

BẤT BÌNH ĐẲNG GIỮA ĐÔ THỊ VÀ NÔNG THÔN TRONG TIẾP CẬN CÁC DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE Ở VIỆT NAM

DƯƠNG CHÍ THIÊN*

1. Giới thiệu

Việt Nam đang hướng tới *xây dựng xã hội đồng thuận, dân chủ, kỷ cương, công bằng, văn minh ... và tạo cơ hội bình đẳng tiếp cận các nguồn lực phát triển và hưởng thụ các dịch vụ cơ bản, các phúc lợi xã hội...* (Chiến lược phát triển KT-XH 2011 - 2020 tại Đại hội Đảng toàn quốc XI). Tuy nhiên, trong những năm vừa qua, thực tiễn đã chỉ ra rằng: Việt Nam đang còn tồn tại khá nhiều bất bình đẳng giữa khu vực đô thị và nông thôn trên nhiều lĩnh vực, điều đó đã làm hạn chế sự phát triển xã hội chung của cả nước, trong đó có lĩnh vực chăm sóc sức khỏe.

Chăm sóc sức khỏe (CSSK) là một lĩnh vực dịch vụ xã hội cơ bản, mà qua đó phản ánh về một xã hội cụ thể có hay không có sự bất bình đẳng, hoặc bất bình đẳng đang ở mức độ nào ... Các nghiên cứu của W. Henry Mosley và LinColn C. Chen (1994), và của Adam Wagstaff (2001) chỉ ra rằng sức khỏe là chỉ số tổng hợp đầu ra, nó phụ thuộc rất nhiều vào một loạt các đặc điểm cá nhân, gia đình, và cộng đồng, bao gồm việc sử dụng các dịch vụ CSSK ... đạt chất lượng như thế nào. Các cá nhân và gia đình khi quyết định sử dụng các dịch vụ y tế dựa trên sự phù hợp về kinh tế, về khoảng cách địa lý, về sự cần thiết và chất lượng của các dịch vụ đó. Họ còn chịu ảnh hưởng bởi các đặc điểm gia đình, các yếu tố cấp cộng đồng (như điều kiện vệ sinh, môi trường, nước sạch và hố xí ...) (W. Henry Mosley và LinColn C. Chen, 1984: 25-45; Adam Wagstaff, 2001).

Nghiên cứu này dựa trên kết quả phân tích thứ cấp các nguồn số liệu, thông tin từ các báo cáo, nghiên cứu của các cơ quan, tổ chức, tác giả (trong và ngoài nước), nhằm mục tiêu là làm nổi bật lên những yếu tố chủ yếu dẫn đến các bất bình đẳng về điều kiện và cơ hội tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người dân giữa đô thị và nông thôn ở Việt Nam thời gian qua. Hai nhóm yếu tố chủ yếu dẫn đến bất bình đẳng giữa đô thị và nông thôn trong tiếp cận các dịch vụ CSSK là:

Nhóm các yếu tố điều kiện: là các đặc điểm thuộc cá nhân, gia đình, cộng đồng, xã hội (như mức sống và khả năng chi trả, trình độ học vấn, nghề nghiệp, sự quan tâm, các đặc điểm văn hóa và các thói quen, tập quán, nguồn lực tài chính ...). Đó là các yếu tố cơ bản bên ngoài lĩnh vực dịch vụ chăm sóc sức khỏe dẫn tới các bất bình đẳng xã hội giữa đô thị và nông thôn.

Nhóm các yếu tố cơ hội: là các đặc điểm thuộc hệ thống/mạng lưới và sự phân bố, chất lượng và số lượng của đội ngũ cán bộ, cơ sở vật chất và trang thiết bị kỹ thuật nhằm cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người dân dẫn tới các bất bình đẳng giữa đô thị và nông thôn.

2. Kết quả

* TS, Viện Xã hội học.

2.1. Các yếu tố điều kiện tiếp cận các dịch vụ CSSK

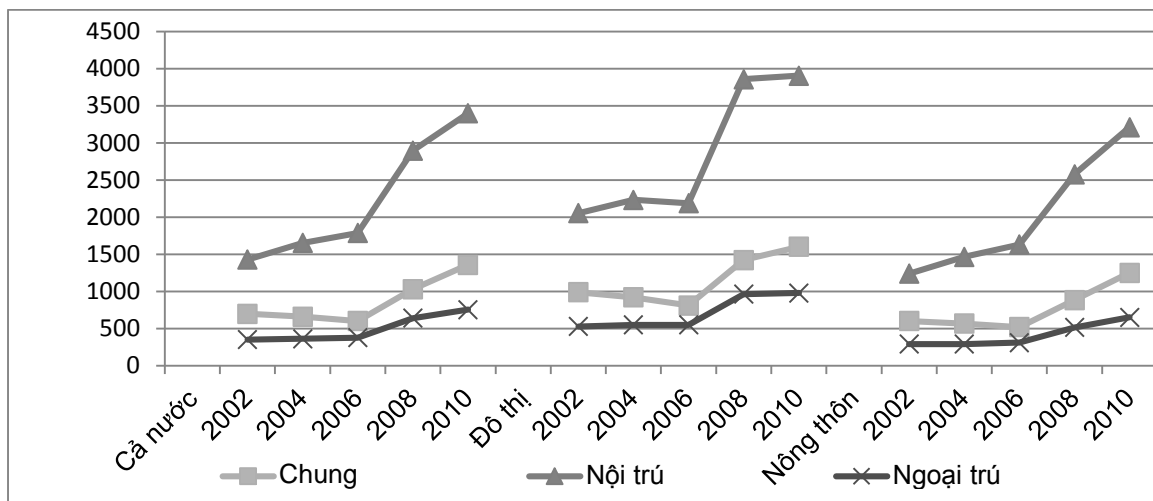
2.1.1. Khả năng chi trả

Sự phân tầng về mức sống là yếu tố quan trọng hàng đầu dẫn đến sự khác biệt về điều kiện và cơ hội của các nhóm dân cư tiếp cận đến các dịch vụ CSSK. Bởi mức sống là yếu tố rất cơ bản và mang tính quyết định để người dân quyết định và lựa chọn các dịch vụ y tế nào và ở mức độ nào. Kết quả VHLSS 2010, và nhiều kết quả nghiên cứu khác cho thấy:

Chi tiêu y tế bình quân 1 người có khám chữa bệnh (KCB) 1 năm qua ở khu vực nông thôn thường thấp hơn ở đô thị, nhất là chi tiêu cho KCB nội trú ở đô thị đô thị cao hơn nhiều so với ở nông thôn (Đồ thị 1).

Đồ thị 1. Chi tiêu y tế bình quân 1 người có KCB trong 1 năm qua theo đô thị - nông thôn

Đơn vị tính: 1000đ



(Tổng cục Thống kê. VHLSS, 2010)

Xu hướng chung là chi tiêu cho các dịch vụ CSSK ngày càng tăng, song ở nông thôn nông thôn lại có tốc độ tăng nhanh hơn ở đô thị (Bảng 1).

Tại khu vực nông thôn nông thôn thường có tỷ lệ cao hơn đô thị đô thị ở các nhóm có thu nhập thấp, nhất là tỷ lệ hộ nghèo ở nông thôn nông thôn cao hơn nhiều so với đô thị. Và ngược lại đối với các nhóm có mức thu nhập cao thì ở nông thôn lại có tỷ lệ thấp hơn đô thị khá nhiều.

Bảng 1. Chi cho y tế trong tổng chi của hộ gia đình từ năm 2002 - 2008

	Chung	Đô thị	Nông thôn
2002	5,22	4,19	5,55
2004	6,14	5,47	6,39
2006	5,76	5,04	6,14
2008	5,92	5,07	6,52

(Tổng cục Thống kê. VLSS 2010).

2.1.2. Trình độ học vấn

Trình độ học vấn của người dân là một yếu tố điều kiện rất quan trọng để người dân lựa chọn cách thức CSSK và tiếp cận hệ thống CSSK. Kết quả nghiên cứu định lượng của viện XHH 2012 cũng cho thấy những người có trình độ học vấn cao hơn thường lựa chọn những cơ sở KCB và CSSK có chất lượng cao hơn (bệnh viện tỉnh/thành phố, bệnh viện trung ương và bệnh viện tư nhân). Ngược lại, những người có trình độ học vấn thấp hơn thường lựa chọn KCB ở những cơ sở y tế có chất lượng thấp (trạm y tế xã/phường, bệnh viện huyện/quận, hiệu thuốc, thậm chí cả thầy lang).

Bảng 2. Trình độ học vấn và nơi điều trị lâu nhất theo đô thị và nông thôn (%)

	< lớp 9	Lớp 9-11	Lớp 12	ĐH, CĐ	Chung
Đô thị					
Trạm y tế xã, phường	0	5,0	1,4	0	0,9
Phòng khám đa khoa khu vực	6,8	10,0	12,7	11,9	10,6
Bệnh viện huyện/quận	0	0	0	1,5	0,5
Bệnh viện tỉnh, thành phố	54,2	75,0	40,8	40,3	47,5
Bệnh viện trung ương	15,3	5,0	15,5	23,9	17,1
Phòng khám tư nhân	10,2	5,0	5,6	7,5	7,4
Bệnh viện tư nhân	3,4	0	4,2	7,5	4,6
Thầy lang/mo	3,4	0	0	1,5	1,4
Hiệu thuốc	6,8	0	18,3	6,0	9,7
Cơ sở khác	0	0	1,4	0	0,5
N	59	20	71	67	217
Nông thôn					
Trạm y tế xã, phường	10,0	2,8	8,9	15,4	6,7
Phòng khám đa khoa khu vực	4,4	7,1	5,4	7,7	6,0
Bệnh viện huyện	20,0	12,6	16,1	23,1	16,0
Bệnh viện tỉnh, thành phố	23,3	30,5	26,8	7,7	26,7
Bệnh viện trung ương	11,1	19,1	16,1	7,7	15,7
Phòng khám tư nhân	5,6	5,7	1,8	7,7	5,0
Bệnh viện tư nhân	5,6	7,8	7,1	7,7	7,0
Thầy lang/mo	1,1	2,1	0	0	1,3
Hiệu thuốc	18,9	10,6	17,9	15,4	14,7
Cơ sở khác	0	1,4	0	7,7	1,0
N	90	141	56	13	300

(Viện XHH, 2012)

Ở những người có trình độ học vấn khác nhau, tỷ lệ lựa chọn nơi KCB là bệnh viện tỉnh/thành phố của người dân ở đô thị đều cao hơn ở nông thôn. Ngược lại tỷ lệ lựa chọn Trạm y tế ở nông thôn cao hơn ở đô thị. Nhất là ở những người có trình độ trung học phổ thông và đại học/cao đẳng trở lên, nơi KCB là các bệnh viện tỉnh/thành phố/trung ương ở đô thị cao hơn rất nhiều so với ở nông thôn (Bảng 2).

2.1.3. Môi trường sống

Năm 2010, tỷ lệ hộ gia đình có sử dụng nguồn nước hợp vệ sinh ở đô thị là 98,4%, ở nông thôn là 89,4% (chênh nhau là 9,0%). Tỷ lệ hộ gia đình có sử dụng hố xí hợp vệ sinh ở đô thị là 88,9%, ở nông thôn là 67,5% (chênh nhau là 21,4%) (Bảng 2).

Nếu so sánh 2 chỉ báo này giữa năm 2006 và 2010, nhìn chung tỷ lệ hộ gia đình có sử dụng nguồn nước hợp vệ sinh và có sử dụng hố xí hợp vệ sinh đều tăng hơn trước, song ở khu

vực đô thị tăng chậm hơn ở khu vực nông thôn (Bảng 3).

Bảng 3. Tỷ lệ (%) hộ gia đình có sử dụng nguồn nước hợp VS và hố xí hợp vệ sinh theo đô thị và nông thôn

	Tỷ lệ SD nguồn nước hợp VS	Tỷ lệ SD hố xí hợp VS
Đô thị		
2006	97,1	89,5
2010	98,4	88,9
Nông thôn		
2006	86,2	55,8
2010	89,4	67,5

(Tổng cục Thống kê. MICS 3,4)

2.1.4. Thói quen và tập quán không có lợi cho sức khỏe

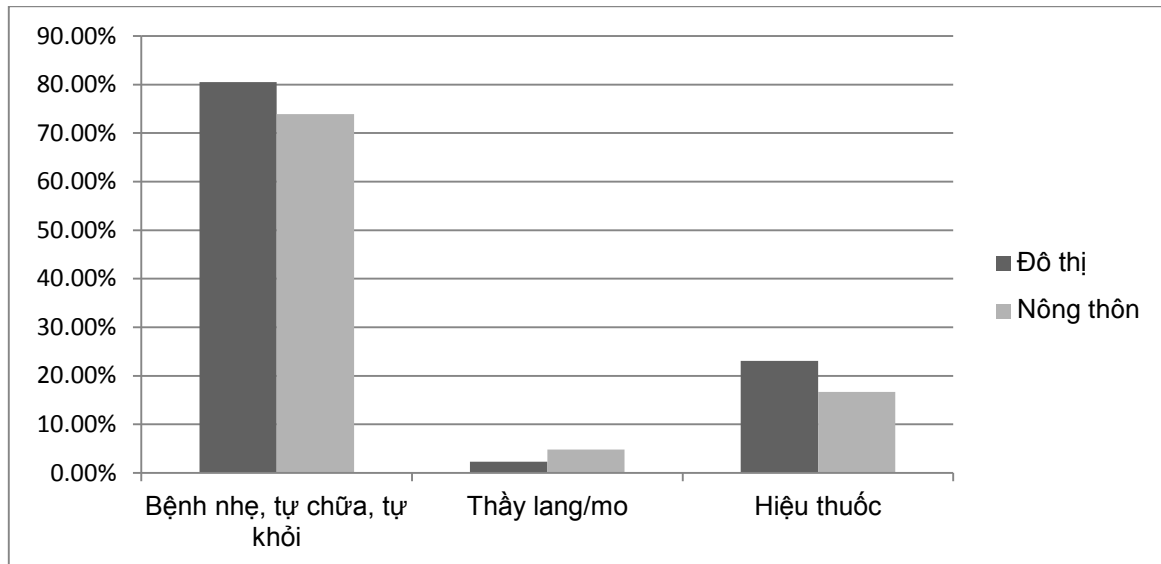
Sự khác biệt về thói quen, tập quán không có lợi cho sức khỏe của các cộng đồng dân cư khác nhau ở đô thị và nông thôn cũng là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến CSSK nhân dân. Cụ thể như:

Thói quen sinh đẻ tại nhà của một số đồng bào dân tộc thiểu số, một số cộng đồng dân cư sống ở nông thôn, vùng sâu, vùng xa... sẽ để lại hậu quả không tốt cho sức khỏe bà mẹ, và là yếu tố dẫn đến tỷ lệ tử vong bà mẹ và trẻ em dưới 1 tuổi cao hơn các nhóm dân cư ở đô thị.

Thói quen không chịu đến KCB ngay khi bị ốm, mà tự điều trị tại nhà (mua thuốc về tự chữa, hoặc chữa bệnh bằng các biện pháp truyền thống), nếu bệnh không khỏi thì mới chịu đến KCB tại các cơ sở y tế. Thói quen này ở nông thôn có tỷ lệ thấp hơn ở đô thị, nhưng không đáng kể (Đồ thị 2).

Đa số người dân, nhất là người dân sống ở nông thôn rất thích và muốn được làm các xét nghiệm bằng các phương tiện kỹ thuật hiện đại, bởi họ cứ nghĩ rằng làm như vậy thì sẽ sớm khỏi bệnh hơn vì họ tin rằng cách khám chữa bệnh này sẽ có chất lượng cao hơn.

Đồ thị 2. Tỷ lệ người có thói quen tự điều trị ở nhà, điều trị bệnh ở thầy lang, thầy mo và hiệu thuốc theo đô thị-nông thôn



(Viện XHH, 2012)

Đa số người dân thích xét nghiệm và siêu âm, chụp hình, chích, người ta nghĩ như vậy sẽ tìm được bệnh và chữa mau khỏi. Thói quen đó là không tốt bởi vì đối với một số người bệnh như vậy chỉ cần điều trị ở trạm y tế xã là được rồi nhưng người ta không chấp nhận mà họ đòi chuyển tuyến để đi siêu âm, chụp hình, điều này hạn chế đến khách hàng ở đây và như vậy gây mất thời gian, lãng phí không cần thiết. Có nhiều bệnh cần chuyển thì không cần xin mình cũng yêu cầu chuyển, nghi ngờ là mình có thể chuyển ngay.

(PVS cán bộ trạm y tế xã Thân Cửu Nghĩa, Tiền Giang).

2.1.5. Nguồn tài chính và sự phân bổ tài chính dành cho y tế

Việc cung cấp các nguồn lực tài chính từ ngân sách nhà nước dành cho y tế ở Việt Nam là một yếu tố đầu tư rất quan trọng để làm gia tăng số lượng và chất lượng của việc cung cấp các dịch vụ CSSK người dân.

Trong khoảng 10 năm gần đây, nguồn ngân sách nhà nước dành cho y tế đã tăng đáng kể (bình quân tăng khoảng 10%/năm). Trong khi đó, nguồn tài chính đầu tư cho y tế từ các nguồn viện trợ từ bên ngoài có xu hướng ngày càng giảm trong khoảng 10 năm trở lại đây. Nguồn chi từ tiền túi cá nhân hộ gia đình cho việc CSSK lại có xu hướng ngày càng tăng cao (Bảng 4).

Nếu so sánh với chỉ số lạm phát trong cùng thời gian đó, thì giá trị thực của nguồn tiền trên giảm đi, và với nguồn ngân sách trên thì tỷ lệ này cũng chỉ dao động trong khoảng trên hoặc dưới 5,3% mà thôi. Trong khi nhu cầu thực sự cần thiết để phát triển của toàn ngành y tế cần tới khoảng 10% GDP hàng năm thì mới đủ ở mức tối thiểu.

Bảng 4. Nguồn ngân sách nhà nước và tỷ lệ từ viện trợ bên ngoài chi cho y tế

(triệu đồng)

	2002	2004	2006	2010
Nguồn chi từ NSNN				
NSNN cấp cho CS y tế các tuyến	5 840 730	6 930 263	11233000	22520000
NSNN cấp thông qua BHYT	451111	1 026827	2391074	4710000

Tổng chi NSNN	6291841	7957090	13624074	27230000
% so với GDP	4,5	4,8	5,0	5,3
% so với tổng chi y tế	40,68	33,89	37,11	27,0
Nguồn chi viện trợ bên ngoài				
% so với chi NSNN thuần cho y tế	10,4	9,6	8,0	6,2
% so với tổng chi y tế	2,7	2,2	2,1	1,8
Nguồn chi từ tiền túi CN và DN				
% so với tổng chi y tế	56,62	63,91	60,79	71,2

(Bộ Y tế, Tài khoản y tế quốc gia 2000-2006 và tính toán dựa theo số liệu thu chi của BHXH Việt Nam 2006 và ước tính SL thống kê y tế năm 2010).

Hiện nay, nguồn tài chính dành cho y tế thực hiện phân bổ tài chính y tế theo tuyến từ trung ương đến cơ sở (4 tuyến):

Tỷ lệ NSNN cấp cho y tế tại tuyến trung ương là 36,8%, tuyến tỉnh là 44,7%, tuyến huyện là 16,2% và tuyến xã là 2,3%. Trong tổng chi tiêu y tế, tỷ lệ chi cho đầu tư phát triển chỉ chiếm 8,7%. Tuy nhiên, 70% kinh phí này là từ nguồn NSNN cho y tế. Tỷ lệ chi từ NSNN cho đầu tư phát triển toàn ngành y tế là 37%, trong đó hầu hết tập trung tại tuyến trung ương và tuyến tỉnh với tỷ trọng tương ứng là 46% và 51%.

(Bộ Y tế, 2008).

Với cơ cấu phân bổ tài chính như vậy thì rõ ràng là các cơ sở y tế lớn (tuyến trên, thường tập trung) ở khu vực đô thị chiếm tỷ trọng lớn hơn nhiều so với các cơ sở y tế nhỏ (tuyến dưới, thường nằm) ở khu vực nông thôn.

2.2. Các yếu tố chủ yếu dẫn đến bất bình đẳng giữa đô thị và nông thôn về cơ hội tiếp cận các dịch vụ CSSK

2.2.1. Mạng lưới các cơ sở y tế và sự phân bố

Hệ thống các cơ sở y tế ở Việt Nam hiện nay được phân theo 4 cấp (Trung ương, tỉnh/thành phố, quận/huyện, và phường/xã). Các bệnh viện lớn, có các chuyên khoa sâu và chất lượng dịch vụ cao đều tập trung ở tuyến trung ương và tuyến tỉnh/thành phố. Các bệnh viện tuyến quận/huyện và bệnh viện đa khoa khu vực thường được phân bố ở các thị xã hay khu vực đô thị là trung tâm của quận/huyện. Như vậy, cả 3 tuyến các cơ sở y tế trên đều phân bố ở khu vực đô thị. Còn lại là các trạm y tế tuyến cơ sở (số này chiếm số lượng lớn gấp hơn 5 lần số lượng các loại bệnh viện 3 tuyến trên) được phân bố ở tại các xã/phường, mà phần nhiều là ở các xã thuộc khu vực nông thôn.

Số liệu của Tổng cục Thống kê trong 10 năm gần đây cho thấy số bệnh viện, số phòng khám đa khoa khu vực, số trạm y tế xã/phường đều tăng hơn. Tổng số giường bệnh đã tăng từ 192 000 lên 246 000, song số giường bệnh bình quân/1 vạn dân giảm từ 24,7 giường/1 vạn dân (năm 2000) xuống còn 22,0 giường bệnh/1 vạn dân (năm 2010) (Bảng 4).

Bảng 4. Số lượng cơ sở y tế, số giường bệnh của các cơ sở y tế phân theo loại hình và tuyến bệnh viện

I. Số cơ sở y tế	2000	2005	2010
Tổng số	13095	13243	13467

Bệnh viện (trung ương, tỉnh/thành phố)	842	878	1030
Phòng khám đa khoa khu vực và bệnh viện huyện/quận	912	880	622
Bệnh viện điều dưỡng và phục hồi chức năng	76	53	44
Trạm y tế xã, phường	10396	10613	11028
Trạm y tế của cơ quan, xí nghiệp	810	769	710
Cơ sở khác	59	50	33
II. Số giường bệnh trong CS y tế			
Tổng số (nghìn giường)	192,0	197,3	246,3
Bệnh viện	110,7	127,0	176,6
Phòng khám đa khoa khu vực	9,4	9,3	7,7
Bệnh viện điều dưỡng và phục hồi chức năng	12,2	7,7	5,0
Trạm y tế xã, phường	49,1	45,8	50,3
Trạm y tế của cơ quan, xí nghiệp	8,3	5,4	5,0
Cơ sở khác	2,3	2,1	1,7
Giường bệnh tính bình quân cho 1 vạn dân	24,7	23,9	22,0

(Tổng cục Thống kê, số liệu thống kê hàng năm 2000 – 2010)

Bên cạnh hệ thống các cơ sở y tế công, thời gian qua ở Việt Nam còn phát triển hệ thống các cơ sở y tế tư nhân, được xem là yếu tố quan trọng để bổ sung cho hệ thống các cơ sở y tế công. Tuy nhiên, hệ thống y tế tư nhân ở Việt Nam hiện nay vẫn còn chưa phát triển mạnh, số lượng rất ít so với y tế công, theo số liệu của Bộ Y tế, năm 2004 chỉ có 30.000 phòng khám tư, 23.000 cơ sở bán thuốc và 12.000 cơ sở y học dân tộc (Bộ Y tế, 2008). Các cơ sở y tế tư nhân này chủ yếu tập trung ở khu vực đô thị, và hầu như vắng bóng ở khu vực nông thôn.

2.2.2. Đội ngũ cán bộ y tế

Trong khoảng 10 năm gần đây, số lượng các cán bộ và nhân viên y tế tại các cơ sở y tế đã có sự gia tăng đáng kể và tỷ lệ số bác sĩ bình quân cho 1 vạn dân tăng từ 5 bác sĩ/1 vạn dân (năm 2000) lên 7,1 bác sĩ/1 vạn dân (năm 2010). Số lượng cán bộ ngành dược cũng tăng, nhưng xu hướng tăng không nhiều bằng số lượng cán bộ ngành y.

Sự phân bố nhân viên y tế tập trung nhiều ở các bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh/thành phố, trong khi nhân viên y tế ở các trạm y tế xã/phường lại chiếm số lượng ít hơn. Tức là số lượng cán bộ nhân viên y tế tập trung ở khu vực đô thị nhiều hơn so với nông thôn, dẫn đến tình trạng thiếu hụt số nhân viên y tế ở nông thôn nhiều hơn và trầm trọng hơn ở đô thị.

Phần lớn các cán bộ và nhân viên của y tế công đều ra làm việc ngoài giờ, hoặc xin thôi làm việc ở y tế công để ra làm việc ở cơ sở y tế tư nhân, với mục đích để tăng thêm thu nhập và cải thiện đời sống. Điều này cũng góp phần làm gia tăng thêm sự thiếu hụt cán bộ và nhân viên trong hệ thống y tế công. Mặt khác, các cơ sở y tế tư nhân ở khu vực đô thị là một yếu tố hút lực lượng không nhỏ cán bộ và nhân viên y tế đang làm việc ở các cơ sở y tế tại khu vực nông thôn ra làm việc, từ đó dẫn đến sự thiếu hụt ngày càng trầm trọng vốn có ở các cơ sở y tế tại khu vực nông thôn.

Nhìn chung, ở tất cả các bậc trình độ chuyên môn của cán bộ ngành y tế ở các cơ sở y tế đều tăng trong khoảng 10 năm qua. Trong đó, gia tăng đáng kể nhất là số lượng bác sĩ (tăng từ

39.200 năm 2000 lên 61.400 năm 2010), số lượng y tá (tăng từ 46.200 năm 2000 lên 82.300 năm 2010), số lượng nữ hộ sinh (tăng từ 14.200 lên 26.800 năm 2010), và số lượng y sĩ tăng ít hơn cả (từ 50.800 năm 2000 lên 52.200 năm 2010). Tuy nhiên, so với nhu cầu thực tế thì chất lượng của đội ngũ cán bộ ngành y tế ở đô thị cao hơn nhiều so với ở nông thôn, nhất là ở vùng sâu, vùng xa.

Bảng 5. Số lượng cán bộ y tế theo trình độ (2000 – 2010)

Tổng số cán bộ (nghìn người)	2000	2005	2010
Tổng số cán bộ ngành y , trong đó:	150,4	170,9	222,7
Bác sĩ	39,2	51,5	61,4
Y sĩ	50,8	49,7	52,2
Y tá	46,2	51,6	82,3
Nữ hộ sinh	14,2	18,1	26,8
Bác sĩ tính bình quân cho 1 vạn dân (người)	5,0	6,2	7,1
Tổng số cán bộ ngành dược, trong đó:	23,1	23,2	30,7
Dược sĩ cao cấp	6,0	5,6	5,6
Dược sĩ trung cấp	7,8	9,5	17,9
Dược tá	9,3	8,1	7,2

(Tổng cục Thống kê, 2000 - 2010)

Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy rõ là phần lớn các nhân viên y tế đều có xu hướng muốn được làm việc tại các bệnh viện lớn (tuyến trung ương, tuyến tỉnh/thành phố), còn ở tuyến y tế xã/phường thì chỉ có ít nhân viên y tế muốn làm việc ở đó. Đặc biệt là đối với khu vực nông thôn, vùng sâu, vùng xa, thì rất ít nhân viên y tế muốn làm việc và gắn bó lâu dài ở đó. Bởi vì ở các cơ sở y tế tuyến xã thuộc khu vực nông thôn thì họ có ít cơ hội gia tăng thu nhập, ít cơ hội thăng tiến về nghề nghiệp và vị thế xã hội.

Ở trạm y tế xã chỉ có 6 cán bộ và nhân viên, nhưng phải làm rất nhiều các công việc khác nhau, từ việc khám chữa bệnh ban đầu cho đến thực hiện tất cả các chương trình phòng bệnh cho nhân dân do trên giao xuống. Nên mỗi cán bộ và nhân viên ở đây phải kiêm nhiệm rất nhiều công việc khác nhau cùng một lúc. Ví dụ như tôi, vừa trực khám chữa bệnh theo lịch phân công, vừa phải chỉ đạo và thực hiện ba, bốn chương trình phòng chống dịch bệnh như tiêm chủng mở rộng, phòng chống các bệnh về phổi, phòng chống viêm gan B, phòng chống sốt rét, phòng chống dịch cúm gia cầm... Vì vậy, cũng ảnh hưởng không tốt đến kết quả và chất lượng phục vụ CSSK đối với người dân.

(PVS Cán bộ trạm y tế xã Trịnh Xá, tỉnh Hà Nam)

2.2.3. Cơ sở vật chất và trang thiết bị kỹ thuật y tế

Hiện nay, hệ thống cơ sở vật chất, thuốc chữa bệnh và các trang thiết bị kỹ thuật y tế để khám chữa bệnh ở các cơ sở y tế thường bị thiếu và chưa đáp ứng được so với nhu cầu thực tế CSSK của nhân dân, đặc biệt thiếu nhiều hơn cả là ở tuyến cơ sở (xã/phường, huyện/quận) so

với tuyến bệnh viện tỉnh/thành phố và tuyến trung ương. Bởi việc đầu tư về cơ sở vật chất, trang thiết bị kỹ thuật và thuốc của ngành y tế đều được phân bổ theo tuyến cơ sở y tế, trong đó tuyến bệnh viện trung ương và bệnh viện tỉnh/thành phố chiếm tỷ trọng lớn hơn nhiều so với tuyến y tế cơ sở. Trong khi các cơ sở y tế tuyến trên hầu hết nằm ở khu vực đô thị (các thành phố, thị xã), còn tuyến y tế cơ sở phần lớn nằm ở khu vực nông thôn. Như vậy, dẫn đến tình trạng thiếu cơ sở vật chất, thuốc và các trang thiết bị kỹ thuật y tế này cũng xảy ra nhiều hơn ở khu vực nông thôn so với khu vực thành thị. Nói cách khác là việc cung cấp các dịch vụ CSSK ở khu vực đô thị tốt hơn ở nông thôn.

Nói chung, so sánh về trình độ chuyên môn giữa các cán bộ và nhân viên y tế ở các trạm y tế phường và xã thì nhìn chung ở trạm y tế phường có trình độ, phương pháp, kỹ năng tốt hơn so với ở trạm y tế xã, bởi vì họ thường xuyên được học tập, tập huấn, tiếp xúc với các phương pháp, kỹ năng mới và hiện đại hơn so với trạm y tế xã. Đây là chưa kể mặt bằng chuyên môn chung ở trạm y tế phường bao giờ cũng có phần cao hơn các cán bộ ở trạm y tế xã.

(PVS Giám đốc Trung tâm CSSK sinh sản tỉnh Hà Nam)

3. Kết luận và gợi ý giải pháp

Ở Việt Nam hiện nay đang tồn tại sự bất bình đẳng nhất định giữa đô thị và nông thôn về điều kiện và cơ hội tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người dân, bởi hai nhóm yếu tố chủ yếu sau:

- Nhóm yếu tố dẫn đến bất bình đẳng giữa đô thị và nông thôn về điều kiện tiếp cận các dịch vụ CSSK là:

Mức sống và khả năng chi trả: Các nhóm dân cư có mức sống cao hơn (giàu, khá giả) thường có nhiều điều kiện và cơ hội tiếp cận với các dịch vụ CSSK tốt hơn và nhiều hơn so với các nhóm dân cư có mức sống thấp (cận nghèo và nghèo). Trong đó, các tỷ lệ các nhóm dân cư có mức sống thấp (cận nghèo và nghèo) ở khu vực nông thôn cao hơn ở khu vực đô thị rất nhiều. Đồng thời, người dân ở khu vực nông thôn đang phải chịu áp lực chi phí cho CSSK cao hơn nhiều so với người dân ở đô thị.

Trình độ học vấn: Những nhóm dân cư có trình độ học vấn cao hơn thường có nhiều cơ hội và điều kiện tiếp cận với các dịch vụ CSSK tốt hơn so với các nhóm dân cư có trình độ học vấn thấp. Trong khi đó, người dân ở nông thôn có trình độ học vấn thấp hơn so với người dân ở đô thị.

Môi trường sống: Khu vực đô thị có tỷ lệ dân cư được sống trong điều kiện môi trường (điện, nước sạch, vệ sinh môi trường, vệ sinh cá nhân, thoát nước thải...) tốt hơn so với dân cư ở khu vực nông thôn.

Các đặc điểm văn hóa và thói quen CSSK: Dân cư ở khu vực đô thị có tỷ lệ đi khám và chữa bệnh, đến sinh đẻ ở các cơ sở y tế cao hơn nhiều so với dân cư ở khu vực nông thôn.

Nguồn tài chính dành cho y tế: (từ ngân sách nhà nước) còn rất hạn chế và thấp hơn so với nhu cầu CSSK của người dân. Nhất là cơ chế phân bổ nguồn lực tài chính cho y tế còn chủ yếu dựa trên các tuyến y tế từ cao xuống thấp, trong đó, tỷ trọng dành cho các cơ sở y tế ở khu vực đô thị (và tuyến trên) chiếm phần lớn nguồn lực tài chính hiện có. Cũng như tỷ lệ đầu tư cho phát triển ngành y tế chiếm ít hơn rất nhiều so với chi thường xuyên.

• Nhóm yếu tố dẫn đến bất bình đẳng/khác biệt giữa đô thị và nông thôn về cơ hội tiếp cận các dịch vụ CSSK là:

Hệ thống các cơ sở y tế còn thiếu so với nhu cầu CSSK của người dân, thiếu nhiều hơn cả là ở vùng nông thôn, miền núi so với khu vực đô thị.

Số lượng đội ngũ cán bộ y tế đang thiếu, mỏng và yếu về chất lượng, đặc biệt thiếu các cán bộ y tế có trình độ nghề nghiệp cao, có nhiều kinh nghiệm ở khu vực nông thôn, vùng sâu, vùng xa so với khu vực đô thị.

Trang thiết bị kỹ thuật y tế và thuốc để phục vụ cho các dịch vụ CSSK người dân đang thiếu và còn chưa đáp ứng được nhu cầu của người dân, nhất là tình trạng này ở vùng nông thôn, vùng sâu, vùng xa còn thiếu nghiêm trọng hơn ở khu vực đô thị rất nhiều.

• Trên cơ sở các kết luận nói trên, gợi ý về giải pháp để hướng tới giảm dần bất bình đẳng giữa đô thị và nông thôn về điều kiện và cơ hội tiếp cận các dịch vụ CSSK người dân, là:

Nhóm giải pháp về phát triển kinh tế: Hỗ trợ để cải thiện và nâng cao mức sống chung của người dân, nhất là người dân sống ở khu vực nông thôn, vùng sâu, vùng xa. Tạo cơ sở gia tăng nhanh hơn khả năng chi trả cho các dịch vụ CSSK của người dân ở nông thôn so với người dân ở đô thị. Bằng nhiều các biện pháp, trong đó có chú trọng giải pháp cấp miễn phí hoặc hỗ trợ mua BHYT cho các nhóm đích (người nghèo, diện chính sách xã hội, cận nghèo...).

Nhóm giải pháp truyền thông, giáo dục về y tế: Nâng cao trình độ học vấn, tăng cường nhận thức để thay đổi hành vi của người dân có lợi hơn cho CSSK và bảo đảm môi trường sống tốt hơn cho CSSK, nhất là nhóm dân cư sống ở nông thôn.

Nhóm giải pháp về tài chính: Gia tăng các nguồn lực tài chính cho y tế và có cơ chế phân bổ nguồn tài chính đó theo hướng giảm dần sự chênh lệch giữa khu vực đô thị và nông thôn, hài hòa hơn (tỷ lệ) giữa các tuyến y tế, đặc biệt là ưu tiên nhiều hơn cho các cơ sở y tế ở khu vực nông thôn và tuyến y tế cơ sở. Bằng các cách là: Tăng nguồn tài chính cho y tế từ nguồn ngân sách nhà nước lên khoảng 10% GDP hàng năm. Có cơ chế ưu đãi để thu hút sự tham gia đầu tư nhiều hơn của tư nhân vào y tế ở nông thôn. Có cơ chế phân bổ nguồn tài chính cho y tế một cách hợp lý giữa đô thị - nông thôn, giữa các tuyến y tế và giữa đầu tư phát triển - chi thường xuyên.

Nhóm giải pháp về phát triển đội ngũ cán bộ y tế: Có chiến lược đào tạo để đáp ứng đầy đủ số lượng và chất lượng cán bộ y tế, và có chính sách đãi ngộ thỏa đáng để huy động, thu hút cán bộ y tế có trình độ cao về làm việc lâu dài, ổn định ở khu vực nông thôn. Bằng cách: kết hợp thi tuyển và cử tuyển; đa dạng hóa các hình thức đào tạo phù hợp với khu vực nông thôn (chính qui, tại chức, từ xa, tập huấn...). Ưu đãi về lương, phụ cấp; tạo cơ hội thăng tiến về chuyên môn, vị thế xã hội (ưu tiên đi học, tập huấn, đề bạt cán bộ...).

Nhóm giải pháp phát triển cơ sở vật chất, trang thiết bị kỹ thuật y tế: Đầu tư, chuyên giao hợp lý để tăng cường cơ sở vật chất, trang thiết bị kỹ thuật có chất lượng phù hợp đối với các cơ sở y tế thuộc vùng nông thôn, và tuyến dưới. Bằng cách: xây dựng hệ thống bệnh viện vệ tinh xuống khu vực nông thôn; chuyển giao các trang thiết bị kỹ thuật y tế và tập huấn kỹ năng sử dụng tại các cơ sở y tế ở nông thôn (tuyên huyện, xã).

Tài liệu trích dẫn

- Adam Wagstaff. 2001. *Measuring equity in health care financing – Reflections on (and alternatives to) the World Health Organization’s fairness of financing index*. “Policy Research Working Paper 2550. The World Bank.
- Bộ Y tế Việt Nam. 2008. *Báo cáo chung Tổng quan ngành Y tế Việt Nam năm 2008*. Hà Nội.
- Đảng cộng sản Việt Nam. 2011. *Chiến lược phát triển KT-XH 2011 - 2020 tại Đại hội Đảng toàn quốc XI*.
- W. Henry Mosley và LinColn C. Chen. 1994. *An Analytical Framework for Study of Children Survival in Developing Countries*. Extracted from: Population Review 1984. Suppl.25-45.