

TÓM TẮT VẬN ĐỘNG CHÍNH SÁCH



ĐỔI MỚI KẾ HOẠCH HOẠ GIA ĐÌNH TỰ NGUYỆN TẠI VIỆT NAM GIAI ĐOẠN 2011-2020

MỤC ĐÍCH CỦA BẢN TÓM TẮT VẬN ĐỘNG CHÍNH SÁCH

Bản vận động chính sách này được xây dựng nhằm tăng cường cam kết chính trị của các bên liên quan trong việc đổi mới và phát triển một chương trình KHHGD toàn diện ở Việt Nam, góp phần thúc đẩy tiến trình hướng tới tiếp cận phổ cập với thông tin và dịch vụ KHHGD tự nguyện.

Bản tóm tắt vận động chính sách nêu bật những thách thức của chương trình KHHGD và phác họa những nguyên tắc chính trong quá trình đổi mới. Bản tóm tắt này phù hợp với các mục tiêu phát triển quốc tế, tinh thần của Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển (ICPD) và các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ (MDG), đặc biệt là MDG 5b về tiếp cận phổ cập với sức khỏe sinh sản vào năm 2015, cũng như Chiến lược Quốc gia về Dân số và Sức khỏe sinh sản giai đoạn 2011-2020 của Chính phủ Việt Nam.

THÔNG TIN CƠ SỞ

Hiện nay có khoảng 200 triệu phụ nữ ở các nước đang phát triển không được tiếp cận với các biện pháp tránh thai hiện đại. Hậu quả là nhiều người trong số họ không thể tránh được việc có thai ngoài ý muốn, mà kết cục có thể là sinh đẻ không an toàn hoặc phá thai không an toàn. Đây là hai nguyên nhân chính dẫn tới tình trạng tử vong mẹ [1]. Những lợi ích của một chương trình KHHGD tự nguyện bao gồm:

Giảm tử vong mẹ và trẻ sơ sinh

Tiếp cận với dịch vụ KHHGD có chất lượng có thể giảm được 50 triệu ca có thai ngoài ý muốn và gần 80,000 ca tử vong mẹ do các biến chứng liên quan đến quá trình mang thai và sinh nở, đồng thời giảm trên 500.000 ca tử vong sơ sinh mỗi năm trên phạm vi toàn cầu [2]. Tiếp cận với thông tin, dịch vụ và hàng hoá về KHHGD cũng góp phần quan trọng nhằm làm giảm tình trạng phá thai, phòng chống HIV/AIDS

THÔNG ĐIỆP CHÍNH:

Việt Nam đã trải qua những thay đổi to lớn về nhân khẩu học, y tế và kinh tế- xã hội trong những thập kỷ vừa qua. Đổi mới toàn diện và mở rộng chương trình quốc gia về KHHGD là một trong những yêu cầu mới cho phát triển kinh tế xã hội. Ước tính hiện nay Việt Nam có khoảng 23 triệu phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (nhóm tuổi từ 15-49), một lực lượng dân số lớn nhất trong lịch sử nhân khẩu học của Việt Nam. Điều này tạo ra nhu cầu lớn và ngày càng gia tăng về hàng hoá và dịch vụ sức khỏe sinh sản. Nhu cầu chưa được đáp ứng về tránh thai trong nhóm phụ nữ chưa lập gia đình cao khoảng gấp ba lần so với nhóm phụ nữ đã lập gia đình, lần lượt là 34,3% và 11,2%. Điều đáng lưu ý là chất lượng dịch vụ KHHGD bị hạn chế bởi sự thiếu hụt các nhà cung cấp dịch vụ có năng lực và sự thiếu hụt trong cung ứng phương tiện tránh thai. Ví dụ: với khả năng hiện tại, chương trình KHHGD chỉ có thể đáp ứng khoảng 40% nhu cầu về bao cao su.

Những nguyên tắc chính cho đổi mới chương trình KHHGD bao gồm: (i) một tầm nhìn hướng tới tiếp cận phổ cập đối với thông tin, dịch vụ và hàng hoá về KHHGD tự nguyện; (ii) Các cam kết chính trị đối với kết quả đầu ra, tính minh bạch, trách nhiệm giải trình và tính bền vững của chương trình; (iii) Quốc gia làm chủ quá trình đổi mới; (iv) Phát triển đối tác chiến lược để đạt được các kết quả to lớn hơn trong chăm sóc liên tục cho sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ, trẻ em và trẻ sơ sinh; (v) Đảm bảo giới trẻ, người nghèo và các nhóm dân cư dễ bị tổn thương như nữ lao động di cư, phụ nữ sống chung với HIV/AIDS, và các bệnh lây truyền qua đường tình dục không bị bỏ rơi trong quá trình này.

và các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục khác.

Cải thiện tình trạng sức khỏe, kinh tế và giáo dục của phụ nữ và trẻ em gái

Kết quả của nhiều nghiên cứu cho thấy những phụ nữ có khả năng tiếp cận với

chương trình KHHGD tự nguyện có thể có vị thế tốt hơn trong việc tăng thu nhập gia đình, giúp gia đình giàu có hơn, từ đó tăng đầu tư cho chăm sóc sức khỏe và học hành của con cái[3].

Tăng cường quyền năng cho phụ nữ và trẻ em gái

Trì hoãn tuổi kết hôn và có thai lần đầu giúp gia tăng đáng kể cơ hội học tập cho phụ nữ trẻ. Kết hôn muộn hơn cho phép phụ nữ trẻ có thời gian phát triển các kỹ năng tốt hơn, tự tin hơn và vì thế có thể có được các cơ hội việc làm tốt hơn [4].

TẠI SAO VIỆT NAM CẦN ĐỔI MỚI CHƯƠNG TRÌNH KHHGD?

Những thách thức mới xuất hiện trong quá trình chuyển đổi về y tế và nhân khẩu học đặt ra nhu cầu đổi mới toàn diện chương trình KHHGD, để có thể đáp ứng hiệu quả hơn những yêu cầu phát triển kinh tế xã hội của Việt Nam.

Nhu cầu lớn hơn về thông tin, hàng hoá và dịch vụ KHHGD

Tính tới năm 2011, qui mô dân số của Việt Nam vào khoảng 88 triệu, trong đó có khoảng 23 triệu phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, từ 15-49, một đội ngũ lớn nhất trong lịch sử nhân khẩu học của Việt Nam. Ước tính khoảng 79% phụ nữ trong độ tuổi sinh sản hiện đang sử dụng các biện pháp tránh thai. Điều này liên quan với xu hướng giảm sinh, dẫn tới nhu cầu ngày càng gia tăng về hàng hóa và về dịch vụ sức khỏe sinh sản trong những năm tới, đặc biệt trong cung ứng phương tiện tránh thai.

Mặc dù dụng cụ tử cung chiếm trên 50% trong cơ cấu các biện pháp tránh thai ở



nhóm phụ nữ đã kết hôn[5], biện pháp này tỏ ra không phù hợp với phụ nữ trẻ chưa kết hôn. Điều này đặt ra một nhu cầu đa dạng hoá các biện pháp tránh thai, theo hướng tăng các biện pháp tránh thai tạm thời như bao cao su và viên uống tránh thai.

Nhu cầu chưa được đáp ứng về dịch vụ KHHGD còn cao

Theo Báo cáo Điều tra phân tầng đa chỉ số(MICS) thực hiện năm 2010, có sự khác biệt lớn về nhu cầu chưa được đáp ứng về KHHGD giữa phụ nữ đã lập gia đình và phụ nữ chưa lập gia đình. Nhu cầu tránh thai chưa được đáp ứng ở phụ nữ chưa lập gia đình cao gấp ba lần so với phụ nữ đã lập gia đình, 34,3% so với 11,2%[5]. Nhu cầu



tránh thai chưa được đáp ứng cũng cao hơn ở phụ nữ sinh sống trong khu vực Miền núi và Trung du phía Bắc và khu vực Tây nguyên.

Việc tiếp cận với các dịch vụ KHHGD, đặc biệt đối với các biện pháp tránh thai hiện đại của phụ nữ trẻ, đặc biệt nữ lao động di cư còn hạn chế. Họ phải đối mặt với nhiều rào cản mà hậu quả là nhu cầu chưa được đáp ứng về các biện pháp tránh thai hiện đại của nhóm này cao hơn mức trung bình của cả nước [6].

Chất lượng dịch vụ KHHGD còn hạn chế

Chất lượng dịch vụ KHHGD còn nhiều hạn chế do thiếu các nhà cung cấp dịch vụ KHHGD có đầy đủ năng lực thực hiện dịch vụ. Hiện chỉ khoảng 22,2% số cán bộ y tế tuyến huyện và tỉnh có đủ năng lực thực hiện đúng qui trình kỹ thuật đặt dụng cụ tử cung. Việc cung cấp dịch vụ tư vấn KHHGD cũng cần được cải thiện, đặc biệt là cho phụ nữ sau sinh, sau phá thai, trong thời



kỳ cho con bú, giai đoạn tiền mãn kinh, để đảm bảo rằng họ được thông tin về các biện pháp KHHGĐ phù hợp nhất đồng thời làm giảm tỷ lệ ngừng sử dụng các biện pháp tránh thai[7].

Cơ sở hạ tầng và trang thiết bị sẵn có vẫn chưa đầy đủ đối với nhiều trung tâm y tế xã, nhất là ở các khu vực miền núi nơi phần lớn đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống [8]. Chất lượng dịch vụ KHHGĐ do các đội lưu động cung cấp vẫn còn là mối quan ngại, và trong một số trường hợp dịch vụ này chưa chú trọng tới yếu tố văn hoá.

Cung ứng phương tiện tránh thai chưa được đảm bảo

Đến năm 2008, 85% tổng số phương tiện tránh thai vẫn do các đối tác phát triển quốc tế hỗ trợ. Tuy nhiên sự hỗ trợ này đã giảm đi đáng kể từ khi Việt Nam trở thành quốc gia có mức thu nhập trung bình từ năm 2010. Mặc dù Chính phủ đã gia tăng ngân sách cho chương trình KHHGĐ, thiếu hụt phương tiện tránh thai vẫn còn là một mối quan ngại đáng kể. Một ví dụ là chương trình KHHGĐ mới đáp ứng được khoảng 40% nhu cầu bao cao su [9].

Vẫn còn những khoảng trống trong hệ thống thông tin hậu cần về phương tiện tránh thai, bao gồm các kế hoạch phân phối và mua bán. Các điều kiện và trang thiết bị về kho bãi và bảo quản vẫn chưa phù hợp cho việc giám sát và quản lý việc cung ứng phương tiện tránh thai một cách hiệu quả. Tiếp thị xã hội phương tiện tránh thai vẫn còn phải đương đầu với nhiều khó khăn thách thức do còn thiếu những nỗ lực trong việc điều phối và phối hợp giữa các chương trình. Vẫn còn thiếu những chính sách giá phù hợp cho các phương tiện tránh thai, bao gồm cả bao cao su[10].

NHỮNG NGUYÊN TẮC CHÍNH TRONG ĐỔI MỚI CHƯƠNG TRÌNH KHHGĐ

Tầm nhìn của việc đổi mới và mở rộng chương trình KHHGĐ cần hướng tới việc đạt được **tiếp cận phổ cập với các thông tin, dịch vụ và hàng hoá cho KHHGĐ tự nguyện**, đồng thời phải nằm trong một khuôn khổ chương trình rộng hơn về quyền và sức khỏe sinh sản/tình dục như đã đề cập trong như ICPD và MGDs.

Việc đổi mới chương trình KHHGĐ cần hướng tới việc đạt được sự **bình đẳng trong tiếp cận với các dịch vụ KHHGĐ** bằng cách đảm bảo rằng người nghèo và những nhóm dân cư dễ bị tổn thương về mặt xã hội như phụ nữ chưa lập gia đình, nữ thanh niên di cư và phụ nữ sống chung với HIV/AIDS không bị bỏ rơi trong quá trình thực hiện chương trình. Ví dụ: hiện nay nhu cầu chưa được đáp ứng về KHHGĐ trong nhóm phụ nữ chưa lập gia đình là 34.3%.

Cam kết chính trị đối với kết quả, tính minh bạch, trách nhiệm giải trình và tính bền vững cho một chương trình KHHGĐ đổi mới là yêu cầu không thể tách rời trong hệ thống tài chính y tế và hệ thống cung cấp dịch vụ y tế. Đồng thời cần tập trung gỡ bỏ các rào cản về văn hoá, xã hội. Cần đảm bảo ngân sách cho chương trình quốc gia về KHHGĐ trong tài khoản y tế quốc gia.

Đảm bảo thực hiện Quốc gia làm chủ đi đôi với một quá trình minh bạch và trách nhiệm giải trình trong suốt quá trình đổi mới, tập trung vào các ưu tiên, các điều kiện và nhu cầu của quốc gia. Phát triển các quan hệ đối tác chiến lược, cùng với sự tham gia của khu vực tư nhân là yếu tố quan trọng trong cải thiện chất lượng dịch vụ KHHGĐ.

Hỗ trợ tài chính từ các đối tác phát triển nên đóng vai trò xúc tác trong một nỗ lực chung, cùng với hệ thống y tế đổi mới chương trình KHHGĐ nhằm đảm bảo việc chăm sóc sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ, sức khỏe trẻ em và trẻ sơ sinh trong dài hạn.

KÊU GỌI HÀNH ĐỘNG

Chính Phủ cần tiếp tục thực hiện các cam kết chính trị mạnh mẽ nhằm đảm bảo tiếp

cận với chương trình KHHGD tự nguyện trên phạm vi toàn quốc. Điều này bao gồm việc bổ sung các nguồn lực sẵn có trong nước, gỡ bỏ các rào cản về chính sách, về nhu cầu và cung cấp dịch vụ. Chính những rào cản này hiện đang cản trở một số nhóm yếu thế khiến họ chưa tiếp cận được với các dịch vụ KHHGD. Bộ Y tế cần đóng vai trò trung tâm trong quá trình đổi mới, trong việc phối hợp với các bộ liên quan như Bộ tài chính, Bộ Nội vụ, Bộ kế hoạch và đầu tư.

Các đối tác phát triển trước hết cần tiếp tục cam kết cung cấp các khoản đầu tư bền vững và cung cấp các nguồn tài trợ bổ sung cho chương trình KHHGD; thứ hai, thực hiện các nguồn tài trợ này dưới hình thức quốc gia thực hiện một cách hiệu quả và có sự điều phối; tăng cường điều phối giữa các chương trình tiếp thị xã hội và; thứ ba, hỗ trợ các nỗ lực vận động chính sách cho việc đổi mới chương trình KHHGD tự nguyện.

Các tổ chức xã hội cần thể hiện cam kết của mình thông qua vận động chính sách nhằm tạo nhu cầu, cải thiện chất lượng dịch vụ và cung cấp hàng hóa KHHGD. Các tổ chức này cần đóng vai trò quan trọng trong cung cấp thông tin và dịch vụ KHHGD cho các gia đình và cộng đồng nghèo nhất.

Khu vực tư nhân phải có trách nhiệm tham gia cùng với Chính phủ và các đối tác phát triển nhằm đảm bảo sự sẵn có của các loại phương tiện tránh thai có chất lượng, với mức giá hợp với khả năng chi trả và được chấp nhận để người nghèo và các nhóm dân cư dễ bị tổn thương nhất (bao gồm cả phụ nữ chưa lập gia đình) có thể tiếp cận được. Thứ hai, cần tăng cường năng lực hậu cần trong hoạt động truyền thông, công nghệ và giáo dục về KHHGD, nhằm đảm bảo khả năng tiếp cận với chăm sóc sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh, với trọng tâm là KHHGD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1) Ezeh AC, Bongaarts J, Mberu B. *Global population trends and policy options*. Lancet 2012; published online July 10. [http://dx.doi.org/10.1016/S01406736\(12\)606965](http://dx.doi.org/10.1016/S01406736(12)606965).
- 2) Ahmed S, Li Q, Liu L, Tsui AO. *Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries*. Lancet 2012; published online July 10. [http://dx.doi.org/10.1016/S01406736\(12\)604784](http://dx.doi.org/10.1016/S01406736(12)604784).
- 3) Cleland J, Conde Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A. *Contraception and health*. Lancet 2012; published online July 10. [http://dx.doi.org/10.1016/S01406736\(12\)606096](http://dx.doi.org/10.1016/S01406736(12)606096).
- 4) Ministry of Health and UNFPA, *Evaluation of the implementation of Vietnam national strategy on reproductive health care in the 2001 - 2010 period*, 2010, Ministry of Health: Hanoi.
- 5) Ministry of Health and UNFPA, *Inequalities in unmet need for reproductive health and HIV prevention services using MICS 2010*, 2011.
- 6) UNFPA, *Socio-cultural influences on the reproductive health of migrant women. A review of literature in Viet Nam*, 2011, UNFPA: Hanoi.
- 7) Ministry of Health and UNFPA, *Evaluation of the Vietnam Population Strategy for the period 2001-2010*, 2009.
- 8) UNFPA, *Mid-term review report of Viet Nam -UNFPA 7th program*. 2008.
- 9) Ministry of Health, *Comprehensive condom programming in Vietnam 2011 - 2020*. No: 2177/QD-BYT, 2011.
- 10) Ministry of Health, *Report on market segmentation and projection of condom need for period 2011-2020*. 2011.