

Hiện trạng và xu hướng quá độ tử vong ở Việt Nam

NGUYỄN ĐỨC VINH

Sống lâu và khỏe mạnh ngày càng được công nhận là một trong những chỉ báo quan trọng nhất của phát triển xã hội cũng như phát triển con người (United Nations, 1986:1). Ước vọng sống lâu luôn tồn tại cùng với lịch sử nhân loại, mặc dù những thành tựu to lớn trong việc giảm mức chết và tăng tuổi thọ chỉ diễn ra chủ yếu trong khoảng năm thập kỷ qua ở các nước đang phát triển và hơn một thế kỷ qua trên thế giới nói chung. Điều đó có sự liên quan trực tiếp hay gián tiếp đến cuộc cách mạng khoa học công nghệ cùng với những tiến bộ xã hội khác của nhân loại.

Lịch sử giảm mức chết trên thế giới cho thấy, quá trình này thường tuân theo quy luật cơ bản chung, song cũng có những đặc thù phản ánh đặc điểm kinh tế, chính trị, văn hóa và xã hội của từng nhóm dân cư cụ thể. Những quốc gia với mức phát triển kinh tế và khoa học kỹ thuật cao có điều kiện rất thuận lợi để nâng cao tuổi thọ người dân. Nhưng sự phổ biến toàn cầu của y học hiện đại đã tạo điều kiện cho những nước đang phát triển như Việt Nam cũng có cơ hội đẩy nhanh quá trình giảm mức chết bằng những chính sách can thiệp kịp thời và thích hợp. Do đó, việc hiểu biết đầy đủ về hiện trạng tử vong là rất cần thiết trong việc hoạch định chính sách liên quan đến chất lượng dân số và sức khỏe ở nước ta hiện nay. Bài viết này mở đầu bằng việc giới thiệu sơ lược về lý thuyết quá độ tử vong và một số khái niệm có liên quan. Trên cơ sở đó, hiện trạng và triển vọng giảm tử vong ở Việt Nam sẽ được phân tích và tổng hợp qua các số liệu điều tra dân số và khảo sát quốc gia gần đây.

1. Lý thuyết quá độ tử vong và một số khái niệm liên quan

Quá độ tử vong là một trong hai cấu thành cơ bản của quá độ dân số, trong đó, dân số chuyển từ xã hội truyền thống với mức sinh và mức chết cao sang xã hội hiện đại với mức sinh và mức chết thấp (xem Caldwell, 1976; Kirk, 1996). Như vậy, thuật ngữ “quá độ tử vong” hàm ý sự giảm mức chết hay tăng tuổi thọ trung bình trong quá trình công nghiệp hóa và hiện đại hóa ở một quốc gia.

Vào thời kỳ sơ khai của lý thuyết quá độ dân số, tức là khoảng giữa thế kỷ hai mươi, đã có không ít nhận định cho rằng hiện đại hóa là điều kiện cần và đủ của giảm mức chết, và giảm mức chết sẽ là động lực cơ bản dẫn đến suy giảm mức sinh (Santow, 1997:2). Tuy nhiên, những kết quả nghiên cứu sau đó đã chỉ ra rằng cơ chế quá độ dân số phức tạp hơn nhiều và trên thực tế, không có hai quốc gia nào có quá độ dân số giống hệt nhau. Có nhiều bằng chứng ở các quốc gia khác nhau cho thấy

mức sinh có thể giảm trước mức chết, hoặc mức sinh cao vẫn được duy trì ngay cả khi mức chết đã giảm, hay quá độ dân số có thể diễn ra với mức độ hiện đại hóa tương đối thấp. Nhìn chung, mô hình giảm mức tử vong ở các nước đang phát triển là tương đối đa dạng.

Theo Kirk (1996:367), quá trình quá độ tử vong trong thế giới hiện đại có thể chia thành ba thời kỳ. Thời kỳ thứ nhất diễn ra tương đối chậm ở các nước Tây Âu vào thế kỷ 19, khi mà một số yếu tố hiện đại hóa, chẳng hạn như sự phát triển kinh tế, cơ sở hạ tầng, cải thiện điều kiện vệ sinh và dinh dưỡng..., đã là những động lực chính quyết định giảm mức tử vong. Ở thời kỳ thứ hai, từ cuối thế kỷ 19 cho đến trước chiến tranh thế giới lần thứ hai, mức chết giảm chủ yếu là do cuộc cách mạng trong y học, các thành tựu của y tế công cộng và nỗ lực tuyên truyền giáo dục sức khỏe. Thời kỳ thứ ba bắt đầu từ cuộc chiến tranh thế giới lần thứ hai cho đến ngày nay với bước đột phá bằng sự phổ biến rộng rãi của thuốc kháng sinh và tiêm chủng. Trong thời kỳ này, mức chết đã suy giảm rất đáng kể, không chỉ ở các nước công nghiệp phát triển mà ở hầu hết các nước đang phát triển.

Nói đến quá độ tử vong, có lẽ không thể không nhắc tới “quá độ dịch bệnh học” (epidemiologic transition) - một khái niệm của Omran (1971) mô tả mô hình biến đổi chung của nguyên nhân chết qua ba giai đoạn của quá độ tử vong. Trong giai đoạn đầu tiên, nguyên nhân chết chủ yếu là bệnh truyền nhiễm với mức chết cao tương ứng với tuổi thọ trung bình chỉ khoảng 30 năm. Đặc trưng cơ bản của giai đoạn thứ hai là sự giảm mức chết tương đối nhanh và liên tục do việc giảm tỷ lệ chết do các bệnh truyền nhiễm. Sau thời kỳ này, tuổi thọ trung bình đạt đến trên 50 năm. Ở giai đoạn thứ ba, khi bệnh không truyền nhiễm trở thành nguyên nhân tử vong chính, mức chết thường suy giảm chậm hoặc ở mức ổn định.

Omran cũng đưa ra bốn mô hình của quá độ dịch bệnh học mà trong đó, mức chết chuyển từ cao sang thấp với những khác biệt về thời điểm khởi đầu, điều kiện và tốc độ. Cụ thể bao gồm mô hình *kinh điển* diễn ra cùng với quá trình công nghiệp hóa ở phần lớn các nước phương Tây, mô hình *gia tốc* với trường hợp điển hình nhất là Nhật Bản, mô hình *chậm trễ* tại phần lớn các nước đang phát triển, và *phương án quá độ của mô hình chậm trễ* ở Đài Loan, Hàn Quốc, Singapore, Sri Lanka, Jamaica và một số quốc gia khác (Omran, 1971).

Lý thuyết quá độ dịch bệnh học của Omran đã được chính tác giả và một số nhà nghiên cứu khác cứu tiếp tục bổ sung và phát triển. Chẳng hạn, Olshansky and Ault (1986) căn cứ vào tình trạng tử vong ở Mỹ đã xác định giai đoạn thứ tư của quá độ dịch bệnh học mà trong đó, mức chết tiếp tục giảm mạnh và tuổi thọ trung bình đạt trên 80 năm, nhưng cấu thành của nguyên nhân tử vong lại tương đối ổn định. Các nhà nghiên cứu còn đề cập đến khái niệm “quá độ ngược”, với việc một vài tỷ suất chết theo nguyên nhân không giảm mà lại gia tăng do một số điều kiện chính trị, xã hội, môi trường hay y tế bất lợi trong một số khu vực đặc thù. Ví dụ như việc tăng tỷ suất chết do tự sát và tai nạn chấn thương ở không ít quốc gia ở Đông Âu vào những năm 1990, và trường hợp điển hình nhất của quá độ ngược là tác động của đại

dịch AIDS đến mức chết ở châu Phi (Gaylin & Kates, 1997).

Những kết quả nghiên cứu thực nghiệm nói chung đã ủng hộ ý tưởng đa mô hình trong lý thuyết của Omran, nhưng đồng thời vẫn “thách thức sự nhìn nhận quá độ dịch bệnh học như là một lý thuyết tổng quát cho sự biến đổi đơn chiều của mức tử vong” (Salomon & Murray, 2002:205). Vì vậy, trên cơ sở lý thuyết quá độ dịch bệnh học, đã có không ít nỗ lực trong việc xây dựng một mô hình tổng quát dưới dạng công thức liên hệ giữa mức tử vong với cấu thành nguyên nhân chết và một số chỉ báo nhân khẩu và kinh tế cơ bản khác (Preston & Nelson, 1974; Preston, 1976; Gage, 1994; Salomon & Murray, 2002).

Một khái niệm khác liên quan mật thiết đến quá độ tử vong là “quá độ sức khỏe” mà trong đó, không chỉ sự thay đổi mức chết hay bệnh tật mà cả những điều kiện sức khỏe và an sinh của con người cũng được xem xét một cách tổng thể. Nói cách khác, thuật ngữ “quá độ sức khỏe” bao hàm cả quá độ tử vong, quá độ dịch bệnh học và những biến đổi xã hội liên quan, cụ thể là những yếu tố văn hóa, xã hội và hành vi quyết định mức tử vong cũng như việc cải thiện sức khỏe trong suốt qua trình đó (Caldwell, 1990:xi). Từ khía cạnh nghiên cứu mức chết, có thể thấy là một số khung phân tích các yếu tố quyết định tử vong (Mosley & Chen, 1984; Schultz, 1984) cũng đi theo hướng tiếp cận này. Tuy nhiên, khái niệm quá độ sức khỏe bao hàm một lĩnh vực rộng lớn hơn, cụ thể là những động thái của biến đổi sức khỏe chứ không chỉ tình trạng sức khỏe tại thời điểm nhất định nào đó. Chính vì khái niệm quá độ sức khỏe rất rộng nên trong thực tế, các nghiên cứu về vấn đề này thường chỉ phân tích những trường hợp cụ thể chứ chưa đưa ra một khuôn mẫu hay mô hình chung nào.

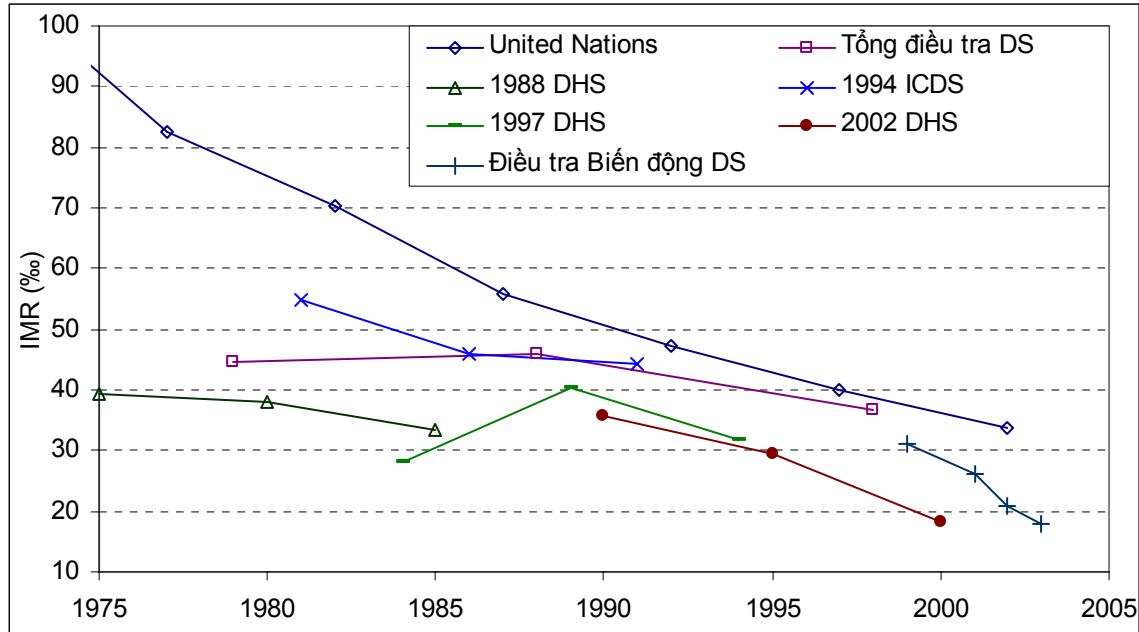
Những khái niệm kể trên có thể làm nền tảng cơ bản trong phân tích về biến đổi tử vong cũng như sức khỏe nói chung. Có thể kể ra một số gợi ý sau. Thứ nhất, những nghiên cứu về xu hướng và mức độ tử vong của một dân số không chỉ cần thiết trong việc tìm hiểu tình trạng sức khỏe mà còn rất quan trọng để xác định, mặc dù không phải luôn luôn là trực tiếp, động thái dân số và triển vọng biến đổi mức sinh, mức chết. Thứ hai, quá trình quá độ tử vong có thể được đánh giá qua phân tích hiện trạng và biến đổi của phân bố nguyên nhân chết. Qua đó, có thể phát hiện ra những đặc trưng và những điểm bất thường làm mục tiêu trọng điểm cho các chương trình dân số và sức khỏe. Thứ ba, do mức chết không chỉ được quyết định bởi điều kiện phát triển kinh tế và khoa học kỹ thuật mà còn liên quan đến những yếu tố văn hóa xã hội khác, nghiên cứu về tử vong theo hướng tiếp cận quá độ sức khỏe có thể góp phần xây dựng những chính sách can thiệp thích hợp và hiệu quả nhất để nâng cao tuổi thọ người dân trong điều kiện kinh tế hạn hẹp. Cuối cùng, do tính rất đa dạng của quá độ tử vong, có lẽ chưa có lý thuyết nào phản ánh quá trình này một cách hoàn hảo. Vì vậy, những kết quả nghiên cứu thực nghiệm có thể bổ xung kiến thức cho việc tiếp tục hoàn thiện những lý thuyết kể trên.

2. Tình trạng giảm mức chết ở Việt Nam trong mấy thập kỷ qua

Các kết quả ước lượng về tình hình tử vong từ các nguồn số liệu khác nhau đều cho thấy, Việt Nam đã đạt được những thành tựu quan trọng trong việc kiểm

soát và cải thiện tử vong. Chúng ta có thể thấy rõ điều này qua hai chỉ báo thông dụng nhất của mức chết là tỉ suất tử vong trẻ sơ sinh (IMR) và tuổi thọ trung bình của dân số.

Biểu đồ 1: Các ước lượng chính về tỷ suất tử vong trẻ sơ sinh ở Việt Nam từ 1975 đến nay



Nguồn: UN, 2005; Điều tra dân số, 1991 và 2000; UBDS, 1990, 1999 và 2003; Tổng cục Thống kê, 1991, 1995, 2004 và 2005.

Ghi chú: những ước lượng cho một giai đoạn được trình bày tại thời điểm giữa của giai đoạn đó.

Biểu đồ 1 trình bày một số ước lượng tỷ suất tử vong trẻ sơ sinh ở nước ta của Liên hiệp quốc và những cuộc tổng điều tra dân số cũng như điều tra nhân khẩu học quốc gia chủ yếu từ năm 1975 đến nay. Những ước lượng này mặc dù không khớp nhau lắm, song đều cho thấy xu hướng chung là IMR ở nước ta đã giảm rất đáng kể trong mấy thập kỷ qua.

Liên hiệp quốc cũng ước lượng tuổi thọ trung bình của dân số Việt Nam đã tăng từ 55,8 năm 1975-1980 đến 70,7 năm 2000-2005 (United Nation, 2005). Hai cuộc tổng điều tra dân số gần đây nhất đưa ra ước lượng là tuổi thọ trung bình đã tăng từ 63,0 năm cho nam và 67,5 năm cho nữ vào năm 1988-1989 lên 66,5 năm cho nam và 70,1 năm cho nữ vào năm 1998-1999 (Tổng cục Thống kê, 1991 và Điều tra dân số, 2000). Số liệu tổng điều tra dân số năm 1979 và 1989 cũng đã được Merli (1998) sử dụng để ước lượng tuổi thọ trung bình ở nước ta trong thập kỷ này cho hai giới là 61,4 và 63,2 năm. Gần đây, một báo cáo của Lopez và cộng sự (2001) viết cho Tổ chức Y tế thế giới đã ước lượng bảng sống cho 191 nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Tuổi thọ trung bình của dân số Việt Nam năm 2000 theo báo cáo này là 68,6 năm cho nam và 70,1 năm cho nữ. Những kết quả trên cho thấy, mức chết ở nước ta đã giảm xuống mức tương đối thấp, thậm chí thấp hơn đáng kể so với nhiều quốc gia đang phát triển khác có mức thu nhập bình quân đầu người tương đương

hoặc cao hơn Việt Nam.

Tuy nhiên, các ước lượng về IMR và tuổi thọ trung bình kể trên thường dựa trên những phương pháp và giả thiết khác nhau nên không nhất quán và không cho phép phân tích biến đổi mức tử vong trong khoảng thời gian tương đối ngắn. Để khắc phục hạn chế này, Bảng 1 trình bày một số ước lượng cũng từ những nguồn số liệu trên, nhưng sử dụng cùng quy trình tính toán cho tất cả các giai đoạn và kết hợp với kỹ thuật *làm trơn*¹.

Bảng 1: Tỷ suất chết trẻ sơ sinh và tuổi thọ trung bình, một số giai đoạn từ 1988 đến 2003

	1988-1989	1993-1994	1998-1999	2000-2001	2002-2003
Nam					
IMR	45,1	37,2	24,5	19,1	18,2
Tuổi thọ trung bình	62,9	65,4	67,9	69,2	69,3
Nữ					
IMR	35,9	28,4	24,2	21,6	21,2
Tuổi thọ trung bình	68,6	70,9	71,7	71,9	72,7

Nguồn số liệu: Tổng điều tra dân số 1989 và 1999; Điều tra biến động dân số 2000, 2001, 2002 và 2003.

Một lần nữa, kết quả ước lượng trên tiếp tục khẳng định tốc độ suy giảm mức tử vong tương đối nhanh ở nước ta trong mấy thập kỷ qua. Tuổi thọ bình quân năm 2002-2003 là 69,3 cho nam và 72,7 cho nữ. Dựa trên kinh nghiệm các nước đi trước thì có thể thấy Việt Nam đã bước sang giai đoạn cuối của quá trình quá độ tử vong. Điều đáng chú ý là so với nữ, tỷ suất tử vong trẻ sơ sinh nam đã giảm nhanh hơn, từ cao hơn đáng kể ở đầu thời kỳ *Đổi mới* đã giảm xuống tương đương hoặc thấp hơn của nữ trong mấy năm gần đây. Hiện tượng này có thể liên quan đến việc trẻ sơ sinh nam có xu hướng ngày càng được ưu tiên chăm sóc tốt hơn trẻ em nữ, nhất là khi mức sinh của Việt Nam đã giảm xuống gần đến mức thay thế. Tuy nhiên, có lẽ cần tiến hành những nghiên cứu chi tiết hơn để tìm hiểu và đưa ra giải pháp nếu vấn đề phân biệt đối xử theo giới tính trẻ em được khẳng định.

Kết quả so sánh tại Bảng 2 cho thấy, trong suốt thời kỳ từ 1988-1989 đến 2002-2003, tốc độ giảm trung bình hàng năm của xác suất tử vong cho cả bốn nhóm tuổi đều diễn ra nhanh hơn cho nam giới. Tuy nhiên nếu chia thời kỳ này thành hai giai đoạn ngắn hơn thì điều đó chỉ đúng với thập kỷ đầu tiên: từ 1988-1989 đến 1998-1999. Trong giai đoạn thứ hai, từ 1998-1999 đến 2002-2003, tốc độ giảm mức tử vong trẻ sơ sinh vẫn rất ấn tượng, nhất là trẻ sơ sinh nam. So với giai đoạn trước, trong khi của xác suất tử vong (trong vòng 20 năm) giảm nhanh hơn cho nhóm nữ 25 và 55 tuổi thì lại giảm chậm đi ở nhóm nam 55 tuổi. Đặc biệt là trong giai đoạn thứ hai

¹ Phương pháp gián tiếp *general growth balance* (Hill, 1987) và *death-based* (Bennett and Horiuchi, 1984) và một số phương pháp khác đã được áp dụng để ước lượng các bảng sống, tuy nhiên không được trình bày chi tiết trong khuôn khổ bài viết này. Có thể tham khảo những phương pháp kể trên từ United Nations (1983 và 2002), Preston & Heuveline & Guillot (2001), và Siegel & Swanson (2004).

này, xác suất tử vong không hề giảm cho các nhóm nữ 25 tuổi cũng như nam 15 và 25 tuổi. Như vậy có thể nói, việc gia tăng tuổi thọ bình quân trong giai đoạn từ 1998-1999 đến 2002-2003 chủ yếu là do mức chết của trẻ sơ sinh và của nhóm dân số nữ trên 25 tuổi tiếp tục giảm.

Bảng 2: Xác suất tử vong và tốc độ giảm trong một số giai đoạn từ 1988 đến 2003

Giai đoạn	Xác suất tử vong ${}_a q_n$			Tốc độ giảm bình quân (% mỗi năm)		
	1988-1989	1998-1999	2002-2003	1988-1989 đến 2002-2003	1989-1989 đến 1998-1999	1998-1999 đến 2002-2003
Nam						
${}_1 q_0 = IMR$	0,045	0,025	0,018	6,28	5,92	7,16
${}_{20} q_{15}$	0,048	0,042	0,042	0,92	1,30	-0,02
${}_{20} q_{25}$	0,136	0,117	0,118	1,04	1,53	-0,21
${}_{20} q_{55}$	0,523	0,419	0,408	1,77	2,21	0,67
Nữ						
${}_1 q_0 = IMR$	0,036	0,024	0,021	3,69	3,87	3,25
${}_{20} q_{15}$	0,034	0,030	0,031	0,62	1,20	-0,83
${}_{20} q_{25}$	0,083	0,079	0,072	1,02	0,50	2,30
${}_{20} q_{55}$	0,359	0,334	0,312	1,00	0,71	1,70

Nguồn số liệu: Tổng điều tra dân số 1989 và 1999; Điều tra biến động dân số 2000, 2001, 2002 và 2003.

Ghi chú: ${}_a q_n$ là xác suất tử vong trước khi tròn $n+a$ tuổi của người đúng n tuổi.

Có thể dẫn ra hai yếu tố sau để giải thích tình trạng này. Thứ nhất, cùng với quá trình công nghiệp hóa và chuyển sang nền kinh tế thị trường ở Việt Nam, tỷ lệ tử vong do bệnh truyền nhiễm giảm mạnh, trong khi tỷ lệ tử vong do tai nạn hay chấn thương lại gia tăng (Bộ Y tế, 2000), mà nạn nhân có lẽ phần lớn là phụ nữ 15-35 và nam giới 15-45 tuổi. Thứ hai, điều kiện sống, nhất là về tình trạng dinh dưỡng, của đại bộ phận dân số được cải thiện đáng kể trong quá trình *Đổi mới*, và điều đó có thể đã góp phần quan trọng vào việc nâng cao tình trạng sức khỏe cũng như tuổi thọ, đặc biệt là cho trẻ em, người già và những người trước đây đã từng bị ảnh hưởng nhiều bởi suy dinh dưỡng. Việc triển khai hiệu quả các chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu cũng rất có ý nghĩa trong việc giảm mức tử vong do các bệnh truyền nhiễm thông thường (Bộ Y tế, 2000). Tuy nhiên, từ khoảng cuối thập kỷ 1990, khi thiếu đói không còn là vấn đề bức xúc mà tỷ lệ tử vong do các bệnh không lây, như ung thư hay tim mạch, có xu hướng gia tăng thì thực tế đòi hỏi phải có những bước phát triển vượt bậc của hệ thống y tế và chăm sóc sức khỏe mới có thể tiếp tục duy trì tốc độ tăng tuổi thọ bình quân như ở những thời kỳ trước.

3. Phân tích nguyên nhân tử vong của dân số Việt Nam

Việc xác định, phân loại và thống kê nguyên nhân tử vong hoàn toàn không đơn giản, nhất là ở quốc gia có hệ thống đăng ký sinh tử còn nhiều hạn chế như ở Việt Nam. Danh sách *phân loại bệnh tật quốc tế* của Tổ chức Y tế thế giới (ICD-10) có tới 22 chương với khoảng 12 nghìn mã cho các loại bệnh và nguyên nhân chết khác

nhau. Tuy nhiên, một phương pháp phân loại tương đối phổ biến do tính đơn giản, dễ áp dụng nhưng cũng rất hiệu quả trong việc phân tích quá độ tử vong là chia các nguyên nhân chết ra làm ba nhóm chính: (1) *chết chu sinh, chết thai sản, và các bệnh truyền nhiễm/nhiễm trùng hay liên quan đến dinh dưỡng*, (2) *các bệnh không truyền nhiễm/nhiễm trùng khác*, và (3) *các loại chấn thương, tai nạn*.

Do ở nước ta vẫn chưa có số liệu thống kê sinh tử chính xác nên hầu hết những ước lượng trước đây về nguyên nhân chết cho thời kỳ trước 2002 chỉ dựa trên số liệu ghi nhận tại các bệnh viện, mà số liệu này không hẳn đã gần với con số thực tế cho toàn quốc. Trong bài viết này, số liệu thống kê y tế về nguyên nhân tử vong tại bệnh viện kết hợp với kết quả Điều tra y tế quốc gia năm 2001-2002 (NHS-2002) đã được sử dụng để ước lượng tình trạng biến đổi cấu thành ba nhóm tử vong kể trên từ năm 1986 đến nay.²

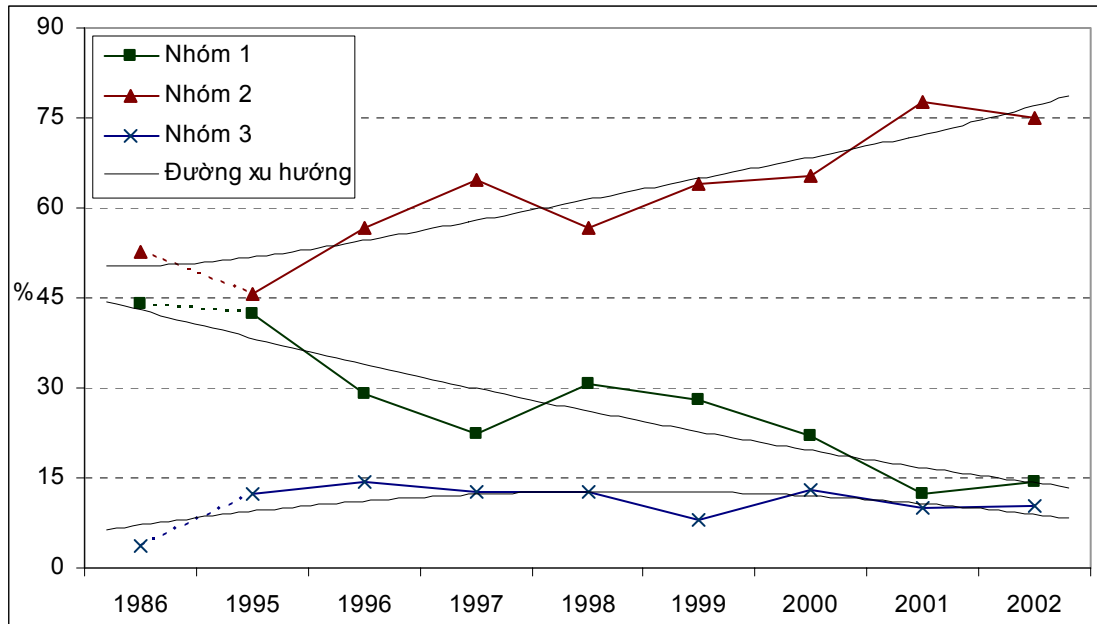
3.1. Xu hướng biến đổi

Kết quả trình bày trên Biểu đồ 2 cho thấy, các ước lượng tuy dao động ở một vài thời điểm khác nhau nhưng nhìn chung, đường xu hướng thể hiện rõ sự biến đổi của cấu thành nguyên nhân tử vong ở nước ta từ khi bước sang thời kỳ *Đổi mới* cho đến nay. Từ năm 1986 đến 2002, trong khi tỷ lệ tử vong³ do nguyên nhân nhóm 1 giảm từ gần 45% xuống còn khoảng 15% thì tỷ lệ tử vong do nguyên nhân nhóm 2 (bệnh không nhiễm trùng) tăng từ 53% lên 75%. Sự biến đổi này nói chung phù hợp với các lý thuyết về quá độ tử vong cũng như quá độ dịch bệnh học trên thế giới.

Điều đáng chú ý là trong khoảng thập kỷ đầu tiên của thời kỳ *Đổi mới*, tỷ lệ tử vong do nguyên nhân nhóm 3 (tai nạn, chấn thương) tăng tương đối nhanh, từ dưới 5% năm 1986 lên đến gần 15% năm 1996. Sau đó, tỷ lệ này tương đối ổn định và có phần giảm nhẹ trong mấy năm gần đây. Hiện tượng mức tử vong tăng đột biến, hay quá độ ngược, đã từng xuất hiện ở một số nước Đông Âu trong thời kỳ bắt đầu chuyển sang nền kinh tế thị trường do sự thay đổi quá nhanh của hệ thống chăm sóc y tế và an sinh xã hội mà lại thiếu những chính sách can thiệp kịp thời (Chen & Wittgenstein & McKeon, 1996; Cornia & Panizza, 2000). Ở Việt Nam, rõ ràng là kịch bản này đã không xảy ra bởi tuổi thọ bình quân vẫn liên tục tăng (Bảng 1). Tuy nhiên, có lẽ giai đoạn bắt đầu *Đổi mới* cùng với quá trình hiện đại hóa và sự gia tăng mạnh mẽ về sản xuất cũng như phương tiện giao thông đã ảnh hưởng ít nhiều đến mức tử vong do tai nạn và chấn thương.

² Quá trình ước lượng dựa trên bốn giả định sau: (1) Việc phân loại nguyên nhân chết theo số liệu thống kê tại các bệnh viện là chính xác; (2) Trong NHS-2002, việc thống kê số lượng tử vong có thể không đầy đủ, nhưng tỷ lệ thiếu hụt được cho là tương đương cho ba nhóm nguyên nhân tử vong; (3) Tỷ lệ tử vong tại bệnh viện trên toàn bộ tử vong có thể rất nhỏ và không cố định, nhưng tỷ số (ratio) của các tỷ lệ đó giữa 3 nhóm nguyên nhân tử vong là tương đối ổn định; (4) Những tử vong do bệnh nhiễm khuẩn hay chấn thương là tương đối dễ xác định trong điều kiện y tế ở nước ta hiện nay. Vì vậy, trong NHS-2002, nguyên nhân chết do *tuổi già* (chết khi trên 70 tuổi và không xác định được nguyên nhân) có thể giả thiết là do bệnh không truyền nhiễm. Hơn nữa, khi tất cả nguyên nhân tử vong đã được gộp lại chỉ thành ba nhóm kể trên thì việc phân loại nhằm nhóm là không đáng kể.

³ Có nghĩa là *tỷ lệ cấu thành nguyên nhân tử vong* (khái niệm này khác với *tỷ suất tử vong*).

Biểu đồ 2: Biến đổi cấu thành nguyên nhân tử vong ở Việt Nam, 1986-2002

Nguồn số liệu: Điều tra Y tế quốc gia 2001-2002; Bộ Y tế, 1986-1990, 1993-2002.

Một câu hỏi rất đáng quan tâm là nếu các quốc gia đều đã hoặc đang trải qua thời kỳ quá độ tử vong thì liệu cơ cấu nguyên nhân tử vong ở Việt Nam qua các năm kể trên có giống với các quốc gia đi trước? So sánh số liệu ở Bảng 3 với Biểu đồ 2 cho thấy, cơ cấu nguyên nhân tử vong ở Việt Nam các năm 1990, 1995, 1998 và 2002 lần lượt tương tự cơ cấu nguyên nhân tử vong năm 1990 ở Trung Đông, châu Á (trừ Trung Quốc và Ấn Độ), châu Mỹ La tinh và vùng Caribe, và Trung Quốc. Như vậy, rất có thể quá độ tử vong ở Việt Nam trong quá khứ đã từng xảy ra tương tự ở châu Phi hay Ấn Độ, và hiện đang hướng tới giai đoạn tiếp theo như đã từng xảy ra ở các nước công nghiệp phát triển.

Bảng 3: Tỷ lệ ba nhóm nguyên nhân tử vong tại một số nước và khu vực năm 1990

	Tỷ lệ 3 nhóm nguyên nhân tử vong, 1990 ^a			Tương tự ở Việt Nam năm
	Nhóm 1	Nhóm 2	Nhóm 3	
Châu Phi (vùng nam Sahara)	64,8	22,7	12,5	
Ấn Độ	51,0	40,4	8,6	
Trung Đông	42,7	47,4	9,9	1990
Phần còn lại của châu Á	39,6	50,3	10,1	1995
Châu Mỹ La tinh và vùng Caribe	31,3	55,7	12,9	1998
Trung Quốc	15,8	72,7	11,5	2002
Các nước Đông Âu	5,6	84,1	10,3	
Các nước phát triển phương Tây	6,4	87,4	6,2	

Nguồn: ^a Murray and Lopez (1997)

3.2. So sánh với mô hình chung

Để tìm hiểu rõ hơn đặc thù của quá độ tử vong ở Việt Nam, cơ cấu nguyên nhân tử vong giai đoạn 1999-2002 (theo NHS-2002) sẽ được so sánh với cơ cấu nguyên nhân tử vong thu được từ mô hình của Salomon và Murray (2002).⁴ Mô hình này dùng để ước lượng tỷ lệ cấu thành ba nhóm nguyên nhân tử vong cho từng nhóm tuổi và giới tính từ tỷ suất tử vong đặc trưng theo tuổi và mức thu nhập bình quân đầu người cho giai đoạn này theo Ngân hàng Thế giới (World Bank, 2003) là 2057 dollar.⁵

Kết quả trình bày trên Biểu đồ 3 cho thấy, về cơ bản, tỷ lệ cấu thành ba nhóm nguyên nhân tử vong ở Việt Nam năm 1999-2002 không hoàn toàn trùng khớp nhưng cũng không quá khác biệt so với chuẩn chung trên thế giới. Tỷ lệ tử vong do nguyên nhân nhóm 1 tương đối gần với mô hình ở các độ tuổi dưới 25 và trong khoảng 40-54 tuổi của nam giới và độ tuổi 1-4, 30-34 và trên 80 của nữ. Tuy nhiên, tỷ lệ này lại cao hơn đáng kể so với mô hình ở nam giới độ tuổi 25-39 và 55-84, và ở phụ nữ 45-74 tuổi. Ngược lại, trong số phụ nữ tử vong ở độ tuổi 10-29, tỷ lệ chết do bệnh truyền nhiễm lại thấp hơn đáng kể so với chuẩn chung.

Ở cả nam và nữ, tỷ lệ tử vong do bệnh không truyền nhiễm (nhóm 2) thấp hơn ở mô hình khoảng 5-10% cho tất cả các nhóm tuổi dưới 85. Trong đó, sự khác biệt lớn nhất là ở các nhóm nam 1-4, 10-14 và 30-39 tuổi, và nữ 1-4 và 50-69 tuổi. Trong số nam và nữ tử vong ở độ tuổi từ 50 trở lên, tỷ lệ chết do nguyên nhân nhóm 3 (tai nạn, chấn thương) rất khớp với mô hình chung. Mặc dù vậy, tỷ lệ này lại cao hơn so với mô hình ở độ tuổi trẻ hơn, đặc biệt là ở nhóm nam 10-19 tuổi và nhóm nữ 10-29 tuổi. Có lẽ đó cũng chính là nguyên nhân làm cho tỷ lệ tử vong do nguyên nhân nhóm 1 của phụ nữ 10-29 tuổi trở nên rất thấp.

Theo mô hình của Salomon và Murray (2002), khi mức thu nhập đầu người tăng, tỷ lệ chết do nguyên nhân nhóm 1 sẽ giảm trong khi tỷ lệ chết do nguyên nhân nhóm 3 ở mọi độ tuổi và tỷ lệ chết do nguyên nhân nhóm 2 ở độ tuổi thanh niên sẽ tăng (do tỷ suất tử vong do nguyên nhân nhóm 1 giảm nhanh hơn tỷ suất tử vong do hai nhóm nguyên nhân còn lại). Khi áp dụng xem xét cho Việt Nam, có thể nhận thấy rằng tỷ lệ tử vong do tai nạn chấn thương trong nhóm nam giới tử vong dưới 50 tuổi và phụ nữ tử vong dưới 30 tuổi cao hơn so với mức trung bình của các nước có mức tử vong và mức thu nhập tương đương. Nói cách khác, những tỷ lệ này đã tăng nhanh hơn mức độ phát triển kinh tế ở nước ta.

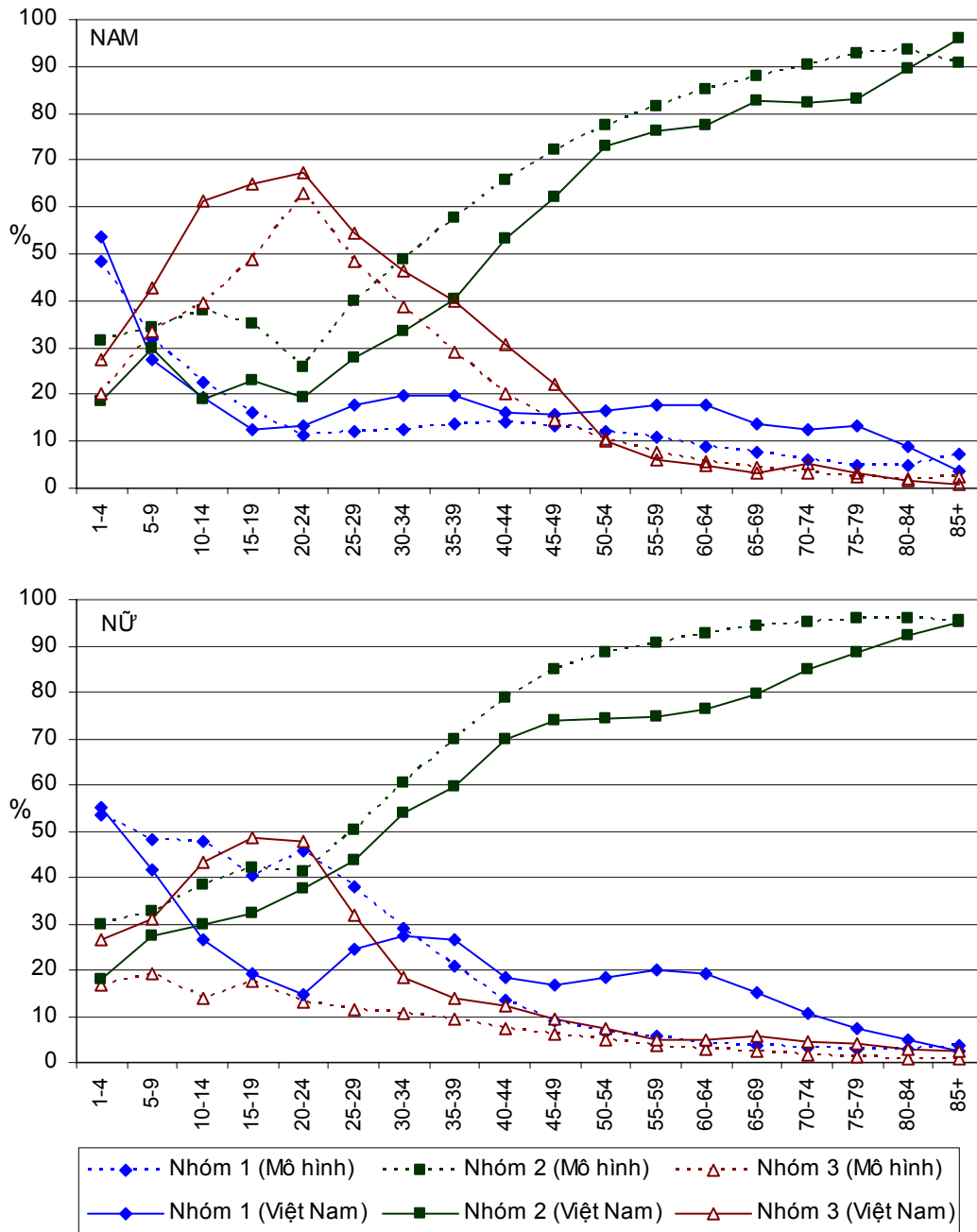
Những kết quả so sánh trên cho thấy, nếu coi mô hình chuẩn là hướng đi hiệu quả nhất, hay là con đường nhanh nhất trong hoàn cảnh kinh tế hiện tại, của quá độ tử vong ở nước ta thì việc tập trung giảm mức chết do bệnh truyền nhiễm ở nhóm dân

⁴ Salomon và Murray (2002) sử dụng kỹ thuật hồi quy và số liệu tại nhiều thời điểm của 58 quốc gia để ước lượng mô hình chung về mối tương quan giữa mức độ phát triển kinh tế và tỷ suất chết với cấu thành nguyên nhân tử vong cho từng nhóm 5 tuổi của nam và nữ.

⁵ Tỷ suất tử vong đặc trưng theo tuổi lấy từ bảng sống với phương pháp ước lượng đã giới thiệu ở mục 2. Mức thu nhập bình quân đầu người đã được điều chỉnh theo sức mua thực tế.

số 50-74 tuổi, cũng như chết do tai nạn chấn thương ở nam 10-19 tuổi và nữ 10-29 tuổi là rất cần thiết. Ngoài ra, điều đáng quan tâm là mức tử vong do bệnh truyền nhiễm tương đối nhạy cảm trong hoàn cảnh xã hội và môi trường hiện nay. Chẳng hạn, theo cảnh báo của Tổ chức Y tế thế giới, nếu không có chiến lược phòng chống hiệu quả, một số bệnh truyền nhiễm như AIDS hay cúm gia cầm có thể trở thành đại dịch dẫn đến hiện tượng *quá độ tử vong ngược* như đã từng xảy ra ở một số nước trên thế giới.

Biểu đồ 3: So sánh cấu thành ba nhóm nguyên nhân tử vong ở Việt Nam năm 1999-2002 với mô hình của Salomon và Murray



Nguồn: Điều tra Y tế quốc gia 2001-2002, Salomon & Murray (2002).

Mặt khác, nếu mô hình chuẩn được nhìn nhận là hướng có tính quy luật của quá độ tử vong thì có thể dự báo rằng tỷ lệ chết do các bệnh không truyền nhiễm (nhóm 2) sẽ tiếp tục tăng lên đáng kể trong tương lai gần ở Việt Nam. Câu hỏi đặt ra là liệu các chương trình y tế và chính sách có liên quan đã thực sự sẵn sàng cho giai đoạn mới này của quá độ tử vong ở nước ta chưa? Theo kết quả phân tích thì câu trả lời có lẽ là *chưa* bởi thực tế là xác suất tử vong ở một vài nhóm tuổi đã giảm rất chậm hoặc không giảm trong mấy năm gần đây. Như đã đề cập ở trên, Việt Nam vốn rất có kinh nghiệm trong việc triển khai hiệu quả các chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu (Bộ Y tế, 2000). Tuy nhiên việc khám chữa những bệnh không truyền nhiễm, như tiểu đường, ung thư hay tim mạch, thường đòi hỏi kinh phí cao, cơ sở y tế hiện đại mà người dân bình thường khó có thể tự trang trải. Điều quan trọng hơn là việc phòng tránh những căn bệnh này đòi hỏi những thay đổi lớn lao trong nhận thức và lối sống của người dân cũng như các nhà quản lý, chẳng hạn như những vấn đề liên quan đến hút thuốc lá, nghiện rượu bia, nhiễm độc thực phẩm, tập thể dục thể thao, hay giữ vệ sinh môi trường. Đó chắc chắn là thách thức không nhỏ đối với các chương trình y tế và sức khỏe ở nước ta hiện nay.

4. Kết luận và một số gợi ý chính sách

Những phân tích trong bài viết này có thể cho phép rút ra một số kết luận và gợi ý chính sách sau đây về quá độ tử vong ở nước ta. Thứ nhất, mức tử vong đã giảm tương đối nhanh trong mấy thập kỷ qua. Không như ở một số quốc gia Đông Âu, công cuộc *Đổi mới* cùng với quá trình chuyển sang nền kinh tế thị trường ở Việt Nam đã không gây ra những biến động lớn dẫn đến khủng hoảng xã hội và suy giảm tuổi thọ bình quân đột biến. Mức gia tăng tuổi thọ bình quân trong khoảng một thập kỷ qua chủ yếu là do việc giảm mức chết trẻ sơ sinh và của phụ nữ trên 25 tuổi. Tuy nhiên trong mấy năm gần đây, tốc độ giảm mức tử vong đã có xu hướng chậm lại và điều này phù hợp với quy luật chung, khi quá trình quá độ tử vong đã sang giai đoạn cuối. Kết quả trên cũng cho thấy, dân số Việt Nam không dễ dàng chuyển sang đoạn thứ tư của quá độ dịch bệnh học mà ở đó, mức chết tiếp tục giảm mạnh và tuổi thọ trung bình đạt đến trên 80 năm. Vì vậy, nếu không có sự đầu tư đúng hướng cùng với chính sách y tế- xã hội hiệu quả hơn thì tuổi thọ bình quân ở nước ta sẽ tăng rất chậm, thậm chí không tăng, trong tương lai gần.

Thứ hai, tương tự như ở nhiều quốc gia khác trong quá trình công nghiệp hóa, tỷ lệ tử vong do tai nạn chấn thương đã tăng lên đáng kể ở thời kỳ đầu *Đổi mới*. Thực tế là trong thời gian gần đây, tỷ lệ chết do các bệnh truyền nhiễm ở nhóm dân số tuổi từ cuối trung niên đến khoảng 75 cũng như chết do tai nạn chấn thương ở nhóm vị thành niên và thanh niên là tương đối cao so với mô hình kinh tế - dịch bệnh học - tử vong chung trên thế giới. Do đó, trong bối cảnh kinh tế, xã hội và sức khỏe đang có nhiều biến đổi rất nhanh như hiện nay, sẽ là hiệu quả hơn trong việc nâng cao tuổi thọ người dân nếu tập trung các can thiệp, hỗ trợ và tác động vào các nguyên nhân tử vong ở nhóm tuổi tương ứng kể trên. Mặt khác, việc tiếp tục chú trọng vào những nguy cơ nổi cộm như dịch AIDS hay cúm gia cầm... là rất cần thiết để tránh bùng phát những thảm họa về sức khỏe dẫn đến tình trạng *quá độ tử vong ngược* như đã từng xảy ra ở một số nước trên thế giới.

Thứ ba, khi tử vong tiếp tục đã giảm xuống mức tương đối thấp như hiện nay và tiếp tục giảm thì tỷ lệ người chết do các bệnh không truyền nhiễm sẽ tiếp tục gia tăng, và rất có thể là tương đối nhanh. Điều đó là đúng với quy luật của quá độ dịch bệnh học. Vì vậy, Việt Nam cần có những chiến lược cụ thể, chủ động đón đầu để kịp thích ứng với hoàn cảnh mới, khi mà các bệnh như ung thư, tiểu đường hay tim mạch... sẽ là gánh nặng chủ yếu đối với hệ thống chăm sóc y tế và sức khỏe. Do chi phí khám chữa các loại bệnh này thường rất cao mà thu nhập của đa số người dân còn thấp nên rất khó giải quyết vấn đề kinh phí nếu không phổ cập bảo hiểm y tế toàn dân. Hơn nữa, việc song song đẩy mạnh tuyên truyền kết hợp với các biện pháp kiểm soát gắt gao hơn là rất cần thiết để hạn chế những lối sống và hành vi có nguy cơ cao như hút thuốc lá, nghiện rượu bia, nhiễm độc thực phẩm, hay ô nhiễm môi trường.

Việc tìm hiểu tình trạng tử vong cũng như quá độ dịch bệnh học là rất quan trọng trong xây dựng chính sách dân số và sức khỏe. Tuy nhiên, những nghiên cứu bài bản về vấn đề này ở nước ta nói chung còn rất hạn chế, mà nguyên nhân trước hết là do thiếu các nguồn số liệu đáng tin cậy. Số liệu điều tra chọn mẫu vẫn cần thiết nhưng sẽ khó đưa ra được ước lượng thật chính xác và chi tiết do mức chết đã tương đối thấp. Vì vậy, đã đến lúc Việt Nam cần chuẩn bị xây dựng hệ thống khai báo sinh tử tiên tiến và hoàn thiện nhằm góp phần xây dựng những chính sách kịp thời và hiệu quả hơn, hướng đến không ngừng cải thiện chất lượng dân số, tuổi thọ bình quân và kiểm soát được mô hình bệnh tật - tử vong khi đất nước bước sang giai đoạn phát triển mới.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y tế, 1991. *Thống kê y tế Việt Nam 1986-1990*, Hà Nội.
2. Bộ Y tế, 1994-2003 *Thống kê y tế Việt Nam* (các năm từ 1993 đến 2002), Hà Nội.
3. Bộ Y tế, 2000. *Vietnam Growing Healthy: A Review of the Health Sector*, Annual report, Hanoi.
4. Caldwell, J., 1976. Toward a restatement of demographic transition theory, *Population and Development Review*, 2(3-4):321-366.
5. Caldwell, J., S. Findley, P. Caldwell, G. Santow, W. Cosford, J. Braid and D. Broers-Freeman (eds.), 1990. *What We Know about Health Transition: The Cultural, Social and Behavioural Determinants of Health*, Volume 1 & 2, Health Transition Centre, The Australian National University, Canberra.
6. Chen, L. C., F. Wittgenstein and E. McKeon, 1996. The upsurge of mortality in Russia: causes and policy implications, *Population and Development Review*, 22(3):517-530.
7. Cornia, G. A. and R. Panizza (eds.), 2000. *The Mortality Crisis in Transitional Economies*, Oxford University Press.
8. ĐTDS (Ban Chỉ đạo Tổng Điều tra Dân số Trung ương), 1991. *Kết quả điều tra toàn bộ*, Tổng Điều tra Dân số Việt Nam - 1989, Tập 1, Hà Nội.
9. ĐTDS (Ban chỉ đạo Tổng Điều tra Dân số và Nhà ở Trung ương), 2000. *Tổng Điều tra Dân số và Nhà ở Việt Nam - 1999: Kết quả điều tra mẫu*, NXB Thế Giới, Hà Nội.
10. Gage, T. B., 1994. Population variation in cause of death: level, gender, and period effects, *Demography*, 31(2):271-296.
11. Gaylin, D. S. and J. Kates, 1997. Refocusing the lens: epidemiologic transition theory, mortality differentials, and the AIDS pandemic, *Social Science and Medicine*, 44(1):29-39.
12. Hill, K., 1987. Estimating census and death registration completeness, *Asian and Pacific Population Forum*, 1(3):8-13.
13. Kirk, D., 1996. Demographic transition theories, *Population Studies*, 50(3):361-387.

14. Lopez, A. D., O. B. Ahmad, M. Guillot, M. Inoue, B. D. Ferguson and J. A. Salomon, 2001. Life Tables for 191 Countries for 2000: Data, Methods, Results, GPE Discussion Paper No. 40, WHO.
15. Merli, G., 1998. Mortality in Vietnam, 1979-1998, *Demography*, 35(3):345-360.
16. Mosley, H. and L. Chen, 1984. An analytical framework for the study of child survival in developing countries, *Population and Development Review*, 10(Supplement):25-45.
17. Murray, C. J. and A. D. Lopez, 1997. Mortality by cause for eight regions of the world: global burden of disease study, *Lancet*, 349:1269-1276.
18. Olshansky, S. J. and A. B. Ault, 1986. The fourth stage of epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 64(3):355-391.
19. Omran, A. R., 1971. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4):509-538.
20. Preston, S. H. and V. E. Nelson, 1974. Structure and change in causes of death: an international summary, *Population Studies*, 28(1):19-51.
21. Preston, S., 1976. *Mortality Patterns in National Populations, with Special Reference to Recorded Causes of Death*, Seminar Press, New York.
22. Salomon, J. A. and C. J. Murray, 2002. The epidemiologic transition revisited: compositional models for causes of death by age and sex, *Population and Development Review*, 28(2):205-228.
23. Santow, G., 1997. The mortality, epidemiological and health transition: their relevance for the study of health and mortality, Symposium on Health and Mortality, Brussels.
24. Schultz, P., 1984. Studying the impact of household economic and community variables on child mortality, *Population and Development Review*, 10(Supplement):215-235.
25. Siegel J. and D. Swanson (eds.), 2004. *The Methods and Materials of Demography*, Elsevier Academic Press, London.
26. Tổng cục Thống kê, 1991. *Tổng Điều tra Dân số Việt Nam - 1989: Kết quả điều tra mẫu*, NXB Thống kê, Hà Nội.
27. Tổng cục Thống kê, 1995. *Điều tra Nhân khẩu học giữa kỳ 1994: Những kết quả chủ yếu*, NXB Thống kê, Hà Nội.
28. Tổng cục Thống kê, 2004. *Điều tra Biến động Dân số và Nguồn Lao động 1/4/2003: Những Kết quả chủ yếu*, NXB Thống kê, Hà Nội.
29. Tổng cục Thống kê, 2005. *Điều tra Biến động Dân số 1/4/2004: Những Kết quả chủ yếu*, NXB Thống kê, Hà Nội.
30. Ủy ban Quốc gia về Dân số và Kế hoạch hóa gia đình, 1990. *Điều tra nhân khẩu học và sức khỏe 1988*, Hà Nội.
31. Ủy ban Quốc gia về Dân số và Kế hoạch hóa gia đình, 1999. *Điều tra nhân khẩu học và sức khỏe 1997*, Hà Nội.
32. Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em & ORC Macro, 2003. *Điều tra nhân khẩu học và sức khỏe 2002*, Hà Nội.
33. United Nations, 1983. *Manual X: Indirect Techniques for Demographic Estimation*, Department of International Economic and Social Affairs, New York.
34. United Nations, 1986. *Determinants of Mortality Change and Differentials in Developing Countries*, Department of International Economic and Social Affairs, New York.
35. United Nations, 2002. *Methods for Estimating Adult Mortality*, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, New York.
36. United Nations, 2005. *World Population Prospects*, 1: Comprehensive Tables, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, New York.
37. World Bank, 2003. *World Development Indicators 2002*, World Bank, Washington DC.