

MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN CƠ HỘI TIẾP CẬN DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI NGHÈO Ở VIỆT NAM HIỆN NAY

NGUYỄN ĐÌNH TUẤN*

Nghèo đói được coi là một trong những rào cản lớn làm giảm khả năng phát triển con người của mỗi quốc gia hay mỗi cộng đồng. Người nghèo thường không có điều kiện tiếp cận đầy đủ các dịch vụ xã hội như việc làm, giáo dục, chăm sóc sức khỏe (CSSK)... và điều đó làm họ ít có cơ hội thoát khỏi tình trạng nghèo đói. Vì vậy, mở rộng cơ hội lựa chọn và nâng cao năng lực cho người nghèo là cách tốt nhất giúp cho công tác xóa đói giảm nghèo mang tính bền vững. Điều này được Ajab (2006) khẳng định là: muốn xóa bỏ nghèo đói, con đường đúng nhất và nhanh nhất chính là phải mở rộng cơ hội lựa chọn cho mọi người cũng như nâng cao năng lực để mọi người nắm bắt được các cơ hội đó.

Mở rộng cơ hội và nâng cao năng lực lựa chọn cho con người cũng chính là quan điểm phát triển con người của Chương trình Phát triển Liên Hợp Quốc (UNDP) (2011). Trong đó, mở rộng cơ hội có nghĩa là mở rộng không gian lựa chọn cho mỗi con người để họ có thể tiếp cận với tri thức (giáo dục), tình trạng dinh dưỡng (lương thực, thực phẩm) và dịch vụ CSSK (y tế), có sinh kế ổn định (kinh tế), được bảo đảm an toàn khỏi tội phạm và bạo lực, được nghỉ ngơi phù hợp, có tự do chính trị, văn hóa và quyền được tham gia, đóng góp vào tạo dựng môi trường sinh sống. Còn nâng cao năng lực cho con người về sinh thể (sức khỏe) và về tinh thần (kiến thức, kỹ năng) được coi là điều kiện cần thiết để những cơ hội thành hiện thực. Khi có năng lực, con người sẽ có nhiều cơ hội để lựa chọn hơn trong cuộc sống và đôi khi từ năng lực đó sẽ tạo ra những cơ hội mới để con người có nhiều cơ hội để lựa chọn hơn.

Việt Nam đã có những chính sách và nỗ lực góp phần mở rộng cơ hội lựa chọn và nâng cao năng lực cho người nghèo. Song cho đến nay, người nghèo vẫn gặp phải không ít khó khăn trong việc tiếp cận với các dịch vụ xã hội, trong đó có dịch vụ CSSK. Báo cáo chính trị của Ban Chấp hành Trung ương Đảng khóa X (2011) tại Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ XI của Đảng cũng đã chỉ ra: “*Chất lượng công tác bảo vệ, chăm sóc sức khỏe còn thấp, hệ thống y tế và chất lượng dịch vụ y tế chưa đáp ứng được yêu cầu khám, chữa bệnh của nhân dân, nhất là đối với người nghèo, đồng bào vùng sâu, vùng xa, vùng dân tộc thiểu số*”. Những hạn chế này đã và đang có ảnh hưởng không nhỏ đến khả năng phát triển bền vững con người ở nước ta. Báo cáo Phát triển con người năm 2011 (UNDP) cũng cho thấy, tuổi thọ bình quân ở Việt Nam trong những năm gần đây đang có xu hướng tăng chậm do nhiều yếu tố, trong đó có sự bất bình đẳng trong cơ hội tiếp cận dịch

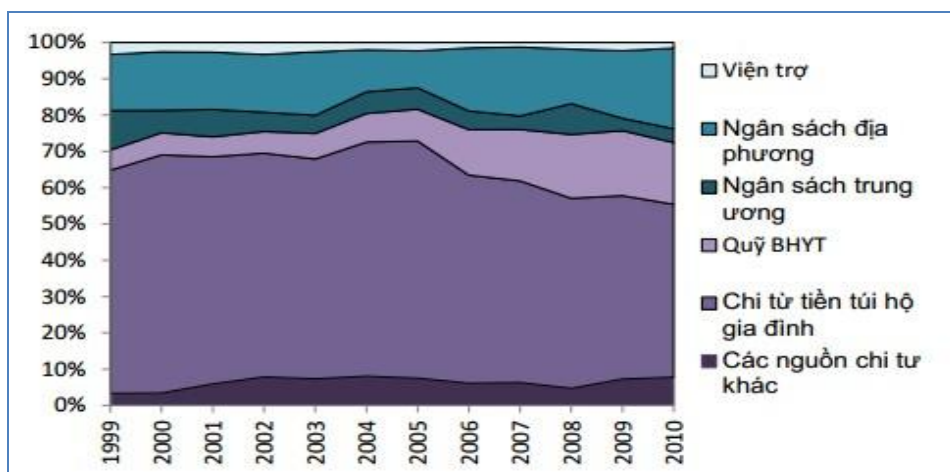
* TS, Viện Nghiên cứu Con người.

vụ CSSK giữa các nhóm mức sống, giữa các vùng miền... Để nâng cao tuổi thọ, hướng đến mục tiêu phát triển bền vững con người thì việc mở rộng cơ hội tiếp cận dịch vụ CSSK cho người dân, nhất là đối với người nghèo là hết sức cần thiết. Dựa trên số liệu đã công bố, bài viết này tổng hợp và phân tích một vài yếu tố cơ bản ảnh hưởng đến cơ hội tiếp cận dịch vụ CSSK của người nghèo ở Việt Nam hiện nay.

1. Chi phí khám chữa bệnh quá cao so với mức thu nhập

Một trong những vấn đề cần quan tâm trong lĩnh vực y tế ở Việt Nam hiện nay là về chi phí khám chữa bệnh. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (2000), nếu chi phí y tế từ tiền túi¹ của hộ gia đình bằng hoặc lớn hơn 40% khả năng chi trả của hộ gia đình (là phần thu nhập còn lại của hộ gia đình sau khi đã chi cho lương thực thực phẩm) thì đó là chi phí y tế thảm họa. Điều đó cũng góp phần gây ra tình trạng nghèo hóa, khi chi trả trực tiếp cho y tế làm cho khả năng chi cho các khoản thiết yếu của hộ gia đình bị giảm xuống dưới ngưỡng nghèo đói.

Hình 1: Tỷ lệ các nguồn tài chính y tế từ 1999-2010



Nguồn: Bộ Y tế, 2013.

Ở Việt Nam hiện nay, nguồn tài chính công (chủ yếu là ngân sách nhà nước và bảo hiểm y tế) chỉ chiếm tỷ trọng nhỏ so với nguồn tài chính tư (chi trả trực tiếp từ tiền túi của người bệnh) trong công tác khám chữa bệnh. Theo Báo cáo tổng quan ngành y tế năm 2013 (Bộ Y tế, 2013:105), chi phí từ tiền túi của hộ gia đình cho việc khám chữa bệnh chiếm trên 50% tổng chi của toàn xã hội cho y tế. Tỷ lệ này mặc dù đã giảm trong mấy năm gần đây nhưng vẫn cao hơn đáng kể so với mức 30 - 40% được Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo (WHO, 2009). Tỷ lệ này không chỉ cao hơn khá nhiều so với mức trung bình của thế giới năm 2007 (54,8% so với 17,7%) mà còn cao hơn cả các nước thu nhập trung bình thấp (54,8% so với 52,1%).

¹ Chi phí từ tiền túi cho y tế của hộ gia đình thuộc nhóm chi tư (private expenditure) cho y tế, tức là chi trực tiếp của từng hộ gia đình riêng biệt, phụ thuộc vào khả năng chi trả của hộ gia đình, không có sự chia sẻ rủi ro như các nguồn chi công (public expenditure) - nguồn tài chính từ chi trả trước đã được tập hợp thành quỹ (Ngân sách nhà nước, quỹ BHYT, bảo hiểm xã hội...). Ngoài các khoản chi trả cho y tế từ tiền túi của hộ gia đình, chi tư còn gồm các khoản chi cho BHYT tư nhân, các khoản tài trợ của các tổ chức xã hội, từ thiện và các khoản chi trả trực tiếp của chủ sử dụng lao động cho các dịch vụ y tế.

Mặc dù người nghèo ở nước ta đã được cấp miễn phí thẻ bảo hiểm y tế, song trên thực tế, mức chi cho y tế ở nhóm nghèo trong những năm qua vẫn cao và có xu hướng tăng. Bảng 1 cho thấy, mức chi phí cho y tế và CSSK của nhóm nghèo và cận nghèo từ năm 2004 đến năm 2010 tăng lên gấp hơn 2,7 lần, trong khi nhóm giàu tăng lên 2,1 lần. Mức chi tiêu cho y tế giữa nhóm giàu nhất với nhóm nghèo nhất năm 2010 chênh nhau gấp 3,6 lần.

Bảng 1: Chi phí bình quân 1 nhân khẩu/tháng từ tiền túi của người dân cho y tế và CSSK Việt Nam, 2004 - 2010

Đơn vị: VNĐ

Nhóm kinh tế	Năm			
	2004	2006	2008	2010
Nhóm nghèo nhất	11.000	13.800	24.000	30.700
Nhóm gần nghèo nhất	16.300	19.500	31.600	45.200
Nhóm trung bình	20.200	25.800	38.600	53.800
Nhóm gần giàu nhất	27.900	34.200	54.500	68.900
Nhóm giàu nhất	51.100	53.500	77.200	110.400

Nguồn: Tổng cục Thống kê, 2011: 224-225.

Bên cạnh đó, tỷ lệ chi tiêu cho y tế trong tổng thu nhập cũng có sự chênh lệch đáng kể giữa các nhóm mức sống. Theo số liệu của Tổng cục Thống kê (2011), nhóm nghèo nhất chi tiêu bình quân đầu người cho y tế và chăm sóc sức khỏe so với thu nhập là 8,3%, còn nhóm giàu nhất là 3,2%. So sánh trong tỷ lệ chi tiêu của các hộ gia đình năm 2010 cho thấy, nhóm cận nghèo và nhóm nghèo có tỷ lệ chi cho y tế là 6,3% và 6,2%, cao hơn so với nhóm giàu nhất (4,8%).

Bảng 2: Tỷ lệ nghèo hóa do chi phí y tế ở Việt Nam

Đơn vị: %

Nhóm kinh tế	Năm				
	2002	2004	2006	2008	2010
Nghèo nhất	4,6	6,2	5,1	7,5	5,4
Cận nghèo	11,1	12,1	9,0	8,6	6,0
Trung bình	1,0	2,2	1,0	1,5	0,7
Khá	0,4	0,2	0,3	0,1	0,4
Giàu nhất	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1

Nguồn: Hoàng Văn Minh và cộng sự, 2012.

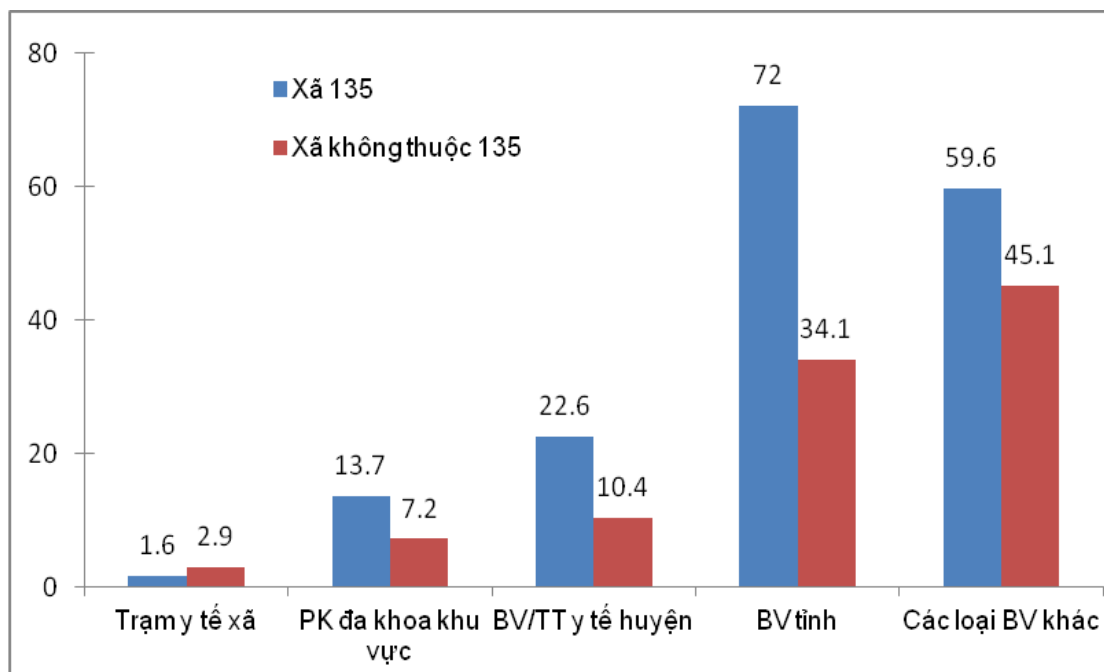
Khi mức chi trả cho dịch vụ y tế của người nghèo chiếm một tỷ lệ cao sẽ dẫn đến tình trạng người dân rơi vào “nghèo hóa”. Điều đó có nghĩa là với việc phải chi trả cho y tế cao như hiện nay, thì người nghèo khó thoát khỏi tình trạng nghèo đói nếu như trong gia đình có người phải điều trị nội trú. Nhận định này cũng đã được đưa ra trong nghiên cứu của Hoàng Văn Minh và cộng sự (2012). Số liệu trong bảng 2 cho thấy, mặc dù tỷ lệ nghèo hóa do chi phí y tế của nhóm nghèo và cận nghèo có xu hướng giảm đi so với trước đây (nhờ vào chính sách hỗ trợ bảo hiểm y tế cho người nghèo và cận nghèo), song vẫn còn khá cao. Vì vậy, các chính sách hỗ trợ người nghèo và cận nghèo trong CSSK là rất cần thiết để góp phần giảm nghèo bền vững.

2. Khoảng cách từ nơi ở đến cơ sở khám chữa bệnh còn xa

Khoảng cách từ nơi ở đến các cơ sở khám chữa bệnh xa không chỉ ảnh hưởng đến cơ hội mà còn là rào cản lớn đối với việc tiếp cận dịch vụ y tế và CSSK của người nghèo. Phần lớn người dân sống ở xã nghèo có vị trí địa lý xa trung tâm, dân cư thưa thớt và khoảng cách từ nơi ở đến cơ sở khám chữa bệnh xa nên họ thường gặp khó khăn trong việc đi lại. Mặc dù tính đến năm 2007, 98,2% số xã phường có trạm y tế; 100% xã phường có cán bộ y tế hoạt động; 69,4% số xã có bác sĩ; 93,7% số xã có nữ hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi; 84,5 số thôn bản có cán bộ y tế hoạt động (Bộ Y tế, 2007), song việc tiếp cận với các cơ sở khám chữa bệnh của người dân ở những vùng nghèo vẫn còn khá xa, nhất là đối với các cơ sở y tế tuyến trên.

Hình 2: Khoảng cách trung bình từ nơi ở tới cơ sở y tế gần nhất phân theo nhóm xã ở Việt Nam, 2010

Đơn vị: Km



Nguồn: Tổng cục Thống kê, 2011.

Đối với các xã thuộc Chương trình 135², tỷ lệ trạm y tế xã đã tăng lên trong những năm gần đây nhờ chính sách ưu tiên đầu tư cho xây dựng cơ sở hạ tầng ở các xã nghèo. Khoảng cách trung bình từ các hộ gia đình ở những xã này đến trạm y tế xã đã giảm đi nhiều (năm 2008 là 7,9km, đến năm 2010 chỉ còn 1,6km). Tuy nhiên, khoảng cách đến các cơ sở y tế tuyến trên như phòng khám đa khoa khu vực, bệnh viện/trung tâm y tế huyện, và nhất là bệnh viện tỉnh thì vẫn còn khá xa. Ngoài ra, việc tiếp cận với bác sĩ, y sĩ, y tá tư nhân hay các cửa hàng dược phẩm, hiệu thuốc của người dân ở các xã thuộc Chương trình 135 cũng khó khăn hơn khá nhiều so với các xã khác.

3. Phân bổ cơ sở khám chữa bệnh và cán bộ y tế chưa hợp lý

Sự phân bổ các cơ sở y tế cũng như nhân lực trong ngành y tế ở Việt Nam hiện nay vẫn còn những bất cập. Phần lớn các cơ sở khám chữa bệnh có cơ sở vật chất tốt và đội ngũ cán bộ y tế có trình độ chuyên môn cao tập trung ở tuyến trung ương, các thành phố lớn và các khu vực thành thị (số cán bộ y tế ở thành thị chiếm 51,3% trong khi dân số thành thị chỉ chiếm 28,1% dân số cả nước). Trong khi đó, phần lớn người nghèo lại sống ở các vùng nông thôn, miền núi, vùng sâu, vùng xa và việc tiếp cận với các dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe có chất lượng của người nghèo ở những vùng này là khá khó khăn. Tỷ lệ cơ sở y tế ở các xã nghèo (thuộc Chương trình 135) thường thấp hơn so với các xã không nghèo.

Bảng 3: Tỷ lệ xã có cơ sở y tế phân theo xã nghèo và không nghèo ở Việt Nam: 2006 - 2010

Đơn vị: %

Loại cơ sở y tế	Các xã thuộc Chương trình 135			Các xã không thuộc Chương trình 135		
	2006	2008	2010	2006	2008	2010
	Trạm y tế xã	97,7	98,3	99,1	98,5	99,1
Phòng khám đa khoa khu vực	11,1	11,3	12,0	7,5	8,7	8,3
Bệnh viện TW/TTYT huyện	2,3	2,5	2,4	2,7	3,0	3,5
Bệnh viện tỉnh	0,2	1,0	0,9	0,7	1,1	1,2
Các loại bệnh viện khác	0,9	3,0	2,4	2,1	4,2	4,5
Cửa hàng dược phẩm nhà nước	9,9	10,5	12,2	20,9	24,2	22,8
Cửa hàng dược phẩm tư nhân	36,1	39,0	37,2	65,7	70,4	77,4
Người bán hàng thuốc rong	7,2	10,3	10,4	13,6	15,3	16,9
Hiệu thuốc đông y	16,3	16,5	15,2	37,4	42,7	42,7
Người cung cấp dịch vụ y tế khác	14,2	18,0	17,2	22,1	29,5	32,6

Nguồn: Tổng cục Thống kê. 2011: 613

² “Chương trình phát triển kinh tế xã hội các xã đặc biệt khó khăn vùng dân tộc thiểu số và miền núi” do Chính phủ Việt Nam triển khai từ năm 1998.

Về cơ cấu nguồn lực y tế cũng có sự khác nhau về trình độ giữa các tuyến. Trong đó, bác sỹ tập trung chủ yếu ở tuyến tỉnh, điều dưỡng và hộ sinh chiếm tỷ lệ lớn ở tuyến huyện, còn ở cấp xã thường là y sỹ.

Bảng 4: Tỷ lệ nhân lực y tế phân theo trình độ chuyên môn và theo tuyến năm 2008

Đơn vị: %

Phân tuyến	Tổng số NLYT	Sau đại học	Đại học	Cao đẳng, trung học	Sơ học
Cơ cấu trình độ chung	100	2,2	23,0	54,6	17,3
Phân theo tuyến:					
Trung ương	14,5	54,2	22,1	8,4	13,3
Tỉnh	36,8	41,1	35,7	30,9	32,5
Huyện	27,6	5,0	22,9	28,2	18,6
Xã	21,1	0,0	22,1	26,1	12,9
Tổng	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Nguồn: Bộ Y tế, 2010.

Phần lớn nhân lực y tế được đào tạo trình độ cao (trên đại học) tập trung ở tuyến trung ương (54,2%) và tuyến tỉnh (41,1%). Ở tuyến huyện và xã, nhân lực y tế chủ yếu có trình độ cao đẳng và trung học (Bảng 4).

Bảng 5: Phân bố cán bộ y tế tuyến xã, thôn/bản năm 2008

Đơn vị: %

Các vùng địa lý	TYT xã có bác sĩ	TYT xã có y sỹ sản nhi hoặc hộ sinh	Thôn, bản, ấp có NVYT
Đồng bằng sông Hồng	76,6	87,9	71,8
Đông Bắc	61,7	91,5	97,2
Tây Bắc	32,4	86,2	90,6
Bắc Trung bộ	61,4	97,2	92,0
Duyên hải Nam Trung bộ	59,9	95,6	75,9
Tây Nguyên	49,9	95,5	95,3
Đông Nam bộ	76,1	96,1	70,1
Đồng bằng sông Cửu Long	80,0	95,5	92,1

Nguồn: Bộ Y tế, 2009.

So sánh giữa các vùng về tỷ lệ trạm y tế có bác sĩ cho thấy, các vùng có số hộ nghèo đông nhất là Tây Bắc, Đông Bắc và Tây Nguyên có tỷ lệ bác sĩ thấp hơn so với các vùng khác (Bảng 5). Bên cạnh đó, tỷ lệ nhân viên y tế tư nhân ở các xã nghèo cũng thấp hơn các xã không nghèo (Bảng 6). Như vậy, có thể thấy với sự phân bổ nhân lực y tế như hiện nay ở nước ta thì người nghèo bị giảm nhiều cơ hội để tiếp cận dịch vụ y tế có chất lượng cao.

Bảng 6: Tỷ lệ xã có nhân viên y tế tư nhân

Đơn vị: %

Nhân viên y tế	Các xã thuộc Chương trình 135			Các xã không thuộc Chương trình 135		
	2006	2008	2010	2006	2008	2010
Bác sĩ tư nhân	21,4	23,5	21,5	49,3	55,9	57,9
Y sĩ tư nhân	28,9	31,8	25,4	59,2	64,6	65,2
Y tá tư nhân	23,5	24,8	23,0	50,9	57,0	57,3
Nữ hộ sĩ tư nhân/bà đỡ	37,0	37,3	33,3	31,2	34,8	34,3

Nguồn: Tổng cục Thống kê. 2011:613.

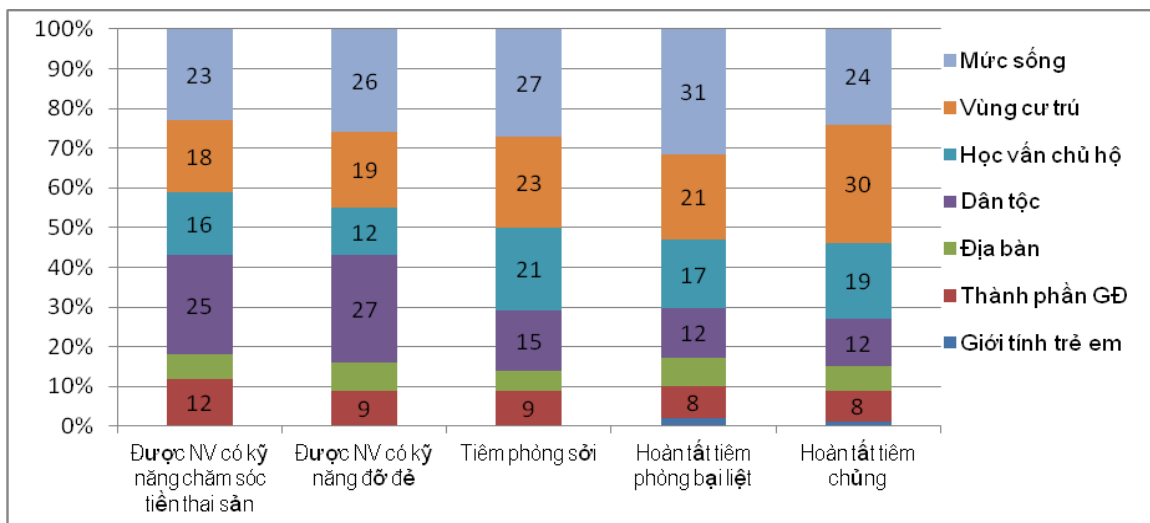
4. Nhận thức của người nghèo về chăm sóc sức khỏe

Ngoài các yếu tố mang tính khách quan như đã nêu trên, nhận thức hạn chế cũng có ảnh hưởng đáng kể đến cơ hội tiếp cận dịch vụ y tế và CSSK của người nghèo. Có những người nghèo (đặc biệt là người nghèo sống ở vùng sâu, vùng xa) khi bị bệnh đã không tìm đến các cơ sở khám chữa bệnh để khám và điều trị mà thường tự mua thuốc hoặc dựa vào kinh nghiệm để chữa trị. Nghiên cứu của Trần Thị Mai Oanh và cộng sự (2007) cũng đã chỉ ra rằng: “sự thiếu hiểu biết về chăm sóc sức khỏe của một số đồng bào dân tộc thiểu số ở các khu vực vùng sâu, vùng xa đã ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế trong phòng và chữa bệnh của người dân” (Trần Mai Oanh và cộng sự, 2007). Tương tự như vậy, trong việc sinh nở, ở một số nơi người dân vẫn duy trì phong tục sinh con theo cách truyền thống tại ở nhà mà không đến trạm y tế xã, thôn, bản để thăm khám và sinh nở. Nghiên cứu của Phan Thị Thanh Mai cho thấy, năm 2002 vẫn còn khoảng hơn 80% phụ nữ dân tộc sinh con ở nhà so với 30% phụ nữ người kinh (Phạm Thị Thanh Mai, 2009). Tương tự, nghiên cứu của UNFPA (2008) về sức khỏe sinh sản ở phụ nữ Hmông cũng chỉ ra rằng, việc sinh con ở nhà của phụ nữ Hmông là rất phổ biến và mang nặng nhiều tập tục nghi lễ. Họ chỉ cần đến sự trợ giúp của các dịch vụ y tế công trong trường hợp đẻ khó.

Có thể nói, tổng hợp những yếu tố trên đã làm cho người nghèo mất đi nhiều cơ hội tiếp cận với các dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe. Một nghiên cứu của Viện Hàn lâm Khoa học xã hội Việt Nam (VASS, 2012) đã chỉ ra mức độ tác động khác nhau của các điều kiện đến cơ hội chăm sóc sức khỏe. Ngoài yếu tố mức sống giữ vai trò quan trọng

nhất thì một số điều kiện hoàn cảnh khác cũng có ảnh hưởng nhất định đến cơ hội trong CSSK của người dân. Kết quả cũng cho thấy dân tộc là yếu tố ảnh hưởng nhiều đến cơ hội tiếp cận CSSK của bà mẹ trước và sau khi sinh. Còn vùng cư trú và trình độ học vấn của chủ hộ lại ảnh hưởng nhiều đến cơ hội tiếp cận CSSK cho trẻ em. Do người nghèo thường có hoàn cảnh yếu thế trong hầu hết các khía cạnh được phân tích trong Hình 3, có thể thấy, đặc điểm cá nhân và hộ gia đình cũng đóng vai trò rất quan trọng trong cơ hội tiếp cận dịch vụ y tế và CSSK của họ.

Hình 3: Cơ hội tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh theo đặc điểm của người dân, 2012



Nguồn: VASS, 2012.

5. Kết luận

Đặt mục tiêu trở thành nước công nghiệp vào năm 2020, Việt Nam đang nỗ lực thúc đẩy nhanh công nghiệp hóa và tăng trưởng kinh tế. Tăng trưởng kinh tế nhanh có thể làm gia tăng sự bất bình đẳng giữa các nhóm xã hội, đặc biệt là những bất bình đẳng trong lĩnh vực y tế - CSSK. Trong đó, cơ hội tiếp cận dịch vụ y tế và CSSK cho người nghèo nói riêng và nhóm người yếu thế trong xã hội nói chung sẽ là một thách thức lớn đối với chính sách phát triển y tế hướng tới công bằng. Điều này càng đáng lưu ý hơn khi vấn đề công bằng trong y tế của Việt Nam đang được đánh giá khá thấp. Theo đánh giá của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2009, Việt Nam xếp thứ 183 trong tổng số 194 quốc gia về công bằng y tế. Sự bất công bằng đó thể hiện ở những khác biệt và chênh lệch giữa các vùng miền, giữa các khu vực cư trú, giữa nam và nữ, giữa các dân tộc, giữa các nhóm tuổi, giữa nhóm giàu với nhóm nghèo... trong tiếp cận dịch vụ y tế và CSSK.

Trong những năm qua, công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe cho người dân nói chung và những người nghèo nói riêng luôn được Đảng và Nhà nước ta ưu tiên hàng đầu, với mục tiêu nhằm đảm bảo cho mọi người dân đều được tiếp cận dịch vụ y tế và CSSK. Điều này được thể hiện rõ qua những chính sách và chương trình đầu tư cho

xây dựng cơ sở hạ tầng, nâng cao số lượng và chất lượng đội ngũ cán bộ y tế ở những vùng khó khăn, vùng sâu, vùng xa và đặc biệt là cấp thẻ bảo hiểm y tế miễn phí cho người nghèo, người dân tộc thiểu số. Tuy nhiên đối với người nghèo, cơ hội tiếp cận với dịch vụ CSSK vẫn gặp phải nhiều khó khăn. Những khó khăn đó xuất phát từ nhiều nguyên nhân, trong đó có thể kể đến một số nguyên nhân chủ yếu sau:

- Mặc dù người nghèo đã được cấp thẻ bảo hiểm y tế, mức chi cho y tế và chăm sóc sức khỏe đối với nhóm người nghèo hiện nay vẫn còn khá cao so với mức thu nhập, hạn chế đáng kể cơ hội thoát nghèo của họ.

- Phân bổ nguồn lực y tế chưa hợp lý. Các cơ sở khám chữa bệnh và đội ngũ cán bộ y tế có chất lượng cao chủ yếu tập trung ở các đô thị, trong khi đó phần lớn dân số lại sống ở vùng nông thôn. Vì vậy, người dân ở nông thôn nói chung và người nghèo nói riêng gặp nhiều khó khăn trong tiếp cận với dịch vụ khám chữa bệnh có chất lượng và đội ngũ cán bộ y tế có trình độ cao. Bên cạnh đó, sự thiếu hụt về số lượng và chất lượng các cơ sở khám chữa bệnh và cán bộ y tế tuyến cơ sở, đặc biệt là ở những vùng khó khăn, vùng sâu, vùng xa, đang là những thách thức lớn đối với cơ hội tiếp cận dịch vụ y tế và CSSK của người nghèo ở nước ta hiện nay và trong giai đoạn tới.

- Người nghèo chủ yếu sống ở vùng sâu, vùng xa, vùng kinh tế kém phát triển, có điều kiện đi lại rất khó khăn. Do đó, người nghèo vẫn còn gặp nhiều trở ngại trong việc tiếp cận các dịch vụ y tế, đặc biệt là các cơ sở y tế tuyến trên.

- Nhận thức của người dân về CSSK cũng là yếu tố liên quan đến cơ hội tiếp cận dịch vụ y tế và CSSK. Điều này có quan hệ mật thiết đối với người nghèo, bởi lẽ phần lớn người nghèo có trình độ học vấn thấp cùng với quan niệm, phong tục sống lạc hậu, nên nhận thức về CSSK của họ còn hạn chế.

Những nguyên nhân trên chính là những thách thức đối với chính sách phát triển của ngành y tế nói riêng và đối với mục tiêu phát triển bền vững nói chung ở Việt Nam trong thời gian tới.

Tài liệu tham khảo

- Ajab, Amin Aloysius. 2006. *Capability and Human Development in Poverty Reduction* (Năng lực, phát triển con người trong giảm nghèo), trình bày tại hội nghị thường niên về phát triển con người tại Groningen, Hà Lan, 29/8 - 1/9, 2006.
- Ban Chấp hành Trung ương 2011. Báo cáo chính trị của Ban Chấp hành Trung ương Đảng khoá X tại Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ XI của Đảng.
- Báo cáo chung của các nhà tài trợ tại Hội nghị Tư vấn các nhà tài trợ Việt Nam. 2003. *Báo cáo phát triển Việt Nam: Nghèo*.
- Bộ Y tế & Nhóm đối tác. 2013. *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2013, Bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân*. Bộ Y tế, Hà Nội.
- Bộ Y tế, nhóm đối tác. 2008. *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2008, Tài chính y tế ở Việt Nam*, Hà Nội.
- Bộ Y tế, nhóm đối tác. 2009. *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2009, Nhân lực y tế ở Việt Nam*, Hà Nội.

- Bộ Y tế, nhóm đối tác. 2010. *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2010, Hệ thống y tế Việt Nam trước thềm kế hoạch 5 năm 2011 - 2015*, Hà Nội.
- Bộ Y tế, nhóm đối tác. 2011. *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2011, Nâng cao năng lực xây dựng chính sách y tế, đổi mới tài chính y tế và bảo hiểm y tế toàn dân*, Hà Nội.
- Bộ Y tế, Nhóm đối tác. 2012. *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2012, Nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh*, Hà Nội.
- Bộ Y tế. 2007. *Báo cáo tổng kết năm 2007*. Bộ Y tế, Hà Nội.
- Đào Thị Minh Hương. 2013. “Phát triển bền vững con người: lịch sử vấn đề và sự cần thiết triển khai nghiên cứu tại Việt Nam”, *Tạp chí Nghiên cứu Con người*, 2(65).
- Hoang Van Minh, Nguyen Thi Kim Phuong, and Priyanka Saksena. 2012. *Research report: Assessment of financial protection in the Vietnam Health System: Analyses of Vietnam Living Standards Survey Data 2002-2010*, Hanoi.
- Phan Thi Thanh Mai. 2009. Thực trạng và vai trò của phụ nữ dân tộc thiểu số các tỉnh miền núi phía Bắc trong chăm sóc sức khỏe sinh sản, *Tạp chí nghiên cứu Gia đình và giới*, số 1-2009, tr.27.
- Tổng cục Thống kê. 2011. Kết quả khảo sát mức sống dân cư năm 2010, Nxb Thống kê, Hà Nội.
- Trần Thị Mai Oanh và cộng sự. 2007. *Tình hình chăm sóc sức khỏe cho người nghèo tại năm tỉnh miền núi phía Bắc và Tây Nguyên*.
- UNDP. 2011. Báo cáo quốc gia về phát triển con người năm 2011: Dịch vụ xã hội phục vụ phát triển con người.
- UNFPA. 2008. *Sức khỏe sinh sản của đồng bào Hmông tỉnh Hà Giang: nghiên cứu nhân học y tế*.
- VASS (Vietnam Academy of Social Sciences), 2012. Opportunities of Children in Vietnam.
- Viện Khoa học Xã hội Việt Nam. 2012. Phát triển con người Việt Nam năm 2011, Nxb Thế giới, Hà Nội.
- WHO. 2000. *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*, Geneva.
- WHO. 2009. *Health financing strategy in Asia – Pacific region (2010-2015)*, Geneva.