NHỮNG RÀO CẢN TRONG SỬ DỤNG DỊCH VỤ Y TẾ VÀ TRIỂN KHAI CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE CHO NGƯỜI DÂN TỘC THIỂU SỐ TẠI MỘT SỐ TỈNH VIỆT NAM, 2019

Nguyễn Thị Nga*, Đoàn Thị Thùy Dương, Nguyễn Trung Kiên, Hoàng Văn Minh
Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội

TÓM TẮT

Từ 1986, đã có một số chính sách chăm sóc sức khoẻ (CSSK) cho người dân tộc thiểu số (DTTS) được triển khai và đạt được một số thành tựu trong giảm khoảng cách về CSSK ở người DTTS. Tuy nhiên kết quả còn một số hạn chế. Nghiên cứu này nhằm mô tả những rào cản trong sử dụng dịch vụ y tế (DVYT) và triển khai các chương trình CSSK cho người DTTS tại một số tỉnh của Việt Nam nam 2019. Nghiên cứu định tính thông qua phỏng vấn sâu (PVS) và thảo luận nhóm (TLN) khoảng 130 người (27 PVS, 18 TLN) với các nhóm đối tượng chỉ đạo, triển khai thực hiện chính sách các cấp tỉnh, huyện, xa và người DTTS. Nghiên cứu đã chỉ ra một số rào cản gồm: khoảng cách địa lý, thời tiết khó khăn; tính sẵn có của DVYT; không có chính sách CSSK cho DTTS riêng, thiếu số liệu báo cáo, khó khăn sau quá trình sát nhập và tự chủ y tế; chế độ đãi ngộ còn chưa phù hợp và hấp dẫn. Cần bổ sung chính sách đặc thù riêng, những chương trình đề án thu thập số liệu về sức khoẻ dành riêng cho DTTS để cung cấp bằng chứng; quá trình sát nhập và tự chủ nên có những điều chỉnh phù hợp với những vùng, tỉnh có người DTTS.

Từ khóa: Dân tộc thiểu số; rào cản; dịch vụ y tế; chăm sóc sức khoẻ; Việt Nam

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vùng dân tộc và miền núi ở Việt Nam, hiện có đông người DTTS sinh sống, vẫn là những vùng khó khăn nhất cả nước. Mặc dù số lượng người dân thuộc các vùng này không cao (khoảng 15%) nhưng tỷ lệ người nghèo chiếm tới 50% số người nghèo của cả nước. Từ năm 1986 đến nay, đã có một số chính sách CSSK cho người DTTS [1-3] được ban hành, triển khai và đã đạt được một số thành tựu trong giảm khoảng cách về CSSK ở người DTTS so với các chỉ số quốc gia nói chung [4]. Tuy nhiên, vẫn thực trạng cho thấy, cần có có một nghiên cứu với cách tiếp cận toàn diện, tổng thể nhằm tổng kết đánh giá kết quả, hiệu quả, tác động của các chính sách, nhận diện và dự báo những vấn đề cơ bản cấp bách trong CSSK của đồng bào DTTS ở các khu vực khác nhau; trên cơ sở đó, đưa ra những giải pháp, đề xuất khuyến nghị tổng thể về chính sách đến năm 2030.

Trong Chương trình Khoa học và Công nghệ cấp quốc gia giai đoạn 2016-2020 dưới sự điều phối và quản lý của Ủy Ban Dân tộc, Trường Đại học Y tế công cộng đã triển khai đề tài "Những vấn đề cơ bản và cấp bách về dân tộc thiểu số và chính sách dân tộc ở nước ta hiện nay". Bài báo này sử dụng số liệu từ đề tài trên với mục tiêu mô tả những rào cản trong sử dụng DVYT và triển khai các chương trình CSSK cho người DTTS tại một số tỉnh của Việt Nam năm 2019.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu này được tiến hành với đại diện các nhóm chỉ đạo thực hiện chính sách tuyến tỉnh; nhóm triển khai cấp huyện, xã; nhóm đối tượng DTTS (Bảng 1).

*Tác giả: Nguyễn Thị Nga
Địa chỉ: Trường Đại học Y tế công cộng
Điện thoại: 0979 940 388
Email: ntn5@huph.edu.vn

Ngày nhận bài: 04/08/2020
Ngày phản biện: 27/08/2020
Ngày đăng bài: 12/10/2020

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Trong nghiên cứu này được triển khai tại 3 tỉnh Quảng Ninh (dân tộc Dao), Bình Định (Bana), Sóc Trăng (Khơme) và được tiến hành thu thập số liệu từ tháng 1 – tháng 4 năm 2019.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang thông qua phương pháp nghiên cứu định tính.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Tổng số nghiên cứu đã thực hiện 27 cuộc phỏng vấn sâu (27 người) và 18 cuộc thảo luận nhóm (103 người) tại 3 tỉnh (Bảng 1 giải thích chi tiết về cỡ mẫu).

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu chủ đích với 2 nhóm gồm: Cán bộ y tế chỉ đạo, thực hiện chương trình CSSK tại 3 cấp tỉnh, huyện xã và nhóm người DTTS (nhóm hưởng lợi) được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1. Phương pháp chọn mẫu theo các nhóm đối tượng của nghiên

Đối tượng	Số lượng/Phương pháp thu thập	Số người
Lãnh đạo của các cơ quan cấp tỉnh chỉ đạo chương trình 4 PVS/tỉnh x 3 tỉnh	12 PVS	12 người
Lãnh đạo và cán bộ thực hiện chương trình cấp huyện 4 PVS/huyện x 3 huyện	12 PVS	12 người
Lãnh đạo và cán bộ thực hiện các chương trình cấp xã 1 PVS Trạm trưởng Y tế x 1 xã x 3 tỉnh 1 TLN CBYT xã x 1 xã x 3 tỉnh 1 TLN Y tế thôn bản/Cô đỡ thôn bản x 3 xã	3 PVS 6 TLN	30-36 người
Đồng bào DTTS tại cộng đồng tại mỗi xã 1 TLN trưởng thôn x 1 xã x 3 tỉnh 1 TLN phụ nữ x 1 xã x 3 tỉnh 1 TLN nam giới x 1 xã x 3 tỉnh 1 TLN người cao tuổi x 1 xã x 3 tỉnh	12 TLN	60-70 người

PVS: Phỏng vấn sâu; TLN: Thảo luận nhóm; CBYT: Cán bộ y tế; DTTS: Dân tộc thiểu số

2.6 Biến số nghiên cứu

Các chủ đề của nghiên cứu định tính gồm các rào cản trong sử dụng DVYT (khoảng cách vị trí địa lý, quan niệm và phong tục tập quán, thông tin, kinh tế, sự sẵn có của DVYT), rào cản trong thực hiện chương trình CSSK của người DTTS (chính sách, văn bản với người thực hiện chương trình, các quy định về tổ chức hệ thống y tế, nhân lực, tài chính,...).

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Các thông tin nghiên cứu được thu thập bởi các nghiên cứu viên qua các bản hướng dẫn phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm (có ghi chép và được sự đồng ý để ghi âm).

2.8 Phân tích và xử lý số liệu

Các băng ghi âm được gỡ băng, trình bày trên word, được mã hoá và phân tích theo nội dung, chủ đề.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội theo quyết định số 435/2018/YTCC-HD3 ngày 1/10/2018.

III. KẾT QUẢ

3.1 Một số rào cản trong sử dụng dịch vụ của người dân tộc thiểu số

3.1.1 Rào cản về khoảng cách, vị trí địa lý

Kết quả nghiên cứu ghi nhận những chuyển biến tích cực trong giao thông thuận tiện do được đầu tư điện đường cũng như các phương tiện đi lại đa dạng hơn, bao gồm cả "xe taxi dịch vụ" giúp người DTTS tiếp cận cơ sở y tế (CSYT) dễ dàng. Tuy nhiên, vẫn còn tồn tại những khó khăn riêng theo vùng địa lý và theo mùa.

"Đồng bào ở đây rất là khó khăn khi chuyển từ lòng hồ xuống đây (BD_X_PVS10).

Hiện giờ mùa hạn thì họ đi được, còn mùa mưa thì từ vị trí trạm cách tới ở trong nông thôn khoảng mười mấy hộ kia khó vì họ đi bằng ghe, xuống chạy máy thì hơi khó" (ST_X_PVS8).

3.1.2 Rào cản về phong tục tập quán và quan niệm

Kết quả cũng đã giải thích lý do về thực trạng QHTD sớm ở VTN, lý do góp phần của việc sinh đẻ tại CSYT còn thấp hoặc hành vi khám thai tại CSYT còn hạn chế:

"Vì người ta rất thoải mái trong chuyện quan hệ, con cái lớn là có thể tới nhà rông ngủ, người ta không quan trọng về vấn đề trinh tiết cho nên là sẽ dẫn tới mang thai ngoài ý muốn" (BD_X_TLN2).

"Họ có những tập tục từ xưa đến nay là đẻ giấu không cho người ngoài biết, không cả mời cán bộ y tế mà là những người trong tộc, trong họ của họ tự đỡ ..." (QN_T_PVS2).

"..., họ còn rất ngại, cách sinh của người Kinh họ thấy không phù hợp với họ" (BD_T_PVS4).

"Mình đến tuyên truyền thì có khi họ mới đến khám, có khi giục họ mới đến kiểm tra. Trong 1 thai kỳ kiểm tra được 3 lần là tốt lắm rồi". (QN_H_PVS6).

3.1.3 Rào cản về thông tin

Nguyên nhân giải thích cho thực trạng QHTD sớm và mang thai tuổi VTN chính là những hạn chế trong tiếp cận các thông tin liên quan tới dịch vụ CSSK.

"Mấy em chưa được cung cấp kiến thức đầy đủ và lại có hành động tự tìm hiểu và tự có quan hệ tình dục như vậy" (ST_H_PVS7).

"Công tác tuyên truyền trong trường học chưa được sâu, giáo viên bài giảng nói chung chung thôi cho nên kiến thức các em chưa được tốt" (QN_X_TLN3).

3.1.4 Rào cản về kinh tế

Rào cản về kinh tế với thực trạng chỉ một tỷ lệ nhỏ được miễn phí do có bảo hiểm do thuộc hộ nghèo, số còn lại thì không chịu (sử dụng DVYT):

"Vì điều kiện, miễn phí cũng ít khoảng 10% còn lại là phải thu tiền mà thu tiền thì người ta không muốn đi, kể cả miễn phí nhiều khi họ cũng không muốn đi" (ST_X_TLN2).

3.1.5 Tính sẵn có của dịch vụ y tế cấp cơ sở còn hạn chế

Kết quả nghiên cứu cho thấy thực trạng không tương ứng về tính sẵn có giữa nhân lực, trang thiết bị, thuốc cũng như các cơ chế văn bản hiện hành còn bất cập. Thực trạng thiếu con người, thiếu vật tư, thiếu thuốc còn là vấn đề tồn tại được phản ánh qua các cuộc phỏng vấn sâu cán bộ y tế ở cả cấp xã, huyện và cấp tỉnh:

"Lúc này thì thiếu con người, lúc khác thì thiếu vật tư" (QN_T_PVS4).

"Thiếu gần đây là thiếu về thuốc men cho những hộ nghèo, hộ cận nghèo" (BD_T_PVS7).

"Chỉ có một thầy thuốc và 2 y tá (ở TYT) thế thì vẫn còn khó khăn" (QN_X_PVS10).

Có trang thiết bị hiện đại nhưng thiếu nhân lực hoặc nhân lực chưa được đào tạo để sử dụng được:

" ..., bây giờ trang thiết bị ví dụ như siêu âm, xét nghiệm các thứ ở đây tôi chưa học, chưa dùng được" (QN_X_PVS10).

Có trang thiết bị, có nhân lực thực hiện nhưng cơ chế thanh toán tài chính còn vướng mắc làm giảm tính sẵn có của dịch vụ:

"Không được, không cho luôn,..., xã có hộ sinh đàng hoàng BHYT không chịu thanh toán chỉ bác sỹ mới được thanh toán" (ST_X_PVS8).

"..., bây giờ đào tạo tiếp rồi nhưng còn chứng chỉ hành nghề nọ kia nữa; ..., khi mà họ đi học thì chứng chỉ chỉ có 1 loại thôi, 1 người không thể phân thân ra làm nhiều như vậy được" (BD_T_PVS6).

3.2 Một số khó khăn, hạn chế trong triển khai các chương trình chăm sóc sức khỏe cho người dân tộc thiểu số

Công tác với người dân tộc thiểu số đòi hỏi cán bộ phải "tâm huyết" nhưng điều kiện làm việc còn nhiều khó khăn, thiếu những "hỗ trợ đặc thù". Người DTTS mặc dù có nhiều thay đổi tích cực trong nhận thức và hợp tác trong các chương trình; tuy nhiên còn nhiều khó khăn bởi tồn tại những nhóm người "ỷ lại, lười lao động". Do đó đòi hỏi người cán bộ sự kiên trì, bền bỉ, tâm huyết, trách nhiệm trong làm việc với người DTTS. Tuy nhiên, chính những cơ chế thu hút và những đãi ngộ đặc thù chưa phù hợp và đủ hấp dẫn để cán bộ làm việc tại cơ sở có thể "tâm huyết" và yên tâm với công việc:

"Muốn người ta có trách nhiệm với công việc phải có ưu đãi xứng đáng" (QN_T_PVS2).

"..., là nhân viên y tế thôn bản, họ làm nhiều việc nhưng thù lao như thế không tạo được hứng thú làm việc" (BD_T_PVS4).

Quá trình "sát nhập", "tinh giản biên chế" và lộ trình "tự chủ" đã có những vướng mắc.

Thứ nhất, giảm nguồn lực con người quá trình thực hiện công việc:

"Sau khi thành lập CDC, giảm từ 35 xuống 6 người thì vẫn phải làm các việc y như ngày xưa, ..., gần như họ quên đi việc y tế cộng đồng, là vướng trong quá trình triển khai các hoạt động tại tuyến cơ sở" (BD_T_PVS4).

"..., có chịu một cái áp lực là ông tinh giảm biên chế. Ông chưa tinh thì ông đã giảm. Đáng nhẽ người ta phải tinh trước giảm sau, nhưng bây giờ lại giảm trước tinh sau, sẽ bị vỡ trận" (QN_T_PVS4).

Thứ hai, nguồn kinh phí bị cắt giảm trong các hoạt động cộng đồng tại cấp cơ sở:

"..., nhưng khoản kinh phí để cho công tác tuyên truyền vận động liên quan đến hoạt động y tế bây giờ không còn" (BD_T_PVS3).

Thực trạng tồn tại các khoảng trống về số lượng và "chất lượng" số liệu/báo cáo liên quan tới các vấn đề sức khoẻ của người DTTS.

Đây chính là vấn đề lớn trong việc đưa ra cơ sở khoa học cho những chương trình CSSK của người DTTS:

"Có đánh giá đó, chung chung thôi, không có riêng cho người DTTS, ..., Những biểu mẫu giám sát không tới đối tượng mình cần, nhiều khi nhắm mắt làm đại cũng được, tự điền đó, nhiều, đi khảo sát không xuống đồng bào, mà chữ ký giờ thì khỏi nói rồi. Dễ, thành ra số không thật" (ST_T_PVS2).

Chương trình CSSK người DTTS không có riêng, thường đặt chung với chính sách giảm nghèo:

"Người DTTS thì không phải ưu tiên riêng mà riêng các huyện miền núi đều có ưu tiên và các xã vùng sâu vùng xa" (BD_T_PVS4).

"Thông tư 26 năm 2018 của BTC thì nó có quy định, những đồng bào mà không nghèo, không cận nghèo, không làm trên sông trên biển, không làm ở vùng hải đảo thì không được hưởng" (QN_T_PVS4).

Kết quả nghiên cứu từ người dân và cán bộ y tế xã cũng đưa ra những "bất cập" này:

"...,về BHYT, chúng tôi rất mong muốn có cho một số hộ dân khó khăn tham gia mua, nhưng lại không thuộc cái 135 nên không được cái quyền lợi gì" (QN_X_TLN10).

"Đã cho ưu tiên DTTS thì ít nhất cũng đừng có phân biệt nghèo, không nghèo" (ST_X_PVS8).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Rào cản trong sử dụng dịch vụ y tế

Ngoài những rào cản do vị trí địa lý tại miền núi, sông nước thì việc sử dụng DVYT khi sinh con vẫn còn hạn chế do những rào cản về phong tục, tập quán và quan niệm. Thực trạng sinh con tại nhà và những lý do lựa chọn sinh con tại nhà trong nghiên cứu này cũng tương đồng trong một số báo cáo khác của UNFPA về những rào cản trong tiếp cận dịch vụ CSSKBM ở người DTTS [5, 6]. Trong các báo cáo này: phong tục tập quán được coi trọng hơn, địa bàn đi lại khó khăn "sợ đẻ rơi" hoặc tâm lý chủ quan khi đứa con đầu lòng sinh bình thường. Đây cũng là hậu quả cho những hạn chế về việc tiếp cận các thông tin y tế của người DTTS về CSSK nói chung.

Một rào cản lớn khác chính là tính sẵn có của DVYT còn hạn chế, đặc biệt ở những vùng có người DTTS sinh sống, đây chính là sự chênh lệch giữa các vùng miền mà trong Báo cáo tổng quan ngành y tế trước đây như báo cáo JAHR năm 2012 đã đề cập [7]. Thực trạng thiếu nhân lực còn diễn ra ở nhiều vùng, khu vực ở Việt Nam: Số lượng bác sĩ tuyến YTCS có tăng thêm nhưng rất ít, đặc biệt ở những khu vực khó khăn như Trung du và miền núi phía Bắc [8]. Khả năng cung ứng thuốc theo danh mục thuốc thiết yếu mới chỉ đạt 50% và còn phụ thuộc vào thuốc nhập khẩu [8].

4.2 Khó khăn, hạn chế trong triển khai chương trình chăm sóc sức khỏe của người dân tộc thiểu số

Chế độ đãi ngộ đối với cán bộ y tế chưa phù hợp, lương và phụ cấp cho cán bộ y tế quá thấp, không tương xứng với công sức, điều kiện làm việc vất vả ở khu vực có người DTTS. Kết quả của nghiên cứu cũng tương đồng với các báo cáo trước đó [9]. Thông tư số 07/2013/TT-BYT [3] liên quan tới nhân viên y tế thôn bản nhằm giúp người DTTS và người dân vùng sâu vùng xa vùng núi cao có thể tiếp cận tốt hơn các dịch vụ CSSK. Hiện nay chỉ cán bộ ở khu vực thuộc chương trình 135 mới được hưởng ưu đãi đặc thù hơn, tuy nhiên khi mức sống thay đổi và kinh phí cho các hoạt động y tế ngày càng cắt giảm đã làm tăng các khó khăn trong thực hiện công việc của cán bộ cấp cơ sở.

Ngoài ra, rào cản tới thực hiện các chương trình CSSK cho người DTTS chính là những hạn chế đằng sau lộ trình sát nhập và tự chủ của ngành y tế. Việc phân bổ ngân sách hiện nay ưu tiên phân bổ cho tuyến Trung ương và Tuyến tỉnh trong khi người DTTS chủ yếu sử dụng DVYT tại tuyến xã, huyện. Tự chủ còn dẫn đến chênh lệch chuyên môn giữa các tuyến y tế. Tuyến y tế cơ sở, đặc biệt vùng dân tộc dựa vào nguồn kinh phí hỗ trợ cố định thì xuống cấp, thiếu bác sĩ và cán bộ chuyên môn, điều này đã được minh chứng trong báo cáo kết quả điều tra thực trạng kinh tế xã hội 53 DTTS năm 2015 của Uỷ ban dân tộc năm 2016 [10].

Mặc khác, các chương trình CSSK cho người DTTS còn đang đặt chung với chính sách giảm nghèo, chưa có chương trình riêng dành cho người DTTS. Điều này đã được thể hiện trong các văn bản của Chính phủ như Luật Bảo hiểm y tế ban hành ngày 14/11/2008, Nghị quyết số 80/NQ-CP ngày 19/5/2011, Quyết định số 139/2002/QĐ-TTg ngày 15/10/2002 và Quyết định số 14/2012/QĐ-TTg ngày 01/3/2012 về khám chữa bệnh cho người nghèo. Theo đó, các đối tượng người thuộc diện hộ nghèo, người DTTS đang sống ở vùng khó khăn mới được hưởng các chính sách của văn bản này.

V. KẾT LUẬN

Một số rào cản trong tiếp cận DVYT của người DTTS bao gồm khoảng cách địa lý, thời tiết; tính sẵn có tại các CSYT còn thấp. Một số khó khăn, hạn chế trong triển khai các chương trình CSSK cho người DTTS hiện nay bao gồm chưa có chính sách CSSK riêng cho người DTTS; thiếu cơ sở dữ liệu, số liệu y tế của người DTTS; chế độ làm việc cho cán bộ DTTS còn phù hợp và hấp dẫn; nguồn nhân lực y tế sau quá trình sát nhập suy giảm, cơ chế tự chủ tài chính dẫn tới thực trạng thiếu kinh phí triển khai các hoạt động tại cộng đồng. Nên có những chính sách đặc thù riêng cho DTTS

về CSSK, những chương trình/đề án thu thập số liệu y tế của người DTTS để cung cấp bằng chứng và có những điều chỉnh phù hợp với những vùng, tỉnh có người DTTS.

Lời cảm ơn: Bài báo là sản phẩm nghiệm thu khoa học và công nghệ cấp nhà nước "Những giải pháp cơ bản và cấp bách về chăm sóc sức khỏe đồng bào dân tộc thiểu số nước ta hiện nay". Mã số: CTDT.46.18/16-20.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chính Phủ. Luật Bảo hiểm y tế có hiệu lực từ 01/07/2009. Nxb Lao động, Hà Nội. 2009.
2. Thủ Tướng Chính Phủ. Quyết định 139/2002/QĐ-TTg ngày 15/10/2002 và quyết định 14/2012/QĐ-Ttg ngày 01/03/2012. 2002.
3. Bộ Y tế. Thông tư số 07/2013/TT-BYT. 2013.
4. Bộ Y tế. Các yếu tố thành công đối với sức khoẻ Phụ nữ và trẻ em Việt Nam. Tổ chức y tế thế giới. 2015.
5. UNFPA. Những rào cản trong tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ bà mẹ và kế hoạch hoá gia đình của đồng bào dân tộc thiểu số. UNFPA Hà Nội. 2017.
6. UNFPA. Tình hình sinh đẻ ở các cộng đồng dân tộc thiểu số - Một nghiên cứu định tính tại tỉnh Bình Định. UNFPA Hà Nội. 2008.
7. Bộ Y tế. Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2012. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 2012.
8. Bộ Y tế. Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2015. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 2016.
9. Cục Quản lý Khám chữa bệnh - Bộ Y tế. Báo cáo tổng kết công tác khám, chữa bệnh năm 2014. Hà Nội. 2015.
10. Uỷ ban dân tộc. Kết quả điều tra thực trạng kinh tế xã hội 53 dân tộc thiểu số năm 2015.

BARRIERS IN USING HEALTH SERVICES AND IMPLEMENTING HEALTH CARE PROGRAMS FOR ETHNIC MINORITY GROUPS IN SOMES PROVINCES IN VIETNAM, 2019

Nguyen Thi Nga, Doan Thi Thuy Duong, Nguyen Trung Kien, Hoang Van Minh
Hanoi University of Public Health

Since 1986, a number of health care policies for ethnic minorities have been issued and implemented, and some achievements have been achieved in reducing distance of health care. However, the results still have certain limitations. This study was conducted to identify barriers in using health services and implementing health care programs for ethnic minorities in some provinces in 2019. A qualitative research was conducted among 130 people (18 focus group discussions and 27 in-depth inverivews) among respondent who direct and implement policies at provincial, district, commune levels and ethnic minorities. Research has shown a number of barriers in ethnic minority people's use to health services, including difficult geographical distance, weather; availability of health services; no specific health care policy, a lack of health data and report of ethnic minorities group, difficulties after the merger and medical autonomy process; remuneration for health workers is not appropriate and attractive. This study recommeded that it is necessary to supplement specific health care policies, to collect health data for ethnic minorities. There should be adjmustments to the merger and autonomy process suitable for areas and provinces where there are ethnic minorities.

Keywords: Ethnic minorities group; barrier; health services; health care; Vietnam