

HỆ THỐNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE CẤP XÃ*

PHẠM BÍCH SAN**

TỔNG QUAN

Hợp Thành là một xã có 2.083 dân, trong đó 70% là người Tày và 30% là người Kinh từ Thái Bình di cư lên. Xã nằm cách trục đường nhựa chính (quốc lộ 3) chạy qua trung tâm huyện khoảng 8 km đường cấp phối. Chợ nằm đầu xã, họp 5 ngày một lần và là nơi trao đổi của dân cư không chỉ Hợp Thành mà còn nhiều xã khác. Chiều dài của xã 4 km và bề ngang không quá 3 km. Trong quá khứ, thời kỳ chiến tranh chống Pháp, nhiều cơ quan Nhà nước đã đóng ở đây, còn trong chiến tranh chống Mỹ, Trường Đại học Y Hà Nội cũng sơ tán tại đây (1966-1970). Hiện tại, chỉ còn có những ngôi nhà sàn xinh xắn về mặt thẩm mỹ nhưng bất tiện trong việc chống lại khí lạnh mùa đông và những ngôi nhà lá vách đất nằm trên sườn đồi bao quanh thung lũng trồng lúa. Hoạt động kinh tế chủ yếu xoay quanh trồng lúa, trồng chè và chăn nuôi trâu, lợn.

II. HỆ THỐNG DỊCH VỤ SỨC KHỎE

Xã Hợp Thành có bốn thành tố tạo nên hệ thống chăm sóc sức khỏe ở xã: y tế xã theo hệ thống y tế Nhà nước, y tế tư nhân, các thầy lang với các bài thuốc gia truyền và các thầy cúng vừa chữa bệnh vừa làm các thủ tục ma chay. Còn có thể kể đến thành tố thứ năm nữa là dịch vụ cung cấp thuốc mà về cơ bản hiện nay đã được tư nhân hóa.

1. Y tế xã.

Trước kia, y tế xã tồn tại dựa vào ngân sách xã. Khi hệ thống hợp tác xã còn mạnh và còn bao trùm lên toàn thể các hoạt động của xã, các trạm y tế xã đã duy trì được hoạt động của mình một cách tương đối khá quan trọng trong nhiều năm. Sự suy thoái của kinh tế tập thể đã kéo đến sự suy thoái của y tế xã nói riêng cũng như nhiều hoạt động công cộng nói chung. Do vậy, để duy trì hoạt động bảo vệ sức khỏe ở xã hiện nay, các nhân viên y tế xã ăn lương theo phòng y tế huyện và về nguyên tắc phụ thuộc vào ngân sách huyện. Mỗi xã từ 3.000 dân trở xuống có quyền có 3 biên chế đo huyện trả lương. Cứ mỗi 1.000 dân tiếp theo có quyền có thêm 1 biên chế nữa. Tại các xã là trung tâm cho cả một khu vực nhiều xã, huyện cử một bác sĩ xuống làm việc trực tiếp Người bác sĩ này thuộc biên chế của phòng y tế huyện và là cán bộ Nhà nước, trong khi cán bộ y tế xã thuộc biên chế trạm y tế xã. Do vậy, nếu cán bộ biên chế huyện đã nhận được lương đến tháng 9 thì cán bộ y tế xã mới chỉ nhận được lương đến tháng 6. Lý do của việc này là cán bộ y tế huyện về nguyên tắc đã chuyên làm y tế, trong khi cán bộ y tế xã vẫn chưa được là chuyên về y tế.

Tuy nhiên xã Hợp Thành mới chỉ có hai y sĩ thuộc biên chế trạm y tế xã và còn có thể bổ sung thêm một người thứ ba. Nhưng không thể có người thứ ba đó, dù trong xã vẫn còn có một y sĩ nữa, vì lý do rất đơn giản là, thông qua con đường hôn nhân, người đó có quan hệ họ hàng rất gần với người trạm trưởng, và do vậy: 1) không muốn bị nhìn nhận là do quan hệ họ hàng nên vào làm y tế xã; 2) thời gian phải đóng góp cho công việc chung quá nhiều và công việc này không mang lại lợi ích kinh tế so với những công việc khác có thể làm được.

Do bệnh xá đang sửa chữa, nên các nhân viên y tế chữa bệnh tại nhà. Bệnh nhân, nếu không bị bệnh nặng đột xuất, thường đến khám bệnh vào lúc trưa hoặc buổi tối, tức là vào lúc nhàn rỗi ngoài giờ sản xuất. Trung bình có thể có 4-5 người đến nhờ xem bệnh tại nhà vào lúc buổi trưa và cũng khoảng ngần ấy có thể đến vào buổi tối.

*. Nghiên cứu tại xã Hợp Thành và các xã khác thuộc huyện Phú Lương, Bắc Thái (25-10 đến 2-11-1990).

** . Phó tiến sĩ, Trưởng phòng Xã hội học dân số và gia đình, Viện Xã hội học.

Đờ đê được tiến hành phần nhiều ở nhà khi trạm xá còn hoạt động và nay thì hoàn toàn ở nhà. Thông thường phụ nữ có thai đi thăm thai trước khi đẻ, nếu thai thuộc loại đẻ khó hay con đầu lòng thì nhân viên y tế được mời đến, còn không thì được tự đỡ lấy. Trong 12 tháng qua có 68 trẻ em sinh ra và một em trong số đó bị chết. Tỷ suất sinh thô khoảng 32,65% Hiện trong 360 phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ có 88 người đặt vòng, 9 triệt sản và trong năm qua có 12 người phá thai. Chương trình tiêm chủng mở rộng được tiến hành tốt.

Thu nhập của dân cư Hợp Thành tương đối thấp, do chỉ độc canh lúa và chưa khai thác được các nguồn thu nhập khác như cây chè, nên nhân viên y tế không có được thu nhập thêm do khám chữa bệnh ngoài giờ. Tuy nhiên, họ nhận được những sự đối công nhất định cùng sự tôn trọng của nhân dân địa phương. Trách nhiệm y tế xã buộc họ có bổn phận phải chăm sóc sức khỏe cho nhân dân, nhưng thu nhập thấp và không đúng thời hạn khiến họ muốn thôi việc. Khám bệnh của y tế xã không đủ quan trọng để nhân dân cảm thấy phải trả tiền (nhất là khi những nhân viên y tế đã được Nhà nước trả lương) nên thu nhập thêm chỉ có thể có được thông qua việc bán thuốc. Điều này đòi hỏi phải có sức lao động và vốn để đi mua thuốc về bán. Nhìn chung, thu nhập của nhân viên y tế có được từ: 1) ruộng lúa; 2) vườn và chăn nuôi, 3) các hoạt động khác; và 4) lương. Ruộng cung cấp lương thực, vườn cung cấp thức ăn cùng các khoản chi tiêu vặt của đời sống, các hoạt động khác bổ sung cho sự phong phú của quỹ gia đình trong việc đáp ứng những nhu cầu thiết yếu của đời sống, cho tích lũy và giải quyết những việc lớn. Còn lương, tuy là một khoản thu không nhỏ nhưng không có ý nghĩa quan trọng đối với đời sống hàng ngày của họ. Vị trí xã hội do công việc đó mang lại có lẽ có ý nghĩa hơn thù lao nhận được từ công việc đó. Khi vị trí xã hội không giúp cho người cán bộ y tế nâng cao được thu nhập bằng các nguồn khác thì người ta không muốn tiếp tục công việc đó nữa, hoặc muốn được tiếp tục công việc đó ở nhà để có thể đồng thời làm thêm những việc khác.

Nhân viên y tế xã thông thường là những người học hết cấp II (8 năm trong trường kể cả vỡ lòng) và trung cấp y (3 năm) tại Bắc Thái. Sau khi tốt nghiệp trung cấp y, cơ hội được huấn luyện lại đối với họ là gần như không có. Đôi khi, họ cũng có tham dự lớp học vài ngày như về chương trình tiêm chủng, dân số... Đi học dài ngày hơn nữa là điều họ mong muốn, nhưng không thể thực hiện được, vì họ phải làm việc hằng ngày để kiếm sống cho gia đình. Nếu không có việc hàng tháng lên huyện để xem có lương hay chưa và thỉnh thoảng không có đợt tiêm chủng thì thực tế họ bị lãng quên.

2. Các thầy thuốc tư.

ít nhất, ở Hợp Thành cũng có 2 người đang thỉnh thoảng hành nghề thuốc tư. Một là y sĩ và một là bác sĩ quân đội. Cả hai đều cùng về hưu và đều tiến hành khám bệnh cho những người xung quanh, đồng thời bán thuốc khi cần thiết. Người y sĩ sống bằng nghề nông và hành nghề y theo yêu cầu của những người xung quanh. Người bác sĩ có lương tương đối cao (khoảng 50.000đ/tháng) và có tay nghề giỏi (châm cứu) nên có thu nhập khá cao do hành nghề tư. Với những bệnh nặng, người bác sĩ này có thể chữa và đến mùa mới nhận thù lao (nếu bệnh nhân trả). Trình độ tay nghề cao là yếu tố quyết định việc có bệnh nhân đến khám và có thu nhập từ nguồn khám đó hay không. Nói khác đi, đó chỉ là những dịch vụ y tế cần thiết trong trường hợp cấp cứu và không thể sống bằng nghề đó một cách độc lập được.

3. Các thầy lang.

Theo thông báo, trong xã có không dưới 7 thầy lang, đa số là nữ, cùng một loạt những người có những bài thuốc dân tộc độc đáo khác. Họ có thể chữa nhẹ thì cảm cúm và nặng thì thần kinh tọa, viêm gan và kè cả phá thai. Tuy nhiên, bài thuốc phá thai chỉ được sử dụng trong nội bộ gia đình và không cung cấp cho người ngoài (trừ một vài trường hợp) do sợ bị thất đức. Rất khó xác định những thầy lang này có thu tiền không, nhưng có khả năng hơn cả là họ giúp không và nhận lại quà biếu cùng những dịch vụ về sức lao động để trao đổi cũng như lòng kính trọng của những người xung quanh. Tiền chỉ có thể nhận khi đó là người từ xa đến và không có quan hệ thân thích.

4. Thầy cúng.

Có 4 thầy cúng đang hành nghề tại xã. Một thầy đã già được tiếng là cao tay và suốt ngày có người đón mời đi cúng khi ma chay và khi bị bệnh. Ba người kia chỉ cúng cho những người họ hàng. Tiền công trung bình cho một lần cúng bình thường của thầy cúng cao tay bao gồm; 1) 3-5 nghìn đồng; 2) 1 gà thiên (2-3 kg); 3) 2 đầu gạo nếp (khoảng 3 kg); 4) 1 chai rượu, ước tính theo giá hiện tại khoảng 20.000 đ.

Trong một vài trường hợp, người ta có thể phải tốn hơn thế nhiều lần để tạ ơn thầy. Có lẽ người thầy cúng

đóng vai trò bảo đảm tâm lý cho người bệnh, nên trong thời điểm hiện tại, bệnh nhân thường kết hợp cả uống thuốc lẫn mời thầy cúng.

5. Dịch vụ cung cấp thuốc.

Quy thuốc của trạm xá chỉ còn 900đ vào năm 1987 và nếu tính cả lãi thì số tiền đó tương đương với 2.000đ hiện nay. Do vậy, nhân viên y tế thứ hai của xã phụ trách bán thuốc đã huy động vốn nhà chùng 200.000đ để mua thuốc. Mỗi tháng chị đi mua trên Thái Nguyên từ 3-6 lần và được hàng thuốc cho vay thêm 50.000-100.000đ để mua thuốc, cuối tháng trả. Thu nhập từ bán thuốc khá ổn định.

Cùng với y tế xã và các thầy thuốc tư, còn có một nguồn cung cấp thuốc khác cho bệnh nhân là những người bán thuốc tư từ phố huyện đến bán thuốc. Họ chở hòm thuốc bằng sắt trên xe đạp đến bán tại các phiên chợ. Mỗi phiên chợ có không được 2-3 người bán thuốc như vậy Người mua có nhiều do họ có sẵn tiền bán hàng hóa tại chợ và mua ngay tại đó.

Cả năm thành tố trên hợp lại với nhau một cách hài hòa thành hệ thống dịch vụ sức khỏe xã. ở một chừng mực nhất định, cũng có sự phân công giữa họ. Bình thường, y tế xã khám bệnh và chỉ định thuốc tây; trường hợp khẩn cấp, người bệnh sẽ nhờ đến người khám nào ở gần nhà nhất và xin mua thuốc nếu cần. Chẩn đoán bệnh xong, người bệnh hoặc đi bệnh viện tuyến cao hơn, hoặc đi mua thuốc hay tìm các bài thuốc đông y để tự chữa lấy. Đồng thời, nếu muốn, họ cũng có thể mời thầy mo đến cúng để đảm bảo sự tin tưởng về tinh thần rằng bệnh sẽ được khỏi

Khi hỏi về việc cải thiện tình hình y tế địa phương như thế nào thì câu trả lời của cán bộ y tế xã ở các nơi chúng tôi nghiên cứu phần nhiều tập trung vào bốn việc sau:

- Tăng lương,
- Cung cấp trang thiết bị,
- Nâng cấp trạm xá,
- Mở rộng quỹ thuốc.

Tuy nhiên, sẽ rất là khó nâng cao lương, do số người đến khám rất ít và lương của các cán bộ khác cũng thấp.

Việc cung cấp trang thiết bị cần được xem xét và cân nhắc cụ thể, vì có rất ít nhân viên y tế xã có thể trả lời rõ ràng là họ cần gì và họ sẽ sử dụng như thế nào trang thiết bị bổ sung. Việc đầu tư tiếp vào các trạm xá xã trong nhiều trường hợp sẽ có thể là một sự lãng phí tiền của lớn, vì trong những điều kiện thu nhập hiện nay, các cán bộ y tế xã không thể nào làm việc lâu ở các khu nhà đó được. Số lượng bệnh nhân ít khiến cho việc duy trì các cơ sở đó là khổ và nhân dân thường hay đến khám ở nhà các nhân viên y tế vào buổi trưa hoặc buổi tối, hoặc mời nhân viên y tế tới nhà.

Việc cung cấp các nguồn đầu tư bổ sung cho mua bán thuốc sẽ làm nảy sinh ra vấn đề kiểm soát các nguồn vốn như thế nào và sử dụng số lãi đó làm gì.

Do vậy, trong điều kiện các khu vực miền núi xa xôi và khó khăn, điều nên làm là xây dựng các trung tâm liên xã mạnh để có thể phục vụ cho một loạt xã lân cận. Các trung tâm đó tốt nhất là được bố trí gần các chợ lớn và phải có bác sĩ lãnh đạo. Ở các xã có số dân ít và dịch vụ sức khỏe hoạt động kém có thể phải nghi đốn phương án đóng cửa một số trạm y tế, chuyển nhân viên sang chế độ làm việc tại nhà và thuộc biên chế các cụm y tế liên xã mạnh. Họ sẽ là những người bảo đảm hoạt động y tế cơ sở cho địa phương.

Các trang thiết bị y tế nên được đầu tư trọng điểm cho các trạm liên xã và cho các nhân viên y tế cơ sở nào hoạt động tích cực.

Phòng y tế huyện nên định hướng cho việc triển khai đồng thời y tế tư và tăng cường sự kiểm soát đối với các hoạt động đó về chuyên môn. Việc mở các lớp tập huấn và thanh tra nên được tăng cường.