THỰC HIỆN TRÁCH NHIỆM GIẢI TRÌNH THÚC ĐẨY CÔNG BẰNG Y TẾ VÙNG BIÊN GIỚI ĐẤT LIỀN Ở VIỆT NAM: NHU CẦU VÀ GIẢI PHÁP

ThS. Nguyễn Thanh Tùng
Viện Nhà nước và Pháp luật
Tác giả liên hệ: nguyenthanhtung@isl.gov.vn

Ngày nhận: 06/11/2024
Ngày nhận bản sửa: 22/11/2024
Ngày duyệt đăng: 24/12/2024

Tóm tắt

Ngành Y tế giữ vai trò quan trọng trong việc chăm sóc sức khỏe cộng đồng, điều trị bệnh, bảo đảm cuộc sống sức khỏe cho con người để học tập, lao động và có ý nghĩa tạo cơ sở nền tảng đối với việc phát triển kinh tế - xã hội ở quy mô quốc gia nói chung và quy mô địa phương nói riêng. Cũng bởi tầm quan trọng như vậy mà việc thực hiện trách nhiệm giải trình trong lĩnh vực y tế nhận được sự quan tâm rất lớn của xã hội và giới học thuật cả về mặt chính sách cũng như việc thi hành pháp luật trên thực tế. Vùng biên giới đất liền Việt Nam đang phải đối mặt với tình trạng bất bình đẳng trong tiếp cận y tế của người dân. Nâng cao trách nhiệm giải trình trong lĩnh vực y tế là điều cần thiết để duy trì niềm tin của bệnh nhân, cải thiện chất lượng chăm sóc và ngăn ngừa sai sót y tế. Bài viết tập trung phân tích làm rõ nhu cầu thực hiện trách nhiệm giải trình trong lĩnh vực y tế vùng biên giới đất liền ở Việt Nam, đồng thời, đề xuất phương hướng nâng cao trách nhiệm giải trình thúc đẩy công bằng y tế trong thời gian tới.
Từ khóa: *Trách nhiệm giải trình, công bằng y tế, biên giới đất liền.*

Implementing Accountability to Promote Health Equity in the Borderlands of Viet Nam: Needs and Solutions

MA. Nguyen Thanh Tung
Institute of State and Law
Corresponding Author: nguyenthanhtung@isl.gov.vn

Abstract

The health sector plays an important role in public health care, disease treatment, and ensuring a healthy life for people to study, and work and has the meaning of creating a foundation for socio-economic development at the national scale in general and the local scale in particular. Because of such importance, implementing accountability in the health sector has received great attention from society and academia in both policy and law enforcement in practice. The land border areas of Vietnam are facing inequality in people's access to health care. Improving accountability in the health sector is necessary to maintain patient trust, enhance the quality of care, and prevent medical errors The article focuses on analyzing and clarifying the need to implement accountability in the health sector in the land border areas of Vietnam, and at the same time proposes directions to improve accountability to promote health equity in the coming time.
Keywords: *Accountability, health equity, land borders.*

1. Đặt vấn đề

Sự bất bình đẳng trong y tế đặt những nhóm người vốn đã chịu bất lợi về mặt xã hội (nghèo đói, phụ nữ...) vào tình trạng bất lợi hơn nữa về sức khỏe của họ. Ở Việt Nam, tại các khu vực biên giới đất liền, khi mà các điều kiện về kinh tế, xã hội, hạ tầng giao thông, thông tin liên lạc... còn kém phát triển đã trở thành các yếu tố duy trì bất bình đẳng trong tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người dân trong những năm qua.

Sức khỏe là điều cần thiết cho hạnh phúc và để người dân vượt qua những tác động khác của bất lợi xã hội và địa lý. Công bằng là một nguyên tắc đạo đức; nó cũng phù hợp và liên quan chặt chẽ đến các nguyên tắc về quyền con người. Công bằng y tế cũng là mục tiêu định hướng xã hội chủ nghĩa ở Việt Nam hiện nay: "Nhà nước phải có trách nhiệm chính trị đối với công tác chăm sóc sức khỏe cho mọi công dân của mình, không phân biệt nam, nữ, giàu nghèo, dân tộc, lứa tuổi, vùng miền trên đất nước. Nền tảng của trách nhiệm đó là chủ nghĩa nhân đạo, là triết lý công bằng xã hội" [1]. Theo đó, việc giảm chênh lệch phát triển, sự bất bình đẳng trong tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe giữa vùng biên giới đất liền với các khu vực địa lý khác của Việt Nam đòi hỏi những nỗ lực từ phía chính quyền trung ương và cả chính quyền địa phương. Việc phân tích và làm rõ thực tiễn y tế vùng biên giới đất liền ở Việt Nam rất cần thiết để chỉ những hạn chế về chất lượng dịch vụ y tế, phân bổ chi tiêu ngân sách, xây dựng và tăng viện phí, nguồn nhân lực, chính sách đối xử với các nhóm người dân tộc thiểu số, năng lực kiểm soát tham nhũng... đòi hỏi thực hiện trách nhiệm giải trình từ phía chính quyền nhằm thúc đẩy công bằng y tế.

2. Quan niệm về trách nhiệm giải trình trong lĩnh vực y tế

Việc nâng cao trách nhiệm giải trình thường được coi là liều thuốc chữa bách bệnh để giải quyết những sai trái trong nhiều lĩnh vực, bao gồm cả lĩnh vực y tế và xã hội [2]. Bản chất của trách nhiệm giải trình là khả năng trả lời; chịu trách nhiệm có nghĩa là có nghĩa vụ trả lời các câu hỏi liên quan đến các quyết định và/hoặc hành động [3]. Khả năng trả lời mà không có biện pháp trừng phạt thường được coi là trách nhiệm giải trình yếu. Hầu hết mọi người đánh đồng các biện pháp trừng phạt với các yêu cầu, tiêu chuẩn và hình phạt được thể hiện trong luật pháp, quy chế và quy định. Các biện pháp trừng phạt pháp lý chắc chắn là cốt lõi của việc thực thi trách nhiệm giải trình. Cũng có thể hiểu trách nhiệm giải trình là khả năng trả lời hoặc trách nhiệm pháp lý trong việc xác định và loại bỏ các trở ngại và rào cản đối với công bằng y tế, thông qua một quy trình phức tạp đang diễn ra có sự tham gia của nhiều chủ thể ở các điểm khác nhau trong vòng tròn trách nhiệm giải trình [4].

Trong lĩnh vực y tế, trách nhiệm giải trình được thực hiện với nhiều nội dung khác nhau bao gồm một loạt các yếu tố, từ việc đảm bảo chất lượng và an toàn của dịch vụ chăm sóc sức khỏe, kiểm soát chi phí, đến việc cải thiện sức khỏe của cộng đồng. Cụ thể: (i) Các cơ sở y tế và nhân viên y tế phải đảm bảo rằng dịch vụ họ cung cấp đáp ứng các tiêu chuẩn chất lượng và an toàn quốc gia hoặc quốc tế. Điều này bao gồm việc thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu rủi ro và sai sót trong quá trình điều trị; (ii) Trách nhiệm giải trình liên quan đến việc sử dụng hiệu quả nguồn lực tài chính. Các cơ sở y tế cần minh bạch về cách họ chi tiêu ngân sách, đảm bảo rằng chi phí được kiểm soát và tối ưu hóa để cung cấp dịch vụ; (iii) Trách nhiệm giải trình bao gồm việc thực hiện các chương trình và chính sách nhằm cải thiện sức khỏe tổng thể của cộng đồng. Điều này có thể bao gồm các sáng kiến về phòng ngừa bệnh tật, khuyến khích lối sống lành mạnh, và cung cấp tiếp cận công bằng với dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho tất cả mọi người; (iv) Các cơ sở y tế và nhân viên y tế cần phải minh bạch trong việc báo cáo về hiệu suất, kết quả điều trị, và cách thức quản lý. Họ cũng cần đối mặt với việc đánh giá và giám sát bởi các cơ quan quản lý, bệnh nhân và cộng đồng để đảm bảo rằng họ đang thực hiện nhiệm vụ của mình một cách hiệu quả và công bằng [5].

3. Nhu cầu thực hiện trách nhiệm giải trình trong lĩnh vực y tế vùng biên giới đất liền ở Việt Nam

Thực tiễn y tế vùng biên giới đất liền ở Việt Nam hiện nay nổi bật lên những vấn đề đặt ra nhu cầu thực hiện trách nhiệm giải trình như sau:

Thứ nhất, chất lượng dịch vụ y tế vùng biên giới đất liền của Việt Nam vẫn còn nhiều hạn chế cần phải khắc phục. Hệ thống y tế còn bộc lộ hạn chế, nhất là, y tế cơ sở và y tế dự phòng chưa đáp ứng được yêu cầu khi dịch bệnh xảy ra. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật của nhiều tỉnh biên giới không có đủ diện tích làm việc, thiếu trang thiết bị, nhân lực. Y tế cơ sở chưa được đổi

mới căn bản về bộ máy, về hoạt động, về nguồn nhân lực, về cơ sở hạ tầng và về cơ chế tài chính, đặc biệt ở vùng sâu, vùng xa, vùng khó khăn, chưa đáp ứng nhu cầu của người dân trong tình hình mới.

Các bệnh lây nhiễm vẫn tiếp tục là một thách thức, một số dịch bệnh lưu hành, kể cả có thể dự phòng bằng vắc xin như sởi, bạch hầu… chưa được kiểm soát hoàn toàn hoặc có nguy cơ quay trở lại, các dịch bệnh mới nổi. Hệ thống y tế, nhất là, y tế cơ sở, y tế dự phòng chưa đáp ứng năng lực phòng, chống dịch Covid-19 bùng phát từ cuối năm 2020 [6].

Từ phía cơ sở cung ứng, sự sẵn có và chất lượng dịch vụ, đặc biệt là chất lượng dịch vụ của các cơ sở y tế ở các tuyến là những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến việc sử dụng dịch vụ y tế giữa các nhóm đối tượng dễ bị tổn thương. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sẵn có đảm bảo người dân có thể tiếp cận bất cứ dịch vụ nào và bất cứ khi nào họ cần. Chất lượng chăm sóc phụ thuộc chủ yếu vào khả năng chuyên môn và thái độ chăm sóc cũng như sự sẵn có của thuốc và trang thiết bị. Khó khăn lớn nhất của các cơ sở cung ứng dịch vụ ở tuyến cơ sở là sự thiếu hụt nhân viên y tế, trang thiết bị, thuốc điều trị và thông tin chuyên môn hỗ trợ hoạt động điều trị. Tỷ lệ cán bộ y tế tuyến xã có kiến thức và kỹ năng đúng sơ cấp cứu, chẩn đoán và điều trị một số bệnh, cũng như kiến thức về xử lý bệnh dịch rất hạn chế (17,3% số bác sỹ và y sỹ có kiến thức và kỹ năng đúng trong xử trí sơ cấp cứu; 17% số bác sĩ và y sĩ được hỏi biết được các dấu hiệu nguy hiểm trong thời kỳ phụ nữ mang thai; 50,5% cán bộ được hỏi biết cách chẩn đoán tăng huyết áp; 15,6% biết cách xử trí một vụ dịch…) [7].

Bên cạnh đó, chất lượng dịch vụ y tế kém, thiếu trang thiết bị và nhân viên y tế trầm trọng ở cấp huyện và xã ở vùng sâu, vùng xa, cũng như chi phí bảo hiểm y tế tăng từ đầu năm 2016 đã củng cố thêm sự bất bình đẳng về y tế. Bất bình đẳng về khả năng tiếp cận các dịch vụ có chất lượng và bất bình đẳng về mức độ được hưởng lợi từ các dịch vụ có chất lượng vẫn là vấn đề quan trọng của hệ thống y tế [8].

Thứ hai, chi tiêu ngân sách cho ngành Y tế. Từ khi ban hành Luật Khám bệnh, chữa bệnh, tốc độ tăng chi từ ngân sách Nhà nước cho y tế luôn cao hơn tốc độ tăng chi bình quân chung của ngân sách Nhà nước. Theo số liệu của Bộ Tài chính, trong giai đoạn 2016-2020, chi thường xuyên ngân sách Nhà nước cho lĩnh vực y tế, dân số và gia đình khoảng 310.556 tỉ đồng, chiếm 6,69% tổng chi thường xuyên. Số chi thường xuyên cho lĩnh vực này có xu hướng tăng dần qua các năm: năm 2016 là 50.191 tỉ đồng, chiếm 6,1%; năm 2017 là 50.165 tỉ đồng, chiếm 5,69%; năm 2018 là 69.259 tỉ đồng, chiếm 7,43%, năm 2019 là 69.218 tỉ đồng, chiếm 6,95% và năm 2020 là 71.724 tỉ đồng, chiếm 7,08%. Trong 3 năm 2021-2023, tổng chi thường xuyên lĩnh vực y tế bố trí dự toán NSNN đạt 226.264 tỉ đồng, chiếm khoảng 6,81% tổng chi thường xuyên của NSNN (tăng 0,11% về tỉ trọng so với 5 năm trước) [9]. Hệ quả ngành Y tế được đầu tư với quy mô lớn, người bệnh đã được sử dụng các buồng bệnh khang trang, sạch sẽ hơn trước. Các bệnh viện có đủ trang thiết bị nên đã phát triển được chuyên môn, thực hiện được nhiều kỹ thuật mới, đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh cho người dân ngay trên địa bàn cư trú [10]. Tuy nhiên, cơ cấu chi tiêu ngân sách cho y tế những năm qua vẫn còn những điểm bất hợp lý; tới 90% ngân sách y tế được dành cho chi thường xuyên, như lương và chi phí vận hành cơ sở vật chất. Trong khi đó, dịch vụ công có rất ít tiến triển về nâng cao hiệu quả và giảm chi phí dịch vụ [8]. Tài chính y tế ở Việt Nam phụ thuộc vào nguồn chi của tư nhân, nhất là, chi trả tự túc của hộ gia đình. Tỷ trọng tài chính công (bao gồm NSNN và BHYT) tăng dần, chiếm 42,6% tổng chi cho y tế, chi từ tiền túi hộ gia đình có xu hướng giảm xuống dưới 50%, chiếm 48,8% [11] và duy trì ở mức 43% năm 2022 [12] khiến nhiều hộ dân (đặc biệt, hộ có chủ hộ là nữ, hộ nghèo nông thôn và hộ dân tộc thiểu số) có nhiều nguy cơ bị nghèo. Tỷ lệ này cao hơn nhiều với mức dưới 30% do WHO đề xuất. WHO nhận thấy chi trả tự túc cao thường dẫn tới vấn đề chi phí "thảm họa" cho y tế (tức chi phí y tế chiếm bằng hoặc trên 40% khả năng chi trả) ở nhiều quốc gia trên thế giới. Ở Việt Nam, tỷ lệ chi phí "thảm họa" và nghèo hóa do chi phí y tế khá cao (dù đang

giảm) trong giai đoạn 1992-2012, đặc biệt ở các nhóm dân cư thiệt thòi như người nghèo, người có khả năng tiếp cận giáo dục thấp và người dân nông thôn, vùng biên giới. Các chính sách giảm nghèo cũng như quá trình xây dựng phát triển chính sách chưa dựa trên bằng chứng sát thực, quản trị y tế chưa hiệu quả, thiếu hoạt động theo dõi thường xuyên và có cơ chế kiểm soát chất lượng đáng tin cậy cũng như thiếu tiếng nói của xã hội dân sự [13].

Thứ ba, vấn đề xây dựng viện phí và tăng viện phí. Trước mỗi lần đề xuất tăng viện phí của Bộ Y tế, báo chí và các phương tiện truyền thông đã đưa nhiều ý kiến xung quanh vấn đề này. Chủ yếu các ý kiến tập trung vào các khía cạnh tác động xã hội của chính sách: gánh nặng của người dân, đặc biệt là dân nghèo nếu chính sách này được thực hiện. Nhìn chung, ở các vùng biên giới đất liền, các dân tộc thiểu số nghèo hơn và sống ở những vùng xa xôi hơn so với người Kinh chiếm đa số. Do đó, những nỗ lực nhằm cải thiện dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người nghèo thường trùng với tình trạng dân tộc thiểu số. Tuy nhiên, nghiên cứu về cách các chính sách và cải cách y tế ảnh hưởng đến các dân tộc thiểu số dựa trên dân tộc vẫn còn rất hạn chế. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng các dân tộc thiểu số sử dụng các dịch vụ y tế công ở mức độ ít hơn và cho rằng điều này là do không được miễn phí và khoảng cách xa đến các dịch vụ y tế [14].

Thứ tư, nhân lực ngành Y tế vùng biên giới. Tình trạng thiếu nhân lực y tế nói chung và nhân lực có trình độ là bác sỹ ở tuyến y tế cơ sở, cũng như nhân lực y tế dự phòng vẫn còn là vấn đề đáng lo ngại. Càng ngày càng thấy rõ sự dịch chuyển của nhân viên y tế từ tuyến dưới lên tuyến trên, từ địa phương lên trung ương và từ khối nhà nước sang khối tư nhân. Nhiều bệnh viện huyện, trung tâm y tế huyện nhiều năm không tuyển được bác sỹ, trong khi đó, số lượng cán bộ dịch chuyển tới nơi khác vẫn tiếp diễn [15]. Ở vùng sâu, vùng xa, vùng có hoàn cảnh khó khăn, tình trạng thiếu hụt nhân viên y tế còn nghiêm trọng hơn. Số lượng nhân viên y tế dự phòng, dược sỹ có bằng đại học, kỹ thuật viên y tế, và y tá vẫn còn ít hơn so với nhu cầu. Việc đầu tư vào đào tạo và phát triển nguồn nhân lực và chính sách đãi ngộ nhân viên y tế còn thấp [16]. Thiếu gắn kết giữa đào tạo và sử dụng đã tồn tại từ nhiều năm dẫn đến nghịch lý vừa "lạm phát đào tạo" vừa "thiếu nhân lực", đặc biệt ở một số địa bàn khó khăn về điều kiện kinh tế - xã hội và ở một số lĩnh vực công tác, một số chuyên ngành khó tuyển. Thí dụ, thiếu nhân viên y tế ở cấp huyện và xã ở vùng sâu, vùng xa, nguồn nhân lực y tế dự phòng hiện còn thiếu về số lượng, chất lượng chưa cao, thiếu những người được đào tạo chính quy, đúng chuyên ngành về y tế dự phòng [17].

Thứ năm, có bằng chứng về sự phân biệt đối xử dựa trên dân tộc trong hệ thống y tế [18] *và có rất ít nhân viên y tế là người dân tộc thiểu số* [19]. Bằng chứng về sự đối xử khác biệt đối với các dân tộc thiểu số được đưa ra bởi các phát hiện ngay cả khi các bà mẹ dân tộc thiểu số sinh con tại một cơ sở y tế, họ vẫn phải chịu nguy cơ tử vong sơ sinh cao hơn [20]. Hơn nữa, các dân tộc thiểu số được điều trị ít tốn kém hơn và ít có khả năng phải phẫu thuật lớn hơn so với bệnh nhân người Kinh, mặc dù các bệnh nhân mắc cùng một bệnh, cùng độ tuổi và cùng giới tính.

Thứ sáu, tình trạng tham nhũng ngành Y tế. Thực trạng ngành Y tế một số địa phương vùng biên giới đất liền ở Việt Nam cho thấy tham nhũng được coi là một vấn đề nghiêm trọng bởi cả chính quyền và người dân trên diện rộng. Tham nhũng biểu hiện dưới nhiều hình thức: có thể liên quan đến ảnh hưởng về chính trị trong việc xác định chính sách y tế và dược phẩm; hối lộ để gây ảnh hưởng đến quá trình đấu thầu xây dựng các cơ sở y tế hoặc mua sắm thiết bị/vật tư và dược phẩm; thanh toán gian lận từ các dịch vụ được cung cấp; và qua việc cung cấp dư thừa dịch vụ; mua bán chức vụ; thường xuyên vắng mặt trong giờ làm việc; và các khoản thanh toán không chính thức ("bôi trơn") và nhiều vấn đề khác nữa. Tham nhũng gây ra những hậu quả nghiêm trọng trong việc tiếp cận (hệ thống y tế), chất lượng, công bằng và tính hiệu quả của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Minh chứng cho nhận định trên là hàng loạt vụ án tham nhũng ở các địa phương vùng biên giới đất liền được đưa ra xét xử gần đây. Đơn cử như vụ án "Thiếu trách nhiệm gây hậu quả nghiêm trọng" xảy

ra tại Sở Y tế tỉnh Đắk Lắk, những người liên quan tổ chức thực hiện đấu thầu các mặt hàng thuộc gói thầu thuốc theo tên Generic năm 2014-2015. Sở Y tế tỉnh Đắk Lắk phê duyệt kết quả đấu thầu đối với bảy mặt hàng. Tất cả đều là các mặt hàng đạt tiêu chuẩn nhóm ba nhưng phê duyệt trúng thầu nhóm hai là không đúng quy định. Hành vi này đã gây thiệt hại cho ngân sách Nhà nước hàng tỉ đồng [21].

4. Đề xuất một số giải pháp nâng cao trách nhiệm giải trình thúc đẩy công bằng y tế vùng biên giới đất liền ở Việt Nam

Thứ nhất, cung cấp cho công dân nhiều thông tin hơn về nguồn lực và trách nhiệm của chính quyền địa phương khu vực biên giới, để họ có quyền yêu cầu chính quyền chịu trách nhiệm về việc cung cấp các dịch vụ y tế cơ bản. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng việc phổ biến và công bố thông tin trong việc hoạch định và thực thi chính sách có thể giúp cải thiện trách nhiệm giải trình [22]. Đối với các địa phương biên giới đất liền, việc phổ biến thông tin, thông qua báo chí và các phương tiện truyền thông khác cần được chú trọng. Việc phổ biến thông tin này có tác động đáng kể trong việc ngăn chặn thất thoát tiền công quỹ ra khỏi các mục đích dự kiến trong ngân sách công [23].

Thứ hai, các cơ quan chịu trách nhiệm thúc đẩy công bằng y tế (Bộ Y tế, Sở Y tế) cần phải phối hợp với các cơ quan chịu trách nhiệm về phân bổ tài chính (Bộ Tài chính, Sở Tài chính) để đảm bảo đủ kinh phí và có thể tìm kiếm các nguồn tài trợ khác ngoài biên giới quốc gia. Bên cạnh đó, Chính phủ và chính quyền địa phương cần có những nỗ lực để huy động được các nguồn tài trợ, các nguồn viện trợ từ bên ngoài. Nếu không có viện trợ của các tổ chức quốc tế, các chương trình, quỹ chăm sóc sức khỏe…, một số chương trình chăm sóc sức khỏe khu vực biên giới sẽ buộc phải giảm quy mô (về phạm vi và/hoặc hiệu quả) hoặc ngừng các chương trình của họ. Nếu không mở rộng được các nguồn viện trợ, việc tiếp cận các chương trình này sẽ chỉ dành cho trẻ em từ các khu vực giàu có nhất, có thể dẫn đến sự mất cân bằng về lãnh thổ và xã hội.

Thứ ba, xác định các mục tiêu, xây dựng các chỉ số và bộ dữ liệu liên quan đến sức khỏe nhằm đo lường sự bất bình đẳng và có thể hữu ích trong việc cải thiện trách nhiệm giải trình trong lĩnh vực y tế khu vực biên giới đất liền. Trong đó, cần lưu ý việc thu thập dữ liệu sức khỏe được phân tách, chẳng hạn như trình độ học vấn, tình trạng kinh tế, địa lý, giới tính, tình trạng di cư, dân tộc và các yếu tố khác có thể góp phần gây ra tình trạng dễ bị tổn thương và bị gạt ra ngoài lề xã hội của người dân và cộng đồng. Cùng với sự hỗ trợ của các công cụ thu thập dữ liệu mới và các cam kết điều chỉnh chính sách trên cơ sở các phát hiện có thể giúp thúc đẩy công bằng y tế nói chung, khu vực biên giới đất liền nói riêng.

Thứ tư, đẩy mạnh áp dụng cơ chế trách nhiệm giải trình theo các điều ước quốc tế về nhân quyền. Trong đó, thực hiện tốt báo cáo định kỳ cho Ủy ban Liên hợp quốc về tiến trình thúc đẩy các quyền, bao gồm cả nghĩa vụ thực hiện quyền về sức khỏe cho tất cả mọi người. Bên cạnh đó, việc tham gia tích cực vào các thủ tục của Báo cáo viên đặc biệt của Liên hợp quốc cũng có thể thúc đẩy trách nhiệm giải trình. Nghiên cứu của WHO cho thấy, trong một số trường hợp, Báo cáo viên Đặc biệt đã giúp thúc đẩy Chính phủ của một quốc gia đảm nhận các nghĩa vụ nhân quyền quốc tế liên quan đến việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho những người di cư không có giấy tờ [24].

5. Kết luận

Tăng cường trách nhiệm giải trình là yếu tố then chốt trong nhiều cuộc cải cách, từ các chiến dịch chống tham nhũng trên cả nước, đến các chương trình cải cách hệ thống y tế cấp quốc gia, đến phân cấp cung cấp dịch vụ y tế ở cấp địa phương và quỹ y tế dựa vào cộng đồng. Lĩnh vực y tế vùng biên giới đất liền ở Việt Nam hiện nay tồn tại nhiều vấn đề, đặt ra nhu cầu thực hiện trách nhiệm giải trình để đảm bảo công bằng trong tiếp cận dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe cho người dân. Cơ chế trách nhiệm giải trình được xem xét trong bài viết này chủ yếu tập trung vào nỗ lực của Nhà nước. Để nâng cao trách nhiệm giải trình, cần

phải chỉ ra các rào cản đối với sự công bằng trong tiếp cận dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe, từ đó, đưa ra các giải pháp vượt qua các rào cản nhằm thúc đẩy công bằng trong tiếp cận dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe vùng biên giới đất liền tại Việt Nam.

Tài liệu tham khảo

[1] Đảng Cộng sản Việt Nam, *Văn kiện Đại hội Đại biểu toàn quốc lần thứ XI,* NXB Chính trị Quốc gia, Hà Nội, tr 128 - 129, 2011.

[2] Brinkerhoff, D. W., *Accountability and health systems: overview, framework, and strategies.* Bethesda, MD: Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates, Inc, 2003. https://www.who.int/management/partnerships/accountability/AccountabilityHealthSystemsOverview.pdf.

[3] Andreas Schedler, "Conceptualizing accountability" A., Diamond, L. J., & Plattner, M. F. (Eds.), in *The self-restraining state: power and accountability in new democracies,* Andreas Schedler , L. Diamond, M.F. Plattner, Eds. London: Lynne Rienner Publishers, 1999.

[4] Yamin A, Lander F, "Implementing a circle of accountability: a proposed framework for judiciaries and other actors in enforcing health-related rights". *J Human Rights* ;14(3):312–31, 2015. doi:10.1080/14754835.2015.105687.

[5] Thắng, T.Q, "Thực hiện trách nhiệm giải trình trong lĩnh vực y tế ở Việt Nam: Nhu cầu và giải pháp", 2024. Truy cập ngày 30/06/2024. https://phapluatphattrien.vn/thuc-hien-trach-nhiem-giai-trinh-trong-linh-vuc-y-te-o-viet-nam-nhu-cau-va-giai-phap-d28.html.

[6] Bộ Y tế, *Báo cáo Tổng kết công tác y tế năm 2021 và nhiệm vụ giải pháp chủ yếu năm 2022, tr.25, 2015.*

[7] Ban Tuyên giáo Trung ương - Trường Đại học Y Hà Nội, *Báo cáo tổng kết 30 năm đổi mới hệ thống y tế Việt Nam - Thành tựu và thách thức*, NXB Y học, Hà Nội, tr. 124, 2015.

[8] Oxfam, *Thu hẹp khoảng cách: Cùng giảm bất bình đẳng ở Việt Nam*. NXB Lao động và xã hội, Hà Nội, tr 7, 25-26, 2017.

[9] Minh Anh, "Ngân sách Nhà nước luôn ưu tiên nguồn lực cho lĩnh vực y tế", 2023. https://thoibaotaichinhvietnam.vn/ngan-sach-nha-nuoc-luon-uu-tien-nguon-luc-cho-linh-vuc-y-te-139090.html#:~:text=B%E1%BB%99%20T%C3%A0i%20ch%C3%ADnh%20cho%20bi%E1%BA%BFt%2C%20trong%203%20n%C4%83m%202021%20%2D%202023,%C4%91i%E1%BB%81u%20ki%E1%BB%87n%20b%C3%ACnh%20th%C6%B0%E1%BB%9Dng)%2C%20chi%E1%BA%BFm.

[10] Tư, B, "Nhiều nguồn tài chính đầu tư cho y tế", 2019. Truy cập ngày 30/06/2024 từ https://thoibaotaichinhvietnam.vn/nhieu-nguon-tai-chinh-dau-tu-cho-y-te-55859.html.

[11] Ban Biên tập CTTĐT BYT, "Chiến lược Tài chính Y tế Việt Nam giai đoạn 2016-2025", 2017. Truy cập ngày 30/06/2024 từ https://moh.gov.vn/hoat-dong-cua-lanh-dao-bo/-/asset_publisher/TW6LTp1ZtwaN/content/chien-luoc-tai-chinh-y-te-viet-nam-giai-oan-2016-2025?inheritRedirect=false.

[12] Bộ Y tế, *Báo cáo Tổng kết công tác y tế năm 2022 và nhiệm vụ giải pháp chủ yếu năm 2023*, tr.24, 2023.

[13] Nhàn, Đ.T., "Một số rào cản trong tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh người dân hiện nay", *Tạp chí Nghiên cứu Gia đình và Giới*, số 4, tập 69, tr.74-75, 2017.

[14] Toan, NV., Trong LN, Hojer B, Persson LA, "Public health services use in a mountainous area, Vietnam: implications for health policy", *Scand J Publ Health*, số 30, tr. 86–93, 2002. doi: 10.1080/14034940210133780. PMID: 12028857.

[15] Bộ Y tế, *Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2015*, NXB Y học. tr. 181, 2016.

[16] Báo điện tử Chính phủ, "Cần có chính sách nâng mức đãi ngộ nhân viên y tế, thu hút nhân lực phục lâu dài trong hệ thống y tế công lập", 2023. Truy cập ngày 30/06/2024 từ https://xaydungchinhsach.chinhphu.vn/rat-can-che-do-dai-ngo-tuong-xung-doi-voi-bac-si-nhan-vien-y-te-119230226103709484.htm.

[17] Hằng, T., "Thiếu trầm trọng nhân lực y tế dự phòng: Nhiều điểm nghẽn cần được giải quyết", 2024. Truy cập ngày 30/06/2024 từ https://viettimes.vn/thieu-tram-trong-nhan-luc-y-te-du-phong-nhieu-diem-nghen-can-duoc-giai-quyet-post175235.html.

[18] Castel, Paulette, "Vietnam Health Insurance: Use of Health Care Services by the Poor Efficiency and Equity Issues in the Province of Kon Tum" 2009. Available at SSRN: https://ssrn.com/abstract=1461327 or http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1461327.

[19] Ministry of Health - Health Partnership Group, *Joint annual health review 2009 – human resources for health in Vietnam, 2009.* Accessed June 30, 2024 from https://cphs.huph.edu.vn/uploads/tainguyen/sachvabaocao/JAHR2009EN_02_12_09_CD.pdf.

[20] Malqvist M, Nga NT, Eriksson L, Wallin L, Hoa DP, Persson LA, *Ethnic inequity in neonatal survival: a case-referent study in northern Vietnam*. Acta Paediatr. N.100, p 340–6, 2011. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.02065.x.

[21] Trung, B., "Bài học từ những sai phạm tại Sở Y tế Đắk Lắk", 2020. Truy cập ngày 30/06/2024 từ https://laodong.vn/xa-hoi/bai-hoc-tu-nhung-sai-pham-tai-so-y-te-dak-lak-861738.ldo.

[22] Fosu, A. K. and T. C. I. Ryan, "Public Sector Delivery: A synthesis", *Journal of African Economies*, 13 (Supplement 1): i137-i141, 2004.

[23] Reinikka, R. and J. Svensson, "The Power of Information-Evidence from a Newspaper Campaign to Reduce Capture", *Policy Research Working Paper* No. 3239, 2004, The World Bank, Washington, DC.

[24] Hannigan A, O'Donnell P, O'Keeffe M, MacFarlane A, *How do variations in definitions of "migrant" and their application influence the access of migrants to health care services?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; (Health Evidence Network Synthesis Report 46, 2016. Accessed June 30, 2024 from: http://www. euro.who.int/en/publications/abstracts/how-do-variations-in-definitions-of-migrant-and-their-application-influence-the-access-of-migrants-to-health-care-services-2016).