có sẵn trang thiết bị để thực hiện nhiệm vụ này)
7. **Hút chân không trong trường hợp sót nhau** (không rõ hiện hộ sinh có thực hiện nhiệm vụ này không vì nhiệm vụ này không được quy định trong hướng dẫn về chăm sóc SKSS)

VIỆT
BẢO HIỂM



Ở Việt Nam, hộ sinh được phép thực hiện hầu hết các chức năng ảnh hưởng đến sự sống còn trong trường hợp cấp cứu sản khoa khi cơ sở không có bác sĩ, ngoại trừ việc sử dụng dụng cụ giác hút chân không khi sinh. Tuy nhiên, thực tế cho thấy không phải tất cả các trạm y tế xã đều có khả năng cung cấp tất cả các dịch vụ này. Một quan ngại nữa là liệu hộ sinh có được đào tạo đầy đủ để cung cấp các dịch vụ này một cách an toàn, đặc biệt trong tình huống cấp cứu sản khoa hay không vì những trường hợp này rất hiếm khi xảy ra. Điều quan trọng là phải áp dụng các quy trình mang tính quy chuẩn trong xử lý các trường hợp cấp cứu sản khoa nếu có. Một quan ngại khác là liệu những loại thuốc này có thường xuyên có sẵn tại các trạm y tế xã hay không và nhiều loại thuốc có thể hết hạn trước khi cần sử dụng. Các loại thuốc được quan tâm là các thuốc chống cao huyết áp cho phụ nữ mang thai bị huyết áp cao, oxytocin trong băng huyết sau sinh, thuốc điều trị tiền sản giật hoặc sản giật, kháng sinh trong vỡ ối sớm và corticoid để ngăn ngừa tình trạng suy hô hấp ở trẻ sinh thiếu tháng.

Cô đỡ thôn bản

Việt Nam vẫn đang quan tâm đặc biệt đến việc đảm bảo sự tiếp cận phổ cập các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản đặc biệt là ở những vùng sâu và vùng xa. Bộ Y tế đã ban hành chính sách cho phép sử dụng CĐTĐB sau khi được đào tạo 6 tháng theo hình thức đào tạo dựa trên năng lực nhằm giảm thiểu sự thiếu hụt về nhân lực cung cấp dịch vụ hộ sinh tại tuyến thôn bản (Thông tư 07/2013/TT-BYT). CĐTĐB sẽ cung cấp dịch vụ ở các vùng sâu, vùng xa nơi dân cư sống rải rác và khó tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ do khó khăn về địa lý, hoặc ở những khu vực có phụ nữ dân tộc thiểu số sinh sống, nơi đồng bào dân tộc thiểu số có xu hướng tránh việc đi khám thai, không muốn được quản lý thai nghén và không muốn sinh con tại cơ sở y tế. Vì vậy, trình độ và phạm vi công việc của CĐTĐB hạn chế hơn so với hộ sinh. Sau khi được tập huấn, CĐTĐB có thể có những kỹ năng cơ bản và cần thiết để hỗ trợ cho các ca sinh và có thể cung cấp các dịch vụ hộ sinh cơ bản. Phần lớn công việc họ làm là thông tin, giáo dục và truyền thông về sức khỏe,

các biện pháp phòng ngừa và thuyết phục phụ nữ sử dụng các dịch vụ chăm sóc sinh sản tại các cơ sở y tế chính quy. Chính sách hiện nay yêu cầu chính quyền địa phương sử dụng ngân sách của mình để chi trả thù lao cho CĐTĐB, nhưng điều này không phải lúc nào cũng được bảo đảm và đây chính là một điểm hạn chế của chính sách.

Thông tư 07/2013/TT-BYT cho phép các CĐTĐB tiến hành điều trị sơ bộ trong trường hợp tai biến khi sinh tại nhà, sau đó chuyển đến cơ sở y tế một cách kịp thời. Tuy nhiên, các bộ dụng cụ dành cho CĐTĐB không bao gồm các loại thuốc hoặc dụng cụ cơ bản cần thiết để xử lý các trường hợp cấp cứu sản khoa. Cách tiếp cận chính của các CĐTĐB để đối phó với các trường hợp cấp cứu sản khoa là thuyết phục phụ nữ sinh tại các cơ sở y tế, đặc biệt khi xác định được các yếu tố nguy cơ được phát hiện trong lúc mang thai.

3.6.4. Đào tạo chính qui trước khi đăng ký nghề nghiệp

Công tác quản lý nhà nước về hệ thống đào tạo y tế kể cả đào tạo hộ sinh khá rời rạc, bị chi phối bởi Luật Giáo dục Đại học và Luật Đào tạo nghề, và chịu sự quản lý của ba bộ (Bộ Y tế, Bộ Lao động, Thương Binh và Xã hội và Bộ Giáo dục Đào tạo). Trong khi Bộ Y tế chịu trách nhiệm về chương trình đào tạo, tiêu chuẩn năng lực và phạm vi công việc của sinh viên tốt nghiệp từ các trường đào tạo y tế, Bộ Giáo dục Đào tạo chịu trách nhiệm đào tạo nhân lực y tế từ cấp đại học, trong khi Nghị định số 76/NQ-CP của Chính phủ ban hành tại kỳ họp thường kỳ tháng 8 năm 2016 đã quy định công tác đào tạo nhân lực y tế tại các trường cao đẳng và trung cấp Y sẽ do Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội chịu trách nhiệm quản lý. Các chương trình đào tạo trong hệ thống giáo dục của Việt Nam đều có mã đào tạo riêng. Mã đào tạo hộ sinh trung học được Bộ Giáo dục Đào tạo ban hành theo Thông tư 34/2011/TT-BGDĐT và mã đào tạo hộ sinh cao đẳng được ban hành trong Thông tư 14/2010/TT-BGDĐT của Bộ Giáo dục và Đào tạo. Như đã nói ở trên, mã đào tạo hộ sinh hệ cử nhân còn đang chờ Bộ Giáo dục Đào tạo ban hành. Hiện nay công tác đào tạo

hộ sinh cần có sự phối hợp đồng bộ để đảm bảo chất lượng đào tạo và để hộ sinh nâng cao trình độ từ hệ thấp lên hệ cao hơn không bị lãng phí do nội dung đào tạo bị trùng lặp, cũng như để đảm bảo những thiếu hụt về năng lực trong đào tạo ban đầu được bổ sung đầy đủ trong đào tạo nâng cao. Sự phối hợp giữa ba bộ, ngành này là điều sống còn trong nỗ lực cân bằng cung và cầu của thị trường lao động của cán bộ y tế.

Bộ Y tế, với sự hỗ trợ của UNFPA, đã có quyết định ban hành Chuẩn Năng lực cơ bản của hộ sinh Việt Nam (Quyết định 342 của Bộ Y tế). Chuẩn này đã được xây dựng dựa theo năng lực hộ sinh do Liên đoàn Hộ sinh quốc tế qui định. Chuẩn Năng lực hộ sinh đóng vai trò là nền tảng cho chương trình đào tạo hộ sinh. Hiện nay, Bộ Giáo dục Đào tạo đã phê chuẩn khung chương trình đào tạo chính thức dành cho hộ sinh hệ trung cấp (Quyết định 23/2003/QĐ-BYT của Bộ Y tế) và hệ cao đẳng (Thông tư 11/2010/TT-BGDĐT của Bộ Giáo dục và Đào tạo). Khung chương trình đào tạo đại học đã được Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo (Bộ Y tế) phê duyệt và giới thiệu tới tất cả các trường đại học y khoa ở Việt Nam năm 2015. Những điều kiện cơ bản mà các trường cần đáp ứng để thực hiện chương trình đào tạo hộ sinh hệ cao đẳng và đại học theo tiêu chuẩn của Liên đoàn Hộ sinh Quốc tế được ban hành trong Quyết định 659/QĐ-BYT của Bộ Y tế. Chương trình đào tạo hộ sinh trung cấp chưa được cập nhật hoặc sửa đổi để đảm bảo việc đào tạo dựa trên năng lực. Tuy nhiên, việc đào tạo hộ sinh trung cấp sẽ bị dừng lại vì hộ sinh trung học sẽ không được phép hành nghề hộ sinh vào năm 2025. Chương trình đào tạo dựa trên năng lực dành cho CĐTB cũng đã được ban hành theo Quyết định 2847/QĐ-BYT của Bộ Y tế năm 2012 về các mô-đun cơ bản và Quyết định số 2531/QĐ-BYT (năm 2013) về các mô-đun nâng cao trong đào tạo các kỹ năng hộ sinh cho cô đỡ thôn bản. Báo cáo đã thảo luận chi tiết về những cải cách trong chương trình giảng dạy tại Phần 3.5 ở trên.

Thực hành lâm sàng là một phần nội dung thiết yếu của bất kỳ chương trình đào tạo y khoa nào. Ngành y tế đã ban hành các quy định hướng dẫn

việc hợp tác giữa các cơ sở đào tạo y khoa và các bệnh viện thực hành từ năm 2008 (Thông tư 09/2008/TT-BYT của Bộ Y tế) và bản dự thảo sửa đổi được xây dựng năm 2016. Những văn bản này quy định quyền và trách nhiệm của hai bên nhằm tạo điều kiện mở rộng và đảm bảo chất lượng kinh nghiệm thực hành lâm sàng.

3.6.5. Đăng ký (Cấp phép)

Luật Khám chữa bệnh (Luật 40/2009/QH12) là cơ sở pháp lý cho việc đăng ký hành nghề trong ngành y. Các chính sách cụ thể được quy định trong Nghị định 87/2011/ND-CP và Văn bản hợp nhất số 01/VBHN-BYT (Văn bản hợp nhất Thông tư 41/2011/TT-BYT và Thông tư 41/2015/TT-BYT)

Việc đăng ký hành nghề của nghề hộ sinh cũng theo các thủ tục chung về đăng ký hành nghề giống như các ngành nghề y tế khác, ngoại trừ phạm vi công việc và bằng cấp là khác so với những ngành khác. Giấy phép hành nghề được cấp một lần trong đời và không yêu cầu gia hạn giấy phép theo định kỳ. Ban đầu, để xin cấp phép, hộ sinh phải nộp đơn, và hoàn tất các yêu cầu cơ bản về thủ tục như xác nhận không có tiền án tiền sự, chứng nhận đủ sức khỏe và nộp sơ yếu lý lịch cá nhân. Các yêu cầu chuyên môn và chứng nhận hành nghề hộ sinh bao gồm bản sao công chứng bằng hộ sinh (từ hệ trung cấp trở lên) và có giấy chứng nhận của cán bộ giám sát tại cơ sở y tế xác nhận đã thực hành công việc hộ sinh trong thời gian 9 tháng sau khi tốt nghiệp tại cơ sở cung cấp dịch vụ sản hoặc tại nhà hộ sinh. Phạm vi hành nghề được qui định rõ trên Chứng chỉ và theo Thông tư 26/2014/TT-BYT trong phần phạm vi nhiệm vụ chuyên môn. Trong thành phần của Hội đồng tư vấn của Bộ Y tế về cấp giấy phép hành nghề, Tiểu ban phụ trách các vấn đề về điều dưỡng và hộ sinh đã được thành lập theo Quyết định 2803 / QĐ-BYT năm 2015. Tuy nhiên phạm vi hoạt động chuyên môn của tiểu ban này còn khá hạn chế như đã thảo luận ở phần 3.6.2.

Do có những thay đổi trong hệ thống giáo dục xung quanh vấn đề đào tạo hộ sinh, hiện nay có nhiều cách để một cá nhân trở thành hộ

sinh - bao gồm hộ sinh được đào tạo chính thức chuyên ngành, y sỹ sản nhi và điều dưỡng sản phụ khoa. Hiện nay, theo số liệu của Cục quản lý Khám chữa bệnh, Việt Nam có khoảng 31.000 hộ sinh được cấp phép đang hoạt động. Những hộ sinh đã đăng ký hành nghề này bao gồm hộ sinh được đào tạo chính thức chuyên ngành, y sỹ sản nhi và điều dưỡng sản phụ khoa. Nhóm nghiên cứu không thấy có quy định về cách thức khác để trở thành hộ sinh và điều này có thể dẫn đến những sự vận dụng khác nhau trong việc đăng ký hành nghề hộ sinh ở tuyến tỉnh. Đồng thời, điều này có thể dẫn đến sự thiếu hụt hộ sinh đã đăng ký tại các tỉnh vì điều dưỡng sản sản nhi sẽ đăng ký hành nghề với chức danh điều dưỡng, và y sỹ sản nhi đăng ký là y sỹ đa khoa với phạm vi công tác khác so với chứng chỉ/bằng cấp họ được nhận.

3.6.6. Cấp phép lại và liên tục nâng cao tay nghề

Việt Nam hiện nay không có chính sách tái cấp phép định kỳ. Tuy nhiên, hộ sinh có thể bị thu hồi chứng chỉ hành nghề nếu không đáp ứng được các yêu cầu về đào tạo y khoa liên tục. Cục Khoa học Công nghệ và Đào tạo được phân công nhiệm vụ và trách nhiệm thực hiện các hoạt động đào tạo y khoa liên tục (Thông tư số 22/2013/TT-BYT). Ngoài ra, Thông tư 26 cũng quy định hộ sinh trung học sẽ không còn được hành nghề tại thời điểm ngày 1 tháng 1 năm 2025 nếu họ không thực hiện nâng cao trình độ chuyên môn của bản thân lên hệ cao đẳng.

Hệ thống đào tạo liên tục

Các hệ thống và yêu cầu đào tạo y khoa liên tục đang được xây dựng và kết nối với hoạt động đăng ký hành nghề cho tất cả các loại cán bộ y tế theo Luật Khám và Chữa bệnh. Các chính sách về đào tạo y khoa liên tục không đưa ra các quy định cụ thể đối với ngành hộ sinh. Khung pháp lý bao gồm các quy định về các tiêu chuẩn nhằm đảm bảo chất lượng của các cơ sở đào tạo khi thực hiện các khóa đào tạo y khoa liên tục cho cán bộ y tế (Quyết định 493/QĐ-BYT của Bộ Y tế năm 2012) và mã chứng nhận đào tạo y

khoa liên tục cho các cơ sở thực hiện cung cấp đào tạo y khoa liên tục cho cán bộ y tế (Quyết định 492/QĐ-BYT của Bộ Y tế năm 2012). Thông tư 22/2013/TT-BYT của Bộ Y tế cung cấp những hướng dẫn chung về đào tạo y khoa liên tục cho cán bộ y tế và Công văn 2034/BYT-K2DT (năm 2014) của Cục Khoa học Công nghệ và Đào tạo về tăng cường chất lượng đào tạo y khoa liên tục cho cán bộ y tế. Hộ sinh có nguy cơ bị thu hồi chứng chỉ hành nghề (Thông tư 22) nếu họ không đáp ứng được các yêu cầu về đào tạo y khoa liên tục để đạt được 48 tín chỉ trong thời gian 2 năm. Thông tư 22 cũng bao gồm quy định về việc cấp giấy phép lại khi hộ sinh đáp ứng đủ các yêu cầu về đào tạo liên tục trong lĩnh vực hộ sinh. Chính sách này bao gồm các quy định về cấp lại giấy phép khi cán bộ y tế đáp ứng các yêu cầu về đào tạo y khoa liên tục, các thủ tục tổ chức và vận hành một hội đồng tư vấn về cấp và cấp lại chứng chỉ hành nghề (Quyết định 2803/QĐ-BYT của Bộ Y tế), các thủ tục hành chính mới liên quan đến quản lý cán bộ y tế, thủ tục cấp lại giấy phép cho cán bộ y tế bị thu hồi giấy phép nếu không đáp ứng được yêu cầu đào tạo y khoa liên tục (Quyết định 3673/QĐ-BYT của Bộ Y tế).

Các chính sách về đào tạo y khoa liên tục dành cho hộ sinh hoặc cán bộ cung cấp dịch vụ có năng lực hộ sinh bao gồm các tài liệu hướng dẫn về các kỹ năng cơ bản của người hộ sinh (Quyết định 3982/QĐ-BYT của Bộ Y tế năm 2014). Các tài liệu hướng dẫn về kỹ năng hộ sinh đã được xây dựng và ban hành nhằm mục đích cung cấp thông tin hướng dẫn cho các chương trình đào tạo y khoa liên tục về làm mẹ an toàn; việc thực hiện chiến lược sức khỏe sinh sản - đặc biệt ở những vùng sâu, vùng xa nơi phụ nữ có nhiều khả năng sẽ sinh con tại các cơ sở tuyến xã. Chương trình và tài liệu giảng dạy về chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ (Quyết định 4063/QĐ-BYT của Bộ Y tế năm 2014) là một ví dụ khác về các chương trình đào tạo y khoa liên tục cần thiết cho hộ sinh mà Bộ Y tế đã ban hành. Bảng 34 liệt kê đầy đủ hơn các mô-đun đào tạo y khoa liên tục, dù không phải tất cả các chương trình này đều được xây dựng căn cứ vào các quyết định của Bộ Y tế, nhưng nhiều chương trình trong số này hướng tới các bác sỹ sản khoa

chứ không phải hộ sinh và chưa rõ chương trình nào tuân thủ theo yêu cầu về đào tạo y khoa liên tục trong Thông tư 22. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản cập nhật năm 2016 là một tài liệu quan trọng hỗ trợ việc phát triển các nội dung đào tạo liên tục trong lĩnh vực hộ sinh. Đặc biệt tài liệu hướng dẫn này có đề cập tới một số công nghệ mới mà chưa từng được sử dụng trong giảng dạy các chương trình đào tạo trước đây.

Đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn (đào tạo liên thông vừa học vừa làm)

Một lĩnh vực quan trọng trong đào tạo tại chỗ là việc nâng cấp trình độ từ trung cấp hoặc sơ cấp lên cao đẳng, hoặc từ cao đẳng lên đại học hoặc cao hơn. Tại thời điểm này, vì Việt Nam đang tập trung các nỗ lực nhằm đạt được các tiêu chuẩn của ASEAN đối với nhân lực ngành y tế, nên cần phải quan tâm nhiều hơn tới hoạt động nâng cấp trình độ này. Phần lớn hộ sinh hiện tại (chiếm hơn 90%), bao gồm cả y sỹ sản nhi đều đã có bằng cấp của đào tạo hệ trung cấp. Theo Thông tư 26, tới năm 2021, những người tốt nghiệp hộ sinh trung cấp sẽ không còn được tuyển dụng vào các cơ sở y tế của nhà nước. Tới năm 2025, hộ sinh trung cấp hiện đang làm việc trong hệ thống y tế sẽ phải nâng cao trình độ lên bậc cao đẳng. Những cán bộ không nâng cao trình độ chuyên môn và bằng cấp có thể bị sa thải hoặc được chuyển sang làm các công việc không liên quan tới hộ sinh (ví dụ như làm các công việc phụ giúp trong phòng mổ). Quy định tương tự cũng được áp dụng đối với điều dưỡng và kỹ thuật viên y tế.

Các quy định trong lĩnh vực đào tạo liên thông chịu sự quản lý của Bộ Giáo dục và Đào tạo, nhưng trách nhiệm đào tạo hệ cao đẳng gần đây được chuyển giao sang Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội, vì vậy có thể sẽ có một số trì hoãn do việc chuyển giao quản lý nhà nước trong vài năm tới. Thông tư tích hợp (kết hợp giữa Thông tư 55/2012/TT-BGDĐT và 08/2015/TT-BGDĐT) đã đưa ra các yêu cầu đối với những cơ sở thực hiện việc đào tạo liên thông. Các yêu cầu này bao gồm: đã thực hiện ít nhất 3 khoá đào tạo mới

trước khi mở lớp liên thông và hạn ngạch sinh viên học chương trình liên thông không vượt quá 15% hạn ngạch hệ đào tạo mới trong cùng lĩnh vực y tế.

Như đã đề cập ở trên, nhóm y sỹ sản nhi không được nêu rõ trong Thông tư 26. Chính sách hiện nay cho phép y sỹ sản nhi lựa chọn nâng cao chương trình đào tạo để trở thành bác sỹ y khoa (1915/BYT-K2ĐT). Tuy nhiên, hiện có một số điều không rõ ràng trong việc đào tạo y sỹ sản nhi lên hộ sinh cao đẳng. Các cơ sở đào tạo hộ sinh miễn cưỡng tuyển dụng y sỹ sản nhi vào các chương trình đào tạo của họ để nâng cấp từ hộ sinh trung cấp lên hộ sinh cao đẳng vì họ cho rằng cơ sở pháp lý hiện tại không quy định rõ ràng về điều này. Tuy nhiên, các chính sách về đào tạo liên thông, nâng cao trình độ trong Thông tư 55/2012/TT-BGDĐT và những sửa đổi trong Thông tư 08/2013/TT-BYT cho thấy việc xác định trình độ học vấn tương đương của các học viên tiềm năng là nhiệm vụ của “Hội đồng đào tạo liên thông” tại cơ sở đào tạo. Các cơ quan quản lý bao gồm Bộ Giáo dục và Đào tạo và Cục Khoa học Công nghệ và Đào tạo (Bộ Y tế) cần làm sáng tỏ những vấn đề chưa rõ ràng này.

3.6.7. Khiếu nại và kỷ luật

Các chính sách về khiếu nại và kỷ luật được xây dựng như một phần của Luật Khiếu nại (Luật 02/2011/QH13). Bộ luật đầu tiên được thông qua vào năm 1998, và sau đó được cập nhật năm 2011. Trong lĩnh vực y tế, Nghị định 122/2014/ND-CP đã quy định rõ ràng phạm vi hoạt động của Thanh tra y tế trong việc giải quyết các khiếu nại và tố cáo nếu có. Tuy nhiên, các quy định thực tế về giải quyết tranh chấp và khiếu nại vẫn chưa được cập nhật kể từ khi bộ Y tế ban hành Quyết định 44/2005/QĐ-BYT liên quan từ năm 2005. Cần lưu ý là những quy định này áp dụng cho toàn bộ, ngành y tế và không có quy định chi tiết đến hộ sinh hay dịch vụ hộ sinh. Bên cạnh những quy định này, cần phải có giải pháp thu hồi giấy phép hành nghề của các cơ sở y tế hoặc các cá nhân hành nghề y tế vi phạm các quy định y tế. Đường dây nóng đã được thiết lập tại tất cả các cơ sở y tế và tại các cơ quan quản lý y tế trên

toàn quốc trong vài năm trở lại đây, nhưng nhóm nghiên cứu không tìm thấy các quy định về hoạt động của những đường dây nóng này.

3.6.8. Đạo đức nghề nghiệp

Việt Nam không có quy định riêng về đạo đức nghề nghiệp đối với hộ sinh. Hộ sinh có trách nhiệm thực hiện theo các quy định chung về đạo đức nghề nghiệp trong ngành y tế (Quyết định 44/2005/QĐ-BYT của Bộ Y tế), Quy định đạo đức nghề nghiệp cho cán bộ y tế được quy định trong Thông tư 07/2014/TT-BYT và có trách nhiệm tham gia vào việc cải cách thái độ và hành vi khi cung cấp dịch vụ theo kế hoạch tổng thể quốc gia (Quyết định số 2151/QĐ-BYT và quyết định số 784/KH-BYT của Bộ Y tế ban hành năm 2015). Nếu hộ sinh để xảy ra các vi phạm hành chính trong lĩnh vực y tế nói chung, các vi phạm này sẽ được đánh giá và xử lý như các ngành nghề khác trong lĩnh vực y tế (Nghị định 176/2013/ND-CP).

Các quốc gia có thể ban hành các Quy định riêng về đạo đức nghề nghiệp cho hộ sinh, chẳng hạn như ở Úc⁴⁷ hoặc được quy định rõ trong Luật Điều dưỡng và Hộ sinh như ở Thái lan⁴⁸, hoặc được ban hành dưới dạng Quy định về Đạo đức do Hội đồng Hộ sinh của Phi-lip-pin ban hành⁴⁹

3.6.9. Đánh giá chung về các quy định hộ sinh tại Việt Nam

Rõ ràng, Việt Nam có một hệ thống quy định pháp lý y tế toàn diện nhưng khá phức tạp. Việc điều chỉnh một phần của hệ thống quy định này có thể tạo ra rất nhiều thay đổi đối với các phần còn lại của hệ thống. Một số mâu thuẫn trong các quy định về y tế của Việt Nam cần phải được điều chỉnh và xử lý nhằm đảm bảo sự cân bằng giữa việc đảm bảo các tiêu chuẩn chất lượng nghiêm ngặt với sự sẵn có và khả năng tiếp cận với các dịch vụ hộ sinh của dân số nói chung, và giữa mong muốn giảm tử vong mẹ và tử vong

sơ sinh để cải thiện chất lượng chăm sóc mà lại không tăng chi phí cho hệ thống bảo hiểm một cách không cần thiết và không tăng gánh nặng tài chính cho gia đình sản phụ.

Bảng 40 rà soát các tiêu chí của Liên đoàn Hộ sinh quốc tế được dùng để đánh giá các quy định hộ sinh mà Việt Nam đã ban hành. Kết quả rà soát cho thấy Việt Nam đã phần nào đáp ứng hoặc đáp ứng được toàn bộ những tiêu chí này. Những khía cạnh cụ thể của cơ chế quản lý tại Việt Nam có thể không phù hợp với các tiêu chí Liên đoàn Hộ sinh quốc tế đưa ra do cấu trúc quản lý trong hệ thống y tế Việt Nam, mặc dù Việt Nam đã thành lập các cơ quan chịu trách nhiệm thực hiện chức năng quản lý chung cho tất cả cán bộ y tế. Một trong những điểm yếu được phát hiện trong đánh giá này là thiếu các quy định riêng cho hộ sinh, điều này cũng gây khó khăn cho nhóm tác giả trong việc đánh giá một số vấn đề. Các vấn đề này được đánh dấu là chưa rõ ràng, hoặc thiếu thông tin trong Bảng đánh giá 40. Chưa có đại diện hộ sinh trong thành phần của các cơ quan quản lý và sự tham gia không đầy đủ của Hội Hộ sinh Việt Nam trong vận động chính sách cho nghề hộ sinh và dịch vụ hộ sinh cũng là một trong những điểm yếu, đặc biệt là trong việc xây dựng các hướng dẫn mà phần lớn chỉ có các bác sỹ sản khoa tham gia.

47 <http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Codes-Guidelines-Statements.aspx>

48 http://www.tnc.or.th/files/2014/08/page-9830/the_professional_act_2528_2540_pdf_26494.pdf

49 <http://www.imapinc.org/article/view/4>

Bảng 40: Khung đánh giá các quy định pháp lý về hộ sinh do Liên đoàn Hộ sinh quốc tế xây dựng

	Nội dung đánh giá	Hiện trạng
1.1	Các quy định pháp luật thay đổi từ quy định chung cho điều dưỡng + hộ sinh sang các quy định riêng cho ngành hộ sinh	Đang thực hiện
1.2	Các quy định được ban hành ở cấp quốc gia	Đã đạt được
2.1	Chỉ những người đã qua đào tạo và đạt được trình độ nhất định mới được phép sử dụng chức danh hộ sinh. Các tên gọi khác để cập tới những người không có đầy đủ trình độ đào tạo để trở thành hộ sinh (ví dụ cô đỡ thôn bản).	Đã đạt được
3.1	Cơ quan quản lý là cơ quan nhà nước và cơ quan này tuân thủ tất cả các quy định của Chính phủ trong việc đề cử, lựa chọn, bổ nhiệm và xác định vai trò và điều khoản bổ nhiệm	Đã đạt được
3.2	Các thành viên của cơ quan quản lý KHÔNG phải là hộ sinh	Chưa đạt được, không có hộ sinh phụ trách công tác hộ sinh
3.3	Không có văn bản nào quy định việc bổ nhiệm các thành viên không có chuyên môn trong cơ quan quản lý	Chưa đạt được do sự khác biệt trong các cơ cấu quản lý ở Việt Nam
3.4	Cơ cấu quản lý của cơ quan quản lý được quy định cụ thể trong Luật khám chữa bệnh và Luật Tổ chức của Chính phủ	Đã đạt được
3.5	Không có hộ sinh làm quản lý ở cơ quan quản lý hộ sinh, chỉ có Cục trưởng Cục quản lý Khám chữa bệnh và Bộ trưởng Bộ Y tế. Những người này đều là bác sỹ, không phải hộ sinh	Chưa đạt được do sự khác biệt trong các cơ cấu quản lý ở Việt Nam
3.6	Cơ quan quản lý không nhận đóng góp tài chính từ các thành viên vì đây là cơ quan nhà nước	Chưa đạt được do sự khác biệt trong các cơ cấu quản lý ở Việt Nam
3.7	Cơ quan quản lý phối hợp với các hiệp hội nghề nghiệp ngành hộ sinh	Đang thực hiện, chính sách về năng lực thực hiện cho hộ sinh đang được thực hiện với sự phối hợp với Hội nữ Hộ sinh Việt Nam
3.8	Cơ quan quản lý phối hợp với các cơ quan quản lý khác trong và ngoài nước	Đã đạt được, hiện nay cơ quan quản lý đang thực hiện việc điều chỉnh để các tiêu chuẩn y tế của Việt Nam phù hợp với tiêu chuẩn của các nước ASEAN
4.1.1	Cục Quản lý Khám chữa bệnh phối hợp cùng với Vụ SKBMTE xây dựng phạm vi công việc cho các thực hành hộ sinh. Phạm vi công việc này tương đối thống nhất với định nghĩa và phạm vi phạm vi thực hành hộ sinh do Liên đoàn Hộ sinh thế giới ban hành	Đã đạt một phần. Thông tư 26 giới hạn phạm vi thực hành hộ sinh mà Liên đoàn Hộ sinh thế giới đã ban hành cho một số lượng nhỏ cán bộ hộ sinh hệ đại học và thông tư này giới hạn phạm vi thực hành hộ sinh cho của phần lớn các hộ sinh hiện nay ở Việt Nam.
4.2.1	Một cơ quan khác, Cục Khoa học Công nghệ Đào tạo, xây dựng các tiêu chuẩn cho việc đào tạo mới trong ngành hộ sinh và đưa ra tiêu chuẩn mà các cơ sở đào tạo phải đáp ứng khi thực hiện giảng dạy các chương trình đào tạo hộ sinh. Các tiêu chuẩn này thống nhất với các tiêu chuẩn đào tạo mà Liên đoàn Hộ sinh quốc tế ban hành.	Đã đạt được nhưng các cấu trúc khác với mô hình mà Liên đoàn Hộ sinh quốc tế xây dựng.

	Nội dung đánh giá	Hiện trạng
4.2.2	Cục quản lý Khám chữa bệnh phối hợp với Cục Khoa học Công nghệ Đào tạo để đảm bảo các chương trình đào tạo mới về hộ sinh sẽ trang bị cho sinh viên các kiến thức đáp ứng yêu cầu khi đăng ký hành nghề.	Đã đạt được
4.2.3	Cục quản lý Khám chữa bệnh không thực hiện việc kiểm định vì vấn đề này trực thuộc sự quản lý của Bộ khác.	Hiện chưa rõ cơ quan quản lý đóng vai trò gì trong hoạt động kiểm định các cơ sở đào tạo.
4.2.4	Bộ Giáo dục Đào tạo thực hiện kiểm tra các chương trình đào tạo mới hộ sinh và thực hiện công tác thanh tra các cơ sở đào tạo này dựa trên các tiêu chuẩn do Bộ Y tế ban hành	Hiện chưa rõ hoạt động kiểm tra/thanh tra đã và đang thực hiện ở mức độ nào
4.3.1	Luật Khám chữa bệnh để ra các tiêu chí cho đăng ký và cấp chứng chỉ hành nghề	Đã đạt được, nhưng các tiêu chí sử dụng dựa trên bằng cấp và thời gian thực hành được giám sát thay vì kiểm tra trình độ tay nghề
4.3.2	Cục quản lý Khám chữa bệnh xây dựng các tiêu chuẩn và quá trình thực hiện đăng ký và ban hành các văn bản dưới luật thể hiện các tiêu chuẩn và quy trình này	Đã đạt được
4.3.3	Cục quản lý Khám chữa bệnh xây dựng quy trình quy đổi trình độ tương đương cho các trường hợp hộ sinh của các quốc gia khác muốn tới Việt Nam hành nghề	Đã đạt được, phù hợp với tiêu chuẩn của ASEAN
4.3.4	Có các cơ chế khác nhau cho việc đăng ký dựa bằng cấp và kinh nghiệm làm việc	Đã đạt được
4.3.5	Cục quản lý Khám chữa bệnh đã thực hiện đăng ký cho hộ sinh bằng cách thu thập các thông tin, số liệu đăng ký từ 63 tỉnh thành. Tuy nhiên dữ liệu chưa được đưa vào cơ sở dữ liệu một cách có hệ thống và các dữ liệu chưa được công bố rộng rãi tới công chúng.	Chưa đạt được
4.3.6	Cục quản lý Khám chữa bệnh đã ban hành các quy chế nhưng không rõ các quy định có linh hoạt trong việc giải quyết với hộ sinh người nước ngoài không đáp ứng tiêu chuẩn đăng ký hành nghề hộ sinh hay không.	Chưa rõ ràng
4.3.7	Cục Quản lý Khám chữa bệnh không thu thập thông tin về hộ sinh và việc hành nghề của họ để phục vụ mục đích nghiên cứu và lập kế hoạch	Chưa đạt được
4.4.1	Cơ quan quản lý áp dụng một cơ chế đòi hỏi hộ sinh phải liên tục cập nhật kiến thức/trình độ tay nghề để có thể thực hiện công việc	Đã ban hành chính sách. Yêu cầu về đào tạo y khoa liên tục để đạt 48 tín chỉ trong vòng 2 năm, nếu không hoàn thành, chứng chỉ hành nghề có thể bị thu hồi
4.4.2	Các quy định đưa ra các yêu cầu riêng biệt để đăng ký, xin cấp đăng ký lần đầu và đăng ký lại	Không có yêu cầu cấp lại chứng chỉ hành nghề, vì vậy không cần ban hành các quy định riêng biệt
4.4.3	Có cơ chế thực hiện đăng ký lại thường xuyên cho thực hành hộ sinh	Chưa đạt được. Luật hiện hành không yêu cầu cấp lại chứng chỉ hành nghề sau một khoảng thời gian cố định

	Nội dung đánh giá	Hiện trạng
4.4.4	Có cơ chế yêu cầu tham gia học tập lại nếu hộ sinh không tham gia vào các công việc chuyên môn trong thời gian quy định	Chưa rõ
4.5.1	Pháp luật cho phép cơ quan quản lý xây dựng các tiêu chuẩn về đạo đức nghề nghiệp đồng thời xác định thể nào là các hành vi không có đạo đức nghề nghiệp hoặc các hành vi phạm đạo đức nghề nghiệp	Quy định về đạo đức nghề nghiệp được áp dụng chung cho tất cả cán bộ y tế, không có quy định riêng cho hộ sinh
4.5.2	Pháp luật cho phép cơ quan quản lý áp dụng, xem xét và hủy bỏ các hình thức xử phạt và các điều kiện thực hiện	Đã đạt được. Áp dụng chung cho tất cả những người cung cấp dịch vụ, không có quy định cụ thể cho hộ sinh
4.5.3	Các quy định pháp luật xác định quyền hạn, quy trình tiếp nhận, điều tra, xác định và giải quyết khiếu nại	Không có thông tin
4.5.4	Cơ quan quản lý ban hành các chính sách và quy trình xử lý các khiếu nại liên quan đến trình độ tay nghề, đạo đức hoặc tổn thương sức khỏe một cách kịp thời	Không có thông tin
4.5.5	Pháp luật cần phân biệt rõ ràng giữa việc điều tra các khiếu nại và việc đưa trường hợp vi phạm ra tòa và kết án các hành vi vi phạm đạo đức nghề nghiệp	Chưa đạt được. Ban thanh tra hiện nay đảm đương cả công việc điều tra và giải quyết khiếu nại.
4.5.6	Các quy trình quản lý các khiếu nại cần minh bạch và đảm bảo công bằng cho tất cả các bên	Không có thông tin
4.6.1	Cơ quan quản lý ban hành quy định tiêu chuẩn ứng xử và đạo đức nghề nghiệp.	Đã đạt được. Áp dụng chung cho tất cả những người cung cấp dịch vụ, không có quy định cụ thể về hành vi vi phạm các quy tắc ứng xử cụ thể cho hộ sinh.

Nguồn: Liên đoàn Hộ sinh thế giới: Công cụ đánh giá để cung cấp thông tin cho hoạt động phân tích để cải thiện các quy định pháp lý về hộ sinh. Công cụ đánh giá các quy định hộ sinh. Ngày 9/7/2012

A smiling woman wearing a traditional blue Vietnamese garment and a black headscarf is holding a newborn baby. The baby is wearing a white long-sleeved shirt and yellow pants. The background is a blurred green outdoor setting.

Chương 4: Kết luận

Việt Nam đã đạt được những tiến bộ ấn tượng trong việc cải thiện tình trạng sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh và tiến tới tiếp cận phổ cập các dịch vụ hộ sinh thiết yếu. Tuy nhiên, kết quả phân tích ở Chương 3 cho thấy những thách thức quan trọng mà Việt Nam phải giải quyết trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe sinh sản/sức khỏe tình dục, sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh. Kết quả phân tích của chương này mô tả chi tiết thực trạng về công tác hộ sinh và xác định các thiếu hụt và khoảng trống trong cung cấp dịch vụ hộ sinh (sự sẵn có, khả năng tiếp cận, khả năng chấp nhận và chất lượng) và cho thấy công tác hộ sinh ở Việt Nam vẫn có những khoảng cách đáng kể so với các mục tiêu của **Hộ sinh 2030- Lộ trình để đạt được sức khỏe**.

Chương này tổng hợp các bằng chứng về những tồn tại hiện nay theo bốn giai đoạn của **Hộ sinh 2030- Lộ trình để đạt được sức khỏe**. Ngoài ra, chương này cũng đánh giá các vấn đề cần cải thiện trong hệ thống y tế nhằm đưa Việt Nam tiến gần hơn với Tầm nhìn Hộ sinh 2030 và giúp Việt Nam đạt được các mục tiêu về Phát triển bền vững liên quan tới tiếp cận phổ cập chăm sóc sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh.

4.1. Hộ sinh 2030- Lộ trình để đạt được sức khỏe của Việt Nam

4.1.1. Lập kế hoạch và chuẩn bị sẵn sàng (chăm sóc trước khi mang thai)

- Tại thời điểm năm 2015, Việt Nam có 16,5 triệu phụ nữ đã kết hôn và 7,5 triệu phụ nữ chưa lập gia đình ở độ tuổi sinh đẻ, ước tính con số này sẽ không đổi hoặc có thể giảm xuống vào năm 2030.
- **Các dịch vụ tránh thai** được phổ biến rộng rãi và tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai hiện ở mức cao đối với đối với phụ nữ dân tộc Kinh và phụ nữ dân tộc thiểu số. Tuy nhiên tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai trong nhóm dân số TN/VTN còn chưa cao. Nhu cầu chưa được đáp ứng đối với biện pháp tránh thai hiện là 6,1% ở nhóm phụ nữ đã kết hôn. Tỷ lệ này ở nhóm phụ nữ dân tộc thiểu số là 8,4%, cao hơn so với phụ nữ dân tộc Kinh (5,7%), và rất cao ở nhóm TN/VTN với tỷ lệ là 30%. Nhu cầu chưa được đáp ứng về các biện pháp tránh thai hiện đại hiện cao hơn vì hiện có tỷ lệ khá lớn phụ nữ đang sử dụng các biện pháp tránh thai truyền thống kém hiệu quả. Sinh con ở tuổi VTN vẫn tương đối phổ biến ở phụ nữ dân tộc thiểu số. Tư vấn về các biện pháp tránh thai cho phụ nữ đã kết hôn khá phổ biến và đây là công việc được cán bộ dân số thực hiện. Việc tư vấn về các biện pháp tránh thai cho nhóm dân số chưa kết hôn cũng ngày càng phổ biến thông qua hoạt động cung cấp các dịch vụ chăm sóc SKSS thân thiện với TN/VTN tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe tuyến tỉnh, huyện và tuyến xã. Phân phát miễn phí bao cao su và viên uống tránh thai chủ yếu được thực hiện cho các nhóm dân có tỷ lệ sinh cao hoặc nhóm dân nghèo, các nhóm khác phải mua bao cao su và viên uống tránh thai trên thị trường tự do nếu có nhu cầu sử dụng. Hướng dẫn về chăm sóc SKSS và đào tạo hộ sinh hệ 3 năm trước khi hành nghề (đào tạo hệ cao đẳng) và đào tạo liên tục cho cán bộ y tế đã giúp cải thiện chất lượng của các dịch vụ KHHGĐ. Tuy nhiên, Thông tư 26 (có hiệu lực từ tháng 11 năm 2015) hiện không cho phép hộ sinh hệ cao đẳng và trung cấp cung cấp các dịch vụ tránh thai lâm sàng.
- **Tỷ lệ phá thai** ở phụ nữ đã kết hôn đã giảm nhưng hiện tượng phá thai vẫn còn cao ở nhóm phụ nữ chưa kết hôn và đây là nhóm có nhu cầu về các biện pháp tránh thai chưa được đáp ứng còn cao. Hầu hết các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế nhà nước và tư nhân đều cung cấp dịch vụ phá thai an toàn và phần lớn các ca phá thai diễn ra trước 12 tuần của thai kỳ. Năm 2016, 14,4% tổng số ca phá thai được hộ sinh thực hiện. Chất lượng các dịch vụ phá thai đã được nâng cao nhờ thực hiện các khóa đào tạo y khoa liên tục và đào tạo hộ sinh cao đẳng chính quy. Tuy nhiên, Thông tư 26 hiện không cho phép hộ sinh trung cấp và cao đẳng cung cấp các dịch vụ phá thai sớm. Hiện nay hộ sinh và các cơ sở y tế tuyến cơ sở không được phép thực hiện phá thai nội khoa (phá thai bằng thuốc).
- **Mặc dù việc tư vấn và xét nghiệm HIV tự nguyện** hiện đã được phổ biến rộng rãi và có thể tiếp cận được ở tuyến huyện, nhưng việc tư vấn và xét nghiệm các BLTQĐTD khác lại không đạt được mức độ như vậy. Tuy vậy, một mạng lưới gồm bốn loại dịch vụ đã thiết lập và triển khai cùng với việc thực hiện Hướng dẫn quốc gia về các BLTQĐTD sẽ giúp tăng cường việc cung cấp các dịch vụ liên quan đến BLTQĐTD. Ngoài ra, sự gia tăng các cơ sở CSSKSS cho TN/VTN và năng lực của các phòng xét nghiệm xác định BLTQĐTD/HIV ngày càng được cải thiện cũng giúp cải thiện việc cung cấp các dịch vụ liên quan đến BLTQĐTD ở tất cả các tuyến. Hộ sinh không giữ vai trò quan trọng đối với việc cung cấp các dịch vụ liên quan đến BLTQĐTD cho phụ nữ trong giai đoạn trước mang thai.

4.1.2. Đảm bảo một khởi đầu khỏe mạnh (mang thai)

- Năm 2015, ước tính có khoảng **2-2,3 triệu phụ nữ mang thai** ở Việt Nam (tùy thuộc vào nguồn dữ liệu) và nhiều người trong số đó đã phá thai hoặc bị sảy thai.
- Trạm y tế xã, trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản hoặc bệnh viện công hoặc bệnh viện tư đều cung cấp các dịch vụ **chăm sóc trước sinh**. Hầu hết phụ nữ dân tộc Kinh đều sử dụng các dịch vụ chăm sóc trước sinh nhưng chỉ có 2/3 phụ nữ dân tộc thiểu số tiếp cận được các dịch vụ này. Bác sĩ sản khoa là những người chịu trách nhiệm cung cấp dịch vụ chăm sóc trước sinh cho phần lớn sản phụ (chiếm 89% các trường hợp mang thai) và hộ sinh hoặc điều dưỡng tham gia cung cấp dịch vụ chăm sóc trước sinh cho 28% số phụ nữ mang thai. Chất lượng chăm sóc trước sinh được cung cấp cho phụ nữ có thai còn hạn chế, đặc biệt đối với nhóm phụ nữ dân tộc thiểu số. Trong một số trường hợp, các xét nghiệm quan trọng như sàng lọc HIV sớm trong thai kỳ để ngăn ngừa lây truyền HIV từ mẹ sang con, sàng lọc giang mai hoặc kiểm tra huyết áp và protein trong nước tiểu nhằm phát hiện tiền sản giật chưa được thực hiện. Các bằng chứng cho thấy việc lạm dụng dịch vụ siêu âm quá mức có thể lấn át các khía cạnh thiết yếu khác trong chăm sóc trước sinh và điều này gây nguy hại cho thai nhi do tiếp xúc quá nhiều với siêu âm và gây lãng phí nguồn nhân lực (thời gian làm siêu âm) và tiền bạc của phụ nữ có thai và gia đình của họ.
- **Chăm sóc toàn diện trước sinh** là một năng lực mà hộ sinh cần phải có và họ được đào tạo năng lực này trong các chương trình đào tạo hộ sinh cao đẳng chính quy và được cập nhật thông qua việc thực hiện Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. Tuy nhiên, vẫn chưa có sự quan tâm đến đào tạo y khoa liên tục về chăm sóc trước

sinh và công tác giám sát để đảm bảo việc chăm sóc toàn diện trước sinh, đặc biệt là việc phát hiện sớm các yếu tố nguy cơ thay vì chỉ tập trung quá mức vào kiểm tra siêu âm thai. Khoảng cách địa lý là yếu tố cản trở việc sử dụng dịch vụ chăm sóc trước sinh. Cô đỡ thôn bản có thể phần nào lấp khoảng trống này ở những địa bàn nơi CĐTĐ đang sinh sống nếu họ được đào tạo bài bản và được hỗ trợ đầy đủ. Nhiều trạm y tế xã và các phòng khám đa khoa khu vực chưa có đủ các trang thiết bị phục vụ chăm sóc trước sinh và chưa cung cấp thuốc bổ sung sắt và acid folic trong gói dịch vụ chăm sóc trước sinh.

4.1.3. Hỗ trợ cho một sự khởi đầu an toàn (sinh con)

- Tại thời điểm năm 2015, có từ **1,5 đến 1,7 triệu trẻ đẻ sống** và dự kiến con số này sẽ duy trì tương đối ổn định hoặc giảm nhẹ vào năm 2030.
- **Mục tiêu năm 2030 về tỷ lệ tử vong mẹ** (45 ca tử vong trên 100.000 trẻ đẻ sống) đòi hỏi Việt Nam cần thực hiện nhiều nỗ lực và hoạt động hiệu quả hơn nữa. Ở Việt Nam, ba nguyên nhân chính gây tử vong mẹ là chảy máu sau sinh, nhiễm khuẩn sau sinh và sản giật. Việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc có chất lượng sẽ giúp làm giảm đáng kể cả ba nguyên nhân gây ra tử vong này thông qua việc phát hiện sớm, điều trị dự phòng và điều trị sớm cho sản phụ.
- Các bệnh viện công lập và tư nhân ở tuyến huyện trên cả nước hiện cung cấp dịch vụ **đẻ thường với sự hỗ trợ của người đỡ đẻ có kỹ năng**. Nhiều trạm y tế xã cũng cung cấp các dịch vụ **sinh đẻ với sự hỗ trợ của người đỡ đẻ có kỹ năng**. Ở nhiều thôn bản nơi đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống đã có cô đỡ thôn bản hỗ trợ các cuộc sinh đẻ tại gia đình sản phụ. Hầu hết các ca sinh được thực hiện tại các bệnh viện, chỉ có 11% các ca

sinh tại các trạm y tế xã, 5,6% tại nhà và chỉ 3,9% các ca sinh tại các bệnh viện tư nhân. Phần lớn phụ nữ dân tộc Kinh đều sinh tại các cơ sở và sự **hỗ trợ của người đỡ đẻ có kỹ năng**, nhưng chỉ có 2/3 phụ nữ dân tộc thiểu số sử dụng dịch vụ này. Cô đỡ thôn bản hiện mới chỉ đáp ứng được 1/5 nhu cầu tại các thôn bản nơi đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống.

- **Chất lượng của dịch vụ đỡ đẻ** đã được cải thiện nhưng vẫn còn nhiều hạn chế. Các lớp đào tạo y khoa liên tục đã được triển khai rộng rãi để **cập nhật các kỹ năng cơ bản cho người đỡ đẻ có kỹ năng**. Tuy nhiên, ở hầu hết các cơ sở có dịch vụ sản khoa, chúng ta vẫn thấy tình trạng cung cấp dịch vụ thiếu sự riêng tư, quá tải, người thân không được ở bên cạnh khi sinh, thực hiện tư thế nằm ngửa truyền thống khi chuyển dạ và sinh đẻ, hạn chế sản phụ đi lại, hạn chế sản phụ ăn uống trong thời gian chuyển dạ và không cung cấp đầy đủ thông tin cho sản phụ về các biện pháp can thiệp để họ có thể tự đưa ra lựa chọn của mình (ví dụ như can thiệp cắt tầng sinh môn). Đây là biểu hiện của một hệ thống ưu tiên số lượng thay vì thực hiện chăm sóc tôn trọng khách hàng và tôn trọng các quyền của phụ nữ trong khi sinh đẻ. Thực tế này cũng gây nên những tác động bất lợi trong hoạt động chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em, đặc biệt là trong các trường hợp thực hiện sinh mổ hoặc cắt tầng sinh môn không cần thiết.
- Khả năng **tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc hiệu quả kịp thời trong trường hợp cấp cứu sản khoa trong giai đoạn trước, trong và sau khi sinh** giúp giảm tử vong mẹ. Hoạt động thẩm định tử vong mẹ chưa được thể chế hóa đầy đủ hoặc chưa được thực hiện hiệu quả để giúp đưa ra các bài học kinh nghiệm nhằm ngăn ngừa các ca tử vong mẹ trong tương lai. Một số giảng viên và cán bộ cung cấp dịch vụ đã được tập huấn về cấp cứu sản khoa trong

các khóa đào tạo y khoa liên tục nhưng chủ yếu dành cho tuyến tỉnh và dường như hộ sinh chưa được chú trọng và ưu tiên trong các khóa tập huấn. Tại các trạm y tế xã và các phòng khám đa khoa khu vực, các trang thiết bị và thuốc men, đặc biệt các thiết bị và thuốc sử dụng trong cấp cứu sản khoa không phải lúc nào cũng có sẵn, ví dụ chưa tới 20% các trạm y tế xã có sẵn MgSO₄. Sản phụ và gia đình của họ chưa có hiểu biết đầy đủ về các triệu chứng liên quan tới cấp cứu sản khoa trong khi sinh hoặc trong giai đoạn sau sinh và điều này là nguyên nhân dẫn đến sự chậm trễ trong tìm kiếm các dịch vụ y tế. Điều này không chỉ xảy ra ở phụ nữ sinh tại nhà ở các vùng sâu và vùng xa mà còn xảy ở phụ nữ trước lúc chuyển dạ hoặc sau khi đã về nhà.

- Năng lực thực hiện **mổ đẻ** tại các bệnh viện huyện đã được tăng cường, giúp phụ nữ có nhu cầu được tiếp cận gần hơn với các can thiệp cứu sinh mạng. Tuy nhiên, sự gia tăng nhanh chóng số lượng các ca sinh mổ (cao gấp ba lần so với mức khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới) cho thấy các chỉ định mổ đẻ hiện nay không dựa trên các khuyến nghị bằng chứng lâm sàng phù hợp. Việc này không chỉ gây tốn kém cho gia đình sản phụ mà còn mang lại nhiều nguy cơ hơn cho sản phụ khi phẫu thuật ổ bụng, làm tăng nguy cơ sẩy thai hoặc mang thai ngoài tử cung hoặc phải sinh mổ ở các lần mang thai sau và có thể gây tác động lâu dài đến sức khỏe dân số, do tỷ lệ mắc bệnh mãn tính ở trẻ em sinh ra bằng phương pháp sinh mổ cao hơn.

4.1.4. Đặt nền móng cho tương lai (thời kỳ sau khi sinh)

- **Mục tiêu năm 2030 về tỷ lệ tử vong sơ sinh** (5/1 000 trẻ đẻ sống) đòi hỏi Việt Nam phải duy trì tốc độ giảm tỷ lệ tử vong sơ sinh ở mức khoảng 450 ca tử vong sơ sinh mỗi năm. Nguyên nhân chủ yếu của

tử vong sơ sinh gồm các biến chứng do sinh non, nhiễm trùng sơ sinh, dị tật ống thần kinh, dị tật tim bẩm sinh và ngạt thở khi sinh.

- **Chăm sóc thiết yếu trẻ sơ sinh** sớm là ưu tiên của Vụ SKBMTE (hiện Vụ SKBMTE đang nỗ lực xây dựng hướng dẫn dành cho sinh thường và sinh mổ) và các chương trình đào tạo y khoa liên tục. Các chăm sóc gồm tiếp xúc da kề da ngay sau khi sinh thường và sinh mổ, tiêm vitamin K1, chăm sóc rốn hợp vệ sinh, tiêm phòng viêm gan B và khuyến khích cho con bú sữa mẹ cho trẻ sơ sinh khoẻ mạnh hiện nay khá phổ biến ở các cơ sở hộ sinh. Mặc dù những nỗ lực này đã được thực hiện, các chỉ số cơ bản của việc nuôi con bằng sữa mẹ (bao gồm bắt đầu cho bú sớm, cho con bú hoàn toàn sữa mẹ, cho con ăn sữa ngoài trước khi bắt đầu cho bú sữa mẹ) vẫn còn thấp. Hộ sinh đóng vai trò quan trọng trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc trẻ sơ sinh cho cả các ca sinh thường và sinh mổ mặc dù không phải tất cả họ đều được tham gia đào tạo y khoa liên tục về gói chăm sóc sơ sinh thiết yếu sớm.
- **Trẻ sơ sinh có nhu cầu chăm sóc đặc biệt**, bao gồm trẻ nhẹ cân, trẻ sinh thiếu tháng và trẻ bệnh đã nhận được nhiều quan tâm đặc biệt thông qua những đầu tư lớn về đào tạo và trang thiết bị cho đơn vị chăm sóc sơ sinh đặc biệt và trang thiết bị để điều trị vàng da ở tuyến huyện. Tuy nhiên, việc phòng chống đẻ thiếu tháng thông qua các can thiệp giúp kéo dài thời gian mang thai một cách an toàn, kể cả sau khi vỡ ối non hoặc phòng chống rối loạn tăng huyết áp trong thời gian mang thai chưa thực sự được quan tâm đúng mức. Khả năng cung cấp dịch vụ hồi sức sơ sinh ở các cơ sở y tế tuyến xã còn hạn chế và dường như đây cũng là một điểm yếu trong đào tạo thực hành lâm sàng đối với hộ sinh cao đẳng.

- **Dịch vụ chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh sau khi sinh** hiện nay phần lớn được cung cấp khi bà mẹ và trẻ sơ sinh còn ở tại cơ sở y tế và không được chú trọng sau khi sản phụ đã về nhà. Các chăm sóc sau sinh có vai trò rất quan trọng trong việc phát hiện ra các biến chứng muộn ở mẹ và trẻ sơ sinh, tư vấn kế hoạch hóa gia đình cho mẹ, tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ và đảm bảo trẻ được tiêm chủng đầy đủ. Gánh nặng tài chính có thể gây ra những cản trở cho việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sau sinh vì hiện không có giá cho dịch vụ chăm sóc sau sinh sau sản phụ khi rời khỏi bệnh viện và cũng không có bất kỳ danh mục thuốc và dược phẩm nào qui định cho các dịch vụ này (Thông tư 06/2009/TT-BYT). Ngoài ra bảo hiểm không chi trả cho các dịch vụ này vì dịch vụ này chỉ liên quan tới “kiểm tra” sức khoẻ hơn là “điều trị”.

4.2. Thách thức đối với hệ thống y tế để đạt được Tầm nhìn Hộ sinh 2030

Báo cáo này đã xác định được một số cản trở ảnh hưởng tới khả năng của hệ thống y tế trong việc đáp ứng các nhu cầu chăm sóc sức khoẻ cũng như trong việc đạt được Tầm nhìn Hộ sinh 2030. Việc tiếp tục các xu hướng y khoa hóa dịch vụ hộ sinh hiện nay sẽ không bền vững và không mang lại lợi ích tốt nhất cho mẹ và trẻ. Dưới đây là tổng hợp một số thách thức có thể xảy ra khi chuyển từ mô hình chăm sóc “y khoa hóa hộ sinh” sang mô hình chăm sóc do “hộ sinh chịu trách nhiệm” theo khung 6 trụ cột của hệ thống y tế của Tổ chức Y tế Thế giới.

4.2.1. Quản trị⁵⁰

Vai trò của hộ sinh trong quản lý hộ sinh và thiếu cơ quan quản lý chuyên về hộ sinh

⁵⁰ http://www.wpro.who.int/health_services/health_systems_framework/en/

- **Hội Nữ Hộ sinh Việt Nam** vẫn tham gia hạn chế vào quá trình xây dựng pháp luật và chính sách hộ sinh. Mặc dù hộ sinh có vai trò quan trọng trong việc thúc đẩy các quá trình sinh đẻ tự nhiên thay cho can thiệp y khoa trong thời gian mang thai và trong khi sinh, nhưng trên thực tế, hộ sinh rất hiếm khi được tham gia làm thành viên trong các ban soạn thảo hướng dẫn hoặc chính sách liên quan đến hộ sinh, như phạm vi thực hành hoặc các tiêu chuẩn về bằng cấp để thực hành hộ sinh. Nhìn chung hiện nay các hộ sinh đang hành nghề chỉ có vai trò rất hạn chế trong việc xây dựng chính sách, xây dựng tài liệu đào tạo, thanh tra hoặc kiểm tra các hoạt động hộ sinh và đánh giá năng lực của hộ sinh để cấp giấy phép hành nghề.
- **Hiện nay Tiểu ban phụ trách về điều dưỡng và hộ sinh trực thuộc Hội đồng Tư vấn Quốc gia về đăng ký hành nghề y khoa thiếu phạm vi công việc toàn diện như Hội đồng Hộ sinh ở các quốc gia khác đang thực hiện.** Phạm vi trách nhiệm của Tiểu ban này còn rất hạn chế và điều này có nghĩa là phần lớn các quy định chuyên môn dành cho hộ sinh, chưa được cụ thể hoặc chưa rõ ràng so với các chức danh khác của ngành y tế được quy định cụ thể trong Luật Khám chữa bệnh, và trong Quyết định số 2803/QĐ-BYT ban hành năm 2013 về việc tổ chức và hoạt động của Hội đồng Tư vấn Quốc gia về đăng ký hành nghề y khoa của Bộ Y tế. Việc thiếu những quy định cụ thể về hộ sinh trong cơ quan quản lý y tế có liên quan đến hộ sinh dẫn đến sự thiếu nhất quán trong các chính sách. Ví dụ, phạm vi thực hành hiện tại của hộ sinh có trình độ đào tạo dưới đại học (cao đẳng/trung cấp) không đáp ứng nhu cầu thực tế của hệ thống y tế Việt Nam (Thông tư 26) mặc dù hộ sinh trung cấp và cao đẳng có đủ năng lực để cung cấp được các dịch vụ SKSS. Hộ sinh có thể nâng cao năng lực thông qua các khóa đào tạo y khoa liên tục đối với những kỹ năng còn yếu để thực

hiện được nhiệm vụ được giao. Ngoài ra Hướng dẫn quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản cho thấy đội ngũ hộ sinh hoàn toàn thích hợp trong việc cung cấp dịch vụ SKSS như trong Hướng dẫn. Hơn nữa, các tiêu chí chuyên môn liên quan đến hộ sinh hoặc các chuẩn năng lực của hộ sinh chưa được thể hiện đầy đủ và rõ ràng trong các tiêu chuẩn và kiểm định dịch vụ hộ sinh, trong đào tạo y khoa liên tục cho hộ sinh, trong xây dựng các quy tắc đạo đức đặc biệt dành cho hộ sinh và các quy tắc ứng xử để đảm bảo sự chăm sóc tôn trọng và giải quyết các khiếu nại của khách hàng đối với hộ sinh.

Phạm vi công việc bị hạn chế và hạn chế quyền tự chủ khi thực hiện các nhiệm vụ hộ sinh

- Mặc dù các quy định của Việt Nam về hộ sinh (Thông tư 26) hiện nay đã đáp ứng được các yêu cầu của Hiệp hội các quốc gia Đông Nam Á về phạm vi công việc và trình độ chuyên môn, nhưng các qui định này có những tác động bất lợi cho việc tăng cường và sử dụng hộ sinh nhằm đáp ứng nhu cầu thực tế của hệ thống y tế Việt Nam hiện nay.
- **Thứ nhất**, vào tháng 11 năm 2015 khi Thông tư 26 bắt đầu có hiệu lực, thông tư này không cho phép hộ sinh hạng 4 (hộ sinh tốt nghiệp hệ đẳng và trung cấp và hiện số lượng hộ sinh này chiếm 94% tổng số hộ sinh trên cả nước) cung cấp các dịch vụ hộ sinh thiết yếu, bao gồm các dịch vụ tránh thai lâm sàng, sàng lọc và điều trị BLTQĐTĐ/NKĐSS, dịch vụ hút thai sớm ... Phạm vi công việc được qui định trong Thông tư 26 không phù hợp với số lượng hộ sinh được đào tạo hiện nay-năm 2014, chỉ có 1.538 hộ sinh có trình độ cử nhân trở lên trong số 35.000 hộ sinh toàn quốc và không phù hợp với quy định trong Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản do hộ sinh thực hiện. Việc dịch chuyển một khối lượng dịch vụ và công việc lớn từ hộ sinh

hạng 4 như vậy lên đội ngũ bác sỹ khiến họ bị quá tải công việc một cách không cần thiết, khiến họ không thể thực hiện cung cấp các dịch vụ chuyên khoa hoặc thực hiện các nhiệm vụ quan trọng khác như đào tạo, các công tác nghiên cứu và giám sát. Trong thực tế, không có bằng chứng nào cho thấy những thiếu sót về chất lượng và sự an toàn khi hộ sinh hạng 4 tham gia cung cấp các dịch vụ này. Việc hạn chế phạm vi công việc của các hộ sinh hạng 4 có thể là do các chính sách đã không được xây dựng dựa trên các bằng chứng.

- **Thứ hai**, trong khi phạm vi công việc của hộ sinh hạng 4 bị hạn chế nghiêm trọng, hộ sinh hạng 3 (có bằng cử nhân) và hạng 2 (có bằng thạc sỹ) được giao thực hiện nhiệm vụ cung cấp dịch vụ hộ sinh thiết yếu, mặc dù số lượng đội ngũ hộ sinh ở hạng 3 và 2 hiện rất ít ỏi. Thông tư chưa chú trọng đầy đủ đến các công việc quan trọng khác mà hộ sinh hạng cao đang rất cần thực hiện như nghiên cứu, giảng dạy, giám sát chuyên môn, tham gia Hội đồng Hộ sinh để đánh giá năng lực cho hộ sinh và giải quyết khiếu nại do lỗi của hộ sinh gây ra và tham gia làm thành viên của Hội Nữ Hộ sinh Việt Nam để đóng góp ý kiến vào các chính sách liên quan tới hộ sinh.
- **Thứ ba**, đến năm 2025, Thông tư yêu cầu toàn bộ hộ sinh hệ trung cấp cần phải nâng cao trình độ lên cao đẳng nếu không họ có nguy cơ không được tiếp tục đăng ký thực hành hộ sinh. Năm 2013, số lượng y sỹ sản nhi và hộ sinh cần nâng cao trình độ chuyên môn lên tới gần 33.000 người. Đến năm 2016, đã có 21 trường cao đẳng tham gia thực hiện các chương trình đào tạo hộ sinh ba năm. Giả sử là nếu tất cả các trường này đều đáp ứng đủ điều kiện để thực hiện đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn cho hộ sinh hệ 2 năm lên 3 năm, thì số lượng sinh viên đầu vào của chương trình đào tạo nâng cao liên thông tối đa là 240 sinh

viên/năm/cho tất cả 21 trường (tương đương với 15% tổng số chỉ tiêu dành cho sinh viên nhập học trực tiếp vào chương trình chính khóa và lấy mức chỉ tiêu tuyển sinh năm 2016 là 1.600 sinh viên). Nếu các chương trình đào tạo nâng cao được thực hiện với công suất tối đa thì đến năm 2025, sẽ chỉ có chưa tới 2.500 hộ sinh 2 năm hoàn thành xong việc học liên thông lên 3 năm và đáp ứng được các yêu cầu về nâng cao trình độ chuyên môn bắt buộc để họ có thể tiếp tục đăng ký thực hành hộ sinh hạng 4. Số còn lại sẽ phải chuyển sang ngành nghề khác theo quy định.

- **Thứ tư**, thiếu các văn bản chính sách hướng dẫn các trường y và cơ sở y tế làm thế nào để thực hiện nâng cao trình độ chuyên môn cho y sỹ sản nhi và làm rõ phạm vi công việc của điều dưỡng có bằng cử nhân chuyên ngành sản khoa/ phụ khoa/hộ sinh với phạm vi công việc của hộ sinh. Nhiều tài liệu mang tính chiến lược tổng thể trong lĩnh vực chăm sóc Sức khỏe tình dục/SKSS, chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh không đề cập đến vai trò của hộ sinh và phạm vi trách nhiệm của họ trong việc cung cấp các dịch vụ này. Hiện còn thiếu các tiêu chuẩn cụ thể dành cho hộ sinh trong lĩnh vực giải quyết khiếu nại của khách hàng, đạo đức và các quy tắc ứng xử.

4.2.2. Hệ thống thông tin y tế

Thống kê nhân lực y tế

- Việt Nam hiện chưa có cơ quan phụ trách đăng ký quốc gia chuyên về hộ sinh và cho các chức danh cán bộ khác làm các công việc liên quan tới hộ sinh. Điều này gây nhiều khó khăn cho việc thu thập các thông tin cập nhật về số lượng và trình độ của những người đang thực hiện công tác hộ sinh. Các thông tin này có thể sử dụng trong hoạt động lập kế hoạch đào tạo, cập nhật chương trình đào tạo và đào tạo

y khoa liên tục, theo dõi tính tuân thủ đối với các quy định về phạm vi thực hành và các yêu cầu về đào tạo y khoa liên tục đồng thời có thể giúp sản phụ có thêm thông tin về những người cung cấp dịch vụ hộ sinh. Liên đoàn Hộ sinh Quốc tế xem việc thành lập một cơ quan đăng ký trực tiếp về hộ sinh là một công cụ quản lý quan trọng.

- Trong quá trình thực hiện nghiên cứu này, có rất ít thông tin về CĐTĐB tại tuyến cơ sở được thu thập. Việc đầu tư vào đào tạo CĐTĐB và trả phụ cấp cho đội ngũ này không phải là ít, tuy nhiên hiện vẫn có ít nghiên cứu đánh giá hiệu quả công việc của CĐTĐB, sự hài lòng của khách hàng với CĐTĐB hoặc cần làm gì để nâng cao hiệu quả công việc của CĐTĐB. Thêm vào đó, để có thể xây dựng các kế hoạch khả thi và chuẩn bị kế hoạch ngân sách, cần phải có thêm thông tin về nhu cầu chưa được đáp ứng cho CĐTĐB. Hiệu quả sử dụng nguồn nhân lực CĐTĐB vẫn còn hạn chế do việc triển khai công việc của CĐTĐB của các tỉnh rất khác nhau.

Thông tin về đào tạo và chất lượng đào tạo

- Bộ Y tế hiện có rất ít các thông tin tại cấp trung ương về năng lực đào tạo, kế hoạch đào tạo, điều kiện tuyển sinh thực tế hoặc các điều kiện đào tạo khác như giảng viên, trang thiết bị, tài liệu đào tạo, địa điểm thực hành lâm sàng vv. để phục vụ và theo dõi việc cung cấp hoặc quản lý chất lượng đào tạo hộ sinh. Hiện nay, nhiều cơ sở đào tạo không tổ chức kỳ thi tốt nghiệp dựa trên năng lực và việc chỉ có một số năng lực được đánh giá/ theo dõi trong quá trình đào tạo hộ sinh làm cho việc đánh giá khách quan những năng lực/kỹ năng mà sinh viên hộ sinh đã thu nhận được trong khi học là điều rất khó khăn. Việc giám sát chất lượng đào tạo trong những năm tới càng cần thiết hơn, khi mà các cơ sở đào tạo phải chịu áp lực khi tăng khối lượng đào tạo trong

9 năm tới để đáp ứng các yêu cầu nâng cấp lên cao đẳng của hộ sinh trung cấp theo Thông tư 26. Tuy nhiên, thông tin về năng lực bổ sung phục vụ hoạt động đào tạo nâng cao, hoặc đào tạo y khoa liên tục cũng rất quan trọng trong việc giúp cân bằng nhu cầu khổng lồ về đào tạo trong những năm tới trong khi năng lực đào tạo của các trường còn hạn chế.

Thông tin phản hồi để nâng cao chất lượng

- Hoạt động thẩm định tử vong mẹ và tử vong trẻ sơ sinh là một kênh thông tin rất quan trọng để xác định và phân tích các vấn đề trong hệ thống y tế và để cải thiện các nỗ lực dự phòng và ứng phó trong các trường hợp cấp cứu sản khoa hoặc cấp cứu sơ sinh nhằm giảm tỷ lệ tử vong mẹ và trẻ sơ sinh. Tuy nhiên, năng lực và nguồn lực để thực hiện hoạt động thẩm định ở Việt Nam hiện còn hạn chế. Kết quả của nhiều cuộc thẩm định cho thấy các thông tin ghi trong hồ sơ khi có trường hợp tử vong xảy ra thường không đầy đủ và điều này gây ra không ít khó khăn cho việc xác định vấn đề cần giải quyết hay việc cải thiện nằm ở khâu nào. Dù mục đích của các cuộc thẩm định là rút ra bài học để cải thiện chất lượng dịch vụ, tuy nhiên kết quả của thẩm định có thể được dùng để đổ lỗi cho nhau, vì thế hoạt động thẩm định đôi khi lại phản tác dụng.
- Không có số liệu thống kê về sảy thai, thai chết lưu, sinh non và các kết quả không mong muốn khác trong quá trình mang thai. Điều này càng gây khó khăn hơn cho các nghiên cứu về nguyên nhân hoặc việc xây dựng can thiệp.

Thông tin về nhu cầu, chênh lệch trong cung cấp dịch vụ

- Phá thai chủ yếu được thực hiện do không áp dụng các biện pháp tránh thai hoặc thất bại khi sử dụng các biện pháp tránh thai. Đây là một thách thức ở nhóm

TN/VTN chưa kết hôn vì họ thường gặp nhiều rào cản trong tiếp cận với các dịch vụ CSSKSS thân thiện với TN/VTN. Tuy nhiên, các thông tin về nhu cầu sức khỏe sinh sản và việc sử dụng các dịch vụ các dịch vụ chăm sóc SKSS của TN/VTN chưa được Chính phủ thu thập và cập nhật thường xuyên.

- Việc cung cấp dịch vụ hộ sinh tư nhân ngày càng gia tăng, nhưng hiện có rất ít thông tin về quy mô cũng như nội dung các dịch vụ hộ sinh do khu vực tư nhân cung cấp. Việc thiếu thông tin về nhu cầu của khối tư nhân đối với dịch vụ hộ sinh hoặc chất lượng của các dịch vụ hộ sinh tư nhân khiến việc lập kế hoạch hoặc quản lý khu vực quan trọng này khó khăn hơn.

4.2.3. Nguồn nhân lực y tế

Triển khai

- Hộ sinh (hoặc y sĩ sản nhi) hiện làm việc tại 98,2% các trạm y tế xã và các khoa sản ở bệnh viện tất cả các tuyến. Tuy nhiên, trong số các ca đẻ tại nhà ở vùng miền núi, vẫn có khoảng 32% số ca đẻ của phụ nữ dân tộc thiểu số không được CDTB hoặc những người đỡ đẻ có kỹ năng hỗ trợ.
- CDTB được BHYT công nhận chính thức để cung cấp được các dịch vụ đáp ứng yếu tố văn hóa, góp phần giải quyết các rào cản tài chính và không tài chính trong sử dụng dịch vụ chăm sóc SKSS/SKBM/TE của người dân tộc. Tuy nhiên, hiện CDTB chỉ mới có mặt ở 18% các thôn bản ở vùng miền núi xa xôi hẻo lánh. Mặc dù số lượng CDTB còn hạn chế, nhưng đến thời điểm hiện tại, mới chỉ có khoảng 50% số CDTB được đưa vào làm việc chính thức trong hệ thống y tế và được trả phụ cấp hàng tháng theo Quyết định 75/2009 của Thủ tướng Chính phủ và Thông tư 07/2013 của BHYT. Điều này ảnh hưởng

đến sự cam kết và tính ổn định của CDTB trong quá trình làm việc.

- Phạm vi công việc của hộ sinh trung cấp và cao đẳng bị hạn chế nghiêm trọng bởi các quy định của Thông tư 26 và để đáp ứng yêu cầu hội nhập ASEAN (thông tin về chủ đề này đã được đề cập ở phần Quản trị ở trên).
- Việc cân bằng cung và cầu đối với hộ sinh trên thị trường lao động chưa được quan tâm đầy đủ và dẫn tới sự mất cân bằng trầm trọng như hiện nay. Trong số 850 chỉ tiêu tuyển sinh trực tiếp ngành hộ sinh cao đẳng tại 17 trường tham gia khảo sát, chỉ có 440 sinh viên ghi danh. Một số trường có mở chương trình đào tạo hộ sinh nhưng không có sinh viên đăng ký. Thực tế này cho thấy nghề hộ sinh chưa được biết đến rộng rãi, hoặc thu nhập và điều kiện làm việc chưa hấp dẫn học viên. Nhiều trường đào tạo hộ sinh cho biết họ không biết thông tin và tình hình của sinh viên tốt nghiệp, hoặc cho biết nhiều sinh viên tốt nghiệp không tìm được việc làm trong nghề hộ sinh trong vòng 1 năm sau khi tốt nghiệp. Hầu hết các vị trí công việc hộ sinh trong khu vực nhà nước đều đang do hộ sinh trung cấp đảm nhận, và họ sẽ không có khả năng bị cho nghỉ việc để tuyển dụng các sinh viên mới ra trường có trình độ chuyên môn cao hơn. Các cơ sở đào tạo chương trình hộ sinh cao đẳng trong 20 tỉnh có thể có thông tin về nhu cầu cho sinh viên tốt nghiệp ngành hộ sinh ở tỉnh mình nhưng họ không có thông tin về nhu cầu của sinh viên tốt nghiệp ngành hộ sinh của 43 tỉnh thành còn lại. Hiện nay có ít thông tin về nhu cầu hộ sinh làm việc trong các cơ sở y tế tư nhân.

Quản lý nhà nước và đào tạo hộ sinh

- **Việc phân công lại trách nhiệm gần đây đã chia nhỏ trách nhiệm quản lý đào tạo hộ sinh** cho 3 cơ quan: Bộ Y Tế, Bộ Giáo dục Đào tạo và Bộ Lao động Thương

binh Xã hội. Nguyên nhân dẫn việc phân công lại trách nhiệm này là do Thông tư 26 đã đưa ra một yêu cầu rất lớn trong việc đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn cho hộ sinh từ hệ trung cấp lên hệ cao đẳng (xem phần Quản trị ở trên) và về cơ bản đã xóa bỏ nhu cầu đào tạo hộ sinh trung cấp. Tuy nhiên, các quy định hạn chế về nâng cấp cơ sở đào tạo và chỉ tiêu đào tạo nhằm đảm bảo chất lượng chính là các yếu tố có thể gây cản trở trong việc hoàn thành các yêu cầu đào tạo nâng cao theo Thông tư 26 vào năm 2025. Những chậm trễ trong việc đào tạo mới hộ sinh đại học và trong việc công nhận trình độ tương đương giữa hộ sinh và điều dưỡng bậc đại học và điều dưỡng chuyên về sản/phụ khoa cũng là những yếu tố gây cản trở tới đào tạo hộ sinh cử nhân. Cần có sự hợp tác giữa ba Bộ để giải quyết những nút thắt này.

- **Việc kiểm soát hoạt động đào tạo hộ sinh đã được phân cấp cho các địa phương** để họ tự quyết định có nên thực hiện chương trình đào tạo hay không và đồng thời quyết định chỉ tiêu tuyển sinh cho bao nhiêu sinh viên từ tỉnh khác. Hiện nay chỉ có 21 trường đại học công lập hoặc cao đẳng (trực thuộc 20 tỉnh thành) thực hiện các chương trình đào tạo hộ sinh 3 năm và hiện không có trường tư thục nào đào tạo hộ sinh 3 năm. Hiện nay 43 tỉnh chưa có chương trình đào tạo hộ sinh cao đẳng, bao gồm cả 5 tỉnh Tây Nguyên và 13/15 các tỉnh ở vùng Trung du và miền núi phía Bắc. Nhiều trường trung học y tế và các trường cao đẳng vẫn tiếp tục mở chương trình đào tạo hộ sinh trung cấp dù nhu cầu của thị trường lao động đối với hộ sinh hạng này sẽ chấm dứt vào năm 2021 (theo Thông tư 26).
- **Số trường mở chương trình đào tạo hộ sinh dựa vào năng lực hệ 3 năm và 4 năm vẫn còn rất ít** và việc mở rộng cần thời gian. Trở ngại chủ yếu là do thiếu giáo viên là các hộ sinh có kinh nghiệm và

đã tốt nghiệp đại học và sau đại học. Năm 2016, chỉ có 6 trường đại học cho biết có thực hiện chương trình đào tạo hộ sinh đại học (bao gồm một trường mới bắt đầu thực hiện chương trình đào tạo hộ sinh mới vào năm 2016 và năm trường khác cho biết có thực hiện các chương trình đào tạo về điều dưỡng chuyên ngành sản phụ khoa hoặc điều dưỡng-hộ sinh). Ngoài ra, việc mở chương trình này đòi hỏi đầu tư lớn về trang thiết bị mô phỏng cho phòng thí nghiệm và tài liệu và đòi hỏi nhiều nỗ lực trong việc thực hiện đào tạo đội ngũ hướng dẫn lâm sàng cho thực hành lâm sàng tại các cơ sở y tế.

- **Rất ít cơ sở đào tạo đáp ứng được yêu cầu đào tạo nâng cao** từ hệ trung cấp lên cao đẳng do các cơ sở phải tổ chức tuyển thẳng ít nhất 3 khóa sinh viên cao đẳng từ học sinh phổ thông trung học đã tốt nghiệp trước khi được phép thực hiện đào tạo liên thông. Nếu các cơ sở này thực hiện đào tạo liên thông, số học viên được phép tuyển chỉ ở mức 15% hoặc thấp hơn so với tổng số học viên đã nhập học hệ đào tạo mới (cùng chương trình đào tạo). Chỉ tiêu tuyển sinh dự kiến cho việc đào tạo liên thông do các trường báo cáo hiện thấp hơn so với nhu cầu.
- **Các trường cao đẳng y tế** cho rằng chính sách đào tạo nâng cao chỉ dành cho hộ sinh trung cấp và họ không có thẩm quyền thực hiện đào tạo nâng cao cho y sỹ sản nhi thành hộ sinh cao đẳng. Trong khi đó, Cục Khoa học Công nghệ và Đào tạo lại khẳng định rằng y sỹ sản nhi cũng là một đối tượng được tham gia đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn như hộ sinh. Như vậy, Cục Khoa học Công nghệ và Đào tạo cần làm rõ để giúp các trường cao đẳng y hiểu thấu đáo hơn về chính sách này.

Chất lượng đào tạo

- **Chỉ tiêu và kết quả đạt được trong thực**

hành lâm sàng cho các nhiệm vụ hộ sinh cụ thể và hoạt động chăm sóc liên tục còn hạn chế

so với yêu cầu để học viên hộ sinh có thể đạt được năng lực thực sự. Việc này có nguyên nhân, bao gồm: việc thực hành có giám sát chưa được thực hiện đầy đủ tại phòng học tiền lâm sàng để giúp học viên trang bị đầy đủ các kiến thức trước khi tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân; các hướng dẫn lâm sàng kèm theo các kỹ năng sư phạm không hoàn chỉnh; và khối lượng công việc chuyên môn nặng nề nên hướng dẫn viên thực hành không thể thực hiện tốt việc hướng dẫn sinh viên. Việc thực hành có giám sát sau khi tốt nghiệp và trước khi được đăng ký hành nghề đã không có cách tổ chức bài bản và quy định rõ ràng để thực hành này có thể bù đắp các năng lực còn thiếu do không có cơ hội thực hành lâm sàng tại cơ sở cung cấp dịch vụ trong thời gian học. Một số trường cao đẳng chưa thực hiện đào tạo cho giảng viên lý thuyết và các hướng dẫn viên lâm sàng để họ đảm bảo thực hiện hiệu quả chương trình đào tạo dựa trên năng lực.

- **Điểm yếu của đội ngũ giảng viên hộ sinh:** Các giảng viên chính thức giảng dạy tại các cơ sở đào tạo hộ sinh hệ 3 năm đều có trình độ học vấn cao và nhiều người có kinh nghiệm thực hành y khoa hoặc có kinh nghiệm trong các lĩnh vực có liên quan. Tuy nhiên chỉ một số ít giảng viên có trình độ chuyên môn và kinh nghiệm về hộ sinh. Rất ít người có chứng chỉ sư phạm y khoa do Bộ Y tế cấp. Điều này cho thấy rằng giảng viên cần nỗ lực nhiều hơn nữa để đảm bảo chuyển tải đầy đủ những kiến thức và nguyên tắc về hộ sinh và thực hiện hiệu quả các mô phỏng lâm sàng trong các phòng thí nghiệm.
- **Mặc dù sách giáo khoa hộ sinh** đã được BYT xây dựng và ban hành phục vụ cho chương trình đào tạo hộ sinh 3 năm và 4 năm, nhưng bộ sách này hiện vẫn chưa được sử dụng rộng rãi. Mặc dù nhiều tài

liệu đào tạo khác mà các trường đang sử dụng có chất lượng tốt, nhưng một số đã lỗi thời. Các giáo viên đào tạo hộ sinh có những rào cản đáng kể về mặt ngôn ngữ cũng như chưa tận dụng được mạng internet trong việc tiếp cận kiến thức về hộ sinh và phương pháp sư phạm mới nhất để cập nhật tài liệu đào tạo. Việc chuyển tải sự nhạy cảm văn hoá vào trong thái độ và thực hành của sinh viên hộ sinh trong quá trình học tập và thực hành lâm sàng chưa được chú trọng đúng mức.

Đào tạo y khoa liên tục

- **Các yêu cầu về đào tạo y khoa liên tục đang được thể chế hoá** (Thông tư 22) và quy định thu hồi Giấy phép hành nghề của hộ sinh nếu họ không đáp ứng yêu cầu về đào tạo liên tục. Các quy định về đào tạo y khoa liên tục hiện nay đòi hỏi mỗi hộ sinh phải tham gia 48 tiết học đào tạo y khoa liên tục trong **2 năm** liên tiếp. Với lực lượng hộ sinh khoảng 35.000 người hiện đang công tác tại các cơ sở y tế nhà nước, yêu cầu về thời gian này tương đương với việc 438 nhân viên làm việc toàn thời gian phải nghỉ việc trong vòng 1 năm. Về mặt tổ chức, điều này đòi hỏi phải tổ chức 1.400 lớp học với số học viên 25 người tham dự trong vòng ba ngày và mỗi ngày 8 tiếng. Ngoài ra còn phải tính đến hoạt động xây dựng tài liệu tập huấn và đào tạo giảng viên. Một số lượng lớn các trường y, các cơ sở y tế, trung tâm y tế của tỉnh và một số hiệp hội y khoa đã được phê duyệt cho phép tổ chức các chương trình đào tạo y khoa liên tục (Quyết định 492). Nhưng hiện chưa có một kế hoạch toàn diện để giải quyết nhu cầu và khả năng tổ chức đào tạo, đặc biệt là giúp bổ sung những kiến thức còn thiếu cho lực lượng hộ sinh. Một số lượng lớn các khóa đào tạo y khoa liên tục đã được thiết kế và thực hiện về các chủ đề liên quan tới Sức khỏe sinh sản/sức khỏe tình dục, chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh và một danh sách các cơ sở thực

hiện đào tạo y khoa liên tục đã được ban hành. Tuy nhiên, nhiều khía cạnh liên quan tới các chính sách đào tạo y khoa liên tục chưa được thực hiện đầy đủ, như chưa có cơ chế đảm bảo việc tuân thủ các quy định về hộ sinh, chưa thực hiện đánh giá tính phù hợp của các khóa đào tạo y khoa liên tục trong việc đáp ứng các nhu cầu về đào tạo và ai chịu trách nhiệm chi trả chi phí đào tạo y khoa liên tục.

- Trong hệ thống đăng ký nghề hộ sinh Việt Nam, chưa có một cơ chế có thể mở rộng phạm vi thực hành đối với học viên sau khi họ được cấp chứng chỉ của các khóa học và thực hành đào tạo y khoa liên tục. Ngoài ra, Việt Nam chưa sử dụng bằng chứng từ đào tạo y khoa liên tục như một tiêu chuẩn chất lượng để kiểm định và công nhận các cơ sở hộ sinh tại tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu đã đáp ứng và duy trì được năng lực thông qua việc cập nhật các kiến thức toàn diện từ các chương trình đào tạo y khoa liên tục.
- **Những yếu kém trong năng lực của hộ sinh là do phần lớn lực lượng hộ sinh hiện nay có trình độ trung học.** Các chương trình đào tạo chính quy trong trường trung cấp đã không trang bị đầy đủ các kỹ năng và năng lực cần thiết để giúp hộ sinh cung cấp được các dịch vụ theo Tầm nhìn Hộ sinh năm 2030. Cho đến nay, các chương trình đào tạo y khoa liên tục vẫn chưa được tổ chức một cách có hệ thống để có thể đảm bảo rằng hộ sinh trung cấp có thể đạt được tất cả các năng lực cần thiết thông qua các khóa đào tạo tại chức ngắn ngày và bù đắp được những thiếu hụt về kiến thức/kỹ năng của đào tạo chính quy.

4.2.4. Tài chính y tế

Các hình thức ưu đãi

- **Bảo hiểm y tế mang lại lợi ích cho người sử dụng dịch vụ y tế. Các dịch vụ được**

bảo hiểm chắc chắn sẽ được sử dụng nhiều hơn những dịch vụ không được bảo hiểm chi trả. Gói bảo hiểm y tế hiện tại không chi trả cho các dịch vụ như sàng lọc các BLTQĐT hoặc chăm sóc sau sinh sau khi xuất viện – đây có thể là một phần lý do khiến cho các dịch vụ này ít được sử dụng. Tỷ lệ sử dụng dịch vụ đẻ thường tại các trạm y tế xã hiện ở mức thấp và ngày càng giảm. Nguyên nhân có thể là do một số tỉnh chỉ cho phép sử dụng bảo hiểm y tế đối với dịch vụ sinh đẻ thực hiện tại các bệnh viện, không áp dụng đối với trạm y tế xã (ví dụ ở Hà Nội). Nhưng nếu giá dịch vụ y tế cao hơn và cùng với việc sử dụng các dịch vụ công nghệ cao, thì đây có thể là một dấu hiệu cho khách hàng thấy có vẻ như dịch vụ được cung cấp đó có giá trị hơn các dịch vụ khác, mặc dù trong thực tế không cần dịch vụ cao cấp đến mức như thế. Ví dụ như gói chăm sóc trước sinh với dịch vụ siêu âm màu có vẻ giá trị hơn so với gói chỉ có khám thai lâm sàng, cung cấp dịch vụ tiêm phòng uốn ván, đo huyết áp, kiểm tra nồng độ protein trong nước tiểu và kiểm tra nhịp tim thai bằng ống nghe.

- Bảo hiểm y tế và phí dịch vụ cũng tạo ra nhiều khuyến khích cho cán bộ cung cấp dịch vụ. Một số dịch vụ mang lại giá trị thặng dư cao hơn khi so sánh với mức giá hành chính được quy định. Chi phí cung cấp dịch vụ đang có xu hướng bị lạm dụng, chẳng hạn như thực hiện siêu âm màu nhiều hơn là siêu âm đen trắng. Các dịch vụ với thời gian cung cấp dịch vụ nhanh hơn cũng là một cách thức khuyến khích người cung cấp dịch vụ: ví dụ thực hiện sinh mổ chứ không chờ đợi kéo dài khi sinh thường, cắt tầng sinh môn hơn là kiên nhẫn chờ đợi hoặc siêu âm hàng tháng hơn là khám thai hàng tháng. Các dịch vụ không quy định mức giá hoặc không được bảo hiểm y tế thanh toán như chăm sóc sau sinh hoặc thăm khám tại nhà sau khi sinh hiện có thể chưa được cung cấp đầy đủ.

Bảo trợ về tài chính

- Quy định chưa rõ ràng về trách nhiệm thanh toán đối với các dịch vụ hoặc các phần dịch vụ có thể khiến gánh nặng tài chính đối với sản phụ và gia đình trở nên nặng hơn. Mặc dù việc kiểm tra HIV nhằm phòng chống lây nhiễm từ mẹ sang con là một can thiệp hộ sinh cần thiết, các chính sách hiện tại chưa quy định rõ ràng về việc bảo hiểm y tế hay các nhà tài trợ sẽ có trách nhiệm thanh toán cho dịch vụ này. Điều này có thể dẫn đến việc sản phụ không được cung cấp hoặc nếu muốn nhận dịch vụ, sản phụ sẽ phải thanh toán chi phí cao. Chính sách về phí dịch vụ (được sử dụng làm cơ sở để thanh toán bảo hiểm y tế) hiện chưa liệt kê đầy đủ tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản có trong hướng dẫn về sức khỏe sinh sản hoặc trong phân loại các dịch vụ được cung cấp ở các phân tuyến kỹ thuật khác. Ví dụ, không có mức giá rõ ràng cho các gói chăm sóc trước sinh hoặc sau sinh, chi phí cắt tầng sinh môn hay bóc rau nhân tạo bằng tay trong đẻ thường vì Thông tư 37 không quy định chi phí cho các dịch vụ này.

Nguồn lực cho đào tạo hộ sinh, bao gồm đào tạo y khoa liên tục

- Các quy định về **đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn vẫn chưa nêu rõ ai có trách nhiệm thanh toán** cho các khoản chi thường xuyên hoặc chi phí đầu tư ban đầu phục vụ cho công tác đào tạo này. Có thể mặc định hiểu rằng cán bộ y tế sẽ chịu trách nhiệm thanh toán phí đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn nếu không muốn hứng chịu rủi ro bị rút giấy phép hành nghề vào năm 2025. Tuy nhiên, xét về phía cung, cần thực hiện các khoản đầu tư lớn vào các cơ sở đào tạo để có thể nhanh chóng thực hiện đào tạo nâng cao cho khoảng 32.800 hộ sinh ở bậc trung cấp và sơ cấp. Nhưng sau khi hoàn thành hoạt động đào tạo nâng cao, các cơ sở

đào tạo sẽ bị thừa năng lực, do đó họ có thể sẽ phải miễn cưỡng đáp ứng nhu cầu đào tạo này.

- Mặc dù trước đây, nhiều khóa đào tạo y khoa liên tục được các dự án quốc tế hỗ trợ về tài chính, nhưng với một số lượng lớn các khóa đào tạo y khoa liên tục cần thực hiện nhằm đáp ứng yêu cầu hiện nay, thì không thể dựa vào nguồn tài chính không bền vững, mà phải có nguồn tài chính thường xuyên – có thể từ nguồn đóng góp từ cơ sở tuyển dụng lao động hoặc từ hộ sinh hoặc từ cả hai đối tượng này. Các quy định về thu phí người sử dụng dịch vụ trong Nghị định 85 đã bắt đầu đưa chi phí đào tạo vào thành chi phí cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Tuy nhiên, cần phải nghiên cứu thêm để xác định các quy định về tài chính cụ thể như mức học phí và sử dụng cách thức nào để các quỹ này có thể thanh toán các chi phí cho các khóa đào tạo.
- Hiện nay, theo ước tính của Vụ SKBMTE, 80% các thôn bản có hoàn cảnh khó khăn hiện không có các dịch vụ hộ sinh và thiếu CĐTĐ đã được đào tạo. Tính tới thời điểm hiện tại, các chương trình đào tạo CĐTĐ được tài trợ thông qua các dự án, bao gồm các nhà tài trợ quốc tế và các Sở Y tế địa phương. Tuy nhiên, nếu muốn mở rộng chương trình này để đáp ứng nhu cầu thực tế, kinh phí thực hiện cần phải được bổ sung rất nhiều.

4.2.5. Dược phẩm, thiết bị và cơ sở hạ tầng

- Các kết quả điều tra năm 2010 cho thấy **hiều trạm y tế xã và các phòng khám đa khoa khu vực còn thiếu nhiều loại thuốc thiết yếu sử dụng trong hộ sinh**, bao gồm oxytocin, viên sắt và acid folic, vitamin K1 và MgSO₄. Tương tự như vậy, nhiều cơ sở còn thiếu các phương tiện tránh thai, các trang thiết bị và dụng cụ sử dụng trong khám thai/ chăm sóc trong

để (bao gồm cả các xét nghiệm nhanh để kiểm tra các BLTQĐTD và kiểm tra protein trong nước tiểu), trong khi sinh và trong chăm sóc trẻ sơ sinh. Nếu các trạm y tế xã và phòng khám đa khoa khu vực được giao nhiệm vụ đóng vai trò chính trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu bao gồm cả các dịch vụ chăm sóc thai sản, BHYT cần tăng cường quản lý hậu cần và cung ứng thuốc thiết yếu, trang thiết bị và vật tư tiêu hao.

- **Tính sẵn có của dịch vụ phẫu thuật cấp cứu sản khoa tại bệnh viện** và chăm sóc sơ sinh đặc biệt theo khu vực dân cư là một yếu tố quan trọng nhằm làm giảm tử vong mẹ và tử vong sơ sinh đồng thời đảm bảo đạt được các kết quả mong muốn trong chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh. Các thông tin hiện tại không cho chúng ta biết hiện đã có đầy đủ dịch vụ phẫu thuật cấp cứu sản khoa theo phạm vi từng khu vực hay chưa. BHYT cần ưu tiên thực hiện giải quyết các thiếu hụt trong cung cấp dịch vụ cấp cứu theo phạm vi khu vực địa lý, thông qua đầu tư về trang thiết bị và tuyển dụng thêm cán bộ y tế chuyên khoa để có thể xử trí và đáp ứng những nhu cầu đặc biệt này.

4.2.6. Cung cấp dịch vụ y tế

Mô hình cung cấp các dịch vụ trước khi mang thai

- Hiện nay các nhu cầu **tư vấn và cung cấp dịch vụ tránh thai và sàng lọc các bệnh lây truyền qua đường tình dục/ HIV** trước khi mang thai cũng như việc điều trị không chỉ do hộ sinh đáp ứng mà còn được thực hiện thông qua các hệ thống song hành khác. Ở Việt Nam, mạng lưới cộng tác viên dân số (chủ yếu cung cấp dịch vụ cho các cặp vợ chồng) và mạng lưới sàng lọc và điều trị HIV/BLTQĐTD là **hệ thống dịch vụ quan trọng đáp ứng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản trước khi có thai hiện nay**. Tuy nhiên, nguồn

tài chính dành cho các chương trình mục tiêu quốc gia đang ngày một giảm đi và có thể khiến việc duy trì các dịch vụ này ở các hệ thống song hành trở nên khó khăn hơn. Do đó, việc lồng ghép các hệ thống dịch vụ này vào hệ thống y tế nói chung cũng trở nên cấp bách và cần thiết hơn.

Mô hình dịch vụ chăm sóc thai sản

- Hiện nay người dân có xu hướng sử dụng dịch vụ chăm sóc trước sinh và đẻ thường ngày càng tăng lên các bệnh viện và do các bác sỹ cung cấp thay vì sử dụng các dịch vụ này tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu và do hộ sinh được cung cấp. Xu hướng này không phù hợp với định hướng của Bộ Y tế là tăng cường vai trò chăm sóc sức khỏe ban đầu và mô hình bác sĩ gia đình. Đây là mô hình chăm sóc hộ sinh tốn kém hơn do việc cung cấp quá mức các can thiệp y khoa không cần thiết như mổ đẻ, với những hậu quả tiêu cực ngắn hạn và dài hạn đối với sức khỏe của bà mẹ và trẻ sơ sinh.
- Các mục tiêu trong Tầm nhìn Hộ sinh 2030 (cụ thể là đạt được mục tiêu xây dựng mô hình chăm sóc thai sản do hộ sinh thực hiện tại các cơ sở chăm sóc y tế ban đầu) sẽ khó đạt được với năng lực hiện nay của đội ngũ hộ sinh (chủ yếu là hộ sinh trung học). Đặc biệt, các kỹ năng chăm sóc sản khoa thiết yếu để đảm bảo rằng hộ sinh có đầy đủ kiến thức khi cung cấp dịch vụ chăm sóc toàn diện trước sinh, đặc biệt là phát hiện sớm các nguy cơ và cải thiện khả năng ứng phó với các trường hợp cấp cứu sản khoa, sinh non và ngạt ở trẻ sơ sinh cần được tăng cường.
- Để đáp ứng nhu cầu chăm sóc hộ sinh cho phụ nữ dân tộc thiểu số sinh sống tại các vùng xa xôi hẻo lánh, BHYT cần tăng cường các dịch vụ tại cộng đồng ngoài cơ sở y tế, cải thiện hệ thống vận chuyển cấp cứu sản khoa và đáp ứng tốt hơn các khía cạnh văn hoá dân tộc trong tổ chức dịch

vụ. Mô hình chăm sóc do CĐTĐ đang thực hiện tại các khu vực này hiện được đánh giá là tương đối phù hợp vì mô hình này vừa chủ động tiếp cận với phụ nữ tại cộng đồng lại vừa phù hợp với các yếu tố văn hóa. Tuy nhiên lực lượng CĐTĐ chỉ bao phủ được ở 18% số thôn bản xa xôi hẻo lánh cần loại nhân lực này.


- Trong khi việc cung cấp các dịch vụ SKSS/SKTD/BM/TSS tại các cơ sở tư nhân ngày càng mở rộng để đáp ứng nhu cầu dịch vụ cho những phụ nữ có khả năng chi trả dịch vụ y tế có chi phí cao hơn, nhóm nghiên cứu không tìm được bất kỳ thông tin nào liên quan đến quy mô của khu vực này, sự phân bố địa lý, các loại dịch vụ được cung cấp, nguồn nhân lực hay chất lượng chăm sóc. Chỉ có 3,9% phụ nữ cho biết đã sinh con tại các cơ sở tư nhân.

Lạm dụng trong cung cấp một số dịch vụ

- Sinh mổ, cắt tầng sinh môn và các dịch vụ siêu âm trong hệ thống y tế của Việt Nam đang được cung cấp ở mức cao hơn so với khuyến cáo của các tổ chức quốc tế. Hiện nay Việt Nam không yêu cầu các cơ sở báo cáo tỷ lệ mổ đẻ để so sánh đối chiếu (đối chuẩn) với các bệnh viện tương đương. Ngoài ra các cơ sở cũng không được yêu cầu thực hiện báo cáo mổ đẻ theo hệ thống phân loại Robson. Các cơ sở cũng không thực hiện báo về việc sử dụng dịch vụ siêu âm trong quá trình chăm sóc trước sinh, hoặc cắt tầng sinh môn trong khi sinh kèm theo những giải trình cụ thể cho việc chỉ định sử dụng các dịch vụ này. Điều này gây ra nhiều khó khăn khi thực hiện đánh giá về việc cung cấp quá mức một số dịch vụ hoặc khi nghiên cứu về các tác hại tiềm ẩn khi cung cấp quá nhiều các dịch vụ này.
- Chưa có cơ chế thực thi, hệ thống thanh tra chất lượng, khuôn khổ quản lý lâm sàng tổng thể, các hệ thống định chuẩn hoặc hệ thống giám sát nhằm hỗ trợ việc thực hiện các hướng dẫn lâm sàng, giúp

ngăn ngừa việc cung cấp một số dịch vụ hoặc cung cấp thiếu một số dịch vụ.





Chương 5: Khuyến nghị

5.1. Mục tiêu cho Tầm nhìn Hộ sinh 2030 của Việt Nam

- Giảm tỷ lệ tử vong mẹ và tử vong sơ sinh, cải thiện các đầu ra về sức khỏe và mang đến những trải nghiệm tích cực cho sản phụ và gia đình của họ thông qua mô hình chăm sóc do hộ sinh cung cấp và chịu trách nhiệm.
- **Trước khi mang thai:** Đáp ứng tất cả các nhu cầu về phát hiện và điều trị BLTQĐTĐ/NKĐSS, cung cấp kiến thức về tránh thai và tiếp cận các dịch vụ thích hợp thể hiện sự tôn trọng cho cả phụ nữ đã kết hôn và chưa kết hôn ở tất cả các nhóm tuổi, kể cả TN/VTN. Giảm tỷ lệ phá thai ở tất cả các nhóm tuổi và khi cần dịch vụ phá thai cần được thực hiện một cách an toàn và tôn trọng khách hàng.
- **Mang thai:** Tất cả phụ nữ đều được chăm sóc trước sinh toàn diện nhằm giảm thiểu các biến chứng khi mang thai và trong khi sinh, tăng cường kiến thức cho sản phụ và gia đình của họ về thai nghén và sinh đẻ, đối phó hiệu quả với bất kỳ tai biến nào có thể phát sinh (việc chăm sóc này có thể do hộ sinh thực hiện hoặc chuyển tuyến kịp thời tới các dịch vụ chăm sóc chuyên khoa trong trường hợp cần thiết).
- **Sinh con:** Tất cả sản phụ đều được hộ sinh có chuyên môn và các cán bộ y tế chuyên khoa khác hỗ trợ một cách tôn trọng và thân thiện trong suốt quá trình chuyển dạ và sinh đẻ. Họ được lựa chọn người thân có mặt cùng mình khi sinh, được tự đưa ra quyết định liên quan tới các can thiệp, tới tư thế sinh sau khi được cung cấp đầy đủ thông tin và sự lựa chọn của họ liên quan tới các phong tục truyền thống luôn được tôn trọng. Thực hiện cấp cứu sản khoa kịp thời trong trường hợp có tai biến.
- **Chăm sóc sau sinh cho mẹ:** thực hiện chăm sóc sau sinh cho tất cả các sản

phụ để phát hiện và giảm thiểu các biến chứng, hỗ trợ việc cho con bú, xử lý cơn đau hoặc những lo ngại khác ngay sau khi sinh và tư vấn về kế hoạch hoá gia đình hoặc các vấn đề sức khoẻ khác trong thời gian 42 ngày sau sinh.

- **Chăm sóc sau sinh cho trẻ sơ sinh:** thực hiện chăm sóc sau sinh cho tất cả trẻ sơ sinh bao gồm hồi sức nếu không thở, tiếp xúc da liền da với mẹ, cho bú mẹ ngay sau sinh, sàng lọc bất kỳ vấn đề dị tật bẩm sinh hoặc triệu chứng bất thường nào, can thiệp dự phòng (như tiêm chủng và tiêm vitamin K1). Trẻ sơ sinh có vấn đề về sức khoẻ, bao gồm trẻ non tháng, trẻ nhẹ cân cần được chăm sóc thích hợp để cải thiện cơ hội sống.

- **Các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ sinh sản khác:** cung cấp đầy đủ và toàn diện các dịch vụ như kiểm tra sàng lọc ung thư, các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ sinh sản thân thiện với TN/VTN, chăm sóc trong thời kỳ mãn kinh, khám sức khoẻ và chăm sóc các bệnh thông thường cho trẻ nhỏ nhằm đáp ứng nhu cầu của xã hội về các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ sinh sản.

Hình 62: Tầm nhìn Hộ sinh 2030

Hộ sinh đáp ứng được 85% nhu cầu dịch vụ về chăm sóc hộ sinh thiết yếu, chỉ chuyển sản phụ đến bác sỹ trong trường hợp có thể xảy ra biến chứng sản khoa	NHU CẦU
Bác sỹ đáp ứng các nhu cầu giải quyết các trường hợp biến chứng và ít tham gia vào cung cấp các dịch vụ chăm sóc hộ sinh cơ bản.	<ul style="list-style-type: none"> • Trước khi mang thai • Trong thời gian mang thai • Trong khi sinh • Sau khi sinh • Chăm sóc sơ sinh • Các nhu cầu khác về chăm sóc Sức khoẻ sinh sản.
Cộng tác viên dân số, CĐTB, các phòng khám về BLTQĐTD hỗ trợ hoạt động của hộ sinh bằng cách huy động khách hàng tham gia sử dụng dịch vụ hoặc bằng cách đưa ra phương án chăm sóc thay thế	

Để đạt được các mục tiêu này, các khuyến nghị được chia thành ba nhóm. Nhóm thứ nhất, các khuyến nghị liên quan đến 6 trụ cột của hệ thống y tế; tiếp theo là các khuyến nghị liên quan đến vai trò của các cơ quan hữu quan, và cuối cùng là các khuyến nghị cho ba giai đoạn tiếp theo (mỗi giai đoạn có thời gian 5 năm). Mục tiêu cao nhất cần đạt được là chuyển đổi hệ thống y tế hiện nay cho thích ứng với Tầm nhìn Hộ sinh

2030 về chăm sóc toàn diện trong đó áp dụng cách tiếp cận cung cấp dịch vụ lấy phụ nữ làm trung tâm và do hộ sinh cung cấp liên tục cùng với sự hỗ trợ từ các cán bộ y tế khác tùy theo nhu cầu phát sinh.

Tầm nhìn Hộ sinh 2030 có những khác biệt mang tính triết lý so với mô hình chăm sóc sản khoa y khoa. Theo cách tiếp cận trong Tầm nhìn hộ sinh 2030, việc mang thai và sinh đẻ là một quá trình

sinh lý tự nhiên. Vai trò của các nhân viên y tế là giúp người phụ nữ trải qua quá trình này an toàn để sinh được một đứa trẻ khỏe mạnh. Tất nhiên, khi xảy ra sự cố, hệ thống can thiệp y khoa sẽ vào cuộc và bác sĩ sản khoa sẽ là người giữ vai trò quan trọng nhất để xử lý các trường hợp cấp cứu sản khoa. Vì vậy, người đọc cần nhớ cách thức tiếp cận và nội dung của Tầm nhìn Hộ sinh 2030 khi đọc và rà soát các khuyến nghị dưới đây

5.2 Các khuyến nghị theo các trụ cột của hệ thống y tế

5.2.1. Quản trị

Nâng cao vai trò của cơ quan quản lý hộ sinh

- Nghiên cứu cơ chế hoạt động của Hội đồng Hộ sinh ở các quốc gia để làm cơ sở đề xuất việc thành lập Hội đồng Hộ sinh Việt Nam để Hội đồng thực hiện các quy định về công tác chuyên môn được quy định trong Luật khám chữa bệnh, nhưng chỉ thực hiện các quy định chuyên về nghề hộ sinh. Vì vậy, cần xác định lại phạm vi hành nghề của hộ sinh và các yêu cầu về trình độ chuyên môn đối với chức danh hộ sinh đang được quy định trong Thông tư 26 hiện nay; xây dựng bộ quy tắc ứng xử và đạo đức nghề nghiệp cho hộ sinh nhằm đảm bảo việc cung cấp các dịch vụ hộ sinh thể hiện sự tôn trọng khách hàng; đánh giá năng lực của hộ sinh nhằm phục vụ công tác đăng ký hành nghề; đảm bảo việc thực hiện công tác đào tạo liên tục cho cán bộ y tế nhằm đáp ứng yêu cầu gia hạn chứng chỉ hành nghề cho hộ sinh; xác định các yêu cầu về đào tạo mới cho hộ sinh (đào tạo chính quy); xác định các tiêu chuẩn trong đăng ký hành nghề và các tiêu chuẩn về kiểm định chất lượng đối với cơ sở đào tạo và các chương trình đào tạo nghề hộ sinh; xác định quy trình giải quyết khiếu nại và bồi thường cho các trường hợp khiếu nại có liên quan tới hộ sinh. Hộ sinh và Hội Nữ hộ sinh Việt Nam cần tích cực tham gia

vào quá trình thực hiện các nhiệm vụ này vì những quan điểm đặc thù của hộ sinh sẽ góp phần làm giảm quá việc thực hiện quá đáng của thủ tục y khoa trong sinh đẻ, và giúp thúc đẩy mô hình chăm sóc liên tục theo định hướng chăm sóc sức khỏe ban đầu khi thực hiện cung cấp các dịch vụ y tế.

- Tầm nhìn Hộ sinh 2030 cần lồng ghép vào các chính sách và chiến lược chăm sóc sức khỏe ban đầu và các mô hình bác sĩ gia đình ở Việt Nam. Hộ sinh đã qua đào tạo và có kỹ năng phải là người cung cấp chủ yếu các dịch vụ chăm sóc thai sản tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu (ví dụ như trạm y tế xã, phòng khám đa khoa khu vực, các nhà hộ sinh tư) hoặc tại các cơ sở/trung tâm hộ sinh trực thuộc bệnh viện nơi hộ sinh chịu trách nhiệm cung cấp dịch vụ. Hộ sinh chỉ chuyển đến bác sĩ chuyên khoa sản trong trường hợp sản phụ thuộc nhóm nguy cơ cao hoặc có biến chứng xảy ra.

Điều chỉnh các yêu cầu về phạm vi hành nghề và trình độ chuyên môn của hộ sinh

- Khẩn trương rà soát và sửa đổi các quy định của Thông tư 26 liên quan đến trình độ chuyên môn và phạm vi công việc của hộ sinh hạng IV (hệ đào tạo trung cấp và cao đẳng).
- o Trước tiên, cần điều chỉnh phạm vi công việc của hộ sinh hạng IV cho phù hợp với trách nhiệm và công việc thực tế mà hộ sinh đang đảm nhiệm – đặc biệt là tại tuyến cơ sở. Tại tuyến này, hộ sinh thường tham gia vào việc cung cấp các biện pháp tránh thai lâm sàng, phá thai, cung cấp các dịch vụ thân thiện với TN/VTN, các dịch vụ sàng lọc và điều trị BLTQĐTĐ/NKĐSS đồng thời thực hiện rất nhiều các công việc khác không được quy định trong phạm vi công việc của hộ sinh trong Thông tư 26. Bản tổng hợp các thông tin từ Hướng dẫn quốc gia về chăm sóc SKSS ban hành năm 2016, giáo

trình đào tạo hộ sinh và quy định phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở khám chữa bệnh (Thông tư 43/2013/TT-BYT) là cơ sở để phân công trách nhiệm cho hộ sinh cho họ được phép cung cấp những dịch vụ gì tại các cơ sở y tế khác nhau (trạm y tế xã, bệnh viện, trung tâm chăm sóc SKSS) và đồng thời quy định bác sỹ sản cung cấp những dịch vụ nào tại các bệnh viện. Cần có quyết định những dịch vụ nào đòi hỏi hộ sinh phải tham gia các khóa đào tạo liên tục họ để có thêm các chứng chỉ và đưa các dịch vụ này vào phạm vi công việc chuyên môn của hộ sinh trong quá trình đăng ký hành nghề.

- o **Thứ hai**, làm rõ sự khác biệt trong phạm vi công việc mà hộ sinh hạng IV, hạng III và hạng II phải thực hiện. Cần lưu ý là hộ sinh ba hạng này đều có thể cung cấp các dịch vụ hộ sinh thiết yếu, còn cán bộ có trình độ cao hơn (đại học hoặc thạc sỹ) có thể tham gia vào các hoạt động giảng dạy, nghiên cứu, quản lý, giám sát hoặc có thể đảm nhận các trách nhiệm quan trọng hơn tại Hội đồng Hộ sinh để đánh giá năng lực của hộ sinh và tham gia giải quyết các khiếu nại và các trường hợp sai phạm do cán bộ sinh gây ra.
- o **Thứ ba**, thực hiện việc sửa đổi các chính sách nhằm xóa bỏ chức danh hộ sinh trung cấp khỏi lực lượng hộ sinh hạng IV nếu đội ngũ này không nâng cao trình độ chuyên môn lên hệ cao đẳng tính tới thời điểm năm 2025. Cụ thể, bỏ loại hình đào tạo hộ sinh hệ trung cấp chính quy nhằm đảm bảo tất cả học viên tốt nghiệp chuyên ngành hộ sinh trong tương lai tối thiểu sẽ có trình độ hộ sinh cao đẳng 3 năm. Đối với lực lượng hộ sinh hệ trung cấp hiện đang công tác, tạo các điều kiện cho họ lựa chọn và cho phép họ nâng cao trình độ chuyên môn của mình nếu phù hợp. Đối với hộ sinh không lựa chọn việc nâng cao trình độ chuyên môn, khuyến khích họ tham gia vào các khóa đào tạo y

khoa liên tục ngắn hạn để họ có năng lực cần thiết để thực hiện các nhiệm vụ.

- o **Thứ tư**, trong các chính sách quy định phạm vi công việc và trình độ chuyên môn cho hộ sinh, cần làm rõ mức độ tương đương giữa y sỹ sản nhi, điều dưỡng sản nhi, điều dưỡng hộ sinh và hộ sinh ở các hạng khác nhau.
 - Điều chỉnh phạm vi hoạt động chuyên môn của hộ sinh các hạng cho phù hợp với giáo trình đào tạo, hướng dẫn về chăm sóc sức khỏe sinh sản và với bất kỳ yêu cầu nào khác có trong các mô-đun đào tạo và các khóa học lấy chứng chỉ bổ sung nhằm đảm bảo rằng hộ sinh có thể có chuyên môn độc lập theo định hướng trong Tầm nhìn Hộ sinh 2030. Những thay đổi này sẽ cho phép hộ sinh trở thành điểm tiếp xúc đầu tiên của hệ thống y tế cho tất cả phụ nữ mang thai. Sản phụ không có dấu hiệu nguy cơ sẽ được hộ sinh có trình độ chuyên môn theo dõi và quản lý trong suốt quá trình thai nghén, khi sinh và sau sinh. Hộ sinh có thể đảm nhiệm vai trò là người điều phối việc chăm sóc sức khỏe cho sản phụ vì họ sẽ đánh giá xem sản phụ có cần được chăm sóc đặc biệt hay không hoặc sản phụ có nguy cơ gặp các biến chứng hay không để chuyển tuyến kịp thời. Tầm nhìn Hộ sinh 2030 rất phù hợp với định hướng về mô hình bác sỹ gia đình và sự chú trọng vào vai trò của chăm sóc sức khỏe ban đầu. Hộ sinh cần được tích cực tham gia vào quá trình thảo luận về việc xây dựng các chiến lược về chăm sóc sức khỏe ban đầu.

5.2.2. Hệ thống thông tin quản lý y tế

Khai thác các thông tin/dữ liệu hiện có trong cơ sở dữ liệu đăng ký hành nghề hộ sinh

- Khai thác các thông tin/dữ liệu hiện có trong cơ sở dữ liệu đăng ký hành nghề do Cục Quản lý Khám chữa bệnh hiện đang quản lý. Trước hết, cần cập nhật liên tục các thông tin về tất cả các nguồn nhân lực làm việc trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản để phục vụ cho mục đích quản lý. Những nguồn thông tin như vậy có thể được sử dụng trong công tác lập kế hoạch và hoạch định chính sách cho đào tạo và triển khai lực lượng lao động. Thứ hai, chúng ta có thể sử dụng cơ sở dữ liệu này để quản lý việc tuân thủ chính sách về đào tạo y khoa liên tục hoặc có thể sử dụng để thu hồi đăng ký hành nghề trong trường hợp hộ sinh có những sai phạm về y khoa. Có thể nói cơ sở dữ liệu này là một hình thức để bảo vệ người tiêu dùng và là một công cụ tạo ra áp lực gián tiếp cho các hộ sinh để đảm bảo rằng họ sẽ duy trì tốt trình độ chuyên môn và tuân theo các tiêu chuẩn quốc gia về chăm sóc.
- Giám sát và đánh giá công việc của CĐTĐB làm việc trên địa bàn các tỉnh để thường xuyên đánh giá những đóng góp của họ trong việc tăng khả năng tiếp cận và sử dụng các dịch vụ hộ sinh thiết yếu và giảm tỷ lệ tử vong bà mẹ và trẻ sơ sinh. Xác định các địa bàn nơi mô hình chăm sóc này chưa được thực hiện hiệu quả nhằm xác định các giải pháp bổ sung hoặc thay thế để đảm bảo việc phổ cập các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản cho các nhóm dân số có các nhu cầu chưa được đáp ứng. Cần nhắc sử dụng các ứng dụng y tế điện tử (e-health) để thu thập thông tin thống kê từ các CĐTĐB, và qua các ứng dụng này cung cấp ý kiến tư vấn hoặc quy trình xử lý cho CĐTĐB để họ thực hiện theo khi cung cấp dịch vụ cho sản phụ.

Củng cố các dữ liệu và thông tin về đào tạo ở tuyến trung ương để có thể kết nối tốt hơn giữa cung và cầu trong đào tạo hộ sinh

- Xây dựng một hệ thống báo cáo trực tiếp cho phép các trường đại học và cao đẳng y tế trực tiếp báo cáo với Bộ Y tế về số lượng học viên hộ sinh được đào tạo mỗi năm và theo dõi được sinh viên tốt nghiệp có việc làm sau khi tốt nghiệp. Các thông tin này sẽ rất hữu ích cho hoạt động xây dựng kế hoạch phát triển nguồn nhân lực của ngành y tế. Các thông tin được ưu tiên đặc biệt bao gồm: thông tin về hạn ngạch/chỉ tiêu đào tạo và số lượng tuyển sinh thực tế trong các khóa học nâng cao trình độ chuyên môn và thông tin về những bất cập/khó khăn cản trở việc tăng cường năng lực để thực hiện hoạt động cần thiết này. Với số lượng lớn học viên tham gia đào tạo trong vòng 10 năm tới, cần xây dựng một hệ thống theo dõi chất lượng đào tạo và sử dụng các dữ liệu hỗ trợ các cơ sở đào tạo tổ chức các khóa đào tạo hộ sinh có chất lượng.

Nâng cao hiệu quả trong thu thập và phân tích dữ liệu để có thể kịp thời hành động

- Thường xuyên tiến hành hoạt động thăm định tử vong mẹ và tử vong sơ sinh với sự tham gia của bác sĩ sản, hộ sinh, bác sỹ nhi và các cán bộ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em. Sử dụng các thông tin này để giúp chuẩn bị tốt các hoạt động đào tạo, hỗ trợ đầu tư trang thiết bị và thuốc và nâng cao nhận thức cho sản phụ và gia đình của họ về các dấu hiệu biến chứng và các việc cần thực hiện nếu xảy ra biến chứng. Thu thập thông tin bổ sung để xác định các khoảng trống về sự sẵn có của thuốc men, trang thiết bị và cán bộ có chuyên môn để cơ sở có thể cung cấp các dịch vụ cấp cứu sản khoa và cấp cứu sơ sinh, góp phần giải quyết các khó khăn và hạn chế để giảm tử vong mẹ và tử vong sơ sinh.

- Tăng cường công tác báo cáo thống kê về số lượng các ca xảy thai, thai chết lưu, sinh non và các ca mang thai không có kết quả như mong muốn để thực hiện các nghiên cứu về các nguyên nhân và đưa ra các can thiệp nhằm giảm thiểu các nguyên nhân này.
- Đảm bảo các số liệu thống kê về sức khỏe sinh sản do các tỉnh báo cáo không chỉ là hình thức mà được thu thập để làm cơ sở cho hành động. Đảm bảo các số liệu có thể được sử dụng trong việc đưa ra những quyết sách cho địa phương. Do đó, cần phải đảm bảo rằng số liệu thống kê là những con số chính xác, không trùng lặp, và cơ quan phụ trách y tế của tỉnh cần được tập huấn đầy đủ về việc sử dụng những số liệu này.
- Xây dựng các chỉ số theo dõi tiến độ và kịp thời điều chỉnh chính sách nhằm hỗ trợ việc đạt được Tầm nhìn Hộ sinh 2030, cụ thể là các số liệu thống kê về cán bộ cung cấp dịch vụ chăm sóc trước sinh và các cơ sở thực hiện việc cung cấp các dịch vụ này, ai là người cung cấp các dịch vụ sinh đẻ có sự hỗ trợ của người có kỹ năng và phụ nữ chọn sinh ở đâu và lý do tại sao phụ nữ không sinh tại các trạm y tế xã.

Xóa bỏ các thiếu hụt thông tin về nhu cầu dịch vụ y tế và thông tin về việc cung cấp dịch vụ của khu vực tư nhân.

- Thường xuyên thực hiện các cuộc điều tra về TN/VTN sử dụng các phương pháp đã được dùng trong các cuộc điều tra quốc gia về thanh niên Việt Nam năm 2003 và 2009, và trong các cuộc điều tra khác về sức khỏe sinh sản của TN/VTN. Kết quả của các cuộc điều tra này sẽ cung cấp thông tin thường xuyên về nhu cầu chăm sóc sức khỏe sinh sản của nhóm dân số có nhu cầu chưa được đáp ứng này và giúp chúng ta đánh giá xem các chính sách và dịch vụ hiện nay đã đáp ứng nhu cầu của nhóm dân số này ở mức độ nào, đặc biệt trong các vấn đề như thái độ tôn trọng

khi cung cấp dịch vụ cho khách hàng.

- Yêu cầu các cơ sở chăm sóc sức khỏe sinh sản tư nhân phải báo cáo thống kê thì mới được cấp giấy phép và được duy trì hoạt động. Xây dựng các biểu mẫu báo cáo thống kê để giúp các địa phương có đủ khả năng giám sát các hoạt động để nghiên cứu, lập kế hoạch và thực hiện quản lý. Đặc biệt, cần chú trọng tới các chỉ số về phá thai, mổ sinh, siêu âm thai, phát hiện các nhiễm khuẩn lây qua đường tình dục (yêu cầu theo dõi việc tiếp xúc) và nguồn nhân lực được tuyển dụng tại các cơ sở y tế tư nhân.

5.2.3. Nguồn nhân lực

Triển khai nguồn nhân lực

- Phối hợp với các bộ, ngành để xây dựng các chính sách nhân sự phù hợp trong việc sử dụng nhân viên YTTB và CĐTĐ nhằm duy trì được đội ngũ đáng quý này làm việc hiệu quả ở tuyến thôn bản.
- Thực hiện các khuyến nghị trong phần “quản trị” về việc đề xuất sửa đổi Thông tư 26 để khắc phục tình trạng thiếu hụt hộ sinh do quy định của Thông tư 26 gây ra, kể cả việc hạn chế hộ sinh trong việc cung cấp các dịch vụ hộ sinh cơ bản và thiết yếu và các vấn đề liên quan tới hoạt động nâng cao trình độ chuyên môn cho hộ sinh hạng IV.
- Cần có đầy đủ thông tin để có thể hỗ trợ tốt hơn công tác lập kế hoạch đào tạo nhằm đáp ứng nhu cầu về hộ sinh trong hệ thống y tế. Bộ Y tế cần tích cực hơn trong việc lập kế hoạch và quản lý nhu cầu về hộ sinh của thị trường lao động và cung hộ sinh từ các cơ sở đào tạo hoặc xây dựng các chính sách khuyến khích các cơ sở đào tạo thực hiện các nhiệm vụ này. Cần nỗ lực hơn nữa để hỗ trợ học viên tốt nghiệp hộ sinh hệ cao đẳng tìm được việc làm trong các cơ sở nhà nước hoặc các

cơ sở tư nhân để tránh hiện tượng lãng phí nguồn nhân lực hộ sinh có trình độ chuyên môn đáng quý này.

Quản lý nhà nước trong đào tạo hộ sinh

- Cần có sự phối hợp hiệu quả hơn giữa Bộ Y tế, Bộ GD-ĐT và Bộ LĐTBXH (bộ này chịu trách nhiệm quản lý đào tạo hộ sinh hệ cao đẳng và trung cấp) để có những điều chỉnh chính sách thích hợp nhằm nâng cao chất lượng và quan trọng hơn là tăng số lượng hộ sinh hệ trung cấp được đào tạo nâng cao tay nghề, cho phép họ hoàn thành bậc học cao đẳng hoặc lấy các chứng chỉ tương đương bậc đại học nhằm đáp ứng các yêu cầu của hệ thống y tế mà Thông tư 26 đã quy định. Đảm bảo việc liên lạc và cập nhật thông tin thường xuyên giữa Bộ Y tế, Bộ GD-ĐT và Bộ LĐTBXH nhằm khắc phục các vấn đề phát sinh trong giai đoạn chuyển tiếp ban đầu khi Bộ LĐTBXH được giao trách nhiệm quản lý đào tạo hộ sinh hệ cao đẳng và trung cấp. Ngoài ra việc phối hợp sẽ giúp đảm bảo việc thực hiện đào tạo nâng cao tay nghề cho hộ sinh với số lượng lớn trong giai đoạn hiện nay.
- Cục Khoa học Công nghệ Đào tạo trực thuộc Bộ Y tế cần thực hiện chức năng giám sát trực tiếp đối với các tỉnh chưa có cơ sở đào tạo hộ sinh bậc cao đẳng nhằm đảm bảo rằng các tỉnh này đáp ứng được nhu cầu đào tạo hộ sinh chính quy và nhu cầu đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn cho hộ sinh thông qua việc sắp xếp kinh phí với các tỉnh lân cận đang thực hiện chương trình đào tạo, đặc biệt là các tỉnh có điều kiện khó khăn.
- Khẩn trương đánh giá tính khả thi của các kết hoạch đào tạo nâng cao trình độ của đội ngũ hộ sinh từ trình độ 2 năm lên trình độ 3 năm tại tất cả các cơ sở y tế công lập và tư nhân trên cả nước, bao gồm cả trạm y tế xã và phòng khám đa khoa khu vực. Thực hiện đánh giá năng lực hiện có và năng lực trong quy hoạch

của các cơ sở đào tạo 3 năm để đáp ứng nhu cầu đào tạo trong giai đoạn từ nay đến năm 2025. Cần nhắc lựa chọn phương án thích hợp: lựa chọn phương án kéo dài thời gian đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn cho hộ sinh (ví dụ chỉnh sửa Thông tư 26 nhưng vẫn đảm bảo chất lượng thông qua các chương trình đào tạo y khoa liên tục) hoặc tạm thời nâng cao năng lực đào tạo phục vụ hoạt động đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn cho đội ngũ hộ sinh (cụ thể là tạm ngưng tuyển sinh đào tạo hộ sinh chính quy và tập trung vào đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn cho hộ sinh từ nay tới năm 2025). Phối hợp chặt chẽ với các bộ, ngành có liên quan để chỉnh sửa các quy định cần thiết khi áp dụng những phương án này.

- Ưu tiên nâng cao năng lực cho nữ hộ sinh làm việc tại tuyến xã để giúp họ có khả năng làm việc độc lập trong khi cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu nơi mà không phải lúc nào cũng có sẵn bác sỹ. Đây là một vấn đề rất quan trọng cần thực hiện nhằm đạt được Tầm nhìn Hộ sinh 2030.
- Hỗ trợ tài chính (đặc biệt là ở các khu vực còn nhiều khó khăn) để thực hiện đầu tư vào đào tạo hộ sinh hệ cao đẳng và đào tạo nâng cao trình độ. Khuyến khích các cơ sở y tế hỗ trợ tài chính hoặc ưu đãi cho nhân viên để họ tham gia các khóa đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn. Dừng việc đào tạo hộ sinh hệ trung cấp và chuyển các nguồn lực sang đào tạo hộ sinh trình độ cao đẳng hoặc trình độ cao hơn.

Chất lượng đào tạo

- Cục Khoa học Công nghệ Đào tạo trực thuộc Bộ Y tế cần trực tiếp thực hiện công tác giám sát nhằm đảm bảo chất lượng đào tạo cho học viên hộ sinh đặc biệt trong việc bố trí phòng Lab thực hành mô

phòng và hoạt động thực hành lâm sàng. Bằng chứng cho thấy không phải tất cả các trường cao đẳng và đại học đang thực hiện hiệu quả các chương trình đào tạo dựa trên năng lực cho hộ sinh có trình độ cao đẳng (3 năm).

- Khẩn trương kiện toàn việc đào tạo nâng cao trình độ của hộ sinh từ cao đẳng lên đại học để cung cấp một đội ngũ giảng viên về hộ sinh cho các trường cao đẳng y tế. Điều này cho thấy như cầu cấp bách về việc thực hiện các chương trình đào tạo hộ sinh có trình độ cử nhân (4 năm).
- Các cơ sở đào tạo hộ sinh cần thường xuyên cập nhật các tài liệu đào tạo để bám sát các nội dung trong hướng dẫn quốc gia về khám chữa bệnh và áp dụng các phương pháp đào tạo hiệu quả, đặc biệt là trong thực hành mô phỏng.
- Lồng ghép tài liệu nhân học y tế vào các tài liệu đào tạo đang được sử dụng để giảng dạy. Cần chú trọng hơn vào việc cung cấp dịch vụ chăm sóc trước sinh phù hợp với văn hóa và thể hiện sự tôn trọng nhân quyền trong các tài liệu đào tạo y khoa và đặc biệt là trong các tài liệu đào tạo hộ sinh để: (1) nâng cao tính nhạy cảm văn hóa khi cung cấp các dịch vụ phòng tránh thai và chăm sóc trong thời gian mang thai; (2) tăng tỷ lệ sản phụ (trước đây thường tránh/từ chối sử dụng dịch vụ) chấp nhận các dịch vụ chăm sóc trước sinh và khi sinh có sự hỗ trợ của hộ sinh và bác sỹ cung cấp.

Đào tạo y khoa liên tục

- Đẩy mạnh hoạt động đào tạo liên tục cho hộ sinh bằng cách liên tục tổ chức các khóa đào tạo thích hợp và chi phí hợp lý. Xây dựng hệ thống giám sát nhằm đánh giá xem hoạt động đào tạo có tuân thủ các yêu cầu trong đào tạo y khoa liên tục. Nhanh chóng khắc phục các trở ngại ngăn cản việc thực hiện các yêu cầu trong đào tạo liên tục cho cán bộ y tế nhằm

tránh hiện tượng hộ sinh bị thu giấy phép hành nghề nếu không đáp ứng được các yêu cầu này.

- Nội dung đào tạo liên tục cho hộ sinh cần tập trung nâng cao các kỹ năng/chuyên môn cơ bản cho hộ sinh trong đó bao gồm các kỹ năng chăm sóc trước sinh, khi sinh thường và phát hiện các trường hợp có khả năng xảy ra tai biến sản khoa và chăm sóc sơ sinh thiết yếu. Đối với hộ sinh có nhiều kinh nghiệm, có thể xem xét chấp nhận các chứng chỉ mà hộ sinh đạt được sau khi tham gia các khóa đào tạo liên tục dành cho hộ sinh để những hộ sinh này không cần phải tham gia vào các khóa đào tạo nâng cao để đạt trình độ hộ sinh cao đẳng. Và việc này sẽ giúp giảm những khó khăn về hậu cần trong việc tổ chức đào tạo lại cho một số lượng lớn cán bộ y tế trong một khoảng thời gian ngắn.
- Xem xét sửa đổi Thông tư 26 cho phép hộ sinh hệ trung cấp và hộ sinh hệ cao đẳng được phép thực hiện dịch vụ hút thai và cung cấp các dịch vụ tránh thai lâm sàng sau khi họ đã có chứng chỉ đào tạo y khoa liên tục về các nội dung này và được phép tiếp tục cung cấp các dịch vụ này tại nơi mình làm việc nhằm tránh sự gián đoạn việc cung cấp dịch vụ và đảm bảo chất lượng dịch vụ được cung cấp. Việt Nam có thể cân nhắc phương án tương tự như các quốc gia khác trong đó cho phép hộ sinh tham gia các khóa đào tạo đã qua kiểm định và được công nhận. Sau khi hoàn thành các khóa học này, hộ sinh sẽ được cấp chứng chỉ và mở rộng phạm vi cung cấp dịch vụ và họ được phép kê đơn thuốc chăm sóc sản khoa thiết yếu, đặc biệt là thuốc sử dụng trong các trường hợp cấp cứu sản khoa. Ngoài ra họ cũng cần được phép cung cấp các dịch vụ chăm sóc SKSS thiết yếu như phá thai an toàn và xử trí tích cực giai đoạn ba của cuộc chuyển dạ.

5.2.4. Tài chính y tế

Cải cách các hình thức ưu đãi thông qua bảo hiểm và cung cấp các gói dịch vụ

- **Ưu đãi đối với khách hàng:** Ban hành các chứng nhận phù hợp để các trạm y tế xã có thể cung cấp dịch vụ đỡ đẻ và để bảo hiểm y tế thanh toán cho gói sinh thường tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu để giảm hiện tượng quá tải tại các bệnh viện. Việc cấp giấy chứng nhận cũng góp phần làm tăng sự tin tưởng của khách hàng đối với các cơ sở sinh tuyến cơ sở và vì vậy sẽ có nhiều sản phụ đăng ký dịch vụ sinh thường tại các cơ sở này hơn. Tỷ lệ sử dụng các dịch vụ hộ sinh của cộng đồng cao đồng nghĩa với việc sản phụ sẽ có nhiều cơ hội được tư vấn sức khỏe tốt hơn và mối quan hệ tin cậy liên tục giữa sản phụ và hộ sinh sẽ được duy trì tốt hơn. Điều này trái ngược hoàn toàn với môi trường bệnh viện nơi việc chăm sóc thường không đủ thời gian để trao đổi cởi mở với khách hàng và không có thời gian để thực hiện tất cả các quá trình cho các ca sinh thường vì số lượng sản phụ sinh con quá nhiều so với năng lực sẵn có của bệnh viện.
- **Ưu đãi đối với cán bộ cung cấp dịch vụ:** Kết hợp dịch vụ chăm sóc thai và chăm sóc trong sinh thành một gói dịch vụ với mức giá cố định để giảm tình trạng cung cấp quá mức các dịch vụ và những chẩn đoán không cần thiết trong quá trình mang thai. Đảm bảo rằng đó là gói dịch vụ dựa trên bằng chứng, khách hàng và người cung cấp dịch vụ đều hiểu rõ những dịch vụ có trong gói dịch vụ đó và có những tiêu chuẩn để xác định xem có cần cung cấp các dịch vụ bổ sung hay không. Tách dịch vụ siêu âm (chẩn đoán bằng hình ảnh) khỏi nhóm các dịch vụ chăm sóc thai sản lâm sàng và điều đó sẽ làm cho bác sĩ không còn động lực về tài chính để thực hiện dịch vụ siêu âm nhiều lần. Cung cấp danh sách chi tiết các thông

tin được sử dụng để xác định mức giá của gói dịch vụ.

Bảo trợ về tài chính

- Xác định rõ các dịch vụ có trong các gói chăm sóc trước sinh được hưởng bảo hiểm theo các quy định của bảo hiểm y tế. Đặc biệt, theo đề nghị của Văn phòng Khu vực Tây Thái bình dương của Tổ chức Y tế thế giới, việc sàng lọc HIV, giang mai và viêm gan B cần được thanh toán bảo hiểm vì đây là các nội dung thiết yếu của việc chăm sóc trước sinh. Cần bắt đầu thực hiện các hoạt động phòng chống lây nhiễm HIV từ mẹ sang con cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV càng sớm càng tốt nhằm ngăn chặn quá trình lây lan virus lúc sinh.
- Thiết lập cơ chế đảm bảo mọi sản phụ có nhu cầu được chăm sóc trước sinh đều được bảo hiểm để trang trải các chi phí dịch vụ, đặc biệt là sản phụ đã được sàng lọc và phát hiện là bị nhiễm HIV. Một ví dụ tốt về mô hình này là gói chăm sóc sức khỏe PhilHealth dành cho tất cả phụ nữ mang thai của Phi-lip-pin.
- Thí điểm và đánh giá các phương thức tiếp cận thay thế giúp giảm các rào cản về tài chính và địa lý trong sử dụng dịch vụ tại cơ sở y tế cho sản phụ là người dân tộc thiểu số. Vì số lượng sản phụ dân tộc thiểu số để tại các cơ sở y tế không nhiều, có thể cần nhắc việc đảm bảo nơi ở tạm cho sản phụ và gia đình trong thời gian ngay trước và sau khi sinh tại trạm y tế xã, và để họ nấu ăn và thực hiện các nghi lễ theo phong tục của mình. Cách này sẽ giúp họ giảm các chi phí phải trả (chi phí sinh hoạt) khi tiếp cận các dịch vụ hộ sinh tại các cơ sở y tế. Đối với sản phụ được chuyển tuyến (tỷ lệ rất thấp) chúng ta có thể huy động nguồn trợ cấp từ các tổ chức từ thiện, Hội Chữ thập đỏ hoặc huy động từ các nguồn khác nhằm giảm bớt gánh nặng tài chính cho gia đình sản phụ.

Nguồn lực cho đào tạo hộ sinh

- Ban hành các quy định tài chính hỗ trợ các khoản chi thường xuyên và chi phí đầu tư ban đầu phục vụ cho việc xây dựng các chương trình đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn cho đội ngũ hộ sinh hiện đang công tác, cũng như hỗ trợ việc thực hiện các yêu cầu đối với hoạt động đào tạo y khoa liên tục do các quy định mới. Cần xác định rõ nguồn tài chính cho các khóa đào tạo này. Nếu nguồn tài chính đến từ đơn vị tuyển dụng lao động, số tiền đó sẽ được thu hồi thông qua việc thu phí từ người sử dụng. Nếu học viên (hộ sinh) tự chi trả tiền học, mức lương và “thu nhập thêm” từ cơ sở cung cấp dịch vụ phải đủ hấp dẫn để có thể đủ trang trải học phí, và chi phí ăn ở nếu cần. Cần xây dựng các quy định về định mức phí được phép thu để khuyến khích các cơ sở cung cấp chương trình đào tạo.

5.2.5. Dược phẩm, thiết bị và cơ sở hạ tầng

- Xây dựng các giải pháp hỗ trợ Sở Y tế trong hoạt động kiểm tra xem tất cả các cơ sở y tế được phép cung cấp dịch vụ hộ sinh đã có thuốc sản khoa thiết yếu và vắc-xin cho trẻ sơ sinh hay chưa, đặc biệt là các loại thuốc/dược phẩm cần trong cấp cứu sản khoa, hoặc những dược phẩm được chỉ định dùng cho trẻ sơ sinh ngay sau khi sinh. Đảm bảo các trang thiết bị được tiệt trùng và luôn ở tình trạng sẵn sàng sử dụng.
- Đánh giá khả năng sử dụng các xét nghiệm nhanh, que thử, điểm xét nghiệm cung cấp các dịch vụ xét nghiệm chăm sóc tiền sản thiết yếu như xét nghiệm giang mai, HIV, viêm gan B, protein trong nước tiểu khi cung cấp dịch vụ chăm sóc trước sinh cho sản phụ tại các trạm y tế xã. Xây dựng các hướng dẫn cho việc sử dụng các xét nghiệm trên nếu các dịch vụ này có hiệu quả và chi phí thấp.

- Đầu tư xây dựng các phòng lab mô phỏng (và các kỹ năng sư phạm có liên quan) tại các cơ sở đào tạo y tế và các địa điểm thực hành lâm sàng chính nhằm giúp sinh viên hộ sinh có sự chuẩn bị kỹ càng hơn trước khi tham gia thực hành lâm sàng tại cơ sở thực tế. Đặc biệt, cần đảm bảo có các thiết bị mô phỏng và quy chế đào tạo phục vụ cho việc thực hành cấp cứu sản khoa và cấp cứu sơ sinh, vì đây là những trường hợp hiếm khi xảy ra và cán bộ y tế sẽ khó có khả năng phản ứng kịp thời nếu các kỹ năng không được thực hành thường xuyên.
- Đảm bảo trạm y tế xã có sẵn thuốc chăm sóc sản khoa thiết yếu, đặc biệt là thuốc sử dụng trong cấp cứu sản khoa. Đảm bảo bổ sung acid folic cho sản phụ trong suốt quá trình mang thai và giai đoạn trước khi mang thai; cho phép hộ sinh được kê đơn thuốc thiết yếu trong chăm sóc trước sinh và trong khi sinh – bao gồm cả thuốc chống co giật và oxytocin.

5.2.6. Cung cấp dịch vụ

Duy trì và mở rộng mạng lưới cung cấp các dịch vụ thân thiện thanh niên và vị thành niên

- Sử dụng kết quả điều tra về sức khỏe sinh sản của thanh niên và vị thành niên để xây dựng các mô hình thích hợp và điều chỉnh các mô hình này nếu cần để cung cấp các dịch vụ thân thiện với TN/VTN không chỉ tại các cơ sở y tế, mà còn ở trường học và tại nơi làm việc. Đảm bảo các dịch vụ thân thiện với TN/VTN chủ động tiếp cận nhóm này chứ không chỉ là các dịch vụ thụ động và chỉ chờ để cung cấp cho những nhóm muốn tìm kiếm dịch vụ.

Từng bước giới thiệu mô hình dịch vụ chăm sóc thai sản do hộ sinh cung cấp và chịu trách nhiệm nếu điều kiện cho phép

- **Kiện toàn mạng lưới các trạm y tế xã để**

các cơ sở này là nơi sinh của các ca sinh thường không có dấu hiệu biến chứng. Trạm y tế cũng là nơi giúp ổn định tình trạng của sản phụ và chuyển tuyến trong trường hợp cấp cứu sản khoa và là nơi theo dõi/chăm sóc sau sinh và chăm sóc sơ sinh. Để có thể thực hiện các chức năng này, cần thực hiện các biện pháp can thiệp trong đào tạo hộ sinh chính quy, trong đào tạo liên tục cho cán bộ y tế, bố trí các trang thiết bị, thuốc men, trong hệ thống thông tin y tế, trong chi trả bảo hiểm y tế, trong kết nối với các cơ sở tuyến cao hơn và trong các hoạt động thông tin giáo dục truyền thông và quảng bá nhằm mục đích giúp các gia đình biết dịch vụ ở trạm y tế để họ tin tưởng trạm y tế là nơi họ có thể đến sinh đẻ được.

- Xây dựng các thông tư theo định hướng của Luật Khám chữa bệnh nhằm tạo điều kiện hỗ trợ việc xây dựng các trung tâm/phòng sinh trực thuộc các bệnh viện hoặc tại cộng đồng với các dịch vụ chủ yếu do hộ sinh cung cấp và đảm bảo việc phối hợp tốt trong các trường hợp cấp cứu sản khoa khi nhu cầu của khách hàng vượt quá phạm vi công việc mà hộ sinh được phép thực hiện.
- **Tạo điều kiện thuận lợi cho việc đầu tư xây dựng các nhà hộ sinh tư nhân và có các quy định để các nhà hộ sinh tuân thủ các tiêu chuẩn đã quy định.** Nhà hộ sinh có thể là một sự lựa chọn thay thế cho trạm y tế xã trong các ca sinh bình thường không có biến chứng.
- Nghiên cứu khả năng xây dựng mô hình “Xây dựng các cơ sở sinh đẻ thân thiện với mẹ và bé tại Việt Nam” với các tiêu chí và chỉ số phù hợp. Áp dụng các biện pháp cho phép để cải thiện chất lượng chăm sóc và khuyến khích/hỗ trợ việc áp dụng mô hình chăm sóc thai sản tôn trọng khách hàng phù hợp hoàn cảnh của Việt Nam. Đặc biệt cần đảm bảo sự riêng tư cho sản phụ trong quá trình sinh

đẻ (có rèm che, hoặc xây dựng các trung tâm/phòng sinh cung cấp các gói dịch vụ chăm sóc sinh toàn diện đáp ứng các yêu cầu đảm bảo tính riêng tư), cho phép thành viên trong gia đình ở cùng sản phụ khi sinh, thực hiện các khóa học trước khi mang thai cho cả hai vợ chồng và gia đình, cho phép người thân được chăm sóc sản phụ trong lúc sinh, sản phụ được phép sinh ở tư thế đứng và sản phụ được phép ăn uống trong quá trình chuyển dạ. Kế hoạch cũng cần có các hoạt động đào tạo nâng cao tay nghề để hỗ trợ việc thực hiện mô hình chăm sóc tôn trọng khách hàng và hỗ trợ việc sinh thường, kể cả việc hỗ trợ quá trình sinh mà không cắt tầng sinh môn.

- **Thực hiện các chiến lược truyền thông quảng bá cho các hộ gia đình** và phụ nữ mang thai để họ biết cơ sở nào có đủ năng lực cung cấp các dịch vụ chăm sóc trước sinh và sinh thiết yếu và có hướng dẫn chuẩn yêu cầu xử trí các trường hợp cần cấp cứu sản khoa.
- Tăng cường hiểu biết về sự nhạy cảm văn hóa cho cán bộ y tế công tác tại trạm y tế xã thông qua mô hình đào tạo liên tục với mục tiêu giúp cơ sở y tế đáp ứng với các yếu tố văn hóa của phụ nữ dân tộc thiểu số. Cần nhắc việc xây dựng các cơ sở để sản phụ từ các khu vực xa xôi hẻo lánh có thể ở tạm trong thời gian chờ đợi chuyển dạ khi gần sinh và đây là nơi họ có thể được các thành viên trong gia đình của mình trợ giúp theo đúng phong tục của dân tộc mình.

Đảm bảo việc tiếp cận dịch vụ cho phụ nữ ở các vùng sâu vùng xa và thanh niên/vị thành niên chưa kết hôn

- Thực hiện tốt nhiệm vụ đào tạo CĐTB trong hệ thống y tế phục vụ các vùng sâu vùng xa cùng với việc cải thiện hệ thống chuyển tuyến khi có cấp cứu sản khoa, hỗ trợ kỹ thuật và phương tiện đi lại. Cần đảm bảo phương tiện vận chuyển khi có

trường hợp cấp cứu và cần bố trí hộ sinh hoặc cô đỡ thôn bản đi cùng phụ nữ sống ở vùng sâu và vùng xa muốn sinh con tại cơ sở y tế hoặc trong trường hợp có chuyển tuyến cấp cứu sản khoa hoặc cấp cứu sơ sinh.

- Việc xây dựng và thực hiện chiến lược chăm sóc sức khỏe sinh sản toàn diện cho thanh niên và vị thành niên chưa kết hôn đòi hỏi sự tham gia của nhiều bộ, ngành và cần có nhiều đầu mối thực hiện. Hiện nay hệ thống tổ chức ở Việt Nam có thể giúp thực hiện được việc này.

Giảm thiểu việc cung cấp không đầy đủ và cung cấp quá mức một số dịch vụ

- Theo dõi việc tuân thủ ngặt các tiêu chuẩn và quy định hướng dẫn đã ban hành của các cơ sở cung cấp dịch vụ hộ sinh; sử dụng hệ thống chuẩn minh bạch để các cơ sở tuân thủ theo các tiêu chuẩn cung cấp dịch vụ đặc biệt là trong cung cấp dịch vụ mổ sinh, cắt tầng sinh môn và các dịch vụ siêu âm. Sử dụng các thông tin này để yêu cầu các cơ sở cung cấp dịch vụ tuân thủ theo các hướng dẫn về chăm sóc SKSS nhằm tránh cung cấp thiếu hoặc lạm dụng việc cung cấp một số dịch vụ.
- Thắt chặt các quy định về siêu âm trong thời gian mang thai bằng cách áp dụng và thực thi các tiêu chuẩn như các tiêu chuẩn mà Trường Đại học Sản Phụ khoa của Hoa Kỳ đã đưa ra hoặc các tiêu chuẩn quốc tế khác nhằm giảm thiểu siêu âm và giảm việc tiếp xúc không cần thiết của thai nhi với siêu âm (vui lòng tham khảo phần 3.3 ở trên về một số khuyến nghị quốc tế cho chủ đề này).
- Yêu cầu các bệnh viện sử dụng hệ thống phân loại Robson khi chuẩn bị báo cáo về các ca mổ sinh để thực hiện việc so sánh tỷ lệ sinh mổ trong hệ thống các cơ sở y tế. Kiểm tra việc sử dụng mô hình C-model để tính toán tỷ lệ sinh mổ tối ưu cho một cơ sở y tế và so sánh với tỷ lệ sinh

mổ thực tế. Kết quả so sánh này sẽ giúp phát triển các quy định về chất lượng tại các khoa sản và các bệnh viện. Nhằm góp phần làm giảm tỷ lệ mổ sinh ở Việt Nam, cần xây dựng các chiến lược khuyến khích sản phụ sinh thường trong đó bao gồm cả các nội dung về cách thức xử trí cơn đau, thảo luận sự lựa chọn trước khi sinh và các định hướng xử trí nếu xảy ra các biến chứng.

- Cần thực hiện công tác đào tạo lại cho người cung cấp dịch vụ để họ thay đổi hành vi liên quan tới việc cắt tầng sinh môn. Rất nhiều hộ sinh cho rằng cắt tầng sinh môn là một hành động bắt buộc trong quá trình đẻ và họ không biết là việc cắt tầng sinh môn không cần thiết là một hình thức bạo lực trong sản khoa hoặc đây là một thực hành có hại và không tôn trọng khách hàng.
- Cung cấp các thông tin cho phụ nữ về lợi ích và rủi ro của việc siêu âm, cắt tầng sinh môn và mổ sinh để giúp họ tự đưa ra lựa chọn của mình sau khi đã được cung cấp đầy đủ thông tin.

5.3. Các cơ quan hữu quan

5.3.1. Bộ Y tế và các bộ, ngành trung ương khác

- Bộ Y tế và các bộ, ngành trung ương khác nên tập trung vào việc lồng ghép vấn đề hộ sinh vào tất cả các chính sách và chiến lược khác về chăm sóc sức khỏe sinh sản nhằm xóa bỏ các sự thiếu hụt trong cung cấp dịch vụ hộ sinh và các khoảng trống trong các chính sách về nhân sự ngành hộ sinh.
- Bộ Y tế cần cân nhắc việc bổ nhiệm chức danh phụ trách công tác hộ sinh trong Cục quản lý Khám chữa bệnh hoặc trong Vụ Sức khỏe Bà mẹ Trẻ em và cần thành lập Hội đồng Hộ sinh có chức năng tương tự như Hội đồng Y khoa trong việc cấp

đăng ký chứng nhận tay nghề cho hộ sinh.

- Bộ Y tế cũng cần tập trung sửa đổi các quy định về bảo hiểm y tế nhằm tạo ra các ưu đãi phù hợp cho các dịch vụ liên quan hộ sinh đồng thời đảm bảo tất cả phụ nữ mang thai đều được hưởng bảo hiểm y tế cho tất cả các can thiệp hộ sinh thiết yếu.
- Bộ Y tế cần tích cực chủ động giải quyết các mâu thuẫn liên ngành trong các chính sách ảnh hưởng tới hộ sinh. Cần sửa đổi các quy định về việc áp dụng việc thưởng tiền khi sinh tại các trạm y tế xã nhằm khuyến khích các ca sinh đẻ nhiều hơn tại các cơ sở y tế ban đầu và giúp giảm tình trạng quá tải tại các khoa sản của bệnh viện.
- Bộ Y tế cần ban hành các quy định về đào tạo y khoa liên tục

5.3.2. Ủy ban nhân dân tỉnh và ngành y tế địa phương

- Ủy ban nhân dân tỉnh cần hỗ trợ tài chính hoặc thực hiện các biện pháp khác để tạo điều kiện cho tất cả hộ sinh hệ 2 năm có thể nâng cao trình độ chuyên môn lên hệ 3 năm và để họ có thể tiếp tục công việc trong hệ thống y tế.
- Các tỉnh không có trường cao đẳng hoặc các trường đào tạo hệ đại học sẽ phối hợp với các tỉnh lân cận trong việc nâng cao trình độ tay nghề cho hộ sinh để đảm bảo có đủ số lượng hộ sinh làm việc trong tỉnh
- Tỉnh tiếp tục tạo điều kiện về công ăn việc làm cho hộ sinh mới tốt nghiệp thông qua việc thông báo vị trí tuyển dụng rộng rãi.
- Tại các tỉnh có cơ sở đào tạo y tế thực hiện đào tạo ngành hộ sinh, chính quyền tỉnh nên hỗ trợ các cơ sở đào tạo này để họ có thể đáp ứng các yêu cầu trong đào

tạo hộ sinh đặc biệt là các yêu cầu để trở thành cơ sở đào tạo thực hành cho sinh viên/học viên và khuyến khích hộ sinh trở thành giảng viên (thông qua việc hoàn thành chương trình đào tạo về sư phạm) để hộ sinh có thể thay thế các bác sỹ hiện đang đảm nhiệm công tác giảng dạy.

- Các tỉnh có trách nhiệm đảm bảo công tác truyền thông để người dân, đặc biệt là thanh niên và vị thành niên chưa kết hôn, đồng bào dân tộc thiểu số và các khách hàng cao tuổi biết tìm tới các cơ sở cung cấp dịch vụ SKSS khi có nhu cầu.
- Tỉnh nên sử dụng ngân sách địa phương để thực hiện đầy đủ các chính sách quốc gia, đặc biệt là các chính sách liên quan tới nguồn nhân lực hộ sinh, cô đỡ thôn bản, nhân viên y tế thôn bản và cộng tác viên dân số

5.3.3. Các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế

- Các cơ sở cung cấp dịch vụ cần tích cực thực hiện các chính sách do Bộ Y tế về thay đổi thái độ khi cung cấp dịch vụ. Hộ sinh mới tốt nghiệp hệ đào tạo 3 năm đã được học về các mô hình chăm sóc tôn trọng khách hàng và họ chính là những người có thể đóng góp tích cực tạo nên sự thay đổi này. Các cơ sở y tế cần đầu tư áp dụng một số biện pháp ngắn hạn như có rèm che hoặc các biện pháp mang tính dài hạn như xây dựng các trung tâm/phòng sinh bên ngoài khoa sản của bệnh viện với điều kiện là các trung tâm/phòng sinh này đáp ứng các điều kiện về vật chất có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc tôn trọng khách hàng cho sản phụ. Giảm tình trạng quá tải là một trong những biện pháp cần thiết để đạt được mục tiêu cung cấp dịch vụ tôn trọng khách hàng.
- Các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế cần đảm bảo cán bộ của cơ sở thường xuyên cập nhật trình độ chuyên môn phù hợp với những yêu cầu đào tạo y khoa liên tục

nhằm tuân thủ các quy định của chính phủ.

- Cơ sở cung cấp dịch vụ y tế cũng cần đưa ra các quy trình chuyên môn thích hợp trong chăm sóc nhằm tránh tình trạng cung cấp thiếu hoặc lạm dụng một số dịch vụ chăm sóc cho bệnh nhân. Đồng thời các cơ sở y tế phải đảm bảo việc tuân thủ các tiêu chuẩn và hướng dẫn chuyên môn sản khoa và chăm sóc SKSS.
- Các cơ sở cung cấp dịch vụ phải tuân thủ các yêu cầu về báo cáo thống kê hỗ trợ chính phủ thực hiện việc quản lý và cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc.

5.3.4. Cán bộ cung cấp dịch vụ (cá nhân)

- Cán bộ cung cấp dịch vụ cần có bằng cấp/trình độ chuyên môn phù hợp để có thể thực hiện các nhiệm vụ được giao theo đúng quy định trách nhiệm của mình. Cán bộ cung cấp dịch vụ phải thường xuyên cập nhật kiến thức thông qua chương trình đào tạo liên tục.

5.3.5. Các cơ sở đào tạo

- Các cơ sở đào tạo cần phấn đấu để đáp ứng các yêu cầu về cơ sở vật chất phục vụ chương trình đào tạo hộ sinh hệ 3 năm. Trong một số trường hợp, nếu chưa đáp ứng được một số điều kiện, cơ sở đào tạo có thể đưa ra các giải trình thích hợp yêu cầu miễn áp dụng các điều kiện chưa đáp ứng đồng thời phải có kế hoạch cụ thể đáp ứng các yêu cầu đó trong tương lai. Vấn đề khó khăn lớn nhất với các cơ sở đào tạo là có đội ngũ giảng viên với bằng cấp cao hơn.
- Ngay sau khi ban hành các quy chế cho phép thực hiện đào tạo nâng cao, các cơ sở đào tạo cần gấp rút tổ chức hoạt động đào tạo nâng cao cho hộ sinh hệ 2 năm để họ có thể hoàn thành chương trình đào tạo hệ 3 năm.

- Các cơ sở đào tạo cần phối hợp chặt chẽ với các cơ sở y tế cung cấp thực hành lâm sàng nhằm đảm bảo rằng sinh viên ngành hộ sinh được hướng dẫn đầy đủ và đảm bảo rằng cơ sở cung cấp thực hành lâm sàng cung cấp các mô hình chăm sóc tôn trọng khách hàng để làm hình mẫu cho các học viên/sinh viên ngành hộ sinh.

5.3.6. Hội Nữ hộ sinh Việt Nam

- Hội Nữ hộ sinh Việt Nam cần chủ động tích cực tham gia vào các hoạt động xây dựng chính sách, xây dựng hướng dẫn chuyên môn và cải cách chương trình giáo trình đào tạo cũng như bảo vệ lợi ích của khách hàng và hộ sinh.
- Hội cần phối hợp với Bộ Y tế và các địa phương thực hiện đào tạo liên tục cho hộ sinh tại các cơ sở đào tạo được phép thực hiện mô hình đào tạo liên tục nhằm đảm bảo sự thống nhất về chất lượng dịch vụ hộ sinh trên toàn quốc và đáp ứng nhu cầu cụ thể của từng địa phương.
- Hội có vai trò quan trọng trong việc đại diện cho lợi ích hợp pháp của hộ sinh – ví dụ như hộ sinh có quyền thực hiện cung cấp một số dịch vụ hộ sinh cơ bản. Tuy nhiên Hội cũng cần chú trọng tới việc đảm bảo các quyền lợi cho khách hàng, vận động cho sự an toàn của khách hàng và các dịch vụ chăm sóc hiệu quả và tôn trọng khách hàng.

5.3.7. Cộng đồng và khách hàng

- Khách hàng bao gồm phụ nữ trước khi mang thai, phụ nữ có thai và phụ nữ sau sinh đều có nhu cầu nâng cao kiến thức và hiểu biết về các vấn đề sức khỏe sinh sản và họ cần được biết họ được cung cấp dịch vụ gì từ những người cung cấp dịch vụ. Các chiến dịch về thông tin – giáo dục – truyền thông và việc phổ biến rộng rãi các chuẩn và hướng dẫn quốc gia đóng một vai trò quan trọng trong việc cung

cấp thông tin cho các nhóm phụ nữ này. Đặc biệt họ cần được hướng dẫn/giáo dục về các giá trị của mô hình chăm sóc hộ sinh liên tục cho bà mẹ và trẻ sơ sinh và giúp họ tránh được việc lạm dụng các dịch vụ có thể có những tác động lâu dài về sức khỏe. Có thể huy động sự tham gia của các Hiệp hội bảo vệ khách hàng khi thực hiện các công tác này.

- Khách hàng cần được hướng dẫn và cung cấp các thông tin liên quan tới việc tìm kiếm các dịch vụ chăm sóc hộ sinh nhằm phòng tránh các biến chứng sản khoa.

5.4. Lộ trình quốc gia hướng tới Tầm nhìn Hộ sinh 2030

Lộ trình quốc gia hướng tới Tầm nhìn Hộ sinh 2030 (bao gồm cả các yêu cầu về xây dựng chỉ số giám sát và đánh giá) có thể được chia thành 3 giai đoạn với thời gian 5 năm cho mỗi giai đoạn. Phần nội dung này của báo cáo cung cấp một số thông tin khái quát liên quan tới ba giai đoạn này.

5.4.1 Giai đoạn một (2016-2020):

- Trọng tâm là sửa đổi Thông tư 26 và điều chỉnh mốc thời gian áp dụng cho việc bỏ chức danh hộ sinh trung cấp để có thể có đủ thời gian thực hiện công tác đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn cho hộ sinh. Một nội dung khác cần sửa đổi là phạm vi công việc chuyên môn của hộ sinh hạng IV.
- Cần tập trung nhiều nỗ lực vào thực hiện hoạt động đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn cho hộ sinh từ bậc trung cấp lên cao đẳng đồng thời tăng số lượng học viên tham gia các khóa đào tạo đại học hộ sinh nhằm tăng cường năng lực giảng dạy, nghiên cứu và quản lý. Cần chú trọng tới việc cấp chứng chỉ trong hoạt động đào tạo liên tục cho hộ sinh nhằm đảm bảo chất lượng chăm sóc trong một số kỹ

năng hộ sinh cơ bản và năng lực của hộ sinh liên tục được nâng cao.

- Cũng trong giai đoạn này, cần đặt nền móng cho việc xây dựng, thử nghiệm và đánh giá mô hình trung tâm/phòng sinh tuyến sức khỏe ban đầu được chứng nhận chất lượng tại cộng đồng (đây là một phần trong mô hình bác sỹ gia đình) hoặc tại các cơ sở y tế tư nhân hoặc các trung tâm/phòng sinh này phải có quan hệ hợp tác chặt chẽ với các bệnh viện sản hoặc các bệnh viện có khoa sản. Cần xây dựng và áp dụng các gói dịch vụ sinh thường tại các trung tâm/phòng sinh này để khách hàng có thể xác định và biết được mức giá cố định đối với các dịch vụ được cung cấp. Các thông tin về gói dịch vụ sinh thường cũng sẽ giúp sản phụ và gia đình có những hiểu biết rõ ràng hơn về khái niệm thế nào là chăm sóc thiết yếu trước sinh và khi sinh, đồng thời giúp họ hiểu rằng việc lạm dụng các dịch vụ một cách không cần thiết có thể mang lại các tác hại như thế nào. Cần thực hiện thêm các nỗ lực trong hoạt động truyền thông, giáo dục giúp gia đình sản phụ hiểu thế nào là sinh thường, đâu là những can thiệp cần thiết và khi nào cần thực hiện can thiệp, đâu là những can thiệp không cần thiết và có thể mang lại những tác hại cho sản phụ và thai nhi.
- Đào tạo y khoa liên tục sẽ tập trung vào các kỹ năng cần thiết để đáp ứng được với các tiêu chuẩn về chứng chỉ chuyên môn của các trung tâm hộ sinh – ví dụ như các kỹ năng cải thiện chăm sóc trước sinh toàn diện, kỹ năng thực hiện hỗ trợ sinh thường, kỹ năng xác định các nguy cơ và biến chứng và kỹ năng chăm sóc sau sinh và chăm sóc sơ sinh. Có thể tiếp tục duy trì mô hình cộng tác viên dân số nhưng nên lồng ghép với hoạt động tư vấn KHHGD với các dịch vụ do nhân viên y tế thôn bản và cô đỡ thôn bản thực hiện để kết quả hiệu quả cao

- Thông tư 26 nên điều chỉnh và phục hồi nhiệm vụ cho phép hộ sinh trung học và hộ sinh hệ cao đẳng thực hiện cung cấp dịch vụ tránh thai lâm sàng và phá thai ở giai đoạn đầu. Nếu có sự lo lắng về chất lượng của dịch vụ do lực lượng hộ sinh này cung cấp, có thể ban hành chính sách yêu cầu hộ sinh tham gia vào một khóa đào tạo y khoa liên tục ngắn hạn để được cấp chứng chỉ kỹ năng và cho phép hộ sinh nhóm này có thể mở rộng hơn phạm vi cung cấp dịch vụ so với quy định trong Thông tư 26. Các hoạt động tư vấn và sàng lọc NKLOĐTĐ/HIV sẽ giảm dần vì nguồn lực của PEPFAR và Global Fund đang giảm dần. Cần có biện pháp để lồng ghép các dịch vụ tư vấn và sàng lọc này vào hệ thống chăm sóc sức khỏe chung.

5.4.2 Giai đoạn hai (2021-2025):

- Ngành y tế cần tiếp tục tập trung vào đào tạo nâng cấp trình độ cho hộ sinh, đồng thời thực hiện cung cấp các gói dịch vụ chăm sóc sinh toàn diện do bảo hiểm y tế chi trả tại các trạm y tế xã, các cơ sở hộ sinh tư nhân và các bệnh viện. Trong giai đoạn này, cần đảm bảo hệ thống chuyển tuyến cho các trường hợp cấp cứu sản khoa hoạt động tốt và các bệnh viện hiểu rõ nhiệm vụ của họ là tập trung vào xử lý các biến chứng chứ không phải thực hiện

các ca sinh thường.

- Ưu tiên xây dựng các trung tâm/phòng sinh thường trực thuộc bệnh viện do hộ sinh cung cấp dịch vụ, nhằm giảm tình trạng quá tải tại các khoa sản của bệnh viện và để các bệnh viện có nhiều thời gian và nguồn lực hơn để xử lý các ca biến chứng sản khoa. Các trung tâm này cũng sẽ chủ yếu tập trung vào các ca sinh thường và giúp phụ nữ có nhiều cơ hội trải nghiệm quá trình sinh tự nhiên. Mô hình này đòi hỏi số lượng hộ sinh nhiều hơn số lượng bác sỹ sản khoa. Hoạt động xét nghiệm BLTQĐTĐ/HIV sẽ trở thành một phần nội dung không thể tách rời trong các dịch vụ chăm sóc sản khoa do hộ sinh cung cấp và các xét nghiệm nhanh sẽ được sử dụng rộng rãi trong chăm sóc sức khỏe ban đầu như xét nghiệm sàng lọc ban đầu về HIV, giang mai, viêm gan B và xét nghiệm protein (đạm) trong nước tiểu.

5.4.3 Giai đoạn ba (2026-2030):

- Mô hình chăm sóc sinh toàn diện tại các cơ sở ban đầu sẽ có chỗ đứng vững vàng thông qua việc áp dụng các ưu đãi về tài chính, cải cách tổ chức, đào tạo y khoa liên tục và sự ưa thích của khách hàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tổng cục Thống kê. Kết quả Chủ yếu: Điều tra Biến động Dân số và Kế hoạch hóa gia đình thời điểm 1/4/2015. Hà Nội: NXB Thống kê; 2016.
2. Tổng cục Thống kê, United Nations Population Fund. Dự báo Dân số Việt Nam 2014-2049. Hà Nội: NXB Thống Tấn; 2016.
3. Tổng cục Thống kê. Niên giám thống kê năm 2015. Hanoi: Statistical Publishing House; 2016.
4. Ministry of Health (MOH) and Health Partnership Group. Joint Annual Health Review 2015: Strengthening Primary Health Care at the Grassroots Towards Universal Health Coverage. Hanoi: Medical Publishing House; 2016.
5. Maternal and Child Health Department-MOH. Báo cáo khảo sát cập nhật tình hình mạng lưới CSSKSS 2013. Hanoi; 2013.
6. General Statistics Office, United Nations Children's Fund (UNICEF). Viet Nam Multiple Indicator Cluster Survey 2014, Final Report. Hanoi; 2015.
7. General Statistical Office (GSO). Viet Nam Multiple Indicator Cluster Survey 2011, Final Report. Hanoi; 2011.
8. World Health Organisation (WHO), UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and United Nations Population Division Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Trends in Maternal Mortality 1990-2015. Geneva: WHO; 2015.
9. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2015: Life expectancy, all-cause and cause-specific mortality 1980-2015. Seattle, USA; 2016.
10. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Level & Trends in Child Mortality Report 2015. New York: UNICEF; 2015.
11. Nga NT, Hoa DT, Målqvist M, Persson LÅ, Ewald U. Causes of neonatal death: results from NeoKIP community-based trial in Quang Ninh province, Vietnam. Acta Pa Ediatrica. 2012; 101(4):368–373.
12. Vietnam MOH. Health Statistics Yearbook 2014. Hanoi: Medical Publishing House; 2016.
13. UNFPA. The State of the World's Midwifery 2011: Delivering Health, Saving Lives. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2011; 114(3):211–212.
14. UNFPA, ICM, WHO. The State of the World's Midwifery 2014: A Universal Pathway. A Women's Right to Health. UNFPA, N. Y. 2014;
15. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. The Lancet. 2014 Sep 26; 384(9948):1129–45.
16. International Labour Office. International Standard Classification of Occupations ISCO-08:

Volume 1: Structure, group definitions and correspondence tables. Geneva: International Labour Office; 2012.

17. International Confederation of Midwives. Essential competencies for basic midwifery practice 2010: revised 2013 [Internet]. 2013. Available from: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>
18. International Confederation of Midwives. ICM International definition of the midwife [Internet]. 2011. Available from: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Definition%20of%20the%20Midwife%20-%202011.pdf>
19. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Library [Internet]. 2016 [cited 2016 Jul 22]; Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/full>
20. Maternal and Child Health Department-MOH. Báo cáo kết quả khảo sát thực trạng và năng lực cung cấp dịch vụ mạng lưới CSSKSS Việt Nam 2010. Hanoi; 2010.
21. MOH Vietnam, UNFPA. Review of skilled birth attendants in Vietnam [Báo cáo Đánh giá người đỡ đẻ có kỹ năng ở Việt Nam. Hanoi; 2011 Dec.
22. Avenir Health. OneHealth Model Intervention Assumptions [Internet]. 2013 Sep. Available from: <http://avenirhealth.org/Download/Spectrum/Manuals/Intervention%20Assumptions%202013%209%2028.pdf>
23. Maternal and Child Health Department. Maternal and child health care annual statistical reports [Báo cáo Chăm sóc sức khỏe sinh sản 12 tháng]. Hanoi: Ministry of Health; 2015.
24. GSO, UNFPA. Population Sex-Age Structure and Related Socio-economic Issues in Viet Nam. Hanoi; 2016.
25. Pincus J, Sender J. Quantifying poverty in Viet Nam: who counts? *J Vietnam Stud.* 2008; 3(1):108–150.
26. Singh S, Wulf D, Hussain R, Bankole A, Sedgh G, others. Abortion worldwide: a decade of uneven progress. Guttmacher Institute; 2009.
27. UNFPA. Study on the Quality of Family Planning Services in Viet Nam. Hanoi; 2016.
28. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *The Lancet.* 2016 Feb; 387(10018):587–603.
29. Smits J, Monden C. Twinning across the developing world. *PLoS One.* 2011; 6(9):e25239.
30. MOH Vietnam. MOH Decision 2177/QĐ-BYT, Approving the “comprehensive condom program in Vietnam for the period 2011-2020” [Quyết định về việc phê duyệt “Chương trình tổng thể Bao cao su tại Việt Nam giai đoạn 2011-2020”]. Hanoi; 2011 Jun.
31. UNFPA. Sex Ratio at Birth in Viet Nam - New evidence from the Intercensal Population and Housing Survey. Hanoi: Hong Duc Publishing House; 2015.

32. MOH Vietnam, UNFPA. National survey exploring barriers to accessing maternal health and family planning services in ethnic minority communities in Vietnam. Hanoi: UNFPA; 2016. Report No.: Study 2.
33. Wasserheit JN. The significance and scope of reproductive tract infections among Third World women. *Int J Gynecol Obstet*. 1989; 30:145–168.
34. Cohen MS. Sexually transmitted diseases enhance HIV transmission: no longer a hypothesis. *The Lancet*. 1998; 351:55–57.
35. Lan PT, Mogren I, Phuc HD, Lundborg CS alsby. Knowledge and practice among healthcare providers in rural Vietnam regarding sexually transmitted infections. *Sex Transm Dis*. 2009; 36(7):452–458.
36. Lan PT, Faxelid E, Chuc NTK, Mogren I, Lundborg CS alsby. Perceptions and attitudes in relation to reproductive tract infections including sexually transmitted infections in rural Vietnam: a qualitative study. *Health Policy*. 2008; 86(2):308–317.
37. Vietnam Authority of HIV/AIDS Control (MOH). Vietnam HIV/AIDS Estimates and Projections 2011-2015. Hanoi: MOH; 2012.
38. MOH. Report on HIV/AIDS prevention and control for 2015 and focal tasks for 2016. [Báo cáo Công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2015 và các nhiệm vụ trọng tâm năm 2015]. Hanoi; 2016 Mar. Report No.: 145/BC-BYT.
39. Nguyen TA, Oosterhoff P, Hardon A, Tran HN, Coutinho RA, Wright P. A hidden HIV epidemic among women in Vietnam. *BMC Public Health*. 2008; 8(1):1.
40. Nam NTT, Bygbjerg IC, Mogensen HO, Rasch V. Antiretroviral therapy: unmet need and associated socio-demographic characteristics among HIV-positive women in Haiphong, Vietnam. *AIDS Care*. 2011; 23(1):1–9.
41. Wilson RD, Wilson RD, Désilets V, Wyatt P, Langlois S, Gagnon A, et al. Pre-conceptional Vitamin/Folic Acid Supplementation 2007: The Use of Folic Acid in Combination With a Multivitamin Supplement for the Prevention of Neural Tube Defects and Other Congenital Anomalies. *J Obstet Gynaecol Can*. 2007 Dec; 29(12):1003–13.
42. Moos MK, Dunlop AL, Jack BW, Nelson L, Coonrod DV, Long R, et al. Healthier women, healthier reproductive outcomes: recommendations for the routine care of all women of reproductive age. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Dec; Supplement.
43. Nguyen PH, Gonzalez-Casanova I, Nguyen H, Pham H, Truong TV, Nguyen S, et al. Multicausal etiology of anemia among women of reproductive age in Vietnam. *Eur J Clin Nutr*. 2015; 69(1):107–113.
44. WHO. Guideline: Intermittent iron and folic acid supplementation in menstruating women. Geneva: WHO; 2011.
45. Klingberg-Allvin M, Van Tam V, Nga NT, Ransjo-Arvidson A-B, Johansson A. Ethics of justice and ethics of care: Values and attitudes among midwifery students on adolescent sexuality and

abortion in Vietnam and their implications for midwifery education: A survey by questionnaire and interview. *Int J Nurs Stud.* 2007; 44(1):37–46.

46. WHO. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. Geneva: WHO; 2016. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf?ua=1>
47. Tang R, Tang C, Henry A, Welsh A. Limited evidence for calcium supplementation in preeclampsia prevention: a meta-analysis and systematic review. *Hypertens Pregnancy* [Internet]. 2015 [cited 2016 Jul 21]; Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/10641955.2014.988353>
48. Trinh LTT, Dibley M. Anaemia in pregnant, postpartum and non pregnant women in Lak district, Daklak province of Vietnam. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2007;16(2):310–315.
49. Cục An toàn Thực phẩm (MOH). Báo cáo về tình hình thiếu vi chất dinh dưỡng và cơ sở thực hiện tăng cường vi chất vào thực phẩm. Hanoi; 2015.
50. Young MF, Nguyen PH, Addo OY, Hao W, Nguyen H, Pham H, et al. The relative influence of maternal nutritional status before and during pregnancy on birth outcomes in Vietnam. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015; 194:223–227.
51. Casey GJ, Phuc TQ, MacGregor L, Montresor A, Miharshahi S, Thach TD, et al. A free weekly iron-folic acid supplementation and regular deworming program is associated with improved hemoglobin and iron status indicators in Vietnamese women. *BMC Public Health.* 2009; 9(1):261.
52. Hanieh S, Ha TT, Simpson JA, Casey GJ, Khuong NC, Thoang DD, et al. The effect of intermittent antenatal iron supplementation on maternal and infant outcomes in rural Viet Nam: a cluster randomised trial. *PLoS Med.* 2013; 10(6):e1001470.
53. Tran TD, Tran T, Simpson JA, Tran HT, Nguyen TT, Hanieh S, et al. Infant motor development in rural Vietnam and intrauterine exposures to anaemia, iron deficiency and common mental disorders: a prospective community-based study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014; 14(1):1.
54. Tran TD, Biggs B-A, Tran T, Casey GJ, Hanieh S, Simpson JA, et al. Psychological and social factors associated with late pregnancy iron deficiency anaemia in rural Viet Nam: a population-based prospective study. *PLoS One.* 2013; 8(10):e78162.
55. Tran TD, Biggs B-A, Tran T, Simpson JA, Hanieh S, Dwyer T, et al. Impact on infants' cognitive development of antenatal exposure to iron deficiency disorder and common mental disorders. *PLoS One.* 2013; 8(9):e74876.
56. Cripe SM, Phung TTT, Nguyen TPL, Williams MA. Risk factors associated with stillbirth in Thai Nguyen Province, Vietnam. *J Trop Pediatr.* 2007; 53(5):366–367.
57. Hirst JE, Arbuckle SM, Do TM, Ha LT, Jeffery HE. Epidemiology of stillbirth and strategies for its prevention in Vietnam. *Int J Gynecol Obstet.* 2010; 110(2):109–113.
58. WHO. World Malaria Report 2015. Geneva: WHO; 2015.

59. MOH, Hanoi Medical University, General Statistics Office, US Centers for Disease Control and Prevention, WHO. Global Adult Tobacco Survey (GATS) Vietnam 2010 [Internet]. Hanoi; 2010 [cited 2016 Jul 21]. Available from: http://www.who.int/tobacco/surveillance/en_tfi_gats_vietnam_report.pdf
60. Oosterhoff PPJ, others. Pressure to bear: gender, fertility and prevention of mother to child transmission of HIV in Vietnam. 2008 [cited 2016 Jul 21]; Available from: <http://dare.uva.nl/record/284914>
61. Oosterhoff P, Anh NT, Yen PN, Wright P, Hardon A. HIV-positive mothers in Viet Nam: using their status to build support groups and access essential services. *Reprod Health Matters*. 2008; 16(32):162–170.
62. Hardon AP, Oosterhoff P, Imelda JD, Anh NT, Hidayana I. Preventing mother-to-child transmission of HIV in Vietnam and Indonesia: diverging care dynamics. *Soc Sci Med*. 2009; 69(6):838–845.
63. Le CT, Vu TT, Luu MC, Do TN, Dinh T-H, Kamb ML. Preventing mother-to-child transmission of HIV in Vietnam: an assessment of progress and future directions. *J Trop Pediatr*. 2008; 54(4):225–232.
64. Nguyen TA, Oosterhoff P, Ngoc YP, Wright P, Hardon A. Barriers to access prevention of mother-to-child transmission for HIV positive women in a well-resourced setting in Vietnam. *AIDS Res Ther*. 2008; 5(1):1.
65. Nguyen TA, others. Access to comprehensive prevention of mother-to-child transmission program: obstacles and implications. 2009 [cited 2016 Jul 21]; Available from: <http://dare.uva.nl/record/1/325580>
66. Nguyen TA, Oosterhoff P, Ngoc YP, Wright P, Hardon A, Tran HN, et al. Availability and accessibility of HIV counseling and testing services for pregnant women in Hanoi, Vietnam. *Asian J Med Sci*. 2009; 1(1):1–11.
67. Oosterhoff P, Anh NT, Hanh NT, Yen PN, Wright P, Hardon A. Holding the line: family responses to pregnancy and the desire for a child in the context of HIV in Vietnam. *Cult Health Sex*. 2008; 10(4):403–416.
68. Dinh T-H, Detels R, Nguyen MA. Factors associated with declining HIV testing and failure to return for results among pregnant women in Vietnam. *Aids*. 2005; 19(11):1234–1236.
69. Chi BK, Gammeltoft T, Nam NTT, Rasch V. Induced abortion among HIV-positive women in Quang Ninh and Hai Phong, Vietnam. *Trop Med Int Health*. 2010; 15(10):1172–1178.
70. Gallo MF, Nghia NC. Real life is different: a qualitative study of why women delay abortion until the second trimester in Vietnam. *Soc Sci Med*. 2007; 64(9):1812–1822.
71. Bélanger D, Oanh KTH. Second-trimester abortions and sex-selection of children in Hanoi, Vietnam. *Popul Stud*. 2009; 63(2):163–171.
72. Phan T, NK TH. Second trimester abortion in Viet Nam: changing to recommended methods

- and improving service delivery. *Reprod Health Matters*. 2008; 16(31):145–150.
73. Blum J, Raghavan S, Dabash R, Chelli H, Hajri S, Conkling K, et al. Comparison of misoprostol-only and combined mifepristone–misoprostol regimens for home-based early medical abortion in Tunisia and Vietnam. *Int J Gynecol Obstet*. 2012; 118(2):166–171.
 74. Ganatra B, Bygdeman M, Thuy PB, Vinh ND, Loi VM. From research to reality: the challenges of introducing medical abortion into service delivery in Vietnam. *Reprod Health Matters*. 2004; 12(24):105–113.
 75. Ngoc NTN, Nhan VQ, Blum J, Mai TTP, Durocher JM, Winikoff B. Is home-based administration of prostaglandin safe and feasible for medical abortion? Results from a multisite study in Vietnam. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2004; 111(8):814–819.
 76. Ngoc NTN, Bracken H, Blum J, Nga NTB, Minh NH, Van Nhang N, et al. Acceptability and feasibility of phone follow-up after early medical abortion in Vietnam: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2014; 123(1):88–95.
 77. WHO. WHO recommendations for Prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva: WHO; 2011.
 78. Abalos E, Cuesta C, Carroli G, Qureshi Z, Widmer M, Vogel J, et al. Pre-eclampsia, eclampsia and adverse maternal and perinatal outcomes: a secondary analysis of the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2014 Mar; 121:14–24.
 79. Nguyen N, Savitz DA, Thorp JM. Risk factors for preterm birth in Vietnam. *Int J Gynecol Obstet*. 2004; 86(1):70–78.
 80. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet*. 2008 Jan; 371(9606):75–84.
 81. Howson C, Kinney M, Lawn J, editors. *The Global Action Report on Preterm Birth, Born Too Soon*. Geneva: March of Dimes, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Save the Children, WHO; 2012.
 82. Hickok DE, Gordon DC, Milberg JA, Williams MA, Daling JR. The frequency of breech presentation by gestational age at birth: a large population-based study. *Am J Obstet Gynecol*. 1992; 166(3):851–852.
 83. Tsu VD, Mai TT, Nguyen YH, Luu HT. Reducing postpartum hemorrhage in Vietnam: Assessing the effectiveness of active management of third-stage labor. *J Obstet Gynaecol Res*. 2006; 32(5):489–496.
 84. Tsu VD, Luu HT, Mai TT. Does a novel prefilled injection device make postpartum oxytocin easier to administer? Results from midwives in Vietnam. *Midwifery*. 2009;25(4):461–465.
 85. Dolea C, AbouZahr C, Stein C. *Global burden of maternal haemorrhage in the year 2000*. Geneva: WHO (Evidence and Information for Policy); 2003 Jul.
 86. Souza JP, Betran AP, Dumont A, Mucio B, Pickens G, Deneux-Tharaux C, et al. A global reference for caesarean section rates (C-Model): a multicountry cross-sectional study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2016; 123(3):427–436.

87. Ngoc NT, Sloan NL, Thach TS, Liem LK, Winikoff B. Incidence of postpartum infection after vaginal delivery in Viet Nam. *J Health Popul Nutr.* 2005;121–130.
88. AbouZahr C. Global burden of maternal death and disability. *Br Med Bull.* 2003 Dec 1;67(1):1–11.
89. Le LT, Partridge JC, Tran BH, Le VT, Duong TK, Nguyen HT, et al. Care practices and traditional beliefs related to neonatal jaundice in northern Vietnam: a population-based, cross-sectional descriptive study. *BMC Pediatr.* 2014;14(1):1.
90. Tran HT, Doyle LW, Lee KJ, Dang NM, Graham SM. A high burden of late-onset sepsis among newborns admitted to the largest neonatal unit in central Vietnam. *J Perinatol* [Internet]. 2015 [cited 2016 Jul 22]; Available from: <http://www.nature.com/jp/journal/vaop/ncurrent/full/jp201578a.html>
91. Kruse AY, Phuong CN, Duc T, Stensballe LG, Prag J, Kurtzhals J, et al. Neonatal bloodstream infections in a pediatric hospital in Vietnam: a cohort study. *J Trop Pediatr.* 2013; 59(6):483–488.
92. Niemi M, Falkenberg T, Petzold M, Chuc NTK, Patel V. Symptoms of antenatal common mental disorders, preterm birth and low birthweight: a prospective cohort study in a semi-rural district of Vietnam. *Trop Med Int Health.* 2013; 18(6):687–695.
93. Fisher J, Tran TD, Biggs B, Dang TH, Nguyen TT, Tran T. Intimate partner violence and perinatal common mental disorders among women in rural Vietnam. *Int Health.* 2013; 5(1):29–37.
94. Murray L, Dunne M, Khawaja N, Thanh CN. Exploring postnatal depression in Thua Thien Hue Province, Central Vietnam. *J Sci.* 2010; 61:303–312.
95. Murray LJ. Postnatal Depression in Central Vietnam. 2012 [cited 2016 Jul 22]; Available from: <http://eprints.qut.edu.au/63485/>
96. Murray L. 5 Exploring Maternal Mental Health in Central Vietnam through Community-Based Participatory Research. *Soc Sci Res Ethics Glob World Interdiscip Cross-Cult Perspect.* 2015; 78.
97. Niemi M, Nguyen MT, Bartley T, Faxelid E, Falkenberg T. The Experience of Perinatal Depression and Implications for Treatment Adaptation: A Qualitative Study in a Semi-rural District in Vietnam. *J Child Fam Stud.* 2015; 24(8):2280–2289.
98. Tran TD, Tran T, Fisher J. Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. *BMC Psychiatry.* 2013; 13(1):1.
99. Fisher J, Mello MC de, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull WHO.* 2012; 90(2):139–149.
100. Fisher J, Tran T, Kriitmaa K, Rosenthal D, Tran T, others. Common perinatal mental disorders in northern Viet Nam: community prevalence and health care use. *Bull WHO.* 2010; 88(10):737–745.
101. Fisher J, Tran T, Nguyen TT, Nguyen H, Tran TD. Common mental disorders among women,

social circumstances and toddler growth in rural Vietnam: a population-based prospective study. *Child Care Health Dev.* 2015; 41(6):843–852.

102. Fisher J, Tran T, Tran TD, Dwyer T, Nguyen T, Casey GJ, et al. Prevalence and risk factors for symptoms of common mental disorders in early and late pregnancy in Vietnamese women: a prospective population-based study. *J Affect Disord.* 2013; 146(2):213–219.
103. Fisher JR, de Mello MC, Izutsu T, Tran T. The Ha Noi Expert Statement: recognition of maternal mental health in resource-constrained settings is essential for achieving the Millennium Development Goals. *Int J Ment Health Syst.* 2011; 5(1):1.
104. Nguyen TT, Tran TD, Tran T, La B, Nguyen H, Fisher J. Postpartum change in common mental disorders among rural Vietnamese women: incidence, recovery and risk and protective factors. *Br J Psychiatry.* 2015; 206(2):110–115.
105. Niemi M. Towards improving perinatal maternal mental health in Vietnam. 2012 [cited 2016 Jul 22]; Available from: <http://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/40915>
106. Tran TD, Tran T, La B, Lee D, Rosenthal D, Fisher J. Screening for perinatal common mental disorders in women in the north of Vietnam: a comparison of three psychometric instruments. *J Affect Disord.* 2011; 133(1):281–293.
107. Tran TD, Biggs B-A, Tran T, Simpson JA, de Mello MC, Hanieh S, et al. Perinatal common mental disorders among women and the social and emotional development of their infants in rural Vietnam. *J Affect Disord.* 2014; 160:104–112.
108. Tran TD, Tran T, Fisher J. Validation of three psychometric instruments for screening for perinatal common mental disorders in men in the north of Vietnam. *J Affect Disord.* 2012; 136(1):104–109.
109. Tran TD, Tran T, Wynter K, Fisher J. Interactions among alcohol dependence, perinatal common mental disorders and violence in couples in rural Vietnam: a cross-sectional study using structural equation modeling. *BMC Psychiatry.* 2012; 12(1):1.
110. WHO. Common perinatal mental disorders in northern Viet Nam: community prevalence and health care use [Internet]. WHO. [cited 2016 Jul 21]. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/10/09-067066/en/>
111. Van Nguyen T, Nguyen TTT, Dang LD, Hoang NH, Van Nguyen T, Abe K, et al. Rubella epidemic in Vietnam: characteristic of rubella virus genes from pregnant women and their fetuses/newborns with congenital rubella syndrome. *J Clin Virol.* 2013; 57(2):152–156.
112. Miyakawa M, Yoshino H, Yoshida LM, Vynnycky E, Motomura H, Thiem VD, et al. Seroprevalence of rubella in the cord blood of pregnant women and congenital rubella incidence in Nha Trang, Vietnam. *Vaccine.* 2014; 32(10):1192–1198.
113. Ministry of Culture, Sports and Tourism, GSO, UNICEF. Result of Nation-wide Survey on the Family in Viet Nam 2006 - Key Findings. 2008.
114. National Committee for Population and Family Planning. Vietnam Demographic and Health

- Survey 1988. Hanoi; 1990.
115. National Committee for Population and Family Planning. Vietnam Demographic and Health Survey 1997. Hanoi; 1999.
 116. GSO, Vietnam Committee for Protection and Care for Children. Analysis of Results of the Multiple Indicator Cluster Survey II (MICSII). Hanoi: Statistical Publishing House; 2000.
 117. Committee for Population, Family and Children/Vietnam, ORC Macro. Viet Nam Demographic and Health Survey 2002. Hanoi; 2003.
 118. GSO, UNICEF. Viet Nam Multiple Indicator Cluster Survey 2006-MICS3. Hanoi; 2007 Jul.
 119. Maternal and Child Health Department. Report on maternal mortality audit in Vietnam -2012 [Báo cáo thẩm định tử vong mẹ tại Việt Nam-năm 2012]. Hanoi: MOH; 2013.
 120. Nguyen PH, Keithly SC, Nguyen NT, Nguyen TT, Tran LM, Hajeebhoy N. Prelacteal feeding practices in Vietnam: Problems and determinant factors. In: *Annals of Nutrition and Metabolism* [Internet]. Karger Allschwilerstrasse 10, CH-4009 Basel, Switzerland; 2013 [cited 2016 Jul 21]. p. 607–607. Available from: http://aliveandthrive.org/sites/default/files/Poster_Prelacteal%20Feeding%20Practices%208.15.2013.pdf
 121. Nguyen PH, Keithly SC, Nguyen NT, Nguyen TT, Tran LM, Hajeebhoy N. Prelacteal feeding practices in Vietnam: challenges and associated factors. *BMC Public Health*. 2013; 13(1):1.
 122. Hajeebhoy N, Nguyen PH, Mannava P, Nguyen TT, Mai LT. Suboptimal breastfeeding practices are associated with infant illness in Vietnam. *Int Breastfeed J*. 2014; 9(1):1.
 123. Nguyen PH, Kim SS, Nguyen TT, Hajeebhoy N, Tran LM, Alayon S, et al. Exposure to mass media and interpersonal counseling has additive effects on exclusive breastfeeding and its psychosocial determinants among Vietnamese mothers. *Matern Child Nutr* [Internet]. 2016 [cited 2016 Jul 22]; Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/mcn.12330/full>
 124. Ramoo S, Trinh TA, Hirst JE, Jeffery HE. Breastfeeding practices in a hospital-based study of Vietnamese women. *Breastfeed Med*. 2014; 9(9):479–485.
 125. Duong DV, Binns CW, Lee AH. Breast-feeding initiation and exclusive breast-feeding in rural Vietnam. *Public Health Nutr*. 2004; 7(06):795–799.
 126. Hanieh S, Ha TT, Simpson JA, Thuy TT, Khuong NC, Thoang DD, et al. Exclusive breast feeding in early infancy reduces the risk of inpatient admission for diarrhea and suspected pneumonia in rural Vietnam: a prospective cohort study. *BMC Public Health*. 2015; 15(1):1.
 127. Gross R, Giay T, Sastroamidjojo S, Schultink W, Lang NT, others. Premature complementary feeding is associated with poorer growth of Vietnamese children. *J Nutr*. 2000; 130(11):2683–2690.
 128. Duong DV, Binns CW, Lee AH. Introduction of complementary food to infants within the first six months postpartum in rural Vietnam. *Acta Paediatr*. 2005; 94(12):1714–1720.
 129. Nguyen PH, Kim SS, Keithly SC, Hajeebhoy N, Tran LM, Ruel MT, et al. Incorporating elements

of social franchising in government health services improves the quality of infant and young child feeding counselling services at commune health centres in Vietnam. *Health Policy Plan.* 2014;29(8):1008–1020.

130. WHO. Viet Nam breastfeeding campaign normalizes practice, improves rates [Internet]. 2016 Aug. Available from: <http://www.who.int/features/2016/Viet-Nam-breastfeeding-campaign/en/>
131. Go VF, Quan VM, Zenilman JM, Moulton LH, Celentano DD, others. Barriers to reproductive tract infection (RTI) care among Vietnamese women: implications for RTI control programs. *Sex Transm Dis.* 2002; 29(4):201–206.
132. Lan PT, Lundborg CS alsby, Mogren I, Phuc HD, Chuc NTK. Lack of knowledge about sexually transmitted infections among women in North rural Vietnam. *BMC Infect Dis.* 2009; 9(1):1.
133. Thu HT, Ziersch A, Hart G. Healthcare-seeking behaviours for sexually transmitted infections among women attending the National Institute of Dermatology and Venereology in Vietnam. *Sex Transm Infect.* 2007; 83(5):406–410.
134. Socialist Republic of Vietnam. Country report: 15 years achieving the Viet Nam Millennium Development Goals. Hanoi: Ministry of Planning and Investment; 2015 Sep.
135. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet.* 2016; 388(10056):2176–2192.
136. Harris G, Connor L, Bisits A, Higginbotham N. “Seeing the baby”: pleasures and dilemmas of ultrasound technologies for primiparous Australian women. *Med Anthropol Q.* 2004; 18(1):23–47.
137. O’Keeffe DF, Abuhamad A. Obstetric ultrasound utilization in the United States: data from various health plans. In: *Seminars in perinatology* [Internet]. Elsevier; 2013 [cited 2016 Nov 20]. p. 292–294. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0146000513000682>
138. Harris JM, Franck L, Green B, Wilson S, Michie S. The relationship between frequency of obstetric ultrasound scans and birthplace preference—A case control study. *Midwifery.* 2015; 31(1):31–36.
139. Huang K, Tao F, Raven J, Liu L, Wu X, Tang S. Utilization of antenatal ultrasound scan and implications for caesarean section: a cross-sectional study in rural Eastern China. *BMC Health Serv Res.* 2012; 12(1):1.
140. Gammeltoft T, Nguyễn HTT. Fetal conditions and fatal decisions: ethical dilemmas in ultrasound screening in Vietnam. *Soc Sci Med.* 2007; 64(11):2248–2259.
141. Gammeltoft T, Nguyễn HTT. The commodification of obstetric ultrasound scanning in Hanoi, Viet Nam. *Reprod Health Matters.* 2007; 15(29):163–171.
142. Tran TK, Nguyen CT, Nguyen HD, Eriksson B, Bondjers G, Gottvall K, et al. Urban-rural disparities

- in antenatal care utilization: a study of two cohorts of pregnant women in Vietnam. *BMC Health Serv Res.* 2011; 11(1):1.
143. Edvardsson K, Graner S, Thi LP, Åhman A, Small R, Lalos A, et al. "Women think pregnancy management means obstetric ultrasound": Vietnamese obstetricians' views on the use of ultrasound during pregnancy. *Glob Health Action* [Internet]. 2015 Oct 29 [cited 2016 Jul 21]; 8(0). Available from: <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/28405>
 144. National Institute for Health Care Excellence. Antenatal care for uncomplicated pregnancies. *NICE Clin Guidel Updat Ed Lond.* 2008;
 145. MOH. National guidelines for reproductive health services [Hướng dẫn quốc gia về dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản]. Hà Nội: MOH; 2009 Nov. Report No.: 4620/QĐ-BYT.
 146. Gammeltoft T, Nguyễn HTT. Fetal conditions and fatal decisions: ethical dilemmas in ultrasound screening in Vietnam. *Soc Sci Med.* 2007; 64(11):2248–2259.
 147. Bly S, Van den Hof MC. Obstetric Ultrasound Biological Effects and Safety. *J Obstet Gynaecol Can.* 2005; 27(6):572–5.
 148. Abramowicz J, Fowlkes J, Skelly A, Stratmeyer M, Ziskin M. Conclusions regarding epidemiology for obstetric ultrasound. *J Ultrasound Med.* 2008; 27(4):637–44.
 149. Marinac-Dabic D, Krulewitch CJ, Moore RM. Birth-weight in relation to frequent prenatal ultrasound exposures. *Am J Epidemiol.* 1994; 139:S62–S62.
 150. Newnham JP, Evans SF, Michael CA, Stanley FJ, Landau LI. Effects of frequent ultrasound during pregnancy: a randomised controlled trial. *The Lancet.* 1993; 342(8876):887–891.
 151. Macdonald W, Newnham J, Gurrin L. Effect of frequent prenatal ultrasound on birthweight: follow up at 1 year of age. *The Lancet.* 1996; 348(9025):482.
 152. Saari-Kemppainen A, Karjalainen O, Ylostalo P, Heinonen OP. Ultrasound screening and perinatal mortality: controlled trial of systematic one-stage screening in pregnancy. *The Lancet.* 1990; 336(8712):387–391.
 153. Crane JP, LeFevre ML, Winborn RC, Evans JK, Ewigman BG, Bain RP, et al. A randomized trial of prenatal ultrasonographic screening: impact on the detection, management, and outcome of anomalous fetuses. *Am J Obstet Gynecol.* 1994; 171(2):392–399.
 154. Ewigman BG, Crane JP, Frigoletto FD, LeFevre ML, Bain RP, McNellis D. Effect of prenatal ultrasound screening on perinatal outcome. *N Engl J Med.* 1993; 329(12):821–827.
 155. Campbell JD, Elford RW, Brant RF. Case-control study of prenatal ultrasonography exposure in children with delayed speech. *CMAJ Can Med Assoc J.* 1993; 149(10):1435.
 156. Salvesen K, Vatten LJ, Bakketeig LS, Eik-Nes SH. Routine ultrasonography in utero and speech development. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1994; 4(2):101–103.
 157. Kieler H, Axelsson O, Haglund B, Nilsson S, Salvesen K \AA. Routine ultrasound screening in pregnancy and the children's subsequent handedness. *Early Hum Dev.* 1998; 50(2):233–245.

158. Salvesen KA, Vatten LJ, Eik-Nes SH, Hugdahl K, Bakketeig LS. Routine ultrasonography in utero and subsequent handedness and neurological development. *Bmj*. 1993; 307(6897):159–164.
159. Abramowicz JS. Ultrasound and Autism Association, Link, or Coincidence? *J Ultrasound Med*. 2012; 31(8):1261–1269.
160. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Diagnostic Imaging During Pregnancy and Lactation. *Obstet Gynecol*. 2016; 127:e75–80.
161. Ruma MS, Bradley H, Holstrom A, Rigdon J, Herring A. Obstetric Ultrasound Efficiency and Accuracy Using a Protocol-Based Examination. *J Ultrasound Med*. 2016; 35(3):565–569.
162. Goldberg J, Hyslop T, Tolosa JE, Sultana C. Racial differences in severe perineal lacerations after vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 188(4):1063–1067.
163. Lam KW, Wong HS, Pun TC. The practice of episiotomy in public hospitals in Hong Kong. 2006 [cited 2016 Nov 15]; Available from: <http://hub.hku.hk/handle/10722/45495>
164. Schantz C, Sim KL, Ly EM, Barennes H, Sudaroth S, Goyet S. Reasons for routine episiotomy: A mixed-methods study in a large maternity hospital in Phnom Penh, Cambodia. *Reprod Health Matters*. 2015; 23(45):68–77.
165. Trinh AT, Roberts CL, Ampt AJ. Knowledge, attitude and experience of episiotomy use among obstetricians and midwives in Viet Nam. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015; 15(1):1.
166. Lai CY, Cheung HW, Hsi Lao TT, Lau TK, Leung TY. Is the policy of restrictive episiotomy generalisable? A prospective observational study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2009; 22(12):1116–1121.
167. Sea-Orchid Study Group, others. Use of Evidence-Based Practices in Pregnancy and Childbirth: South East Asia Optimising Reproductive and Child Health in Developing Countries Project. *PloS One*. 2008; 3(7):e2646.
168. Trinh AT, Khambalia A, Ampt A, Morris JM, Roberts CL. Episiotomy rate in Vietnamese-born women in Australia: support for a change in obstetric practice in Viet Nam. *Bull WHO*. 2013; 91(5):350–356.
169. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2009 [cited 2016 Nov 15]; 1(1). Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub2/pdf/>
170. Moore B. Appropriate technology for birth. *The Lancet*. 1985; 326(8458):787.
171. WHO Department of Reproductive Health and Research. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors [Internet]. WHO; 2007 [cited 2016 Nov 15]. Available from: <https://www.google.com/books?hl=en&lr=&id=U-F3hTBnvz4C&oi=fnd&pg=PR3&dq=Managing+Complications+in+Pregnancy+and+Childbirth&ots=UuYVlueTta&sig=bvsvy1VOv0BXHrVDdtknrtcfj0Mo>
172. Ho JJ, Pattanittum P, Japaraj RP, Turner T, Swadpanich U, Crowther CA, et al. Influence of training in the use and generation of evidence on episiotomy practice and perineal trauma. *Int*

J Gynecol Obstet. 2010; 111(1):13–18.

173. WHO, Human Reproduction Program. Tool to calculate caesarean section reference rates at health facilities is launched: the C-Model [Internet]. Sexual and Reproductive Health. [cited 2016 Nov 15]. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/c-model/en/
174. WHO, Human Reproduction Program. WHO Statement on Caesarean Section Rates [Internet]. WHO; 2015 [cited 2016 Nov 15]. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/
175. American College of Obstetricians. Safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstetric Care Consensus No. 1. Obstet Gynecol. 2014; 123:693–711.
176. MacDorman MF, Declercq E, Menacker F, Malloy MH. Neonatal Mortality for Primary Cesarean and Vaginal Births to Low-Risk Women: Application of an “Intention-to-Treat” Model. Birth. 2008; 35(1):3–8.
177. MacDorman MF, Declercq E, Menacker F, Malloy MH. Infant and neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to women with “no indicated risk,” United States, 1998–2001 birth cohorts. Birth. 2006; 33(3):175–182.
178. Smith GC, Pell JP, Bobbie R. Caesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. The Lancet. 2003; 362(9398):1779–1784.
179. Cardwell CR, Stene LC, Joner G, Cinek O, Svensson J, Goldacre MJ, et al. Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies. Diabetologia. 2008; 51(5):726–735.
180. Bager P, Melbye M, Rostgaard K, Benn CS, Westergaard T. Mode of delivery and risk of allergic rhinitis and asthma. J Allergy Clin Immunol. 2003; 111(1):51–56.
181. Darmasseelane K, Hyde MJ, Santhakumaran S, Gale C, Modi N. Mode of delivery and offspring body mass index, overweight and obesity in adult life: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2014; 9(2):e87896.
182. Biasucci G, Benenati B, Morelli L, Bessi E, Boehm G. Cesarean delivery may affect the early biodiversity of intestinal bacteria. J Nutr. 2008; 138(9):1796S–1800S.
183. Hyde MJ, Mostyn A, Modi N, Kemp PR. The health implications of birth by Caesarean section. Biol Rev. 2012; 87(1):229–243.
184. Schlinzig T, Johansson S, Gunnar A, Ekström TJ, Norman M. Epigenetic modulation at birth—altered DNA-methylation in white blood cells after Caesarean section. Acta Paediatr. 2009; 98(7):1096–1099.
185. Yang Q, Wen SW, Oppenheimer L, Chen XK, Black D, Gao J, et al. Association of caesarean delivery for first birth with placenta praevia and placental abruption in second pregnancy. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2007; 114(5):609–613.
186. Murphy DJ, Stirrat GM, Heron J, Team AS, others. The relationship between Caesarean section

- and subfertility in a population-based sample of 14 541 pregnancies. *Hum Reprod.* 2002; 17(7):1914–1917.
187. Hemminki E, Meriläinen J. Long-term effects of cesarean sections: ectopic pregnancies and placental problems. *Am J Obstet Gynecol.* 1996; 174(5):1569–1574.
 188. Guise JM, Eden K, Emeis C, Denman M, Marshall N, Fu R, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights. Evidence report/technology assessment no. 191. (Prepared by the Oregon Health & Science University Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10057-I). AHRQ Publ No. 2010; 10–E003.
 189. White Ribbon Alliance. *Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women.* White Ribbon Alliance; 2011 Oct.
 190. Finlayson K, Downe S. Why do women not use antenatal services in low-and middle-income countries? A meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS Med.* 2013; 10(1):e1001373.
 191. WHO. *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement.* 2014.
 192. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. Boston USAID-Tract Proj Harv Sch Public Health [Internet]. 2010 [cited 2016 Jul 23]; Available from: http://tractionproject.org/sites/default/files/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final.pdf
 193. Mannava P, Durrant K, Fisher J, Chersich M, Luchters S. Attitudes and behaviours of maternal health care providers in interactions with clients: a systematic review. *Glob Health.* 2015; 11(1):1.
 194. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med.* 2015; 12(6):e1001847.
 195. White Ribbon Alliance, International Pediatric Association, World Health Organization, others. Mother- baby friendly birthing facilities. *Int J Gynecol Obstet.* 2015; 128(2):95–99.
 196. Abuya T, Warren CE, Miller N, Njuki R, Ndwiga C, Maranga A, et al. Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *PLoS One.* 2015; 10(4):e0123606.
 197. Van Lerberghe W, Matthews Z, Achadi E, Ancona C, Campbell J, Channon A, et al. Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. *The Lancet.* 2014; 384(9949):1215–1225.
 198. Ratcliffe HL, Sando D, Lyatuu GW, Emil F, Mwanyika-Sando M, Chalamilla G, et al. Mitigating disrespect and abuse during childbirth in Tanzania: an exploratory study of the effects of two facility-based interventions in a large public hospital. *Reprod Health.* 2016; 13(1):79.
 199. Ratcliffe HL, Sando D, Mwanyika-Sando M, Chalamilla G, Langer A, McDonald KP. Applying a participatory approach to the promotion of a culture of respect during childbirth. *Reprod Health.* 2016; 13(1):80.

200. Oanh KTH, Ashburn K, Pulerwitz J, Ogden J, Nyblade L. Improving hospital-based quality of care in Vietnam by reducing HIV-related stigma and discrimination. 2008 [cited 2016 Nov 20]; Available from: <http://www.icrw.org/publications/improving-hospital-based-quality-care-vietnam-reducing-hiv-related-stigma-and-discrimin>
201. Sheferaw ED, Mengesha TZ, Wase SB. Development of a tool to measure women's perception of respectful maternity care in public health facilities. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016; 16(1):1.
202. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Libr [Internet]*. 2013 [cited 2016 Nov 20]; Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub5/pdf>
203. Oosterhoff P, Hardon AP, Nguyen TA, Pham NY, Wright P. Dealing with a positive result: routine HIV testing of pregnant women in Vietnam. *AIDS Care*. 2008; 20(6):654–659.
204. Ngo AD, Alden DL, Hang N, Dinh N. Developing and launching the government social franchise model of reproductive health care service delivery in Vietnam. *Soc Mark Q*. 2009; 15(1):71–89.
205. Phan BT, Bruyn de M, Tran TTH. Vietnam: The Doi Moi Era and Changes in Young People's Lives. In: Cherry AL, Dillon ME, editors. *International Handbook of Adolescent Pregnancy [Internet]*. Boston, MA: Springer US; 2014 [cited 2016 Nov 27]. p. 683–706. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-1-4899-8026-7_39
206. Klingberg-Allvin M, Nga NT, Ransjö-Arvidson A-B, Johansson A. Perspectives of midwives and doctors on adolescent sexuality and abortion care in Vietnam. *Scand J Public Health*. 2006; 34(4):414–421.
207. Kaljee LM, Green M, Riel R, Lerdboon P, Minh TT, others. Sexual stigma, sexual behaviors, and abstinence among Vietnamese adolescents: Implications for risk and protective behaviors for HIV, sexually transmitted infections, and unwanted pregnancy. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2007; 18(2):48–59.
208. MOH, GGSO. *The Survey Assessment of Vietnamese Youth (SAVY)*. Hanoi; 2005.
209. MOH, GSO, Asian Development Bank. *Survey assessment of Vietnamese youth 2 (SAVY2)*. Hanoi: Ministry of Health; 2010. Hanoi; 2010.
210. UNFPA. *National Survey on Sexual and Reproductive Health among Vietnamese Adolescents and Young Adults aged 10-24*. Hanoi; 2016.
211. Watanabe K, Saruta R, Kato N, others. Sources of Sexual Knowledge among Vietnamese High School Students. *Adv Reprod Sci*. 2014; 2(04):83.
212. Nguyen HN, Liamputtong P, Murphy G. Knowledge of contraceptives and sexually transmitted diseases and contraceptive practices amongst young people in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Health Care Women Int*. 2006; 27(5):399–417.
213. Duong CT, Nguyen TH, Hoang TTH, Nguyen VV, Do TMN, Detels R, et al. Sexual risk and bridging behaviors among young people in Hai Phong, Vietnam. *AIDS Behav*. 2008; 12(4):643–

651.

214. WHO. Adolescent pregnancy [Internet]. Maternal, newborn, child and adolescent health. 2016 [cited 2016 Nov 27]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/en/
215. WHO. Malaria in pregnant women [Internet]. Malaria. 2016 [cited 2016 Nov 27]. Available from: http://www.who.int/malaria/areas/high_risk_groups/pregnancy/en/
216. UNFPA. Ethnic groups in Vietnam: An analysis of key indicators from the 2009 Viet Nam Population and Housing Census [Internet]. Hanoi; 2011 Dec. Available from: http://vietnam.unfpa.org/sites/asiapacific/files/pub-pdf/Ethnic_Group_ENG.pdf
217. UNFPA. Reproductive Health of H'mong People in Ha Giang Province-Medical Anthropology Perspective. Hanoi; 2008. Report No.: 8.
218. Committee for Ethnic Minority Affairs. Điều tra, thu thập thông tin về thực trạng kinh tế - xã hội của 53 dân tộc thiểu số. Hanoi; 2016 Sep.
219. UNFPA. Knowledge and Behaviour of Ethnic Minorities on Reproductive Health. Hanoi; 2007. Report No.: 3.
220. Malqvist M, Sohel N, Do TT, Eriksson L, Persson Lars-Åke. Distance decay in delivery care utilisation associated with neonatal mortality. A case referent study in northern Vietnam. BMC Public Health. 2010; 10(1):1.
221. UNFPA. Childbirth in Ethnic Minority Communities-A Qualitative Study in Binh Dinh. Hanoi; 2008 Oct. Report No.: 7.
222. United Nations Development Program (UNDP), Committee on Ethnic Minority Affairs (CEMA). UNDP, 2012. Review and analysis of current ethnic minority policies and recommendations for development of ethnic minority policy framework toward 2020. Hanoi; 2012 Jul.
223. Hai DP. Enhancing Safe Delivery for Ethnic Minority Women – Phase II: Project Evaluation. Hanoi; 2007.
224. Hựu NV, Nga NTT, editors. Lessons for teaching medical anthropology and clinical scenarios for medical universities, colleges and secondary schools. Hanoi: Medical Publishing House; 2012.
225. Renfrew MJ, Homer CSE, Downe S, McFadden A, Muir N, Prentice T, et al. Midwifery: an executive summary for The Lancet's series. Lancet Jun. 2014;
226. Small K, Sidebotham M, Fenwick J, Gamble J. Midwifery prescribing in Australia. Aust Prescr. 2016; 39(6):215.
227. Hanoi Heart Hospital. Khảo sát sự hài lòng của người bệnh và thân nhân của người bệnh tại Bệnh viện Tim Hà Nội giai đoạn 2007 -2010 [Internet]. Hanoi; 2016. Available from: <http://benhvientimhanoi.vn/nghiencuukhoahoc/khao-sat-su-hai-long-cua-nguoi-benh-va-than-nhan-cua-nguoi-benh-tai-benh-vien-tim-ha-noi-giai-doan-2007-2010.html>
228. Nguyễn MT, Đào ML. Satisfaction level of patients at Tay Nguyen University Hospital in 2012. [Mức độ hài lòng của người bệnh tại bệnh viện trường đại học tây nguyên năm 2012]. Tây Nguyên: Khoa Y Dược, Trường đại học Tây Nguyên; 2012.

229. Nguyễn VC. Patient and Family Member Satisfaction Survey for patients seeking inpatient medical care at Military hospital No. 110 in 2014. [Khảo sát sự hài lòng của người bệnh, thân nhân người bệnh đến khám và điều trị nội trú tại bệnh viện quân y 110 năm 2014] [Internet]. Bac Ninh: Military Hospital No. 110; 2014. Available from: <http://www.benhvien103.vn/vietnamese/bao-cao-hoi-nghi-khoa-hoc-chao-mung-65-nam-truyen-thong-bvqy103/hoi-nghi-khoa-hoc-dieu-duong/cac-bao-cao/khao-sat-su-hai-long-cua-nguoi-benh---than-nhan-nguoi-benh-den-kham-va-dieu-tri-noi-tru-tai-benh-vien-quan-y-110-nam-2014/1392/>
230. International Confederation of Midwives. Global Standards for Midwifery Regulation. [Internet]. 2011 [cited 2016 Jul 18]. Available from: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global%20Standards%20Comptencies%20Tools/English/GLOBAL%20STANDARDS%20FOR%20MIDWIFERY%20REGULATION%20ENG.pdf>

Phụ lục 1

Hộ sinh 2030-Lộ trình để đạt được sức khỏe

PHỤ LỤC 1: HỘ SINH 2030-LỘ TRÌNH ĐỂ ĐẠT ĐƯỢC SỨC KHỎE

MIDWIFERY 2030 A PATHWAY TO HEALTH



LẬP KẾ HOẠCH VÀ CHUẨN BỊ có nghĩa là:

- Không kết hôn sớm
- Học xong trung học
- Thực hiện giáo dục giới tính toàn diện cho trẻ em trai và trẻ em gái
- Tự bảo vệ mình không lây nhiễm HIV
- Đảm bảo sức khỏe tốt và đầy đủ dinh dưỡng
- Sử dụng các biện pháp tránh thai để không xảy ra tình trạng có thai ngoài ý muốn

ĐẢM BẢO CHO MỘT KHỞI ĐẦU MẠNH KHỎE có nghĩa là:

- Đảm bảo sức khỏe tốt và chuẩn bị tốt cho việc mang thai, sinh nở và chuẩn bị tốt tâm lý cho những năm tháng đầu đời cùng con
- Thực hiện ít nhất 4 lần khám thai trong đó có thảo luận các vấn đề như chuẩn bị sẵn sàng khi sinh và chuẩn bị kế hoạch cho các tình huống khẩn cấp
- Yêu cầu và nhận các dịch vụ phòng ngừa và chăm sóc do hộ sinh cung cấp một cách chuyên nghiệp để giúp mẹ và con mạnh khỏe đồng thời đương đầu với một cách có hiệu quả với các biến chứng sản khoa nếu xảy ra.



ĐẢM BẢO SỰ AN TOÀN nghĩa là:

- Được an toàn khi tiếp cận đến dịch vụ hộ sinh cùng với người mà người phụ nữ mong muốn;
- Dịch vụ tôn trọng, ủng hộ và dự phòng, được người hộ sinh có năng lực, có đủ trang thiết bị y tế, vật tư tiêu hao và nhận được hỗ trợ cấp cứu khi cần thiết cung cấp;
- Được tham gia vào việc ra quyết định về bản thân và đứa trẻ;
- Được đẻ ở nơi kín đáo, nơi người phụ nữ trải qua cuộc đẻ mà không có sự can thiệp và sự khó chịu;
- Được một nhóm hộ sinh cung cấp dịch vụ khi các

Thách thức

Chỉ có 4 trong số 73 quốc gia

có lực lượng hộ sinh có khả năng đáp ứng nhu cầu của 46 can thiệp CSSKSSBMT



Giải pháp

Hộ sinh có thể cung cấp 87%

các dịch vụ chăm sóc thiết yếu cho bà mẹ và trẻ sơ sinh



Tác động

Đầu tư vào hộ sinh có thể sinh lời **gấp 16 lần**



Tiền bạc

Bangladesh đầu tư **500 hộ sinh** có thể cứu được **36.000 mạng sống**



TẠO DỰNG NỀN TẢNG CHO TƯƠNG LAI nghĩa là:

- Bắt đầu cho bú ngay lập tức, và được hỗ trợ cho con bú đến khi nào người phụ nữ muốn dừng;
- Được cung cấp thông tin về các hỗ trợ và chăm sóc cho đứa trẻ trong tháng và năm đầu tiên của cuộc đời
- Được nhận thông tin tư vấn về KHHGD
- Được hộ sinh hỗ trợ để tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc trẻ em và các chương trình tiêm chủng theo thời gian phù hợp



PHỤ LỤC 2: DANH SÁCH CÁC ĐỐI TÁC THAM GIA CUNG CẤP SỐ LIỆU VÀ ĐÓNG GÓP Ý KIẾN

1. Danh sách đối tác tham gia đóng góp ý kiến cho báo cáo

Bộ Y tế:

Vụ Kế hoạch-Tài chính

Phan Lê Thu Hằng, Phó Vụ trưởng;

Thẩm Chí Dũng, chuyên viên;

Đình Hoài Nam, chuyên viên;

Vũ Thị Bích Ngọc, chuyên viên;

Vũ Thị Hậu, chuyên viên.

Cục Khoa học-Công nghệ-Đào tạo

Nguyễn Minh Lợi, Phó Cục trưởng;

Nguyễn Văn Cường, chuyên viên;

Phạm Ngọc Bằng, chuyên viên.

Vụ Sức khỏe Bà mẹ Trẻ em

Nguyễn Đức Vinh, Vụ trưởng;

Đình Anh Tuấn, Phó Vụ trưởng;

Nghiêm Thị Xuân Hạnh, chuyên viên;

Hoàng Anh Tuấn, chuyên viên;

Trần Thị Minh Hương, chuyên viên.

Vụ Tổ chức-Cán bộ

Nguyễn Tuấn Hưng, Phó Vụ trưởng;

Dương Tiến Thành, chuyên viên.

Cục Quản lý Khám chữa bệnh

Nguyễn Trọng Khoa, Phó Cục trưởng;

Hoàng Văn Thành, chuyên viên;

Nguyễn Hồng Nhung, chuyên viên.

Tổng cục Dân số-KHHGD

Lê Cảnh Nhạc, Phó Tổng cục trưởng;

Đình Huy Dương, Vụ trưởng, Vụ Thông tin-Giáo dục-Truyền thông;

Nguyễn Việt Hà, Phó Vụ trưởng, Vụ Tổ chức-Cán bộ

Chuyên gia độc lập: Phan Thị Kim Thủy, chuyên gia hộ sinh

Quý Dân số Liên hợp quốc:

- Astrid Bant, Trưởng Đại diện,
- Ritsu Nacken, Phó Trưởng Đại diện
- Dương Văn Đạt, Cán bộ chương trình, Trưởng nhóm SKSS/SKTD
- Lê Thị Thanh Huyền, Cán bộ chương trình, nhóm SKSS/SKTD
- Phan Thị Lê Mai, Cán bộ chương trình, nhóm SKSS/SKTD
- Nguyễn Xuân Hồng, Cán bộ chương trình, nhóm Theo dõi-Giám sát

2. Danh sách đối tác đã tham gia cung cấp số liệu

Bộ Y tế

- Vụ KH-TC
- Tổng cục DS-KHHGD
- Cục KH-CN-ĐT
- Cục Quản lý Khám chữa

- Vụ Tổ chức Cán bộ
- Vụ sức khỏe Bà mẹ-Trẻ em

Các cơ sở y tế:

- Trạm Y tế Sơn Đồng (Bs. Đỗ Thị Tuyết Nhung (trưởng trạm); Hoàng Thị Liên (Y sỹ sản nhi, phó trạm trưởng)
- Bệnh viện Sơn Tây: Bs. Quang, phó giám đốc, Bs. Vân, Trưởng khoa sản, Kim Luân, Hộ sinh trưởng, Khoa sản, CN Thắng, Điều dưỡng trưởng bệnh viện.
- Bệnh viện Đan Phượng (Bác sỹ, hộ sinh và sinh viên)
- Bệnh viện Phụ sản Hà nội (Bác sỹ An - phụ trách hợp tác quốc tế, luật sư, sinh viên)
- Bệnh viện sản khoa tư nhân An Thịnh (Bác sỹ Thư, bà Hào, hộ sinh trưởng);
- Khách hàng nhận dịch vụ tại TYTX Sơn Đồng: Đào Thị Huế

Cơ sở đào tạo:

- Trường Cao đẳng Y Hà nội (Dr. Tân, Phó Hiệu trưởng; Dr. Phuong, Dr. Phong, TS Huong Bộ môn Điều dưỡng Hộ sinh, Chuyên (phòng đào tạo), 4 sinh viên)
- Đại học điều dưỡng Nam Định (Ts. Hoàng, thảo luận qua điện thoại)
- Đại học Sydney (Margaret Martine)
- Chuyên gia hộ sinh độc lập: Ths. Phan Thị Kim Thủy

Các tổ chức phi chính phủ:

- Bs. Minh, CCIHP;
- Bs. Hoài Đức, RAFH;
- Ths. Hương, CHD;
- Ths. Hằng và Thắng, Marie Stopes;

- HealthBridge Foundation;
- Vũ Công Nguyên (PHAD); Bs. Du (UNICEF),
- Ths. Thủy (Concept Foundation),
- Ths. Giang (Light);
- Ths Bảo (Trưởng đại diện Pathfinder-đã dừng hoạt động tại Việt nam);
- Ths. Hoàng Yến, CRHD

Bank/EU:

- EU (Bs. Thanh);
- World Bank (Bs. Sang)

UNFPA:

- Lãnh đạo: Astrid Bant, Trưởng Đại diện; Ritsu Nacken: Phó Trưởng Đại diện
- Cán bộ chương trình: Dương Văn Đạt, Lê Thị Thanh Huyền, Phan Thị Lê Mai nhóm Sức khỏe sinh sản/sức khỏe tình dục
- Phiên dịch: Nguyệt Anh, Lan Phương, Hoàng Linh
- Biên dịch: Vương Thanh Hà, Nguyễn Hoàng Dương

PHỤ LỤC 3: MỘT SỐ GIẢ ĐỊNH SỬ DỤNG ĐỂ ƯỚC TÍNH NHU CẦU CỦA 46 DỊCH VỤ HỘ SINH THIẾT YẾU NĂM 2015

A. Trước khi mang thai

		Giả định về thời gian nhân viên làm việc (theo cách ước tính của OneHealth với những điều chỉnh phù hợp cho Việt Nam)	Giả định về tỷ lệ dịch vụ được cán bộ cung cấp dịch vụ thực hiện ở Việt nam	Giả định trong Báo cáo tình trạng hộ sinh thế giới	Số lần được ước tính	Nguồn số liệu	Dữ liệu bổ sung	
1	Tư vấn KHHGD	Hộ sinh hoặc cộng tác viên Dân số thực hiện tư vấn với thời gian 20 phút [có thể được thực hiện tư vấn theo nhóm để giảm thời gian cho từng người]. Giả định là hộ sinh thực hiện 50% và cộng tác viên dân số thực hiện 50%.	Giả định là 50% được thực hiện bởi hộ sinh tại TYTX hoặc các cơ sở khác, 50% bởi cộng tác viên dân số.	Tất cả số phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, 1 lần 1 năm	24.008.039	Điều tra biến động dân số và KHHGD		
2	Thực hiện cung cấp các biện pháp KHHGD							Phương pháp kết hợp
	Bao cao su	3x5 phút cho các trường hợp khách hàng quay lại lấy bao cao su do đã sử dụng hết (giả định một số bao cao su đã được phân phát cho khách hàng trong các buổi tư vấn hàng năm). Giả định 25% bao cao su được phân phát bởi cộng tác viên dân số phần còn lại từ các hiệu thuốc, các chương trình tiếp thị xã hội...Số lượng do nhân viên cung cấp không được đưa vào ước tính này.	Giả định là hộ sinh không đóng vai trò nào trong lĩnh vực này, 25% nhu cầu BCS do cộng tác viên DS&KHHGD đáp ứng, còn lại là do thị trường	Nhu cầu về BCS (y) = số phụ nữ độ tuổi sinh sản (x) x (tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai + nhu cầu chưa được đáp ứng) x tỷ lệ chấp nhận sử dụng bao cao su	2.710.455	MICS 2014 (bao gồm BCS cho phụ nữ)	13,80%	
	Bao cao su	3x5 phút cho các trường hợp khách hàng quay lại lấy bao cao su do đã sử dụng hết (giả định một số bao cao su đã được phân phát cho khách hàng trong các buổi tư vấn hàng năm). Giả định 25% bao cao su được phân phát bởi cộng tác viên dân số phần còn lại từ các hiệu thuốc, các chương trình tiếp thị xã hội...Số lượng do nhân viên cung cấp không được đưa vào ước tính này.	Giả định là hộ sinh không đóng vai trò nào trong lĩnh vực này, 25% nhu cầu BCS do cộng tác viên DS&KHHGD đáp ứng, còn lại là do thị trường	Nhu cầu về BCS (y) = số phụ nữ độ tuổi sinh sản (x) x (tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai + nhu cầu chưa được đáp ứng) x tỷ lệ chấp nhận sử dụng bao cao su	2.710.455	MICS 2014 (bao gồm BCS cho phụ nữ)	13,80%	

		Giả định về thời gian nhân viên làm việc (theo cách ước tính của OneHealth với những điều chỉnh phù hợp cho Việt Nam)	Giả định về tỷ lệ dịch vụ được cán bộ cung cấp dịch vụ thực hiện ở Việt nam	Giả định trong Báo cáo tình trạng hộ sinh thế giới	Số lần được ước tính	Nguồn số liệu	Dữ liệu bổ sung
Viên uống tránh thai	Hộ sinh sử dụng 5 phút khám cơ thể + 3x5 phút cho khách hàng quay lại lấy các biện pháp tránh thai do đã sử dụng hết, trong đó 25% được phân phối bởi cộng tác viên dân số.	Giả định là tất cả lần khám đều do hộ sinh thực hiện, không cần bác sĩ kê đơn. 25% nhu cầu thuốc tránh thai được cộng tác viên dân số đáp ứng, phần còn lại mua từ thị trường.	Nhu cầu về viên uống tránh thai (y) = số phụ nữ độ tuổi sinh sản (y) x (tổng tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai tổng tỷ + nhu cầu chưa được đáp ứng) x tỷ lệ chấp nhận viên uống tránh thai.	2.337.276	MICS 2014	11,90%	
Thuốc tiêm tránh thai	4x5 phút để tiêm. Hộ sinh thực hiện việc tiêm. Giả định nhiệm vụ này có thực hiện khám cơ thể	Giả định là hộ sinh làm tất cả công việc (nếu được phép kê đơn tiêm thuốc tránh thai)	Nhu cầu về tiêm thuốc tránh thai (y) = số phụ nữ độ tuổi sinh sản (y) x (tổng tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai + nhu cầu chưa được đáp ứng) x tỷ lệ chấp nhận sử dụng thuốc tiêm tránh thai.	333.897	MICS 2014	1,70%	
Dụng cụ tử cung	15 phút để đặt dụng cụ tử cung + 1x10 phút khi khách hàng tới thăm khám lại + 1x 10 phút để tháo vòng (giả định hộ sinh thực hiện tất cả các nhiệm vụ)	Giả định là hộ sinh thực hiện tất cả các nhiệm vụ (giả định không cần kê đơn và hộ sinh có thể thực hiện việc khám)	Nhu cầu về vòng tránh thai (y) = số phụ nữ độ tuổi sinh sản (y) x (tổng tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai + nhu cầu chưa được đáp ứng) x tỷ lệ chấp nhận dụng cụ tử cung.	1.107.751	MICS 2014	28,20%	
Triệt sản nữ	Tư vấn bổ sung 10 phút + 30 phút hỗ trợ trong lúc làm thủ thuật +10 phút theo dõi + 30 phút phẫu thuật do bác sĩ sản khoa thực hiện.	Giả định hộ sinh chỉ có vai trò tư vấn, thủ thuật và hỗ trợ trong giai đoạn thực hiện thủ thuật do bác sĩ sản khoa và điều dưỡng điều dưỡng thực hiện	Các ca được báo cáo [không phải:Nhu cầu về triệt sản n] (y) = [số phụ nữ độ tuổi sinh sản (y) - số phụ nữ độ tuổi sinh sản (y-1)] x (tổng tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai + nhu cầu chưa được đáp ứng) x tỷ lệ chấp nhận triệt sản nữ	8.685	Báo cáo thống kê của vụ SKBMTE	2,80%	
Triệt sản nữ	Tư vấn bổ sung 10 phút + 30 phút hỗ trợ trong lúc làm thủ thuật +10 phút theo dõi + 30 phút phẫu thuật do bác sĩ sản khoa thực hiện.	Giả định hộ sinh chỉ có vai trò tư vấn, thủ thuật và hỗ trợ trong giai đoạn thực hiện thủ thuật do bác sĩ sản khoa và điều dưỡng điều dưỡng thực hiện	Các ca được báo cáo [không phải:Nhu cầu về triệt sản n] (y) = [số phụ nữ độ tuổi sinh sản (y) - số phụ nữ độ tuổi sinh sản (y-1)] x (tổng tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai + nhu cầu chưa được đáp ứng) x tỷ lệ chấp nhận triệt sản nữ	8.685	Báo cáo thống kê của vụ SKBMTE	2,80%	

		Giả định về thời gian nhân viên làm việc (theo cách ước tính của OneHealth với những điều chỉnh phù hợp cho Việt Nam)	Giả định về tỷ lệ dịch vụ được cán bộ cung cấp dịch vụ thực hiện ở Việt Nam	Giả định trong Báo cáo tình trạng hộ sinh thế giới	Số lần được ước tính	Nguồn số liệu	Dữ liệu bổ sung
3	Phòng ngừa và kiểm soát các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (BLTQĐTD) và HIV cho tất cả phụ nữ trong độ tuổi sinh sản						
a1	Phòng ngừa HIV thông qua tư vấn xét nghiệm tự nguyện cho phụ nữ không mang thai	Giả định 30 phút cho bác sĩ tư vấn trước và sau khi xét nghiệm và 15 phút xét nghiệm	Xét nghiệm tự nguyện tại trung tâm tư vấn xét nghiệm tự nguyện thuộc mạng lưới của Cục phòng chống HIV/AIDS	Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản không mang thai thuộc nhóm có nguy cơ muốn xét nghiệm HIV	376.143	Tại thời điểm năm 2015, Cục phòng chống HIV/AIDS cho biết đã xét nghiệm cho 752.286 nam giới và phụ nữ, không bao gồm phụ nữ mang thai. Giả định rằng khoảng một nửa là phụ nữ, thì sẽ có một tỷ lệ bao phủ là 2% phụ nữ không có thai.	
a2	Phòng ngừa các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục như là một phần BLTQĐTD của khám phụ khoa	Giả định 10 phút cho mỗi lượt khám sàng lọc lâm sàng đối với các BLTQĐTD (100% các trường hợp), 10 phút cho xét nghiệm trong phòng xét nghiệm (20% trường hợp), giả định đáp ứng 75% nhu cầu.	Giả định là đã đáp ứng 75% nhu cầu, 25% không kiểm tra. 50% phụ nữ trong độ tuổi sinh sản thực hiện khám phụ khoa tại các cơ sở y tế công cộng (thống kê của Vụ sức khỏe bà mẹ trẻ em, Biểu số 5 / BMTE-V). Nếu chúng ta giả định rằng có thêm 25% phụ nữ trong độ tuổi sinh sản nhận dịch vụ khám phụ khoa từ các bác sĩ tư thì tỷ lệ bao phủ là 75%. Các bác sĩ sẽ thực hiện khám sàng lọc, kỹ thuật viên phòng xét nghiệm làm xét nghiệm kiểm tra.	Tất cả phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, 1 lần 1 năm	24.008.039	Điều tra biến động dân số và KHHGD 2015	
b	Quản lý các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục ở BLNQĐTD phụ nữ không có thai						Tỷ lệ sử dụng trong ước lượng:

		Giả định về thời gian nhân viên làm việc (theo cách ước tính của OneHealth với những điều chỉnh phù hợp cho Việt Nam)	Giả định về tỷ lệ dịch vụ được cán bộ cung cấp dịch vụ thực hiện ở Việt nam	Giả định trong Báo cáo tình trạng hộ sinh thế giới	Số lần được ước tính	Nguồn số liệu	Dữ liệu bổ sung
	Giang mai	5 phút xử lý và theo dõi	<p>Giả định các dịch vụ được cung cấp tại 4 loại hình cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc các bệnh LNQĐTD.</p> <p>Thuốc do hộ sinh hoặc điều dưỡng quản lý. Giả định hộ sinh cung cấp 25% dịch vụ này tại mỗi loại cơ sở, và tại các TYTX và trung tâm sức khỏe sinh sản, tỷ lệ điều dưỡng thực hiện công tác này là 50% và tỷ lệ hộ sinh thực hiện công tác này là 50%, do đó tổng số công việc hộ sinh thực hiện chiếm $0,5 * (0,25 + 0,25)$ tại TYTX + Trung tâm SKSS công việc do hộ sinh thực hiện = 0.25</p>	Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản (y) * tỷ lệ mắc bệnh giang mai [phụ nữ không mang thai]	264.088	Go, và các tác giả khác, 2002 [1 đến 1,2%]	1,10%

		Giả định về thời gian nhân viên làm việc (theo cách ước tính của OneHealth với những điều chỉnh phù hợp cho Việt Nam)	Giả định về tỷ lệ dịch vụ được cán bộ cung cấp dịch vụ thực hiện ở Việt Nam	Giả định trong Báo cáo tình trạng hộ sinh thế giới	Số lần được ước tính	Nguồn số liệu	Dữ liệu bổ sung
Lậu		5 phút xử lý và theo dõi	Giả định các dịch vụ được cung cấp tại 4 loại hình cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc các bệnh LNQĐTD. Thuốc do hộ sinh hoặc điều dưỡng quản lý. Giả định hộ sinh cung cấp 25% dịch vụ này tại mỗi loại cơ sở, và tại các TYTX và trung tâm sức khỏe sinh sản, tỷ lệ điều dưỡng thực hiện công tác này là 50% và tỷ lệ hộ sinh thực hiện công tác này là 50%, do đó tổng số công việc hộ sinh thực hiện chiếm $0,5 * (0,25 + 0,25)$ tại TYTX + Trung tâm SKSS công việc do hộ sinh thực hiện = 0.25 LNQĐTD	Không: Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản (y) * tỷ lệ mắc bệnh lậu ở phụ nữ không mang thai	192.064	Lan, và các tác giả khác, 2008 [0,7%];Go, và các tác giả khác, 2002 [0 đến 1,6%]	0,80%
Chlamydia		5 phút xử lý và theo dõi	Phụ nữ tuổi sinh sản	Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản (y) * tỷ lệ mắc bệnh Chlamydia ở phụ nữ không mang thai	576.193	Lan và các tác giả khác, 2008 [4,3%];Go, và các tác giả khác, 2002 [0,5% đến 2,6%]	2,40%
Viêm âm đạo do Trichomonas		5 phút xử lý và theo dõi	Trichomonas	Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản (y) * tỷ lệ mắc trichomonas [phụ nữ không mang thai]	888.297	Lan và các tác giả khác, 2008 [1%];Go, và các tác giả khác, 2002 [1,6 đến 5,8%]	3,70%

		Giả định về thời gian nhân viên làm việc (theo cách ước tính của OneHealth với những điều chỉnh phù hợp cho Việt Nam)	Giả định về tỷ lệ dịch vụ được cán bộ cung cấp dịch vụ thực hiện ở Việt nam	Giả định trong Báo cáo tình trạng hộ sinh thế giới	Số lần được ước tính	Nguồn số liệu	Dữ liệu bổ sung
c	Kiểm soát HIV	11,5 lần thăm khám ngoại trú (10 phút với bác sĩ 1 lần thăm khám) và 1,56 ngày nội trú (10 phút với bác sĩ, 20 phút với điều dưỡng mỗi ngày) cộng với 2 lần khám ngoại trú để xét nghiệm ở phòng xét nghiệm (thời gian 15 phút cho kỹ thuật viên trong phòng xét nghiệm) mỗi năm.	Giả định các trung tâm Phòng chống HIV cung cấp tất cả các dịch vụ điều trị ARV, ngoại trừ chăm sóc bệnh nhân nội trú tại bệnh viện. Tuy nhiên hiện nay thuốc có thể được cung cấp từ 3 loại hình cơ sở khác.	Tất cả phụ nữ trong độ tuổi sinh sản có nhu cầu sử dụng ART, được tính như sau: Số phụ nữ trong độ tuổi sinh sản có nhu cầu sử dụng ART trong 2015 / số phụ nữ trong độ tuổi sinh sản năm 2015 x số phụ nữ trong độ tuổi sinh sản (y)	29.266	Ước tính con số là 55218. Tỷ lệ nhiễm HIV của phụ nữ trong độ tuổi từ 15-49	53% là tỷ lệ người trưởng thành (từ 15 tuổi trở lên) nhiễm HIV có nhu cầu cần sử dụng ART
4	Bổ sung Axit folic (ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản thiếu máu > 20%)	5 phút x 2 lần nếu thiếu máu > 20% trong số phụ nữ trong độ tuổi sinh sản		Tất cả phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, một lần mỗi năm (nếu tỷ lệ thiếu máu > = 20%)	-	[OneHealth khuyến cáo chỉ cho các nước có bệnh thiếu máu > 20% WRA.]	Việt Nam có thực hiện tăng cường axit folic trong bột mỳ với hàm lượng 2mg / kg

B. Chăm sóc thai

		Giả định về thời gian nhân viên làm việc (theo cách ước tính của OneHealth với những điều chỉnh phù hợp cho Việt Nam)	Giả định về tỷ lệ dịch vụ được cán bộ cung cấp dịch vụ thực hiện ở Việt Nam	Giả định trong Báo cáo tình trạng hộ sinh thế giới	Số lần được ước tính	Nguồn số liệu	Dữ liệu bổ sung
	Gói chăm sóc thai sản cơ bản	10 phút x 4 lần khám thai mỗi thai kỳ (các can thiệp khác được bổ sung vào thời gian này).	Giả định là 80% việc chăm sóc trước sinh do hộ sinh thực hiện, 20% do bác sĩ sản khoa thực hiện với các trường hợp có nguy cơ cao và có thể phải mổ sinh	Tất cả thai phụ	2.014.135		
5	Bổ sung sắt và axit folic trong 4 lần khám thai	2 phút x 4 khám mỗi thai kỳ (được bổ sung trong các lần khám chính thức).	Hộ sinh phát thuốc hoặc tư vấn cho sản phụ bổ sung axit folic	Tất cả thai phụ, 1 lần/ 1 năm	2.014.135		
6	Tiêm phòng uốn ván	2,5 phút x 2 lần mỗi thai kỳ (được bổ sung trong các lần khám chính thức)..	Công việc này do hộ sinh hướng dẫn (giả định không cần bác sỹ kê đơn)	Tất cả thai phụ, 1 lần/ 1 năm	2.014.135		
7	Phòng ngừa và quản lý bệnh sốt rét bằng màn chống muỗi và thuốc chống sốt rét						
a	Phòng ngừa	2 phút / 1 lần tư vấn cho sản phụ về sử dụng và phân phát màn chống muỗi	Hộ sinh có thể thực hiện tại TYTX	Tất cả thai phụ sinh sống tại các khu vực có tỷ lệ lây truyền bệnh sốt rét cao. Thai phụ (y) x % dân số trong vùng bị sốt rét cao	140.989	Báo cáo tình hình sốt rét thế giới 2015	7% dân số

		Giả định về thời gian nhân viên làm việc (theo cách ước tính của OneHealth với những điều chỉnh phù hợp cho Việt Nam)	Giả định về tỷ lệ dịch vụ được cán bộ cung cấp dịch vụ thực hiện ở Việt Nam	Giả định trong Báo cáo tình trạng hộ sinh thế giới	Số lần được ước tính	Nguồn số liệu	Dữ liệu bổ sung
b	Kiểm soát	10-15 phút chuẩn đoán và điều trị mỗi ca	Giả định bác sĩ sẽ làm việc này do phải kê đơn nếu cần	Tất cả thai phụ bị nghi ngờ và khẳng định bị bệnh sốt rét. Thai phụ x tỷ lệ nghi ngờ và đã khẳng định bị sốt rét	608	Báo cáo tình hình sốt rét thế giới 2015	Ước tính số ca sốt rét từ 20.000 đến 27.000 ca
8	Phòng ngừa và kiểm soát các bệnh lây truyền qua đường tình dục (như 1 phần nội dung chăm sóc trước sinh)						
a1	Thông tin giáo dục và truyền thông (TTGDTT) về HIV cho thai phụ	Không có thông tin về thời gian nên không sử dụng trong ước lượng		Báo cáo về số phụ nữ được nhận nhân TTGDTT	1.000.000	VAAC 2015	

		Giả định về thời gian nhân viên làm việc (theo cách ước tính của OneHealth với những điều chỉnh phù hợp cho Việt Nam)	Giả định về tỷ lệ dịch vụ được cán bộ cung cấp dịch vụ thực hiện ở Việt Nam	Giả định trong Báo cáo tình trạng hộ sinh thế giới	Số lần được ước tính	Nguồn số liệu	Dữ liệu bổ sung
a2	Phòng ngừa các BLTQĐTD và kiểm tra sàng lọc BLTQĐTD (trừ giang mai) trong thời kỳ mang thai; sàng lọc HIV trong thời kỳ mang thai	5 phút để tư vấn và lấy mẫu máu xét nghiệm HIV. 10 phút để thực hiện xét nghiệm. 5 phút để kiểm tra lâm sàng cho các BLTQĐTD.	Hộ sinh thực hiện tư vấn và lấy mẫu máu. Bác sĩ thực hiện sàng lọc lâm sàng đối với các BLTQĐTD (giả định 25% các trường hợp). Các xét nghiệm được thực hiện tại các phòng xét nghiệm của bệnh viện hoặc phòng xét nghiệm chuyên về BLTQĐTD / HIV.	Tất cả thai phụ, 1 lần/ 1 năm	2.014.135		
b	Quản lí BLTQĐTD						Tỷ lệ được dùng:
	Lậu	5 phút theo dõi (giả định bao gồm cả tiêm)	Hộ sinh thực hiện khi khám thai	Số thai phụ (y)*tỷ lệ nhiễm lậu	16.113	Lan, và các tác giả khác, 2008 [0,7%]; Go, và các tác giả khác, 2002 [0 to 1,6%]	0,80%

		Giả định về thời gian nhân viên làm việc (theo cách ước tính của OneHealth với những điều chỉnh phù hợp cho Việt Nam)	Giả định về tỷ lệ dịch vụ được cán bộ cung cấp dịch vụ thực hiện ở Việt Nam	Giả định trong Báo cáo tình trạng hộ sinh thế giới	Số lần được ước tính	Nguồn số liệu	Dữ liệu bổ sung
Chlamydia	5 phút theo dõi (giả định bao gồm cả tiêm)	Hộ sinh thực hiện khi khám thai	Số thai phụ (y)*tỷ lệ nhiễm chlamydia	48.339	Lan và các tác giả khác, 2008 [4,3%]; Go, và các tác giả khác, 2002 [0,5% đến 2,6%]	2,40%	
Trichomoniasis	5 phút theo dõi (giả định bao gồm cả tiêm)	Hộ sinh thực hiện khi khám thai	Số thai phụ (y)*tỷ lệ nhiễm trichomoniasis	74.523	Lan và các tác giả khác, 2008 [1%]; Go, và các tác giả khác, 2002 [1,6 đến 5,8%]	3,70%	

		Giả định về thời gian nhân viên làm việc (theo cách ước tính của OneHealth với những điều chỉnh phù hợp cho Việt Nam)	Giả định về tỷ lệ dịch vụ được cán bộ cung cấp dịch vụ thực hiện ở Việt Nam	Giả định trong Báo cáo tình trạng hộ sinh thế giới	Số lần được ước tính	Nguồn số liệu	Dữ liệu bổ sung
c	Quản lí HIV (trong thời gian mang thai)	60 phút cho ART mỗi năm, 2x15 phút xét nghiệm mỗi năm	Trung tâm điều trị HIV thực hiện	Tất cả thai phụ cần sử dụng ART để tránh lây truyền từ mẹ sang con. Sử dụng số liệu báo cáo về PLTMC	1.691	888 được báo cáo theo báo cáo SKBMTE 2015; 1.691 được báo cáo từ Cục phòng chống HIV/AIDS 2015.	
9	Bổ sung canxi để ngăn ngừa cao huyết áp	2 phút x 4 lần tư vấn về lợi ích	Hộ sinh	Tất cả thai phụ, 1 lần/ 1 năm	2.014.135		
10	Các can thiệp giúp sản phụ bỏ thuốc	1 phút x 4 lần khám thai để hỏi về việc hút thuốc, tư vấn về tác hại của hút thuốc gián tiếp và tư vấn bỏ thuốc	Hộ sinh	Tổng số thai phụ hút thuốc được tính như sau: số thai phụ*tỷ lệ hút thuốc của phụ nữ trên 15 tuổi	28.198	GATS 2010	1,4%,
11	Khám sàng lọc và điều trị giang mai						

		Giả định về thời gian nhân viên làm việc (theo cách ước tính của OneHealth với những điều chỉnh phù hợp cho Việt Nam)	Giả định về tỷ lệ dịch vụ được cán bộ cung cấp dịch vụ thực hiện ở Việt Nam	Giả định trong Báo cáo tình trạng hộ sinh thế giới	Số lần được ước tính	Nguồn số liệu	Dữ liệu bổ sung
a	Khám sàng lọc giang mai (xét nghiệm Rapid Plasma Reagin)	Lấy mẫu máu cùng lúc với xét nghiệm HIV. Giả sử 10 phút xét nghiệm. Trong thực tế chỉ có 7% sản phụ thực hiện xét nghiệm giang mai ở các bệnh viện công.		Tất cả thai phụ, 1 lần/ 1 năm	2.014.135	176613	9%
b	Điều trị bệnh giang mai	5 phút kê đơn +5 phút tiêm + 5 phút theo dõi		Tổng số thai phụ bị giang mai= số thai phụ*tỷ lệ bị giang mai	22.155	Go, và các tác giả khác. 2002	1,10%
12	Thuốc hạ huyết áp để điều trị huyết áp cao (bao gồm cả aspirin liều thấp để ngăn ngừa tiền sản giật)	Đối với phụ nữ được chẩn đoán tăng huyết áp ở lần đầu tiên khám thai. 5 phút để theo dõi huyết áp và xét nghiệm nước tiểu (que thử) khi khám thai x5 lần khám thai. 5 phút để bác sĩ tư vấn và kê đơn.	Hộ sinh có thể theo dõi nhưng cần bác sĩ kê đơn	Tất cả thai phụ có huyết áp tăng hơn mức thông thường	6.445	Abalos, và các tác giả khác. 2013	0,32%

		Giả định về thời gian nhân viên làm việc (theo cách ước tính của OneHealth với những điều chỉnh phù hợp cho Việt Nam)	Giả định về tỷ lệ dịch vụ được cán bộ cung cấp dịch vụ thực hiện ở Việt Nam	Giả định trong Báo cáo tình trạng hộ sinh thế giới	Số lần được ước tính	Nguồn số liệu	Dữ liệu bổ sung
13	Thuốc hạ huyết áp để điều trị tiền sản giật (gồm cả aspirin liều thấp để ngăn ngừa tiền sản giật)				48.943	Abalos, và các tác giả khác. 2013	2,43%
14	Magnesium sulfate cho điều trị sản giật (bao gồm cả các dịch vụ tại bệnh viện trong điều trị sản giật)				51.763	Abalos và các tác giả khác. 2013 [tiền sản giật là 2.43% & sản giật là 0.14% of trung bình WPRO]	2,57%

		Giả định về thời gian nhân viên làm việc (theo cách ước tính của OneHealth với những điều chỉnh phù hợp cho Việt Nam)	Giả định về tỷ lệ dịch vụ được cán bộ cung cấp dịch vụ thực hiện ở Việt Nam	Giả định trong Báo cáo tình trạng hộ sinh thế giới	Số lần được ước tính	Nguồn số liệu	Dữ liệu bổ sung
15	Sử dụng kháng sinh khi ối vỡ non (ối vỡ non với thai non tháng)	Đối với phụ nữ bị tiền sản giật. 5 phút để theo dõi huyết áp và xét nghiệm nước tiểu (que thử) trong khi khám thai x 5 tuần (từ lúc chẩn đoán đến bắt đầu sinh). 5 phút để bác sĩ tư vấn và kê đơn.	Hộ sinh có thể theo dõi nhưng cần bác sĩ kê đơn	Tất cả thai phụ bị tiền sản giật	42.298	Goldenberg và các tác giả khác. 2008	25% số sinh non
16	Sử dụng Corticosteroid để ngăn chặn suy hô hấp	30 phút để tiến hành chống co giật khẩn cấp trong mọi tình huống, 6 giờ theo dõi chuyên sâu và chuẩn bị cho việc sinh đẻ, trong đó 15 phút là của bác sĩ sản. Không tính thời gian cho mổ đẻ.	Bác sĩ sản kiểm tra và kê đơn cho điều trị theo dõi: 15 phút trong ngày điều trị nội trú đầu tiên. Các nội dung chăm sóc còn lại do hộ sinh thực hiện. Chăm sóc sản giật sau khi sinh – tham khảo phần dưới.	Tất cả thai phụ bị sản giật và tiền sản giật. Ca sinh sống x tỷ lệ sản giật + tỷ lệ tiền sản giật	169.192	Nguyen và các tác giả khác, 2004	11.80%
17	Phá thai an toàn Tư vấn phá thai tự nguyện	30 phút cho Tư vấn phá thai tự nguyện.	Giả định 97% là các ca hút thai trong đó 77% là thai dưới 8 tuần tuổi. Giả định là 75% số ca do hộ sinh thực hiện bởi, 25% các ca do bác sĩ thực hiện với với hỗ trợ của hộ sinh.	Số ca phá thai được báo cáo	266.857	Thống kê hàng năm về SKBMTE	

		Giả định về thời gian nhân viên làm việc (theo cách ước tính của OneHealth với những điều chỉnh phù hợp cho Việt Nam)	Giả định về tỷ lệ dịch vụ được cán bộ cung cấp dịch vụ thực hiện ở Việt Nam	Giả định trong Báo cáo tình trạng hộ sinh thế giới	Số lần được ước tính	Nguồn số liệu	Dữ liệu bổ sung
	Phá thai nội khoa	2x10 phút cho phá thai nội khoa trong đó 5 phút cho bác sĩ kê đơn. Không chắc chắn bao nhiêu % số ca phá thai là nội khoa. Thủ thuật này không được làm tại các TYTX, chỉ có tại bệnh viện huyện và cao hơn.		Số ca phá thai được báo cáo			
	Thủ thuật nong nạo	30 phút cho nong nạo	3% tất cả các ca phá thai (% phá thai muộn). Giả định được thực hiện bởi bác sĩ.	Số ca phá thai được báo cáo	266.857		
18	Chăm sóc sau khi phá thai đối với trường hợp phá thai không an toàn	Giả định có 20% các ca phá thai là không an toàn và có xảy ra biến chứng cần nhập viện; giả định 50% có vết rách cần chăm sóc, 30 phút cho bác sĩ sản khoa, 90 phút cho hộ sinh, 90 phút cho nhân viên bệnh viện làm thủ tục.	Điều trị của bác sĩ về các biến chứng của phá thai không an toàn	Số phụ nữ trong độ tuổi sinh sản*tỷ lệ phá thai không an toàn	Không có ước tính cho Việt Nam	Sedgh và các tác giả khác. 2012	61% theo vùng là tỷ lệ tương đối cao.

		Giả định về thời gian nhân viên làm việc (theo cách ước tính của OneHealth với những điều chỉnh phù hợp cho Việt Nam)	Giả định về tỷ lệ dịch vụ được cán bộ cung cấp dịch vụ thực hiện ở Việt Nam	Giả định trong Báo cáo tình trạng hộ sinh thế giới	Số lần được ước tính	Nguồn số liệu	Dữ liệu bổ sung
19	Giảm tình trạng ngôi thai không thuận bằng thủ thuật xoay thai bên ngoài	60 phút	Không rõ liệu có thực hiện ở Việt nam	Tất cả các ca sinh bao gồm cả thai chết lưu thai chết lưu x tỷ lệ sinh ngôi mông bao gồm cả các ca thai chết lưu	64.522	Hickock, 1992 [4-5%]	4.50%
20	Kích thích chuyển dạ để kiểm soát ối vỡ non trước khi chuyển dạ đối với thai đủ tháng	20 phút cho bác sĩ sản khoa đánh giá tình hình, 40 phút để dùng misoprostol và theo dõi (chưa tính thời gian chuyển dạ được tình bày ở phần tiếp theo)	Bác sĩ đánh giá và kê đơn, hộ sinh theo dõi và quản lý	Tất cả các ca sinh bao gồm cả thai chết lưu thai chết lưu x tỷ lệ ối vỡ non	42.298		25% số sinh non

C. Giai đoạn trong khi đẻ

		Giả định về thời gian nhân viên làm việc (theo cách ước tính của OneHealth với những điều chỉnh phù hợp cho Việt Nam)	Giả định về tỷ lệ dịch vụ được cán bộ cung cấp dịch vụ thực hiện ở Việt nam	Giả định trong Báo cáo tình trạng hộ sinh thế giới	Số lần được ước tính	Nguồn số liệu	Dữ liệu bổ sung
	Chăm sóc liên tục cho sản giật sau sinh	3 giờ theo dõi và chăm sóc từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 7 khi nằm viện, được chăm sóc tích cực hơn so với chăm sóc sau mổ đẻ. Giả định bác sĩ cần 5 phút để theo dõi chăm sóc mỗi ngày.	Giả định là 80% là các ca sinh thường có kế hoạch	Tất cả thai phụ bị sản giật và tiền sản giật, ca sinh sống x tỷ lệ sản giật+ tỷ lệ tiền sản giật	51.763	Abalos và các tác giả khác. 2013 [tiền sản giật là 2.43% & sản giật là 0.14% of trung bình WPRO]	2.57%
23	Quản lý và hỗ trợ xã hội cho sản phụ khi chuyển dạ và khi sinh trong các ca sinh thường	6 giờ với hộ sinh và 30 phút với bác sĩ sản. Có thể giả định rằng trong giai đoạn chuyển dạ sớm, hộ sinh sẽ phục vụ nhiều sản phụ một lúc. Lưu ý không phải tất cả sản phụ sẽ tới sớm trước khi chuyển dạ mà nhiều sản phụ tới cơ sở khi đang trong quá trình chuyển dạ.	Giả định 80% là các ca sinh thường theo kế hoạch. 10% là sinh thường theo kế hoạch nhưng phải mổ cấp cứu, nhưng vẫn tính thời gian chuyển dạ.	Tất cả các ca sinh bao gồm cả các ca sinh thai chết lưu, tiếp xúc 1 lần	1.433.827		
21+ 22+ 24	Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ để lấy nhau thai nhằm ngăn ngừa chảy máu sau đẻ (bao gồm xoa bóp tử cung, sử dụng thuốc tăng trương lực tử cung và kéo dây rốn có kiểm soát)	2 giờ. Thời gian phục vụ của hộ sinh là nhiều nhất trong trường hợp sinh thường. [Mô hình ban đầu chỉ 2 phút cho tiêm oxytocin, nhưng nên xem xét toàn bộ quá trình liên tục - có thể mất tổng số 2 giờ]	Giả định 80% sinh thường theo kế hoạch	Tất cả các ca sinh bao gồm cả thai chết lưu, 1 lần	1.433.827		

		Giả định về thời gian nhân viên làm việc (theo cách ước tính của OneHealth với những điều chỉnh phù hợp cho Việt Nam)	Giả định về tỷ lệ dịch vụ được cán bộ cung cấp dịch vụ thực hiện ở Việt nam	Giả định trong Báo cáo tình trạng hộ sinh thế giới	Số lần được ước tính	Nguồn số liệu	Dữ liệu bổ sung
26a	Khám sàng lọc và quản lí lây nhiễm HIV qua khám sàng lọc khi sinh nếu trước đó chưa xét nghiệm	10 phút xét nghiệm	Nhân viên kĩ thuật	Tất cả các ca sinh bao gồm cả thai chết lưu x (1-% số sản phụ đã thực hiện khám thai 4 lần)	969.267	MICS 2014 xét nghiệm HIV trước sinh	32%
26b	Sàng lọc và quản lí lây nhiễm HIV trong khi sinh nở	Giả định 20 phút tư vấn cho các bà mẹ dương tính với HIV về các công việc cần làm sau khi sinh	Hộ sinh	Tất cả các ca sinh bao gồm cả thai chết lưu x % số sản phụ không thực hiện khám thai 4 lần trước sinh x tỷ lệ nhiễm HIV ở người lớn	1.380	Ước lượng và dự đoán về HIV/AIDS đến 2015	0,37%
27+28	Mổ đẻ theo chỉ định của bác sĩ vì sức khỏe của mẹ hoặc của thai nhi (bao gồm cả kháng sinh dự phòng cho sinh mổ)	90 phút phẫu thuật (bác sĩ và điều dưỡng), 30 phút chăm sóc hậu phẫu mỗi ngày do hộ sinh và điều dưỡng thực hiện trong 7 ngày.	Bác sĩ và điều dưỡng thực hiện phẫu thuật trong 90 phút. 15 phút cho điều dưỡng và 15 phút cho hộ sinh mỗi ngày	Tất cả các ca sinh bao gồm cả thai chết lưu (y) x ước tính nhu cầu cố định về mổ đẻ	286.765	Chúng tôi giả định 20% cho Việt nam	SoWMy giả định 5%
29	Kích thích chuyển dạ cho mang thai quá ngày (điều dưỡng và hộ sinh)	20 phút bác sĩ sản đánh giá và 40 phút sử dụng để theo dõi và sử dụng misoprostol (chưa tính thời gian hộ sinh theo dõi khi chuyển dạ thường)		Số ca mang thai x % số ca mang thai trên 41 tuần	71.691	SoWMy giả định 5%	5%

		Giả định về thời gian nhân viên làm việc (theo cách ước tính của OneHealth với những điều chỉnh phù hợp cho Việt Nam)	Giả định về tỷ lệ dịch vụ được cán bộ cung cấp dịch vụ thực hiện ở Việt Nam	Giả định trong Báo cáo tình trạng hộ sinh thế giới	Số lần được ước tính	Nguồn số liệu	Dữ liệu bổ sung
30+25	Xử trí chảy máu sau đẻ (bóc nhau bằng tay và/hoặc thực hiện phẫu thuật và/hoặc sử dụng oxytocics)	5 ngày nhập viện. Nhóm bác sĩ điều trị thực hiện cầm máu ngay lập tức và giải quyết các nguyên nhân gây ra xuất huyết trong 1 giờ. Theo dõi tích cực trong 4 giờ trong ngày đầu tiên. 2 giờ mỗi ngày tiếp theo trong 4 ngày	Hộ sinh và bác sĩ sẽ cùng cầm máu và giải quyết nguyên nhân gây chảy máu. Những ngày sau đó, 5 phút cho bác sĩ và còn lại là hộ sinh chăm sóc	Số phụ nữ trong độ tuổi sinh sản x tỷ lệ xuất huyết hậu sản/ 1.000 phụ nữ trong độ tuổi từ 15-49	102.519	AbouZahr 2003 [6.2% hoặc 8.1%]	7,15%
39	Xử trí chảy máu sau đẻ (bóc nhau bằng tay và/hoặc thực hiện phẫu thuật và/hoặc sử dụng oxytocics)				86.428	3.6	2,77 hay 4,5/ 1.000 phụ nữ trong độ tuổi sinh sản

D. Chăm sóc sau sinh

		Giả định về thời gian nhân viên làm việc (theo cách ước tính của OneHealth với những điều chỉnh phù hợp cho Việt Nam)	Giả định về tỷ lệ dịch vụ được cán bộ cung cấp dịch vụ thực hiện ở Việt Nam	Giả định trong Báo cáo tình trạng hộ sinh thế giới	Số lần được ước tính	Nguồn số liệu	Dữ liệu bổ sung
31-34, 36-38	Chăm sóc dự phòng sau sinh: kế hoạch hóa gia đình, chăm sóc bà mẹ bị thiếu máu, chăm sóc thân nhiệt trẻ sơ sinh, cho trẻ bú hoàn toàn sữa mẹ, tiếp xúc da kề da, tiêm chủng cho trẻ, bắt đầu điều trị ART (chuyển tuyến)	4x 20 phút bao gồm việc chăm sóc bà mẹ và trẻ em	Hộ sinh	Tất cả các ca sinh kể cả thai chết lưu, 4 lần	5.735.308		
35	Phát hiện và điều trị nhiễm trùng huyết sau sinh (hậu sản ở mẹ)	10 phút cho bác sĩ chẩn đoán và kê đơn, 5 phút cho thăm khám trong 4 ngày. 1 giờ với điều dưỡng và 30 phút cho các hoạt động hỗ trợ thêm khác mỗi ngày trong 5 ngày nội trú, thêm 30 phút cho nhân viên kỹ thuật	Giả định vai trò của hộ sinh là hỗ trợ điều dưỡng	Số phụ nữ trong độ tuổi sinh sản x tỷ lệ nhiễm trùng đường huyết sau sinh/ 1.000 phụ nữ trong độ tuổi sinh sản	65.838	AbouZahr 2003 [% số ca sinh sống]	4,40%
39	Hỏi sức trẻ sơ sinh với túi và mặt nạ	20 phút với bác sĩ 20 phút với hộ sinh	Bác sĩ và hộ sinh	Ca sinh sống x .01	14.963	Giả định của SoWMY	1%
40	Chăm sóc bà mẹ theo phương pháp Kangaroo	30 phút cho trẻ sinh non	Hộ sinh	Tổng số trẻ sinh sống x% trẻ sơ sinh nhẹ cân [có thể sử dụng tổng số trẻ sinh non để thay thế]	176.565	Nguyen và các tác giả khác, 2004	11,80%
41	Hỗ trợ bổ sung cách cho ăn đối với trẻ nhẹ cân và trẻ sinh non	5x15 phút tư vấn về cách cho ăn (đối với trường hợp bắt đầu ART thì như thế nào?)	Hộ sinh	Tất cả ca sinh kể cả thai chết lưu x tỷ lệ sinh non	169.192	Nguyen và các tác giả khác, 2004	11.80%

		Giả định về thời gian nhân viên làm việc (theo cách ước tính của OneHealth với những điều chỉnh phù hợp cho Việt Nam)	Giả định về tỷ lệ dịch vụ được cán bộ cung cấp dịch vụ thực hiện ở Việt nam	Giả định trong Báo cáo tình trạng hộ sinh thế giới	Số lần được ước tính	Nguồn số liệu	Dữ liệu bổ sung
42	Quản lý trẻ sơ sinh bị bệnh vàng da	Không có thông tin về thời gian		Tất cả các ca sinh sống x % trẻ sơ sinh vàng da cần chiếu đèn	91.149	Giả định của SoWMy	6%
43	Bắt đầu ART dự phòng cho trẻ sơ sinh phơi nhiễm HIV + tư vấn về cách cho ăn	ART = 60 phút 1 trẻ sơ sinh, 5x15 phút tư vấn về cách cho ăn đối với trẻ sơ sinh	Chủ yếu là ộ sinh - ngoại trừ 10 phút cho bác sĩ kê đơn	Tất cả ca sinh kể cả thai chết lưu x (1-% các ca đã thực hiện đủ 4 lần khám thai)x % nhiễm HIV ở người lớn	1700	Báo cáo của Cục phòng chống HIV/AIDS	1700 trẻ sơ sinh
44	Theo dõi đánh giá và điều trị kháng sinh nếu cần thiết cho trẻ sơ sinh có nguy cơ bị nhiễm trùng do vi khuẩn (bao gồm điều trị các nhiễm trùng đường huyết, viêm màng não, viêm phổi ở trẻ sơ sinh) [Lưu ý, chúng tôi đã bỏ việc điều trị nghi ngờ (trước khi có kết quả xét nghiệm chính thức) như một can thiệp vì có thể gây ra rủi ro cao trong việc kháng thuốc kháng sinh	10 phút cho hộ sinh cộng với 5 phút theo dõi thêm 5 phút cho bác sĩ chuẩn đoán và kê đơn [Nếu nhiễm trùng huyết, cần thời gian nhiều hơn, bao gồm: 40 phút / ngày * 7 ngày với hộ sinh (áp dụng với 90% số ca nhiễm) và 10% các ca đòi hỏi phải thực hiện chăm sóc toàn diện trong đó có 60 phút với bác sĩ và 120 phút với điều dưỡng mỗi ngày trong 10 ngày)	Bác sĩ đánh giá, yêu cầu xét nghiệm, kê đơn nếu cần thiết	Tổng số ca sinh sống x tỷ lệ nhiễm khuẩn ở trẻ sơ sinh	299.263	Giả định của SoWMy	20%
45	Sử dụng surfactant để ngăn ngừa hội chứng suy hô hấp ở trẻ sinh non	Kết hợp với mục 46 ở dưới		Tổng số ca sinh sống x tỷ lệ sinh non	176.565	Nguyen và các tác giả khác, 2004	11.80%
46	Máy thở áp lực dương liên tục (CPAP) để quản lý các trẻ bị hội chứng suy hô hấp (RDS)	Chăm sóc 24 giờ x 14 ngày, 1 hộ sinh cho 1 trẻ, 20 phút với bác sĩ mỗi ngày		Tổng số ca sinh sống x tỷ lệ hội chứng suy hô hấp ở trẻ sơ sinh	14.963	Giả định của Báo cáo tình trạng Hộ sinh thế giới	1%

Phụ lục 4:

Phân tích các bảo đảm về tài chính cho 46 can thiệp hộ sinh thiết yếu, 2016

Việc phân tích tập trung vào một số vấn đề liên quan tới bảo hiểm y tế như sau:

- 1) Nếu là kế hoạch hóa gia đình, sẽ không được bảo hiểm chi trả;
- 2) Nếu liên quan tới các BLTQĐTD, khám sàng lọc không có triệu chứng sẽ không được bảo hiểm chi trả, nhưng điều trị thì được (sàng lọc dự phòng);
- 3) Bổ sung axit folic và canxi là phòng ngừa, và là thực phẩm bổ sung chứ không phải là dược phẩm, vì vậy không được bảo hiểm (phòng ngừa);
- 4) Các hạng mục thuộc chương trình mục tiêu quốc gia (CTMTQG) sẽ không được bảo hiểm (hiện còn chưa rõ ràng);
- 5) Điều trị nghiện không được bảo hiểm (ví dụ bỏ thuốc lá);
- 6) Phá thai được bảo hiểm nếu do bác sỹ chỉ định do các vấn đề liên quan tới sức khỏe của mẹ và thai nhi, không chi trả cho phá thai do mang thai ngoài ý muốn vì vậy nhìn chung bảo hiểm không chi trả cho phá thai;
- 7) Một số dịch vụ - chủ yếu là sinh và chăm sóc sau sinh - chỉ được bảo hiểm y tế thanh toán khi dịch vụ được cung cấp tại cơ sở y tế. Sinh tại nhà và thăm khám sau sinh tại nhà sẽ không được bảo hiểm thanh toán.

	Can thiệp hộ sinh	Bảo hiểm y tế	Hỗ trợ của ngân sách nhà nước
TRƯỚC KHI MANG THAI			
1	Tư vấn về KHHGĐ	Không, KHHGĐ	Tổng cục DSKHHGĐ
2	Cung cấp các biện pháp KHHGĐ	Không, KHHGĐ	Tổng cục DS-KHHGĐ tài trợ cho 1 vài nhóm (thông tư liên tịch 20/2013/TTLT-BTC-BYT)
	BCS		
	Viên uống tránh thai		
	Thuốc tiêm tránh thai		
	Dụng cụ tử cung		
	Triệt sản nữ		
3	Phòng ngừa và quản lí các BLTQĐTD và HIV cho tất cả phụ nữ trong độ tuổi sinh sản		
a1	Phòng ngừa HIV qua tư vấn xét nghiệm tự nguyện cho phụ nữ không mang thai	Không, sàng lọc phòng ngừa	Cục phòng chống HIV/AIDS – các nhà tài trợ quốc tế hỗ trợ
a2	Phòng ngừa các BLTQĐTD như 1 nội dung của khám phụ khoa	Không, sàng lọc phòng ngừa	Không
b	Quản lí các BLTQĐTD ở phụ nữ không mang thai	Có, chỉ chi trả cho điều trị	Không
	Giang mai		
	Lậu		
	Chlamydia		
	Viêm âm đạo do trùng Trichomoniasis		
c	Quản lí lây nhiễm HIV	Có (Thông tư 15/2015/TT-BYT)	Cục phòng chống HIV/AIDS – các nhà tài trợ quốc tế hỗ trợ
4	Bổ sung Axit folic (cho phụ nữ trong độ tuổi sinh sản bị thiếu máu > 20%)	Không, phòng ngừa	Không
Khi mang thai			
	Gói chăm sóc trước sinh cơ bản		
5	Bổ sung sắt và axit folic (4 lần khám thai)	Không, phòng ngừa	Không
6	Tiêm phòng uốn ván	Không, thuộc hỗ trợ của chương trình mục tiêu quốc gia	chương trình mục tiêu quốc gia tiêm chủng mở rộng

	Can thiệp hộ sinh	Bảo hiểm y tế	Hỗ trợ của ngân sách nhà nước
7	Phòng ngừa và quản lý bệnh sốt rét bằng màn chống muỗi và thuốc chống sốt rét	Không, thuộc hỗ trợ của chương trình mục tiêu quốc gia	Chương trình mục tiêu quốc gia về sốt rét
a	Phòng ngừa		
b	Quản lý		
8	Phòng ngừa và kiểm soát các BLTQĐTD (như 1 phần nội dung của khám thai)		
a	Thông tin giáo dục và truyền thông (TTGDĐT) về HIV cho thai phụ	Không, phòng ngừa	Cục phòng chống HIV/AIDS
	Xét nghiệm HIV trong thai kỳ	Có (Thông tư 15/2015/TT-BYT)	Cục phòng chống HIV/AIDS – các nhà tài trợ quốc tế hỗ trợ
	Phòng ngừa và kiểm tra sàng lọc các BLTQĐTD (trừ giang mai) trong thời gian mang thai, sàng lọc HIV trong thời kỳ mang thai	Không, phòng ngừa	
b	Kiểm soát các BLTQĐTD	Có, chỉ thanh toán điều trị	Không
	Lậu		
	Chlamydia		
	Viêm âm đạo do trùng Trichomoniasis		
c	Kiểm soát HIV (trong thời gian mang thai)	Có (Thông tư 15/2015/TT-BYT)	Cục phòng chống HIV/AIDS – các nhà tài trợ quốc tế hỗ trợ
9	Bổ sung canxi để ngăn ngừa cao huyết áp	không, phòng ngừa	Không
10	Các can thiệp nhằm dừng hút thuốc	không, phòng ngừa	Không
11	Khám sàng lọc và điều trị giang mai		
a	Khám sàng lọc giang mai (xét nghiệm Rapid Plasma Reagin)	Không, phòng ngừa	Không
b	Điều trị bệnh giang mai	Có, chữa trị	Không
12	Thuốc hạ huyết áp để điều trị huyết áp cao (bao gồm cả aspirin liều thấp để ngăn ngừa tiền sản giật)	Có, chữa trị	Không
13	Thuốc hạ huyết áp để điều trị tiền sản giật (gồm cả aspirin liều thấp để ngăn ngừa tiền sản giật)	Có, chữa trị	Không

	Can thiệp hộ sinh	Bảo hiểm y tế	Hỗ trợ của ngân sách nhà nước
14	Magnesium sulfate cho điều trị sản giật (bao gồm các dịch vụ tại bệnh viện khi điều trị sản giật, nhưng không bao gồm mổ đẻ)	Có, chữa trị	Không
15	Sử dụng kháng sinh cho vỡ ối non (thai non)	Có, chữa trị	Không
16	Dùng Corticosteroids để ngăn ngừa suy hô hấp	Có, chữa trị	Không
17	Phá thai an toàn	Có điều kiện, phải là chỉ định của bác sỹ khi có rủi ro về sức khỏe cho mẹ hoặc thai nhi.	Không
Tư vấn phá thai tự nguyện			
Phá thai nội khoa			
Nong nạo			
18	Chăm sóc sau phá thai (phá thai không an toàn)	Có, chữa trị	Không
19	Giảm tình trạng ngôi thai không thuận bằng việc sử dụng thủ thuật xoay thai bên ngoài	Có, chăm sóc khi sinh	Không
20	Kích thích chuyển dạ để kiểm soát vỡ ối trước khi chuyển dạ	Có, chăm sóc khi sinh	Không
GIAI ĐOẠN SINH CON			
23	Quản lý và hỗ trợ tinh thần/hỗ trợ xã hội khi sinh đối với các ca chuyển dạ và sinh thường	Có, chăm sóc khi sinh – nhưng không thanh toán cho những ca sinh không thực hiện tại cơ sở y tế	Không
21	Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ để lấy nhau thai nhằm ngăn ngừa xuất huyết hậu sản (sử dụng biện pháp xoa bóp tử cung)	Có, chăm sóc khi sinh – nhưng không thanh toán cho những ca sinh không thực hiện tại cơ sở y tế	Không
22	Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ để lấy nhau thai nhằm ngăn ngừa xuất huyết hậu sản (sử dụng thuốc tăng trương lực tử cung)	Có, chăm sóc khi sinh – nhưng không thanh toán cho những ca sinh không thực hiện tại cơ sở y tế	Không

	Can thiệp hộ sinh	Bảo hiểm y tế	Hỗ trợ của ngân sách nhà nước
24	Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ để lấy nhau thai nhằm ngăn ngừa xuất huyết hậu sản (sử dụng biện pháp kéo dây rốn có kiểm soát)	Có, chăm sóc khi sinh – nhưng không thanh toán cho những ca sinh không thực hiện tại cơ sở y tế	Không
26a	Sàng lọc và kiểm soát lây nhiễm HIV thông qua khám sàng lọc khi sinh nếu trước đó chưa xét nghiệm	Có (thông tư 15/2015/TT-BYT)	Cục phòng chống HIV/AIDS – các nhà tài trợ quốc tế hỗ trợ
26b	Sàng lọc và kiểm soát lây nhiễm HIV trong thời gian sinh – điều trị	Có (thông tư 15/2015/TT-BYT)	Cục phòng chống HIV/AIDS – các nhà tài trợ quốc tế hỗ trợ
27	Sử dụng kháng sinh dự phòng trong mổ sinh	Có, chăm sóc khi sinh	Không
28	Mổ sinh theo chỉ định của bác sỹ do sức khỏe của mẹ hoặc thai nhi (bao gồm cả kháng sinh dự phòng trong mổ sinh)	Có, chăm sóc khi sinh	Không
29	Kích thích chuyển dạ cho mang thai quá ngày (điều dưỡng hoặc hộ sinh)	Có, chăm sóc khi sinh	Không
25	Xử trí chảy máu sau đẻ (bóc nhau bằng tay)	Có, chăm sóc khi sinh	Không
30	Quản lý xuất huyết hậu sản (bóc nhau bằng biện pháp phẫu thuật và/hoặc sử dụng thuốc oxytocics)	Có, chăm sóc khi sinh	Không
Chăm sóc sau sinh			
31	Chăm sóc dự phòng sau sinh, kế hoạch hóa gia đình	Không, KHHGĐ	Không
32	Chăm sóc dự phòng sau sinh, bệnh thiếu máu ở mẹ	Có, chăm sóc khi sinh	Không
33	Chăm sóc dự phòng sau sinh, chăm sóc thân nhiệt	Có, chăm sóc khi sinh	Không
34	Chăm sóc dự phòng sau sinh, cho trẻ bú hoàn toàn sữa mẹ	Có, chăm sóc khi sinh	Không
36	Chăm sóc dự phòng sau sinh, chăm sóc vệ sinh da và rốn	Có, chăm sóc khi sinh	Không
37	Chăm sóc dự phòng sau sinh, tiêm phòng,	Không, chương trình mục tiêu quốc gia	chương trình mục tiêu quốc gia -EPI
38	Bắt đầu thực hiện ART cho các bà mẹ mới phát hiện nhiễm HIV	Có (15/2015/TT-BYT)	Cục phòng chống HIV/AIDS- do các nhà tài trợ quốc tế hỗ trợ
35	Phát hiện và điều trị nhiễm trùng huyết sau sinh (hậu sản ở mẹ)	Có, chữa trị	Không
39	Hỏi sức trẻ sơ sinh với túi và mặt nạ	Có, chăm sóc khi sinh	Không
40	Chăm sóc bà mẹ theo phương pháp Kangaroo	Có, chăm sóc khi sinh	Không

	Can thiệp hộ sinh	Bảo hiểm y tế	Hỗ trợ của ngân sách nhà nước
41	Hỗ trợ thêm về cách cho ăn đối với trẻ sinh nhẹ cân và sinh non	Không, Phòng ngừa	Không
42	Quản lý trẻ sơ sinh bị bệnh vàng da	Có, chữa trị	Không
43	Bắt đầu thực hiện điều trị dự phòng ARV cho trẻ sơ sinh phơi nhiễm với HIV + tư vấn về cách cho ăn	Có (Thông tư 15/2015/TT-BYT)	Cục phòng chống HIV/AIDS- do các nhà tài trợ quốc tế hỗ trợ
44	Dùng kháng sinh dự phòng (chưa có kết quả xét nghiệm chính thức) cho trẻ sơ sinh có nguy cơ bị nhiễm trùng do vi khuẩn (bao gồm điều trị các nhiễm trùng huyết, viêm màng não, viêm phổi ở trẻ sơ sinh)	Có, chữa trị	Không
45	Sử dụng surfactant để ngăn ngừa hội chứng suy hô hấp ở trẻ sinh non	Có, chữa trị	Không
46	Máy thở áp lực dương liên tục (CPAP) để quản lý trẻ bị hội chứng suy hô hấp (RDS)	Có, chữa trị	Không

Phụ lục 5:

Danh mục các văn bản thể hiện khung chính sách về Hộ sinh ở Việt Nam

Bảng A5.1: Các chính sách liên quan tới quy định phạm vi công việc của hộ sinh

Mã chính sách	Chính sách
Thông tư 07/2013/TT-BYT ngày 8/3/ 2013 của Bộ Y tế	Quy định tiêu chuẩn, chức năng nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn bản và Cô đỡ thôn bản
Thông tư Liên tịch số 26/2015/TTLT-BYT-BNV ngày 7/10/2015 của Bộ Y tế và Bộ Nội vụ	Quy định mã số, tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật Y (thay thế Thông tư 12/2011/TT-BYT của Bộ Y tế.
Thông tư Liên tịch số 10/2015/TTLT-BYT-BNV ngày 27/5/2015 của Bộ Y tế và Bộ Nội vụ	Quy định mã số, tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp bác sĩ, bác sĩ y học dự phòng, y sĩ
Thông tư 50/2014/TT-BYT của Bộ Y tế	Quy định việc phân loại phẫu thuật, thủ thuật và định mức nhân lực trong từng ca phẫu thuật, thủ thuật
Quyết định 385/2001/QĐ-BYT ngày 13/2/2001 của Bộ Y tế	Ban hành quy định nhiệm vụ kỹ thuật trong lĩnh vực chăm sóc Sức khỏe sinh sản tại các cơ sở y tế
Thông tư 05/2016/TT-BYT ngày 26/2/2016 của Bộ Y tế	Quy định về kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú
Thông tư 23/2011/TT-BYT	Hướng dẫn sử dụng thuốc trong các cơ sở y tế có giường bệnh
Thông tư 1895/1997/QĐ-BYT ngày 29/2/2016 của Bộ Y tế	Về việc ban hành quy chế bệnh viện
Thông tư 43/2013/TT-BYT Ngày 11/12/2013 của Bộ Y tế	Quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Bảng A5.2 Các chính sách về đào tạo mới ngành hộ sinh

Mã chính sách	Tên chính sách	Có quy định cụ thể về cán bộ hộ sinh không	Có tuân theo tiêu chuẩn của hiệp hội hộ sinh thế giới không
Thông Tư			
Quyết định 342/QĐ-BYT ngày 24/1/2014 của Bộ Y tế	Phê duyệt tài liệu: "Chuẩn năng lực cơ bản Hộ sinh Việt Nam"	Có	Có
Quyết định 2847/QĐ-BYT ngày 15/8/2012 của Bộ Y tế	Phê duyệt chương trình và tài liệu đào tạo cô đỡ thôn bản	Cô đỡ thôn bản khác so với hộ sinh	Không
Quyết định 23/2003/QĐ-BYT ngày 6/1/2003 của Bộ Y tế	Ban hành chương trình khung giáo dục Trung học chuyên nghiệp ngành hộ sinh	Có	Không
Thông tư 11/2010/TT-Bộ GD-ĐT ngày 23/3/2010 của Bộ Giáo dục Đào tạo	Ban hành chương trình khung giáo dục đại học khối ngành khoa học sức khỏe, trình độ cao đẳng	Có	Có
Quyết định 659/QĐ-BYT ngày 25/2/2015 của Bộ Y tế	Ban hành điều kiện chuyên môn bảo đảm đào tạo hộ sinh trình độ đại học, cao đẳng tại Việt Nam	Có	Có
Các cơ sở cung cấp thực hành lâm sàng cho đào tạo hộ sinh			
Thông tư 09/2008/TT-BYT Ngày 1/8/ 2008 của Bộ Y tế	Hướng dẫn việc kết hợp giữa các cơ sở Đào tạo Cán bộ Y tế với các Bệnh viện thực hành trong Công tác đào tạo, Nghiên cứu khoa học và chăm sóc sức khỏe Nhân dân	Không	Không
Dự thảo Nghị định mới thay thế Thông tư 09 của Bộ Y tế, (dự kiến ban hành năm 2016)	Quy định về phối hợp giữa cơ sở giáo dục và cơ sở thực hành trong đào tạo khối ngành khoa học sức khỏe	Không	Không
Bộ GD-ĐT quản lý thông qua việc sử dụng mã đào tạo			
Quyết định 38/2009/QĐ-TTg Ngày 9/3/2009 của Bộ Y tế	Ban hành bảng danh mục giáo dục, đào tạo của hệ thống giáo dục quốc dân	Không, chung với điều dưỡng	Không áp dụng
Thông tư 34/2011/TT-BGDĐT Ngày 11/8/ 2011 của Bộ GD-ĐT	Ban hành danh mục giáo dục, đào tạo cấp IV trình độ trung học chuyên nghiệp	Có	Không áp dụng
Thông tư 15/VBHN-BGDĐT ngày 8/3/2014	Ban hành danh mục giáo dục, đào tạo cấp IV trình độ Cao đẳng, đại học	Có, cao đẳng	Không áp dụng

Bảng A5.3: Các chính sách về đăng ký hành nghề của hộ sinh

Mã chính sách và ngày ban hành	Tên chính sách	Có liên quan trực tiếp tới hộ sinh không?
Luật 40/2009/QH12 ngày 23/11/2009	Luật Khám bệnh, chữa bệnh	Có
Nghị định 87/2011/NĐ-CP ban hành ngày 27/9/ 2011	Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh	Không
Văn bản hướng dẫn 01/VBHN-BYT ngày 26/2/2016 của Bộ Y tế cho hai thông thư 41/2011/TT-BYT và thông tư 41/2015/TT-BYT]	Hướng dẫn cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề y và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh	Quy định kết hợp cho hộ sinh, kỹ thuật viên và điều dưỡng

Bảng A5.4: Các quy định về đào tạo liên tục trong ngành y tế nhằm nâng cao trình độ tay nghề và bằng cấp và cấp lại chứng chỉ sau khi bị thu hồi

Mã chính sách và ngày ban hành	Tên chính sách
Đào tạo liên tục trong ngành y tế	
Quyết định 493/QĐ-BYT ngày 17/2/ 2012 của BYT	Ban hành “Quy định về tiêu chuẩn đảm bảo chất lượng đơn vị đào tạo liên tục cán bộ y tế”
Quyết định 492/QĐ-BYT ngày 17/2/2012 của BYT	Cấp mã chứng nhận đào tạo liên tục cho các đơn vị tham gia đào tạo cán bộ y tế
Thông tư 22/2013/TT-BYT ngày 9 /8/ 2013 của BYT	Hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ Y tế
Công văn 2034/BYT-K2DT ngày 18/4/ 2014 của Cục KHCN&ĐT	Tăng cường chất lượng công tác đào tạo liên tục cán bộ y tế.
Quyết định 3982/QĐ-BYT ngày 3/10/2014 của BYT	Phê duyệt tài liệu “Hướng dẫn kỹ năng cơ bản của người đỡ đẻ có kỹ năng”
Quyết định 5063/QĐ-BYT ngày 5/12/ 2014 của BYT	Phê duyệt chương trình và tài liệu đào tạo “Nuôi dưỡng trẻ nhỏ”
Chính sách về cấp lại chứng chỉ sau khi bị thu hồi	
Quyết định 2803/QĐ-BYT ngày 2/8/ 2013 của BYT	Ban hành quy chế tổ chức và hoạt động của Hội đồng tư vấn cấp, cấp lại chứng chỉ hành nghề của Bộ Y tế
Quyết định 3673/QĐ-BYT ngày 17/9/ 2014 của BYT	Công bố thủ tục hành chính mới ban hành thuộc phạm vi chức năng quản lý của Bộ Y tế
Nâng cao trình độ từ bậc thấp lên bậc cao hơn	
Công văn 1915/BYT-K2DT ngày 8/4/2013 của Cục KHCN&ĐT	Hướng dẫn thực hiện một số quy định về đào tạo liên thông trình độ cao đẳng, đại học thuộc khối ngành khoa học sức khỏe
Thông tư 08/2015/TT-BGDĐT ngày 21/4/ 2015 của Bộ GD-ĐT	Sửa đổi, bổ sung một số điều của Quy định đào tạo liên thông trình độ cao đẳng, đại học ban hành kèm theo Thông tư số 55/2012/TT-BGDĐT

Văn bản hợp nhất 02/VBHN-BGDDT 5/8/ 2015 của Bộ GD-ĐT (Hợp nhất thông tư 08/2015 và thông tư 55/2012) Quy định đào tạo liên thông trình độ cao đẳng, đại học

Bảng A5.5: Các quy định về khiếu nại và bồi thường

Tên chính sách	Nội dung điều chỉnh liên quan
Luật 02/2011/QH13 ngày 11/11/2011	Luật Khiếu nại (được sửa đổi từ Luật Khiếu nại ban hành năm 1998)
Nghị định 75/2012/ND-CP ngày 3 /10/ 2012 của Chính phủ	Quy định chi tiết một số điều của Luật khiếu nại
Quyết định 44/2005/QĐ-BYT ngày 3/10/ 2012, BHYT	Ban hành "Quy định về giải quyết khiếu nại trong lĩnh vực y tế"
Nghị định 122/2014/ND-CP ngày 25/12/ 2014 của chính phủ	Tổ chức và hoạt động của thanh tra y tế
Thông tư 35/2013/TT-BYT ngày 30/10/ 2013, BHYT	Quy định về thu hồi chứng chỉ hành nghề, giấy phép hoạt động và đình chỉ hoạt động chuyên môn của người hành nghề, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Bảng A5.6: Một số chính sách liên quan tới đạo đức nghề nghiệp của người hộ sinh

Mã chính sách và ngày ban hành	Tên chính sách
Quyết định số 2088/BYT-QĐ Ngày 6/11/ 1996 của BHYT	Ban hành "Quy định về Y đức"
Thông tư số 07/2014/TT-BYT ngày 25/2/ 2014 của BHYT	Quy định về quy tắc ứng xử của công chức, viên chức, người lao động làm việc tại các cơ sở y tế
Quyết định số 2151/QĐ-BYT ngày 4/6/ 2015 của BHYT	Phê duyệt kế hoạch triển khai thực hiện "Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh"
Kế hoạch số 784/KH-BYT ngày 20/8/2015 của BHYT	Tập huấn cho đội ngũ báo cáo viên các cơ sở y tế về kỹ năng giao tiếp, ứng xử góp phần "đổi mới phong cách thái độ phục vụ của cán bộ y tế, hướng tới đáp ứng sự hài lòng của người bệnh".
Nghị định số 176/2013/ND-CP ngày 14/11/ 2013 của Chính phủ	Quy định xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực y tế

Phụ lục 6:

Mức độ sẵn có của các loại dịch vụ hộ sinh tại thời điểm năm 2010

Năm 2010, Vụ SKBMTE đã thực hiện một cuộc khảo sát về mạng lưới và năng lực cung cấp dịch vụ chăm sóc SKSS. Năm 2013, Vụ thực hiện một cuộc khảo sát tiếp theo về vấn đề này với quy mô nhỏ hơn. Các bảng biểu dưới đây tóm tắt kết quả về mức độ sẵn có của các nhóm dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tại các loại hình cơ sở cung cấp dịch vụ. Cuộc khảo sát không hỏi được tất cả các đầu mục thông tin đối với tất cả các cơ sở y tế. Dường như cuộc khảo sát giả định rằng các cơ sở y tế tuyến cao hơn sẽ có đầy đủ các năng lực cơ bản, và các TYTX và phòng khám đa khoa khu vực sẽ không có các năng lực cung cấp các dịch vụ có yêu cầu công nghệ cao. Hiện có thêm 9 bệnh viện chuyên về sản hoặc sản nhi kết hợp tại tuyến tỉnh. Hầu hết các bệnh viện này hiện đang cung cấp đầy đủ các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản nên các bệnh viện này không được liệt kê trong các bảng dưới đây. Số lượng của mỗi loại hình cơ sở được liệt kê trong bảng đầu tiên để đọc giả tiện hình dung.

Bảng A: Mức độ sẵn có của dịch vụ siêu âm theo loại hình và tuyến cơ sở, 2010

	TYTX	Phòng khám đa khoa khu vực	Khoa SKSS trung tâm y tế huyện	Bệnh viện huyện	Trung tâm SKSS tỉnh	Bệnh viện đa khoa tỉnh
n	10.981	510	687	595	64	110
Siêu âm sản/phụ khoa (siêu âm chẩn đoán, siêu âm 2D)	7%	39%	35%	71%	98%	94%
Siêu âm trong âm đạo			10%	24%	80%	65%
Siêu âm 3D			6%	32%	41%	66%
Siêu âm khám sàng lọc trước sinh			14%	40%	58%	68%
Siêu âm hộp sọ						29%
Siêu âm doppler máu						76%

Bảng B: Mức độ sẵn có của các dịch vụ liên quan tới các BLTQĐTD, 2010

	TYTX	Phòng khám đa khoa khu vực	Khoa SKSS trung tâm y tế huyện	Bệnh viện huyện	Trung tâm SKSS tỉnh	Bệnh viện đa khoa tỉnh
Xét nghiệm sàng lọc HIV (xét nghiệm nhẹ sàng lọc HIV)	3%	19%	64%	88%	67%	88%
Xét nghiệm sàng lọc Viêm gan B (xét nghiệm nhẹ để sàng lọc Viêm gan B)	3%	16%	59%		63%	
Xét nghiệm sàng lọc giang mai	23%	18%	18%		41%	
Xét nghiệm Chlamydia			18%		36%	
Soi tươi dịch tiết âm đạo (ví dụ sàng lọc bệnh lậu)	4%	17%	67%		98%	
Kiểm tra và điều trị các bệnh LNQĐTD và NKĐSS thông thường	93%	86%	77%	93%	98%	92%

Bảng C: Phát hiện ung thư phụ khoa và điều trị các tổn thương tiền ung thư

	TYTX	Phòng khám đa khoa khu vực	Khoa SKSS trung tâm y tế huyện	Bệnh viện huyện	Trung tâm SKSS tỉnh	Bệnh viện đa khoa tỉnh
Khám lâm sàng để phát hiện khối u vú, u nang tử cung, ung thư cổ tử cung	63%	66%	71%			
Lấy vật phẩm mô cổ tử cung thực hiện xét nghiệm sàng lọc ung thư cổ tử cung (PAP smear)	9%	21%	33%		80%	
Phân tích mẫu xét nghiệm sàng lọc ung thư cổ tử cung (Pap Smear)	..	..	20%		77%	64%
Xét nghiệm VIA hoặc VILI	7%	33%	53%		..	
Soi cổ tử cung	..	..	17%	32%	89%	75%
Liệu pháp Cryo/đốt cổ tử cung (điều trị HPV)	2%	..		36%	75%	77%
Chụp quang tuyến vú	..	..	3%	15%	13%	32%
Chụp cản quang tử cung – vòi trứng (x-quang tử cung)	..	..	2%	8%	5%	36%
Dịch vụ tiêm chủng HPV	..	..	13%		16%	

Bảng D: Dịch vụ KHHGD

	TYTX	Phòng khám đa khoa khu vực	Khoa SKSS trung tâm y tế huyện	Bệnh viện huyện	Trung tâm SKSS tỉnh	Bệnh viện đa khoa tỉnh
BCS miễn phí	76%	40%	56%			
Thuốc tránh thai miễn phí	81%	44%	63%			
Thuốc tiêm tránh thai	78%	51%	79%			
Que cấy tránh thai			62%	35%	98%	36%
Đặt/tháo dụng cụ tử cung	82%	77%	87%		100%	
Viên tránh thai khẩn cấp	21%	6%	14%	19%		
Triệt sản nam				57%	52%	68%
Triệt sản nữ				71%	45%	92%

Bảng E: Mức độ sẵn có của dịch vụ phá thai

	TYTX	Phòng khám đa khoa khu vực	Khoa SKSS trung tâm y tế huyện	Bệnh viện huyện	Trung tâm SKSS tỉnh	Bệnh viện đa khoa tỉnh
Phá thai nội khoa dưới 7 tuần		10%			92%	
Hút phá thai dưới 7 tuần (hút điều hoà kinh nguyệt)	32%	49%	69%		100%	
Hút phá thai đến 12 tuần		9%	33%	12%	97%	73%
Kỹ thuật nong nạo (D & C) sử dụng trong phá thai từ 13 đến 18 tuần tuổi				51%	20%	53%
Hủy bỏ thai trứng						80%
Phá thai bệnh lý						78%
Phá thai bằng phương pháp Kovak						54%
Phá thai nội khoa lên đến 22 tuần tuổi						51%

Bảng F: Mức độ sẵn có dịch vụ khám thai, 2010

	TYTX	Phòng khám đa khoa khu vực	Khoa SKSS trung tâm y tế huyện	Bệnh viện huyện	Trung tâm SKSS tỉnh	Bệnh viện đa khoa tỉnh
Phát hiện thai sớm (biện pháp bất kì)	44%	52%	74%	không có thông tin	97%	
Khám thai	93%	70%	75%	không có thông tin	98%	
Tư vấn, hướng dẫn thai phụ bổ sung viên sắt, axit folic và các vi chất khác	..			không có thông tin		
Cung cấp viên sắt, axit folic, vitamin tổng hợp cho phụ nữ mang thai	..			không có thông tin		
Tiêm vắc xin phòng uốn ván cho phụ nữ mang thai	95%	45%	45%	không có thông tin	33%	4
Khám sàng lọc trước sinh nhằm tìm ra sự bất thường của thai nhi			49%	không có thông tin	53%	46%
Khám sàng lọc triple test cho thai nhi						7%
Chọc ối						6%
Theo dõi và quản lý thai nhi có bệnh lý				không có thông tin	52%	90%

Bảng G: Mức độ sẵn có của dịch vụ đỡ đẻ, 2010

	TYTX	Phòng khám đa khoa	Bệnh viện huyện	Bệnh viện đa khoa tỉnh
Theo dõi chuyển dạ sử dụng biểu đồ chuyển dạ (partograph)	75%	72%	92%	95%
Xử trí 5 biến chứng sản khoa	81%	82%		
- Đẻ thường (ngôi không ngược)	84%	83%		
-Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ	74%	76%	96%	95%
-Sử Dụng MgSO4 để điều trị tiền sản giật và sản giật	58% (2013)	không có thông tin	không có thông tin	
Bóc nhau thai bằng tay (trong trường hợp xuất huyết)	49%	58%		
-Xoa bóp tử cung sau sinh	65%	72%		
Cắt tầng sinh môn và khâu chỉ	78%	82%		
Chăm sóc chỗ cắt tầng sinh môn bị nhiễm trùng	62%	66%		
Khâu chỗ rách hậu môn độ 2	54%	64%		
Khâu sửa chữa chỗ rách cổ tử cung, âm đạo				95%
Đỡ đẻ có sử dụng Forceps			39%	65%
Đỡ đẻ có sử dụng giác hút			45%	76%
Mổ đẻ			68%	93%
Sinh đôi				96%
Sinh ngôi ngược				95%

Bảng H: Mức độ sẵn có của dịch vụ sau sinh

	TYTX	Phòng khám đa khoa khu vực	Khoa SKSS trung tâm y tế huyện	Bệnh viện huyện	Trung tâm SKSS tỉnh	Bệnh viện đa khoa tỉnh
Tiêm Vitamin K1 cho trẻ sơ sinh	62%	68%				
Hồi sức trẻ sơ sinh (do bị ngạt)	78%	81%				
Chăm sóc rốn cho trẻ sơ sinh	88%	82%				
Hướng dẫn bà mẹ trong việc chăm sóc theo phương pháp Kangaroo	82%	75%	63%	72%		56%
Tư vấn cho bà mẹ về việc cho trẻ bú sữa mẹ	97%	85%	87%	94%	100%	89%
Chăm sóc trẻ sơ sinh > 2000 g không bị suy hô hấp và có thể bú sữa mẹ						
Chăm sóc trẻ sơ sinh nhẹ cân sinh non trong lồng ấp				27%		74%
Đèn Bili cho trẻ vàng da				36%		82%
Sử dụng CPAP điều trị suy hô hấp sơ sinh				17%		65%
Chương trình tiêm chủng mở rộng	98%					
Thăm khám sau sinh tại nhà	95%	45%				



Tòa nhà Xanh Liên hợp quốc

304 Kim Mã, Hà Nội, Việt Nam

ĐT: (+844) 38500100

Fax: (+844)37265520

Website: <http://vietnam.unfpa.org>